



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 24
SEMANAS CON PREECLAMPSIA**

AUTORA

DIANA NARCISA FUENTES MUÑOZ

TUTOR

DRA: VERONICA AYALA ESPARZA

BABAHOYO – LOS RIOS – ECUADOR

2022

INDICE

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUCCION	VI
I. MARCO TEORICO	1-8
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.2.1 Objetivo General.....	10
1.2.2 Objetivos Específicos	10
1.3 DATOS GENERALES.....	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial clínico Del Paciente.)	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	12
2.3 Examen Físico (exploración clínica).....	13-14-15
2.4 Información de exámenes complementarios realizados	16
2.5 Formulación del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial y Definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
.....	19-19
2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	22
2.8 Seguimiento.....	22-21-22
2.9 Observaciones.....	25
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

DEDICATORIA

Este presente estudio de caso clínico, se lo dedico A Dios por ser el guía de mi día a día y darme la fortaleza en cada uno de los procesos que vive durante mi carrera universitaria.

A mis padres Alfredo Fuentes y Diana Muñoz por ser parte de este triunfo por el apoyo, amor, confianza que me brindaron y sin duda alguna por cada uno de los esfuerzos que realizaron durante estos años de mi formación académica, para el día de hoy verme convertida en una profesional. A mis Hermanos Carlos, Luis, Ángel que siempre creyeron en mí y sé que hoy se sienten feliz por esta meta alcanzada.

A mí Querida Prima Geomara Fuentes, por haber compartido este largo camino universitario conmigo, la que estuvo ahí en cada momento difícil que se me tornaba y también por festejar cada uno de los logros alcanzados especialmente este ser Licenciada de Enfermería.

DIANA NARCISA FUENTES MUÑOZ

AGRADECIMIENTO

Inicio Agradeciendo A Dios por mantenerme con vida, salud, perseverancia y fortaleza durante estos años y permitirme alcanzar una de mis metas, aunque el camino no fue fácil hoy puedo decir lo logré.

A mis padres por todo su apoyo incondicional por haber soltado mis alas para que vaya tras mis sueños y lograr mi objetivo. A mis hermanos, familiares y amigos cercanos por su gran Apoyo emocional durante todo este tiempo.

Y como no dejar de agradecer a mi apreciada alma mater “**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO**” por abrirme las puertas para mí formación profesional y a cada uno de los Docentes por esos conocimientos y enseñanzas impartidas.

A mis compañeros y a esos grandes Amigos que me regaló la universidad por la ayuda, empatía, confianza, brindada a lo largo de esta etapa universitaria. A mí tutora la Dra. Verónica Ayala por su predisposición brindada en la elaboración de este caso clínico.

Y por último Agradezco a cada de una de las Instituciones Hospitalarias y sus equipos de profesionales, que nos abrieron las puertas para realizar las prácticas Preprofesionales especialmente a el **Hospital sagrado corazón de Jesús** y **centro de salud urbano Quevedo** por permitir demostrar lo aprendido en las aulas.

DIANA NARCISA FUENTES MUÑOZ

TITULO DEL CASO CLINICO

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE DE 24 SEMANAS
CON PRECLAMPSIA

RESUMEN

La preeclampsia es uno de los principales trastornos hipertensivos propio del embarazo, en algunos casos suele ser silenciosa y sus síntomas no son evidentes. Esta patología se caracteriza por presencia de proteinuria en orina y hipertensión arterial por arriba de 140/90 mmhg, se evidencia a partir de las 20 semanas de gestación, en el parto o 2 semanas después del parto.

Aun no se conoce una causa exacta de la preeclampsia, pero sin embargos algunos estudios realizados consideran los factores genéticos, inmunológicos, nutricionales, endocrinos y nutricionales como posible causa.

La preeclampsia es considerada como un problema de salud pública debido a las causas de muerte materna y perinatal en todo el mundo, según datos de la organización mundial de la salud se aprecia que la incidencia oscila entre el 2 y 10% del total de embarazos y su prevalencia es siete veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los países desarrollados. En Ecuador en un reporte de la Gaceta del ministerio de salud pública del año 2021 es de un 35%.

