



UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA

Dimensión Práctico 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 GESTANTE DE 30 SEMANAS
CON PREECLAMPSIA SEVERA.**

AUTOR

MAVELIN DEL ROSARIO LEMA PÉREZ

TUTOR

LIC. SELLAN ICAZA VICTOR MANUEL

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020 – 2021

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN	VI
I. MARCO TEÓRICO	1
1. 1 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.2 OBJETIVOS.....	12
1.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
1.3 DATOS GENERALES.....	13
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	14
2.2 PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (ANAMNESIS).....	14
2.3 EXAMEN CEFALOCAUDAL	16
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES	17
2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS.....	19
2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.....	20
2.6 ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.....	21
2.7 INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES.....	25
2.8 SEGUIMIENTO	25
2.9 OBSERVACIONES.....	27
CONCLUSIÓN	28
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29
ANEXOS	31

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada con mucho amor a Dios, a mí madre Lic. Bertha Judith Pérez Pérez y a mi hermosa hija Emiliana Valentina Vega Lema, quienes son los motores primordiales de mi vida y a lo largo de mi carrera profesional. También a mis hermanos, familiares, docentes y a todas las personas que estuvieron a mi lado, para mantenerme dentro de los lazos de la educación y no fracasar en esta profesión que amé desde el comienzo. A pesar de la dificultades que se me presentaron en toda mi trayectoria de aprendizaje.

Mavelin del Rosario Lema Pérez

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quiero agradecer a Dios por tenerme con vida y poder cumplir mi sueño de principio a fin en toda mi etapa estudiantil.

También agradezco a mí madre por la educación que me dio y por su apoyo moral durante todas las etapas de mi carrera, a mis hermanos los cuales estuvieron siempre con su apoyo incondicional.

De la misma manera a la Universidad Técnica de Babahoyo por abrir sus puertas y haber aceptado que formara parte de ella, para así ejercer la enfermería.

Agradezco a mi tutor(a) Lic. Sellan Icaza Víctor Manuel por haberme brindado la oportunidad de impartir sus conocimientos durante todo el proceso de mi caso clínico.

Y para concluir, agradezco a todos mis compañeros con quienes conviví muchas anécdotas amargas y divertidas que quedaran grabadas en mi memoria para siempre.

Mavelin del Rosario Lema Pérez

TÍTULO DEL CASO CLÍNICO

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

RESUMEN

El siguiente estudio de caso clínico está enfocado en una gestante de 30 semanas que acude al área de emergencia, por presentar cefalea persistente, fotofobia, náuseas, emesis, edemas de miembros inferiores y dolor abdominal en la parte superior, por debajo de las costillas y en el lado derecho. Se procedió a la toma de las constantes vitales y se evidenció la presión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca 100 x¹, respiración 22 x¹, temperatura 37.4 ° C, saturación de oxígeno 97 %. Una vez que se logró estabilizar al paciente, se realiza exámenes de hemograma, química sanguínea y ecografía pélvica. Mediante la valoración por patrones funciones de Marjorie Gordon se identificaron los patrones disfunciones, los cuales estaban comprometiendo al paciente. Entre ellos, tenemos el patrón 2: nutricional/ metabólico, 4: actividad/reposo, patrón 6: eliminación e intercambio, y por ultimo; adaptación / tolerancia al estrés. Los cuales se trataron inmediatamente aplicando los cuidados de enfermería, logrando estabilizar y restaurar el estado de salud del paciente durante su hospitalización. Se recomendó a la paciente que debe realizar una consulta antes de estar embarazada con el fin de evaluar posibles factores de riesgo y así reducir la posibilidad de aparición de este tipo de complicaciones en el embarazo. El consumo de suplementos vitamínicos antes y durante la gestación, permitirá reducir la posibilidad de complicaciones a corto y largo plazo. Sin embargo, es importante mencionar que se brindará el adecuado seguimiento, control, tratamiento y confort tanto a la gestante como al feto. De igual manera se ejecutaran los cuidados pertinentes de enfermería, donde se aplicará el uso de las taxonomías Nanda (diagnósticos), Nic (intervenciones) y Noc (resultados) con el propósito de lograr nuestros objetivos propuestos en este estudio de caso clínico.

Palabra claves: Preeclampsia, antihipertensivo, presión arterial, edema, proteinuria.

SUMMARY

The following clinical case study is focused on a 30-week pregnant woman who went to the emergency area due to persistent headache, photophobia, nausea, emesis, edema of the lower limbs and abdominal pain in the upper part, below the ribs and On the right side. Vital signs were taken and blood pressure 140/90 mmHg, heart rate 100 x1, respiration 22 x1, temperature 37.4 ° C, oxygen saturation 97% were evidenced. Once the patient has been stabilized, the doctor prescribes a complete blood count, blood chemistry and pelvic ultrasound examinations. Through Marjorie Gordon's function pattern assessment, dysfunction patterns were identified, which were compromising the patient. Among them, we have pattern 2: nutritional/ metabolic, 4: activity / rest, pattern 6: elimination and exchange, and finally; adaptation / stress tolerance. Which were treated immediately applying nursing care, managing to stabilize and restore the patient's health status during their hospitalization. It was recommended that the patient should make a consultation before being pregnant in order to evaluate possible risk factors and thus reduce the possibility of the appearance of this type of pregnancy complications. The consumption of vitamin supplements before and during pregnancy and also to maintain healthy lifestyle habits that reduce the possibility of complications in the short and long term. However, it is important to mention that adequate monitoring, control, treatment and comfort will also be provided to both the pregnant woman and the fetus. In the same way, the pertinent nursing care will be carried out, where the use of the taxonomies Nanda (diagnoses), Nic (interventions) and Noc (results) will be applied in order to achieve our objectives proposed in this clinical case study.