El presente caso clínico se lo realizo a un paciente gestante de 24 semanas de gestación con preeclampsia, por presentar hipertensión arterial de 150/90 mmhg, proteinuria en orina (+++), edema en extremidades inferiores y leve cefalea. Una vez realizada la valoración de enfermería, se procedió a planificar un plan de cuidados de enfermería con el objetivo de restaurar la salud de la paciente y evitar complicaciones.

Palabras claves:

Preeclampsia, proteinuria, incidencia, salud, embarazo.

ABSTRACT

Preeclampsia is one of the main hypertensive disorders typical of pregnancy, in some cases it is usually silent and its symptoms are obvious to us. This pathology is characterized by the presence of proteinuria in the urine and arterial hypertension above 140/90 mmHg, it is evident after 20 weeks of gestation, at delivery or 2 weeks after delivery.

An exact cause of preeclampsia is not yet known, but nevertheless some studies have considered genetic, immunological, nutritional, endocrine, and nutritional factors as a possible cause.

Preeclampsia is considered a public health problem due to the causes of maternal and perinatal death throughout the world, according to data from the World Health Organization, it can be seen that the incidence ranges between 2 and 10% of all pregnancies, and its prevalence is seven times higher in developing countries than in developed countries. In Ecuador in a report from the Gazette of the Ministry of Public Health in 2021 of 35%.

In the present clinical case, it was performed on a pregnant patient of 24 weeks of gestation with preeclampsia, due to arterial hypertension of 150/90 mmHg, proteinuria in urine (+++), edema in the lower extremities and mild headache. Once the nursing assessment was carried out, a nursing care plan was planned with the aim of restoring the patient's health and avoiding complications.

Keywords:

Preeclampsia, proteinuria, incidence , health, pregnancy.

INTRODUCCION

La preeclampsia (PE) es un trastorno multisistémico específico del embarazo que se caracteriza por el desarrollo de hipertensión y proteinuria (niveles elevados de proteína en la orina) después de las 20 semanas de gestación. La Preeclampsia es una de las principales causas de mortalidad y morbilidad materna perinatal (desde la semana 20 de gestación hasta la semana 4 después del nacimiento) y fetal / neonatal en todo el mundo. (Ponce & Benítez, 2017)

La preeclampsia es considerada una de las causas principales de morbilidad, muerte materna y perinatal alrededor del mundo: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 16 % de la mortalidad materna mundial (63.000 muertes maternas anuales) se debe a la preeclampsia. (Bracken et al., 2021)

La incidencia de la enfermedad depende de muchos parámetros demográficos diferentes, incluida la edad materna, la raza y las condiciones médicas subyacentes asociadas. Aunque se han informado diferencias geográficas y raciales en la incidencia, se han podido identificar diferentes factores de riesgo los cuales inducen en el desarrollo de la preeclampsia en diferentes poblaciones.

Los diagnósticos tradicionales se han basado en características clínicas como hipertensión y proteinuria. Sin embargo, se sabe que las tiras reactivas de orina y la evaluación de proteína puntual a creatinina (proporción P:C) se asocian con resultados falsos positivos y falsos negativos.

El presente estudio de caso clínico se realizó en una paciente de 24 semanas de gestación con preeclampsia que acude al área de emergencia obstétrica referida de otra unidad de salud por presentar Hipertensión Gestacional + proteinuria (+++), a la valoración médica, refiere malestar general, leve cefalea, se evidencia edema en miembros inferiores, con presión arterial 150/90 mmhg, niega pérdida de líquidos transvaginales.

Posteriormente se aplicó un plan de cuidado basado en el proceso de atención de enfermería con la finalidad de restaurar la salud de la gestante y así evitar alguna complicación materno fetal.

I. MARCO TEORICO

Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un sistema basado en un modelo organizado y científico desarrollado por un profesional de enfermería, tiene como objetivo brindar asistencia y atención eficiente al paciente, respondiendo a sus necesidades. (Miranda-Limachi et al., 2019)

El uso del PAE permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas, de esta manera se trata a la persona como un todo; en donde el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas concretamente a él y no solo a su enfermedad. (Miranda-Limachi et al., 2019)

Fases del PAE

El Proceso de Atención de Enfermería incluye 5 fases:

1. **Valoración:** La valoración consiste en la recopilación y organización de datos que conciernen a la persona, familia y entorno con la finalidad de tener una comprensión holística de las necesidades y los factores de riesgo del paciente y a su vez poder identificar las respuestas humanas y fisiológicas.
2. **Diagnóstico:** El diagnóstico consiste en el uso de los datos, comentarios del paciente y juicio clínico para formar los estándares de diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados.
3. **Planificación:** La fase de planificación establece objetivos a corto y largo plazo basados en la valoración y el diagnóstico de la enfermera, idealmente con aportes del paciente. Esta fase comienza después de realizar la formulación del diagnóstico y termina de concluir con la documentación real del plan de cuidados.
4. **Ejecución:** En esta fase se ejecutan los cuidados de enfermería de acuerdo con el plan de cuidados, con base en las condiciones de salud del

paciente y el diagnóstico de enfermería. Documentar la atención que realiza la enfermera.

5. **Evaluación:** La fase de evaluación consiste en monitorear (y documentar) el estado del paciente y el progreso hacia las metas, y modificar el plan de atención según sea necesario.

Definición

La preeclampsia se la define como la presencia de una presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg o una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg o más, en dos ocasiones al menos 4 horas de diferencia en un paciente previamente normo tenso, o una Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o una Presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mm Hg o más (en este caso, la hipertensión se puede confirmar en minutos para facilitar la administración oportuna de antihipertensivos). (Glow, 2022)

Etiología

La etiología de la preeclampsia sigue siendo aún desconocida. Durante el siglo pasado, se han sugerido muchas teorías con respecto a su etiología, pero la mayoría no ha resistido la prueba del tiempo. El síndrome se caracteriza por vaso espasmo, hemoconcentración y cambios isquémicos en la placenta, riñón, hígado y cerebro. Las teorías sobre los mecanismos causales incluyen el origen placentario, el origen inmunológico y la predisposición genética, entre otros. Se dedica una gran cantidad de investigación a resolver el enigma etiológico de la preeclampsia. Sin una etiología definitiva, es difícil predecir pacientes en riesgo de desarrollar preeclampsia y efectuar un tratamiento.

Epidemiología

La preeclampsia es un trastorno multisistémico que complica del 3% al 8% de los embarazos en los países origen occidental y esto constituye una fuente de carácter importante de morbilidad y mortalidad alrededor el mundo. Por lo general, en un rango del 10 % al 15 % de las muertes maternas se encuentra relacionadas de manera directa con la preeclampsia y la eclampsia. Algunos estudios epidemiológicos apoyan a que la hipótesis de una etiología genética e inmunológica. (IntraMed, 2022)

El riesgo de llegar a padecer preeclampsia es de 2 a 5 veces mayor en mujeres embarazadas que tengan antecedentes maternos de este trastorno. Según el origen de su etnia, la tasa incidencia de preeclampsia oscila entre el 3 % y el 7 % en mujeres nulíparas sanas y entre el 1% y el 3% en mujeres multíparas. También, se ha llegados a demostrar que la nuliparidad y una nueva pareja son factores de riesgo importante que pueden ocasionar este trastorno. (Portelli & Baron, 2018).

Fisiopatología

La preeclampsia tiene una fisiopatología complicada y es la causante principal de la placentación anormal. La fisiopatología exacta de la preeclampsia sigue siendo desconocida. Sin embargo, se han propuesto varias teorías que pueden explicar la mayoría de las anomalías observadas en este proceso patológico.

La preeclampsia es principalmente una enfermedad de la placenta, ya que se puede encontrar en embarazos molares. Una de las teorías más aceptadas en la preeclampsia gira en torno a la placentación anormal. En embarazos normales, el trofoblasto comienza la invasión de los vasos sanguíneos del miometrio mediante la remodelación de las arterias espirales maternas, transformándolas de arteriolas pequeñas, musculares y de mayor resistencia en arterias de gran calibre con alta capacitancia y flujo libre de sangre. (Robillard et al., 2022).