Key word: Preeclampsia, antihypertensive, blood pressure, edema, proteinuria.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo y el posparto, y que tiene repercusiones tanto en la madre como el feto. A nivel mundial, la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de enfermedad y muerte materna y neonatal (Herrera, 2018).

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) afirma que en Ecuador existe un índice del 21.1% de muertes por cada cien mil nacidos vivos, incluyendo muertes maternas por causas obstétricas ocurridas durante el periodo del embarazo, parto o post parto donde preeclampsia y eclampsia son la tercera causa de muerte materna alcanzando el 30% de los casos (Baque & Pincay, 2018).

La preeclampsia en ocasiones puede ser asintomática, pero las manifestaciones comunes son proteinuria, cefalea, astenopia, dolor abdominal, emesis, diuresis, tensión arterial ($\geq 160/110$ mmHg) con proteinuria positiva (Guevara, 2017).

El siguiente estudio clínico me llamó demasiada la atención, al ver cada día cómo muchas gestantes formar parte de esta complicación que cursan durante el embarazo. Por aquello, esta investigación ofrece una descripción de los principales aspectos relacionados con la preeclampsia y los cuidados de enfermería que se debe aplicar al paciente, para restaurar su salud y bienestar durante su estancia hospitalaria.

Motivo por el cual relaciono mi estudio de caso clínico con la teoría de Dorothea Orem, debido a que hace énfasis en el autocuidado que una gestante debe llevar durante toda su etapa gestacional. Debido a que deben tener la responsabilidad de acudir a todos sus controles médicos, para no presentar algún tipo de complicaciones que suelen darse durante el embarazo.

I. MARCO TEÓRICO

CONCEPTO

La preeclampsia se manifiesta cuando las tensiones cardiacas van por encima de 140/90mmHg asociado a la proteinuria en gestante mayor a 20 semanas. Llegando a ser una de las patologías con mayor morbi-mortalidad materno – perinatal a nivel mundial (Herrera, 2018).

EPIDEMIOLOGÍA

Estudios demostraron que a nivel mundial la incidencia de preeclampsia está entre 2 – 10% de los embarazos. No obstante, según la Organización Mundial de la Salud ha estimado que la incidencia de preeclampsia es ocho veces mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados (Vargas, Acosta, & Moreno, 2018).

En Ecuador existe aproximadamente un índice del 21.1% de muertes por cada cien mil nacidos vivos. Incluyendo la mayor parte en muertes maternas por causas obstétricas causadas durante la etapa del embarazo, parto o post parto (OMS, 2019).

Sin embargo, debemos de saber que la preeclampsia y eclampsia son la tercera causa de muerte materna llegando el 30% de los casos. Hoy en la actualidad el número de muertes maternas han logrado una importante leve reducción, pero es fundamental que se desarrollen mecanismos para así poder disminuir en totalidad este problema de salud a nivel mundial (OMS, 2019).

FISIOPATOLOGÍA

Existe un enorme defecto en la placentación y un fallo en la reorganización de las arterias espirales lo que lleva a una liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad (Guevara, 2017).

Como resultado de este procedimiento se produce hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemolisis, isquemia hepática, isquemia de sistema nervioso central y por último eclampsia con convulsiones (Guevara, 2017).

FACTORES DE RIESGOS

- **Antecedentes de preeclampsia.** Los antecedentes familiares y muchas veces personales de preeclampsia son un factor inevitable para aumentar el riesgo de padecer preeclampsia, eclampsia o síndrome de Hell (Martinez, 2020).
- **Hipertensión crónica.** Si padeces de hipertensión crónica, tendrás una mayor probabilidad de riesgo de contraer una preeclampsia (Martinez, 2020).
- **Primer embarazo.** El riesgo de padecer preeclampsia en la etapa del embarazo a partir de las 20 semanas de gestación es muy alto.
- **Nueva paternidad.** Debemos de mencionar que por cada embarazo con una nueva pareja aumenta considerablemente el riesgo de preeclampsia más que un segundo o tercer embarazo con la misma pareja (Martinez, 2020).
- **Edad.** El riesgo de preeclampsia no es solo mayor para las embarazadas muy jóvenes o conocidas mejor como primigesta, sino también para las mujeres que tienen más de 35 años de edad (Martinez, 2020).
- **Raza.** Las mujeres de raza afroamericanas son las que tienen un mayor riesgo de preeclampsia más que las de otras etnias.
- **Obesidad.** El riesgo de contraer preeclampsia es mucho mayor cuando una embarazada es obesa o padece de sobre peso.
- **Embarazo múltiple.** La preeclampsia es más notoria en embarazadas de mellizos, trillizos o embarazos múltiples (Martinez, 2020).
- **Antecedentes de determinadas afecciones.** Cuando una mujer tiene afecciones antes de que quede embarazada, como las siguientes: hipertensión arterial crónica, migrañas, diabetes tipo 1 o 2, enfermedades renales, tendencia a la formación de coágulos o lupus, entre otras, aumentaran el riesgo de contraer preeclampsia (Martinez, 2020).

- **Fertilización in vitro.** El riesgo de portar preeclampsia aumenta si el recién nacido fue concebido con fertilización in vitro (Martinez, 2020).