La remodelación generalmente comienza a fines del primer trimestre y se completa entre las 18 y 20 semanas de gestación. El fracaso de este proceso de

remodelación completa conduce a la persistencia de arterias espirales de alta resistencia que impiden la perfusión placentaria, lo que conduce a un estado de "hipoxemia relativa" que culmina en una disfunción de las células endoteliales maternas. La disfunción de las células endoteliales sistémicas maternas se manifiesta en signos y síntomas que reflejan la vasoconstricción materna y el daño multiorgánico. (Khalil, 2017).

La hipoperfusión placentaria es tanto una causa como un efecto de la placentación anormal que se vuelve más pronunciado con las crecientes necesidades de la unidad fetoplacentaria a medida que avanza el embarazo. Los cambios patológicos tardíos que se observan en el tejido placentario se correlacionan con la isquemia, incluida la aterosclerosis, la necrosis fibrinoide, la trombosis, la esclerosis de las arteriolas y el infarto.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia incluyen: diabetes preexistente, índice de masa corporal antes del embarazo $\geq 35 \text{ kg/m}^2$, nuliparidad, antecedentes familiares de PE, embarazo gemelar, edad materna ≥ 40 años, presión arterial sistólica ≥ 130 mmHg, hipertensión crónica, antecedentes de enfermedad renal crónica y tecnologías de reproducción asistida. (Veiga et al., 2021).

Complicaciones

La preeclampsia puede evitar que la placenta deje de percibir suficiente sangre, motivo por el cual puede ocasionar que el bebé nazca muy pequeño. A esto se lo denomina restricción del crecimiento fetal. También es una de las causas más conocidas de nacimientos prematuros y las complicaciones que pueden ir apareciendo, en las cuales se encuentran incluidas las discapacidades del aprendizaje, la epilepsia, la parálisis cerebral y la audición y la visión. (WebMD, 2022).

Además, La preeclampsia puede causar complicaciones extrañas, pero de manera grave, las cuales podrían ser:

- Insuficiencia cardiaca
- ceguera reversible
- Sangrado después de haber dado a luz

Cuando la preeclampsia o la eclampsia dañan el hígado y las células sanguíneas, puede tener una complicación llamada síndrome HELLP. Eso significa:

- Hemólisis. Esto es cuando los glóbulos rojos que transportan oxígeno a través de su cuerpo se descomponen.
- Enzimas hepáticas elevadas: Los altos niveles de estos químicos en la sangre significan problemas hepáticos.
- Recuentos bajos de plaquetas: Esto es cuando no tiene suficientes plaquetas, por lo que su sangre no se coagula como debería.

El síndrome HELLP es una emergencia médica y tiene síntomas que incluyen:

- Visión borrosa
- Dolor de pecho o vientre
- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Malestar estomacal o vómitos
- Edema en la cara o las manos
- Sangrado de las encías o la nariz

La preeclampsia puede llegar a ocasionar que la placenta se separe repentinamente del útero, a lo que se conoce desprendimiento de placenta. Esto puede conducir a una muerte fetal.

Clasificación

La preeclampsia se clasifica en 2 subtipos según los signos y síntomas

Preeclampsia leve

Nueva aparición de presión arterial elevada sostenida después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa (≥ 140 mmHg sistólica o ≥ 90 mmHg diastólica en al menos 2 ocasiones con 6 horas de diferencia)

Proteinuria de al menos 1+ en una tira reactiva de orina o ≥ 300 mg en una recolección de orina de 24 horas después de 20 semanas.

Preeclampsia severa

Presión arterial ≥ 160 mmHg sistólica o ≥ 110 mmHg diastólica

- Excreción de proteínas en orina de al menos 5 gramos en una recolección de 24 horas
- Alteraciones neurológicas (cambios visuales, dolor de cabeza, convulsiones, coma)
- Edema pulmonar
- Disfunción hepática (transaminasas hepáticas elevadas o dolor epigástrico)
- Compromiso renal (oliguria o concentración elevada de creatinina sérica, $\geq 1,2$ se considera anormal en mujeres sin antecedentes de enfermedad renal)
- Trombocitopenia
- Desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento fetal u oligohidramnios

Manifestaciones clínicas

La preeclampsia es asintomática en los 2 primeros trimestres del embarazo ya que los síntomas son muy variables. La preeclampsia a menudo permanece oscura para identificar y, por lo tanto, podría ser peligrosa. Es un trastorno multisistémico heterogéneo que puede diagnosticarse solo durante las visitas prenatales de rutina.