CLASIFICACIÓN

La preeclampsia se clasifica en:

- **Preeclampsia leve:** Esta fase se presenta cuando la tensión arterial en una gestante es $\geq 140/90$ mm Hg en dos ocasiones separadas por al menos cuatro horas con proteinuria \geq a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad (León, Villamarín, & Velasco, 2015).
- **Preeclampsia severa:** Esta fase se va a presentar cuando la tensión arterial en una gestante es $\geq 160/110$ mm Hg con proteinuria positiva y conjugada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (León, Villamarín, & Velasco, 2015).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La preeclampsia en muchas ocasiones puede ser asintomática y también puede causar edemas e incluso un aumento importante del peso (Guevara, 2017). Entre las manifestaciones clínicas más notables en cuanto a una preeclampsia leve son las siguientes mencionadas:

Preeclampsia leve:

- Proteinuria.
- Cefalea intensa.
- Astenopia.
- Dolor abdominal en la parte superior, por lo general, debajo de las costillas y en el lado derecho.
- Náuseas.
- Emesis.
- Diuresis (Guevara, 2017).

Mientras que en las manifestaciones más notables en cuanto a una preeclampsia grave son las siguientes mencionadas:

- Tensión arterial \geq 160/110 mm Hg con proteinuria positiva.
- Proteinuria $>$ 5g/24 h.
- Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/ vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen).
- Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia $<$ 100.000/mm³)
- Hemólisis.
- Coagulopatía Intravascular Diseminada.
- Alteraciones de función renal (Creatinina sérica $>$ 0,9 mg /dL, Oliguria de $<$ 50 mL/hora).
- Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Oligoamnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis.
- Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas) (OMS, 2019).

DIAGNÓSTICO

Dentro de los criterios para diagnosticar la preeclampsia se encuentran:

- Embarazo mayor a las 20 semanas de gestación excepto en los casos de embarazo molar (Martinez, 2020).
- Presión arterial mayor a 140/90mmHg en al menos dos tomas distintas con 6 horas de diferencia (Martinez, 2020).
- Proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas.
- Hemograma con recuento de plaquetas
- Creatinina, úrea, ácido úrico, pruebas hepáticas.
- Exámenes de HDL.
- Laboratorio habitual del embarazo (glucemia, serología, orina completa, urocultivo, cultivo estreptococo B) (Martinez, 2020).

TRATAMIENTO

Existen diversos tipos de tratamiento para tratar a una mujer con preeclampsia, pero esto va a depender de la severidad en la que se presenta esta enfermedad (Herrera, 2018).

Preeclampsia sin severidad:

- El objetivo ante una preeclampsia sin presencia de severidad es poder mantener cifras en niveles cercanos a los normales con una presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y una presión diastólica entre 80 y 105mmHg (Herrera, 2018).

LOS TRATAMIENTOS UTILIZADOS PARA LA PREECLAMPSIA SON:

- Metildopa en dosis de 250 a 500mg por día aunque se pueden utilizar inclusive dosis de hasta 2g cada día.
- Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. Es importante utilizarlo principalmente en emergencias, debido a que el riesgo de hipotensión es muy elevado (Herrera, 2018).
- Nifedipina dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.
- Labetalol en dosis de 100 a 400mg, pero es recomendable administrarla inclusive hasta 1200mg al día. Sin embargo, debe evitarse en pacientes que sufren de crisis asmáticas o insuficiencia cardiaca, y en mujeres en labor de parto, debido a que puede generar bradicardia fetal (Herrera, 2018).

Debemos de saber siempre que se debe administrar sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones durante las 24 horas posteriores al parto. Aunque estudios demuestran que aún es controvertido si las pacientes que tienen preeclampsia sin particularidades de gravedad requieran sulfato de magnesio antes del parto (Herrera, 2018).

- Se administra 4 g intravenosos de sulfato de magnesio durante 20 minutos, seguidos de una infusión continua intravenosa de 1 a 3 g/hora, con dosis suplementarias según sea necesario (Herrera, 2018).

PREECLAMPSIA CON SEVERIDAD

- Lo primero que se debe realizar es la adecuada hospitalización de la paciente con un monitoreo cardiaco no invasivo en posición de decúbito lateral izquierdo.
- Es indispensable canalizar vías periféricas de grueso calibre y colocar sonda Foley para cuantificar diuresis (Herrera, 2018).

DENTRO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SE UTILIZA:

- Hidralazina con bolo inicial de 5mg IV con bolos de 5 a 10mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30mg.
- Labetalol; 20mg IV seguido de 40 a 80mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220 mg.
- Nifedipina: 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg. (Herrera, 2018)

COMPLICACIONES

- Restricción del crecimiento fetal.
- Nacimiento prematuro.
- Desprendimiento de placenta.
- Síndrome de HELLP.
- Eclampsia.
- Daño a otros órganos.
- Enfermedad cardiovascular (Mayo Clinic, 2017).

PREVENCIÓN

Como todos los trastornos generalizados en la etapa del embarazo, el cuidado prenatal es una parte fundamental por parte del personal de salud. Por

aquello, esto permitirá que el médico a cargo, detecte y trate la afección desde el primer momento evitando complicaciones (Cetin, 2016).

Es importante tener el conocimiento de que no hay ningún tratamiento conocido para poder evitar la preeclampsia. Aunque con la ayuda de un nutricionista, una buena dieta durante la gestación es muy necesaria. Así como también de una ginecóloga para ir evaluando y realizándose los debidos controles durante todo su etapa de embarazo (Cetin, 2016).

Sin embargo, estudios demuestran que se ha comprobado que la administración de aspirina a baja dosis puede disminuir la incidencia de preeclampsia y la tasa de morbilidad perinatal (Cetin, 2016).

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E.)

CONCEPTO

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (Loor, 2019).

CARACTERÍSTICAS DEL P.A.E.

- Tiene validez universal.
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales.
- Está centrado en el paciente marcando una relación directa entre éste y el profesional.
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara.
- Consta de cinco etapas cíclicas.

OBJETIVOS DEL P.A.E.

- Servir de instrumento de trabajo para el personal de enfermería.
- Imprimir a la profesión un carácter científico.
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.

- Desarrollar una base de conocimientos propia, para conseguir una autonomía para la enfermería y un reconocimiento social (Loor, 2019).

ETAPAS DEL P.A.E.

RECOGIDA Y SELECCIÓN DE DATOS (Valoración)

- Consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores (Loor, 2019).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

PLANIFICACIÓN

- Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

EJECUCIÓN O INTERVENCIÓN

- Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACIÓN

- Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos (Loor, 2019).

Dorothea Orem

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Esta es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno. Para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Naranjo, Pacheco, & Rodríguez, 2017).

Dorotea E Orem propone tres tipos de requisitos que son los siguientes:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo.
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- **Persona:** Se refiere al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante.
- **Salud:** Menciona que la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes.
- **Enfermería:** Es el servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar (Prado, Reguera, & Gómez, 2018).

La teoría del déficit de autocuidado.

- Es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas. En las que las aptitudes desarrolladas, para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico.
- **El cuidar de uno mismo:** Es el proceso de autocuidado que se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud del paciente.
- **Limitaciones del cuidado:** Son las barreras o limitaciones, para el autocuidado de las personas que carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos.
- **El aprendizaje del autocuidado:** Son los requisitos centrales que hace énfasis, para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento. Para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente (Prado, Reguera, & Gómez, 2018).

Las 4 acciones de autocuidado orientadas externamente son:

- Secuencia de acción de búsqueda de conocimientos.
- Secuencia de acción de búsqueda de ayuda y de recursos.

- Acciones expresivas interpersonales.
- Secuencia de acción para controlar factores externos (Naranjo, Pacheco, & Rodríguez, 2017).

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.
- Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.
- Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas (Naranjo, Pacheco, & Rodríguez, 2017).

1. 1 JUSTIFICACIÓN

A través del estudio caso clínico que tuvo lugar en el Hospital General Alfredo Noboa Montenegro en la ciudad de Guaranda de la Parroquia Veintimilla, justifico que mi misión como enfermera, se establece en brindar cuidados individualizados según las necesidades requeridas por el paciente durante su estancia hospitalaria. Debido a que son actividades fundamentales que van a requerir tanto de un valor personal como profesional. Por lo cual, esto va encaminado a la observación, restablecimiento y autocuidado de la vida del usuario que se fundamentaran siempre en la relación pre existente entre la enfermera – paciente.

Motivo por el cual fue indispensable la elaboración del proceso de enfermería en embarazada de 30 semanas de gestación y con un diagnóstico definitivo preeclampsia severa. Con el único objetivo de poder contribuir a la mejoría de su estado de salud a través de la valoración por patrones funcionales. Tomando en cuenta las intervenciones de enfermería que favorecerán en la evolución del paciente y las que se ejecutarán durante toda su estancia hospitalaria.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar el proceso de atención de enfermería en gestante de 30 semanas de gestación con preeclampsia severa.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el cuadro clínico presente en una gestante con preeclampsia.
- Mencionar los patrones disfuncionales que afectan el estado de salud de la paciente.
- Diagnosticar al paciente por medio de la taxonomía NANDA.
- Elaborar el plan de cuidados de enfermería en gestante de 30 semanas de gestación con preeclampsia severa.

CASO CLÍNICO

1.3 DATOS GENERALES

- **Nombre y Apellidos:** NN
- **Número de historia clínica:** 154899
- **Edad:** 31 años
- **Sexo:** Femenino
- **Estado Civil:** Unión Libre
- **Convivientes:** Esposo
- **Fecha de nacimiento:** 1989/05/06
- **CI:** XXXXXXXXXXXXXXXX
- **Etnia:** Mestizo
- **Lugar de residencia:** Guaranda
- **Nivel de estudios:** Secundaria
- **Nivel sociocultural/económico:** Bajo
- **Grupo Sanguíneo:** O Rh+
- **Religión:** Católica
- **Ocupación:** ama de casa
- **Diagnóstico:** Preeclampsia severa

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 ANÁLISIS DEL MOTIVO DE CONSULTA Y ANTECEDENTES. (HISTORIAL CLÍNICO DEL PACIENTE).