Los primeros signos son presión arterial alta, que se caracteriza por una presión arterial sistólica de ≥ 140 mm Hg y presión arterial diastólica de ≥ 90 mm Hg y proteinuria de ≥ 300 mg/24H. Además, la hinchazón de las piernas se produce debido al edema. Sin embargo, el edema no puede ser considerado como un Prueba previa al diagnóstico para la preeclampsia ya que es inespecífica ya que las mujeres embarazadas sin preeclampsia también desarrollan edema hacia el final del embarazo. (Nirupama et al., 2021)

Los otros síntomas incluyen dolor de cabeza, rápido aumento de peso, dolor abdominal, cambios en los reflejos, mareos, vómitos y náuseas, cambios visuales. En casos severos, dolor en el cuadrante superior derecho, si no se trata de inmediato, se pueden producir lesiones hepáticas, hemólisis y convulsiones debido a la eclampsia.

Las convulsiones eclámpticas complican alrededor del 2% de la preeclampsia. Estas convulsiones también pueden ocurrir alrededor de 48 horas a un mes después del parto. Las complicaciones fetales y neonatales incluyen parto prematuro, prematuridad iatrogénica, restricción del crecimiento fetal, oligohidramnios y muerte perinatal. Estas complicaciones ocurren debido a insuficiencia placentaria, placentación anormal y flujo sanguíneo útero placentario anormal. (Ponce & Benítez, 2017)

Diagnóstico

Estos incluyen análisis de sangre compuestos por pruebas de función hepática, función renal y también recuento de plaquetas, análisis de orina que mide la cantidad de proteína en la orina durante 24 horas y también para medir la proporción de proteína a creatinina, prueba sin estrés o perfil biofísico que es una prueba para verificar la frecuencia cardíaca del bebé cuando el bebé se mueve,

ultrasonido para medir la frecuencia cardíaca del bebé respiración y volumen de líquido amniótico en el útero y ecografía fetal para monitorear el bebé, su crecimiento y peso fetal. (Nirupama et al., 2021)

Todavía no existe una herramienta de diagnóstico precisa o biomarcadores para la detección y el diagnóstico de la preeclampsia en las primeras etapas de la gestación, los datos clínicos sugieren que la detección temprana, el control y el manejo son beneficiosos para la preeclampsia. (Tsigas, 2021).

Tratamiento

Para las mujeres con Preeclampsia, el tratamiento incluye tanto el control de la hipertensión y la prevención de la eclampsia. La madre se somete a ambas pruebas de laboratorio y pruebas de ultrasonido para controlar la gravedad de la enfermedad.

Directrices internacionales recomiendan la administración de medicamentos antihipertensivos para la hipertensión severa y preeclampsia. Este tratamiento evita que la madre sufra complicaciones graves como hemorragia cerebral y eclampsia. Estos medicamentos incluyen metildopa, hidralazina, bloqueadores beta y nifedipina, y ácido acetilsalicílico. Se han probado vasodilatadores para prevenir preeclampsia y prolongar el embarazo en mujeres con preeclampsia. La metildopa es recomendada como primera línea de tratamiento, es un agonista de los receptores adrenérgicos . (MacDonald et al., 2022).

El sulfato de magnesio también se usa como parte de las estrategias terapéuticas para tratar la preeclampsia , se administra por vía intravenosa para prevenir las convulsiones en mujeres con preeclampsia. Esto se administra junto con corticosteroides. (Nirupama et al., 2021).

1.1. JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo, la cual se caracteriza por presencia de hipertensión y proteinuria que aparece después de las 20 semanas de gestación y afecta a muchos sistemas de órganos. La Preeclampsia sigue siendo uno de los trastornos más comunes en embarazo y sigue siendo una de las principales causas de morbilidad fetal en el mundo.

Es muy importante el conocimiento de las manifestaciones clínicas para el manejo de la madre y el feto, para así de esta manera se elija el momento adecuado para el nacimiento.

El desarrollo del presente caso clínico tiene como finalidad mostrar que un correcto manejo y vigilancia de la Preeclampsia están asociados con una disminución del riesgo materno. Para el presente caso se ha obtenido información real de una paciente Gestante de 24 semanas con Preeclampsia.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. Objetivo General

- Elaborar un correcto proceso de atención de enfermería en gestante de 24 semanas con preeclampsia.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Fundamentar científicamente la patología que presenta la paciente.
- Realizar la valoración de enfermería mediante técnicas seleccionadas de acuerdo al caso.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas identificados en la paciente.

1.3. DATOS GENERALES

Nombre Completo: NN

Edad: 31 años

Lugar y fecha de Nacimiento: Portoviejo, 04/01/1989

Nacionalidad: Ecuatoriana

Género: Femenina

Grupo sanguíneo: o+

Raza: Mestiza

Estado Civil: Unión libre

Religión: católica

Dirección: Valencia - vía la Mana

Ocupación: Ama de casa

Nivel de Estudio: Bachiller

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes. (Historial clínico del Paciente.)

Motivo de consulta

Paciente de sexo Femenino de 31 años de edad multigesta acude al área de emergencia obstétrica referida del hospital básico Muñoz con diagnóstico de

24 semanas de gestación por fecha de última menstruación con Hipertensión Gestacional + proteinuria (+++) , a la valoración médica refiere malestar general , leve cefalea , se evidencia edema en miembros inferiores , al momento consciente orientada en tiempo y espacio , Glasgow 15/15 , afebril , con presión arterial 150/90 mmhg , niega pérdida de líquidos transvaginales. Paciente manifiesta haber estado hospitalizada en esta unidad de salud hace 3 días anteriores por el mismo diagnóstico, pero ella abandono la institución sin autorización médica por motivo personales.

Historial Clínico Del Paciente

Antecedentes patológicos/habituales: Paciente refiere que es su Tercer embarazo, Antecedentes de infección urinaria (IVU) en su embarazo anterior.

Paciente con obesidad tipo II, hace 3 días estuvo ingresada con diagnóstico de hipertensión gestacional.

Antecedentes Familiares: No refiere

Antecedentes Quirúrgicos: Paciente refiere que tiene 2 cesáreas la última fue hace 9 años.

Antecedentes Ginecológicos

Menarquia: 14 años **Ciclos:** Regulares / 5 días/cada 28 días.

Síntomas acompañantes: Cólicos Menstruales y en ocasiones cefalea.

Antecedentes Obstétricos

FUM: 05/07/2020

Gestas: 2

Partos: 0

Cesáreas: 2

Controles prenatales: 4

Ecos prenatales: 2

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

Paciente de sexo Femenino de 31 años con 24 semanas de gestación ingresa referida de otra unidad de salud por hipertensión gestacional + proteinuria

- **Cuello:** Simétrico, no adenopatías no ingurgitación yugular.
- **Tórax:** Simétrico, expansible, ruidos cardiacos normales
- **Abdomen:** Asimétrico, globuloso por presencia de feto único, vivo, compatible con sus semanas de gestación.
- **Extremidades:** Edema en miembros inferiores
- **Genitales:** presencia de vellos púbicos, no se evidencia perdida de líquido transvaginal, al momento con sonda Foley para eliminación de diuresis.

Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

- **Patrón 1: Percepción y manejo de la Salud**

Paciente con esquema de vacunas antitetánicas e influenza completa, refiere tener 4 controles prenatales en el centro de salud y cumplir con las indicaciones recomendadas.

Patrón no Alterado

- **Patrón 2: Nutricional Metabólico**

Paciente con índice de masa muscular 33 con obesidad tipo II, refiere que no lleva una dieta balanceada, Se evidencia leve edema en miembros inferiores.

Patrón Alterado

- **Patrón 3: Eliminación**

Paciente refiere que realiza sus deposiciones normales 2 veces diarias, diuresis con frecuencia de 3 al día, al momento se encuentra con sonda vesical para eliminación de diuresis y control de balance hídrico, no se evidencia perdida de líquidos transvaginales.

Patrón Alterado

- **Patrón 4: Actividad y Ejercicio**

Paciente refiere que realiza las actividades diarias del hogar, al momento se encuentra en reposo absoluto.