Paciente de 31 años de edad de sexo femenino con 30 semanas de gestación acude en compañía de familiar por el área de emergencia refiriendo cefalea persistente, fotofobia, náuseas, vómitos, edemas de miembros inferiores y dolor abdominal en la parte superior, por debajo de las costillas y en el lado derecho. Se procedió a la toma de las constantes vitales: Presión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardiaca 100 x1, respiración 22 x1, temperatura 37.4 ° C, saturación de oxígeno 97 %. Se realiza exámenes de laboratorio y ecografía. Paciente queda ingresada para su debida observación.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">• No posee enfermedades actuales.
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Menarquia: 11 años• Ciclos menstruales: Irregulares/ 5-6 días/ cada 28 o 36 días o cada meses.• Síntomas: Cólicos menstruales.• Inicio de vida sexual: 22 años.• Parejas sexuales: 2.• Gestas: 1• Partos: 1• Aborto: 0• Enfermedad de trasmisión sexual: No refiere.• Inmunizaciones: Antitetánica e Influenza con esquema completo bajo carnet.• Controles: 2
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none">• Madre: Sin antecedentes.• Padre: Hipertenso más insuficiencia renal

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

Recibo paciente de 31 años de edad de sexo femenino con 30 semanas de gestación, refiere cefalea intensa que dio un resultado de 9/10 en la escala de EVA, más dolor en flanco derecho y fosa iliaca derecha. También presenta náuseas,

vómitos y se observa edemas en miembros inferiores. Se realiza control de signos vitales: presión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca 100 x¹, respiración 22 x¹, temperatura 37.4 ° C, saturación de oxígeno 97 %.

Médico solicita que se recolecte la orina de la paciente durante 24 h para la realización de la prueba de proteinuria en 24h, cuyo resultado es de (+++) por lo tanto se confirmó diagnóstico de preeclamsia severa incluyendo el resto de sintomatología mencionada. Inmediatamente se realizó toma de muestra de sangre para exámenes de laboratorio y se canalizó vía periférica para la administración de medicamentos.

También se procedió a la colocación de sonda Foley para el control de balance hidroelectrolítico y la auscultación de los latidos cardiacos fetales mediante Doppler cuyo resultado fue de 140 latidos por minuto.

Se realizó un Score mama en el área de ginecología y como resultado obtuvimos los siguientes valores

SCORE MAMA		Puntuación
Frecuencia cardíaca	100lxmin	0
Presión sistólica:	140 mmHg	2
Presión diastólica:	90 mmHg	2
Frecuencia respiratoria:	22rxmin	2
Temperatura:	37.4 °C	0
Saturación de oxígeno:	97 %	0
Estado de conciencia	Responde al dolor	2
Proteinuria	+++	1
TOTAL =		9

EXPLORACIÓN CLÍNICA

- **Facies:** Pálida diaforética.
- **Estado nutricional:** Sin alteración.
- **Marcha y movimiento:** Reacciona a estímulos.
- **Estado de conciencia:** Consciente.

2.3 EXAMEN CEFALOCAUDAL

- **Cabeza:** Normocefalica de consistencia dura. Cabello con buena implantación, distribución y sin presencia de lesiones.
- **Oído:** Simétricos. No hay presencia de cera. Pabellón auricular sensible y buena agudeza auditiva.
- **Cara:** Facies pálidas y sin presencia de cicatrices.
- **Ojos:** Pupilas dilatadas y escleróticas blancas. Reacciona al reflejo de la luz.
- **Nariz:** Fosas nasales simétricas y con presencia de sonda nasogástrica calibre #18

BOCA

- Labios semihumedos sin presencia de ulceraciones, ni fisuras.
- **Lengua:** Saburral, semihumeda y piezas dentarias completas.

CUELLO

- Cilíndrico. No se palpan tiroides, ni adenopatías. No presenta masas anormales.

COLUMNA

- Sin anomalías. No se detectó masas o bultos.

TORAX

- Simétrico. Altura normal de hombros y murmullos vesicular en campos pulmonares.
- Latidos cardíacos transitorios por las contracciones cardíacas.

ABDOMEN

- Blando globuloso con feto vivo de 30 semanas de gestación con frecuencia cardiaca fetal de 140 latidos por minuto.

GENITOURINARIO

- Genitales conservados con presencia de sonda vesical.

EXTREMIDADES

- Simétricas con vía periférica en miembro superior izquierdo con catéter calibre #18. Presencia de edemas en miembros inferiores. Llenado capilar de 1 segundos y pulsos distales presente.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

- **Peso:** 67Kg
- **Talla:** 160cm
- **IMC:** 26.2

SIGNOS VITALES

- **PA:** 140/90 mmHg
- **FC:** 100 X1
- **FR:** 22 X1
- **T °:** 37.4 ° C
- **StO2:** 97%

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR PATRONES FUNCIONALES

1. Patrón Percepción – Manejo de salud.

Paciente refiere que presenta dolor abdominal tipo cólico en la parte superior, por debajo de las costillas en el lado derecho. Cefalea intensa acompañado de alza térmica de 37.4°C y edema generalizado en sus extremidades inferiores. Menciona que no ingiere sustancias ilícitas y que no ha sufrido accidentes. Tiene todas las vacunas y refiere que no es alérgica a ningún medicamento.

2. Patrón Nutricional – Metabólico.

Paciente recibe alimentación enteral, por su estado de salud recibe una dieta blanda e hiposódica. Se observó índice de masa corporal de 26.2 por su estado gestacional. Ingiere 200 ml que incluyen agua y coladas.

3. Patrón Eliminación e intercambio

Paciente consta de una sonda Foley para la eliminación de la diuresis, para así poder realizar la elaboración de balance hidroelectrolítico y medir los ingresos, egresos y las pérdidas insensibles. También refiere que realiza deposiciones semiduras y que sufre de estreñimiento, pero no toma ningún tipo de laxante.

4. Patrón Actividad / Ejercicio

Paciente se encuentra encamado.

5. Patrón Sueño y Descanso

Paciente menciona que duerme de 6 a 8 horas y que no presenta problemas para conciliar el sueño.

6. Patrón Percepción y Cognición

Paciente se encuentra preocupada y con miedo de que le pueda pasar algo a su bebe. Refiere cefalea intensa evaluado en escala de EVA 9/10. Respecto a lo neurológico, no presenta ningún déficit que altere este patrón.

7. Patrón Auto percepción – Autoconcepto

Paciente refiere que no se cuidó lo suficiente en su embarazo.

8. Patrón Rol – Relaciones

Paciente vive con su esposo y refiere que mantiene una buena relación familiar.

9. Patrón Sexualidad – Reproducción

Limitado por su condición de salud.

- Embarazo de 30 semanas de gestación.
- **Partos:** 1
- **Gestas:** 2
- **Aborto:** 0
- **Cesáreas:** 0

10. Patrón Adaptación – Tolerancia al estrés

Paciente se encuentra en estado de tensión y preocupada por estar hospitalizada. Los posibles factores relacionados es el miedo a perder a su bebé e igual manera por la operación.

11. Patrón Valores y Creencias

Paciente refiere que es de religión católica.

2.4 INFORMACIÓN DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

HEMOGRAMA		
Exámenes	Valor	Valor Referencial
Hematíes	3`990.000 xmm ³	4`000.000-5`000.000
Leucocitos	7.300 xmm ³	6.000-9.000
Hematocrito	40%	40 - 45 %
Hemoglobina	12.6 g/dl	13.0-16.0
Plaqueta	204.000 xmm ³	150.000 – 450.000
HCM	25.5%	26-33 %
Neutrófilos	70%	40 – 75%
Linfocitos	19%	20 – 45%
Monocitos	9%	2-10 %
HIV	Negativo	
PCR	3	10 Mg/ml
Covid19 negativo		
ELECTROLITOS		
K	3.7 mg/dl.	3,5 a 5,3 mEq/L
Na	145 mg/dl.	135 a 145 mEq/L
Cl	103 mg/dl.	96 a 106 mEq/L
QUÍMICA SANGUÍNEA		

Elaborado por: Mavelin del Rosario Lema Pérez

Glucosa	97 mg/dl	79-109
Colesterol	110 mg/dl	120 ml/dl
Triglicéridos	120mg/dl	150 mg/dl
UROANÁLISIS		
Urea	35 mg/dl.	40 mg/dl.
Creatinina	1.0	0.5 – 1.2
Cetonas en orina	0.7 mmol/L	0.6-1.0 mmol/L
Glucosa en orina	11 mg/L	0-15 mg/dl
Proteinuria	760 mg/dl	Menor 30 mg/dl

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Al interpretar los resultados de los exámenes de laboratorio se observó que existe descenso de hematíes, hematocrito, hemoglobina y hemoglobina corpuscular media que indican que existe una anemia leve.

Se puede observar que no existe riesgo de infecciones debido a que los valores de leucocitos linfocitos y neutrófilos se encuentran en parámetros normales. Sin alteración en coagulación ni en los electrolitos.

Paciente con diagnóstico negativo para el HIV y Covid19. Sin embargo, se observa elevación de proteinuria obteniendo un valor de: 760mg/dl, lo que nos confirma el diagnóstico definitivo de preeclampsia severa.

2.5 FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO, DIFERENCIAL Y DEFINITIVO.

- ✚ Diagnóstico presuntivo:** Hipertensión Arterial.
- ✚ Diagnóstico diferencial:** Eclampsia.
- ✚ Diagnóstico definitivo:** Embarazo de 30 semanas de gestación + Preeclampsia severa.

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

Mediante mi estudio de caso clínico puedo mencionar que los factores determinante que influyeron a mi paciente de 31 años de edad con 30 semanas de gestación más preeclampsia severa que acudió al hospital por presentar cefalea intensa que dio un resultado de 9/10 en la escala de EVA, más dolor en flanco derecho y fosa iliaca derecha. También presenta náuseas, vómitos y se observa edemas en miembros inferiores.

En la valoración clínica de patrones funcionales que se le realizo al paciente se encuentran los patrones alterados:

- **Patrón 2:** Nutricional/ Metabólico.
- **Patrón 6:** Eliminación / intercambio.
- **Patrón 10:** Adaptación / tolerancia al estrés.

NANDA: 00131

NOC: 2102

NIC: 1400

Dominio 12. Confort

Etiqueta. 00131

Clase 1. Confort físico

Dx: Dolor agudo

R/C: Elevación de tensión arterial

E/P: Cefalea con EVA 8/10, expresión facial por dolor.

Dominio V: salud percibida

Clase V: sintomatología

Etiqueta 2102: nivel del dolor

Campo: Fisiológico complejo

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Etiqueta 1400: Manejo del dolor

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
210201 Dolor referido	X			X	
210204 Duración de los episodios de dolor	X			X	
210206 Expresiones facial de dolor	X			X	
210212 Presión arterial	X				X

ACTIVIDADES

- 1-Control de signos vitales con énfasis en la presión arterial.
- 2-Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiaco fetal.
- 3-Elevar la cabecera de la cama y mantener una posición flowler.
- 4-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- 5-Asegurarse de que la paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- 6-Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, si procede

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00026

NOC: 0603

NIC: 4120

Dominio Nutrición Clase 5: Hidratación
Etiqueta. 00026 Dx: Exceso de volumen de líquidos

R/C: Compromiso de los mecanismos reguladores

E/P: Edema en miembros inferiores

DOMINIO II: Salud fisiológica

CLASE G: Líquidos y electrolitos

ETIQUETA 0603: Severidad de la sobrecarga de líquidos.