Valoración cardiovascular

presión arterial 150/90mmhg

Patrón alterado

- **Patrón 5: Sueño Descanso**

Paciente refiere que no presenta problemas al dormir

Patrón no Alterado

- **Patrón 6: Cognitivo-Perceptual**

Paciente se encuentra orientada en tiempo y espacio, colaboradora el dialogo, refiere leve cefalea.

Patrón Alterado

- **Patrón 7: Autopercepción y Auto concepto**

Paciente manifiesta sentirse nerviosa, intranquila por la presencia de su enfermedad y con miedo de perder a su bebe.

Patrón Alterado

- **Patrón 8: Rol Relaciones**

Paciente manifiesta vivir con su esposo, sus 2 hijas y mantiene una buena relación con sus familiares, su esposo muy pendiente de su embarazo le acompaña en cada control.

Patrón no alterado

- **Patrón 9: Sexualidad y Reproducción**

Paciente de 24 semanas de gestación, menarquia 14 años, FUM: 05/07/2020. Gestas: 2 Parto: 0 Aborto: 0 y Cesárea:2

Patrón no alterado.

- **Patrón 10: Afrontamiento y Tolerancia al Estrés.**

Paciente manifiesta sentirse angustiada, tensa y con temor que su embarazo no llegue a término.

Patrón Alterado

- **Patrón 11: Valores y Creencias**

Paciente refiere ser católica

Patrón no Alterado

Patrones funcionales alterados

- **Patrón 2:** Nutricional Metabólico
- **Patrón 3:** Eliminación
- **Patrón 4:** Actividad y Ejercicio
- **Patrón 6:** Cognitivo-Perceptual
- **Patrón 7:** Autopercepción y Auto concepto
- **Patrón 10:** Afrontamiento y Tolerancia al Estrés

2.4. Información de exámenes complementarios realizados

HEMOGRAMA	VALORES OBTENIDOS
Hemoglobina	13,0 g/dl
Hematocrito	37,4%
Neutrófilos %	68,6%
Linfocitos %	24,9%
Monocitos %	5,1%
Eosinófilos %	1,2%
Basófilos %	0,2%
Plaquetas	268 000
Glóbulos Blancos	7,95
BIOQUIMICA SANGUINEA	
Glucosa	102,4 mg/dl
Creatinina	0,6 mg/dl
Urea	17,15 mg/dl
Ácido Úrico	3,95 mg/dl
Colesterol HDL	34,45 mg/dl
Colesterol	120 mg/dl
ENZIMAS HEPÁTICAS	
TGO	44.87 U/L
TGP	63.39 U/L

INMUNOLOGIA	
VDRL	NEGATIVO
VIH	NEGATIVO

Tabla 1 Exámenes complementarios

PROTEINURIA EN ORINA (+++)

2.5. Formulación del Diagnóstico Presuntivo, Diferencial y Definitivo.

Diagnostico Presuntivo: Preeclampsia sin signos de alarma

Diagnóstico Definitivo: Embarazo de 24 semanas de gestación + Preeclampsia.

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

Al mantener un dialogo con la paciente ella manifiesta haber estado ingresada hace 3 días atrás por presentar la misma sintomatología pero sin embargo ella abandono la casa de salud , una vez realizada la valoración de enfermería, mediante el examen físico y la valoración de patrones funcionales de Marjory Gordon se pudo identificar cuáles son los patrones disfuncionales y uno de los posibles factores que influyen a desarrollar la enfermedad , siendo la obesidad tipo II que presenta actualmente. Aunque en los diversos estudios realizados aún no se conoce la causa definitiva de la preeclampsia.

INDICACIONES MEDICAS

- Control de signos vitales
- score mama cada 30 minutos
- Control de balance hídrico
- Reposo absoluto

MEDICACION EN EL INGRESO HOSPITALARIO

- Sulfato de magnesio 4gr (2 ampollas) + solución salina 0.9 % en 80 ml pasar IV en 20 minutos – Dosis de impregnación
- sulfato de magnesio 10 gr (5 ampollas) + Solución salina 0.9 % en 450 ml pasar 17 gotas por minuto –Dosis de mantenimiento

MEDICACION EN LA ESTADIA HOSPITALARIA

- Nifedipíno 20 gr v.o cada 6 horas
- Ácido acetilsalicílico 150mg v.o cada día
- Carbonato de calcio 500mg v.o después de cada comida.