CAMPO 2: Fisiológico complejo

CLASE G: Control de electrolitos y ácido base

ETIQUETA 2080: Manejo de líquidos/electrolitos N

ESCALA DE LIKERT

(1) Grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno

INDICADORES	DESPUES		ANTES		
	1	2	3	4	5
060302: Edema de manos		X			X
060305: Edema de piernas	X			X	
060317: Aumento de la presión sanguínea	X			X	
060313: Cefalea	X				X

ACTIVIDADES

- 1-Observar signos y síntomas, si procede.
- 2-Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- 3-Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específicos (baja en sodio).
- 4-Verificar si la cantidad de líquido que consume es la adecuada.
- 5-Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquido persisten o empeoran.

M
E
T
A
S

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

NANDA: 00146
 NOC: 1211
 NIC: 5828

Dominio 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés **Clase 2** Respuestas de afrontamiento
Etiqueta. 00146 **Dx: Ansiedad**

R/C: Cambios en el estado de salud

E/P: Inquietud, preocupación e irritabilidad

M
E
T
A
S

DOMINIO III: Salud psicosocial.

ESCALA DE LIKERT
 (1) Grave, (2) sustancial, (3) moderado, (4) leve, (5) ninguno

INDICADORES	ANTES		DESPUES		
	1	2	3	4	5
121105: Inquietud		X			X
121106: Tensión muscular	X			X	
121108: Irritabilidad		X		X	
121121: Aumento de la frecuencia respiratoria		X			X

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

CLASE M: Bienestar psicológico.

ETIQUETA 1211: Nivel de ansiedad.

CAMPO III: Conductual.

- ACTIVIDADES**
- 1-Crear un ambiente que facilite la confianza
 - 2-Escuchar con atención
 - 3-Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico.
 - 4-Observar signos verbales y no verbales de ansiedad.
 - 5-Mantener contacto visual con al paciente.
 - 6-Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
 - 7-Medir signos vitales, si procede.
 - 8-Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

CLASE T: Fomento de la comodidad psicológica.

ETIQUETA 5820: Disminución de la ansiedad

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

Relaciono mi estudio de caso clínico con la teoría de Dorothea Orem, debido a que hace énfasis en el autocuidado que una gestante debe llevar durante toda su etapa de embarazo. Por aquello, deben tener la responsabilidad de acudir a todos sus controles médicos y a su ginecóloga cuando sienta alguna molestia o dolor en su vientre.

Sin embargo, durante el embarazo se va a experimentar diversas modificaciones, ocasionando necesidades de autocuidado y en muchas ocasiones déficit de autocuidado que deben ser resueltos o compensados de inmediato, para la mantención de la salud y preservación de su bienestar.

Por último, es importante mencionar que toda embarazada debe ser motivada y educada para que puedan realizar acciones de autocuidado, siempre y cuando comprendan la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en la misma.

2.8 SEGUIMIENTO

Se realiza seguimiento en paciente de 31 años de edad de sexo femenino con 30 semanas de gestación, que refiere cefalea intensa que dio un resultado de 9/10 en la escala de EVA, más dolor en flanco derecho y fosa iliaca derecha. También presenta náuseas, vómitos y se observa edemas en miembros inferiores. Se realiza control de signos vitales: tensión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardiaca 100 x¹, respiración 22 x¹, temperatura 37.4 ° C, saturación de oxígeno 97 %.

Se procedió a realizar prueba de proteinuria cuyo resultado es de (+++) por lo tanto se confirmó diagnóstico de preeclampsia severa y quedó ingresada en el área de hospitalización de ginecología.

Al observar que se encuentra con hipertensión arterial, más proteinuria reactiva con tres cruces se procedió a la colocación de sonda vesical calibre #8 para llegar un control de balance hidroelectrolítico debido a la proteinuria y al edema generalizado en sus miembros inferiores.

Se procedió a la administración de impregnación de sulfato de magnesio de 20mL de sulfato de magnesio al 20 % es decir 4g + 80ml de cloruro de sodio 0,9%, en bomba de infusión 300 ml/ hora en 20 minutos.

- Dexametasona 6mg IM
- Nifedipino 10 mg cada 15 minutos 4 dosis y luego 10 mg vía oral cada 8 horas.

Después de haber realizado la administración de medicamentos se realizó nuevamente control de sus constantes vitales, cuyos resultados fueron: tensión arterial 130/60 mmHg, frecuencia cardíaca 98 por latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 37.3 ° C, por lo cual se procede a actualización de kardex. También se realizó monitorización cardíaca fetal: 137 latidos por minutos, lo cual no es determinante de sufrimiento fetal.

Después de tres días de vigilancia constante, administración de medicamentos y la toma de signos vitales tanto maternos como fetales, se pudo observar avance significativo.

Se logró estabilizar la presión arterial hasta niveles normales. Se consiguió controlar la ansiedad y manifestó controlar el dolor y se valora la evolución de la paciente, la cual se encuentra en condiciones estables. Paciente recibe alta médica con prescripción de tratamiento farmacológico y reposo durante unos días.

2.9 OBSERVACIONES

Paciente de 30 semanas de gestación que fue hospitalizada en el área de ginecología por ser diagnosticada con preeclampsia severa. Ha tenido un avance significativo en cuanto a la recuperación de su salud, gracias a las intervenciones de enfermería que se le ha brindado desde su estancia hospitalaria.

Podemos mencionar que la paciente se encuentra tranquila, debido a que se le ha explicado detalladamente cada procedimiento que se le va a realizar y se ha mostrado muy colaboradora a la hora de la administración de los medicamentos y los cuidados de enfermería planteados acorde a su patología.

Antes de que recibiera la alta médica por parte del médico de turno, se procedió a educar sobre la importancia de una planificación familiar y sobre los controles que debía tener en un centro de salud, tanto ahora como después del nacimiento de su niño.

CONCLUSIÓN

Por medio de la presente investigación puedo concluir que durante la elaboración de mi caso clínico en una paciente de 30 semanas de gestación con un diagnóstico definitivo de preeclampsia severa, se procedió a la elaboración del proceso de atención de enfermería con el objetivo de identificar los patrones disfuncionales que afecta el estado de salud de nuestro paciente. Como por ejemplo, uno de los patrones afectados sería eliminación/intercambio, nutrición, afrontamiento y tolerancia al estrés, seguridad/protección y confort.

Dentro de la valoración hubo diferentes métodos empleados; como la valoración céfalo-caudal, Score Mama, exámenes de laboratorios y de imagenología. Donde se obtuvo el diagnóstico preciso, para proceder a gestionar las debidas acciones de enfermería. Inmediatamente se procedió a la elaboración de un plan de cuidados efectuando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, como lo es la monitorización continua de constantes vitales, verificar y anotar diuresis horaria, verificar signos de edema en extremidades, verificar el bienestar fetal, entre otras actividades, con el objetivo de recuperar, restaurar y conservar la salud del paciente

Por el momento la paciente se encuentra estable, fuera de peligro al igual que su bebé. El cuadro clínico que presentaba cuando fue ingresada por el área de emergencia fue tratado con antibióticos y por los cuidados de enfermería. Obteniendo la mejoría del paciente y logrando conseguir los objetivos y resultados esperados en este estudio de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Baque, C., & Pincay, G. (31 de Julio de 2018). Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. *Revista Científica de Ginecología y Obstetricia*, Vol. 4(Núm.3), 278-293.
- Cetin, A. (2016). CLASIFICACIÓN Y FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA EN EL EMBARAZO. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica(SIIC)*, 5-9.
- Guevara, E. (2017). *Manejo de la preeclampsia/eclampsia*. Instituto Nacional Materno Perinatal, Departamento de Obstetricia. Lima, Perú: Editorial Universitaria.
- Herrera, K. (2018). *PREECLAMPSIA*. Limón, Costa Rica: ElServier S.A.
- León, W., Villamarín, S., & Velasco, S. (2015). Trastornos hipertensivos en el embarazo. *Guía Practica Clinica*, 15-20.
- Loor, A. (2019). PAE: Proceso de atención de enfermería. *Revista: Somos enfermería*, 1-5.
- Martinez, F. (2020). Preeclampsia: Manifestaciones clínicas y tratamiento. *Ginecología y Obstetricia*, 2-11.
- Mayo Clinic. (2017). Preeclampsia: Leve y Severa. *Mayo Clinic Healthy Living*, 3-5
- Naranjo, Y., Pacheco, A., & Rodríguez, M. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spíritus., Departamento de Enfermería. Cuba: ElSevier.
- OMS. (2019). Estadísticas de morbi-mortalidad de Preeclampsia y eclampsia. *Organizacion Mundial de la Salud*, 1-3.
- OMS/OPS. (22 de Mayo de 2020). *Día Mundial de la Preeclampsia*. Obtenido de Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva:

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#:~:text=La%20preeclampsia%20se%20define%20como,m%C3%A1s%20en%20la%20TAD%20habitual%20

- Pacheco, J. (2016). Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. *Simposio Hipertensión Arterial*, 1-12.
- Prado, L., Reguera, M., & Gómez, N. (2018). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención*. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba., Departamento de Salud , Cuba.
- Ramoneda, C., & Mussons, B. (2018). Preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP. *Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología.*, 139-141.
- Vargas, V., Acosta, G., & Moreno, M. (2018). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 471 - 476.

ANEXOS



Imagen 1.1 – Paciente en condiciones graves debido a la patología que cursa durante su hospitalización.



Imagen 1.2 – Toma de signos vitales a paciente con diagnóstico de preeclampsia severa.



Imagen 1.3 – Paciente firmando la constancia de haberle brindado promoción de salud (charlas educativas)

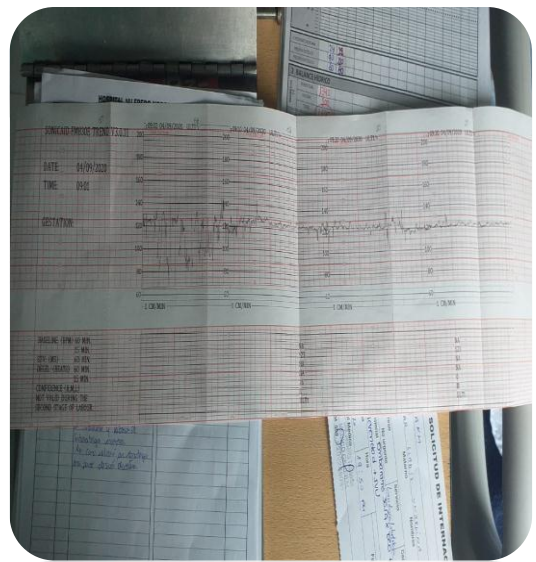


Imagen 1.4 – Control de monitorización fetal electrónica, para ver si no hay sufrimiento fetal