Dominio 4: Actividad y reposo **Clase 4.** Respuestas cardiovasculares pulmonares

Etiqueta. 00204 **Dx:** perfusión tisular periférica ineficaz

NANDA: 00204 perfusión tisular periférica ineficaz
NOC: 0415 Estado Circulatorio
NIC: 4040 Cuidados cardiacos



R/C: Alteraciones en la presión arterial.

E/P: Cefalea, Edema en los miembros inferiores.

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase E: Cardiopulmonar

Etiqueta 0414: Estado circulatorio

Campo 2: Fisiológico complejo

Clase N: Control de la perfusión tisular.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión Arterial Sistólica		x			
Presión Arterial Diastólica				x	
Edema Periférico		x			
Inquietud				x	

ACTIVIDADES

- Monitorizar los signos vitales con frecuencia
- Evaluar las alteraciones de la presión arterial
- Realizar una valoración exhaustiva de circulación periférica, comprobar pulsos periféricos, edema en miembros, relleno capilar.
- Identificar los métodos de la paciente para manejar el estrés.
- Control de balance hídrico
- Instruir a la paciente y familia sobre la finalidad del cuidado y el modo en que progresara los cuidados.

M
E
T
A
S

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



Dominio 9: Atontamiento y tolerancia al estrés **Clase 2.** Respuestas de afrontamiento

Etiqueta. 00146 **Dx:** Ansiedad

Etiqueta 4040

NANDA: 00146: Ansiedad
NOC: 1211: Nivel de Ansiedad
NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

R/C: preeclampsia en el embarazo

E/P: Temor, angustia, aumento de la presión arterial.

Dominio III: Salud Psicosocial

Clase M: Bienestar psicológico

Etiqueta 1211: Nivel de ansiedad

Campo 3: Conductual

Clase T: Fomento de la comodidad psicológica

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Aumento de la presión sanguínea		x			
Inquietud				x	
Impaciencia				x	
Ansiedad verbalizada			x		

ACTIVIDADES

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

M
E
T
A
S

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



Etiqueta 5820: Disminución de la ansiedad

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

Dorothea Orem en su teoría de enfermería con el déficit del autocuidado, ella considera que el personal de enfermería juega un rol muy importante en el cuidado del paciente ya que el profesional debe ayudar a el individuo llevar a cabo el autocuidado de sí mismo.

Para la realización de este estudio de caso se ha aplicado el modelo de Dorothea Orem , por tal razón el personal de enfermería debe explicar a la paciente a través de la promoción de salud , cuáles son los cuidados que debe realizar durante su embarazo, las complicaciones que se presentan por la enfermedad que atraviesa y también haciendo énfasis en el autocuidado en la etapa de parto y posparto , lo cual esto permite mantener una buena relación enfermero - paciente con el objetivo de lograr una pronta recuperación en la salud de la paciente.

2.8. Seguimiento

Primer Día

23:45

Ingresa paciente a sala de emergencia obstétrica al momento consciente orientada en tiempo y espacio , referida del Hospital básico Muñoz con diagnóstico médico de embarazo de 24 semanas de gestación + hipertensión arterial y proteinuria (+++), manifiesta malestar general, cefalea y se evidencia edema en miembros inferiores. con signos vitales:

- **Presión Arterial:** 150/90 mmHg.
- **Frecuencia Respiratoria:** 21 respiraciones x minuto
- **Frecuencia Cardíaca:** 97 latidos x minuto
- **Temperatura:** 36, 5 c

- **SpO2: 99%**
- **Frecuencia cardiaca Fetal:** 120 latidos por minuto
- **Score mama :5**

Una vez valorada por el médico de turno, indica que es ingresada a esta unidad hospitalaria se les comunica a sus familiares, se canaliza vía periférica se activa clave azul con impregnación por 20 minutos de sulfato de magnesio y luego el plan de mantenimiento, doctora de turno coloca sonda vesical, ordena realizar exámenes de laboratorio.

A las 00:30 paciente pasa a sala de centro obstétrico por Indicación médica, consciente orientada en tiempo y espacio con vía endovenosa permeable, pasando medicación de mantenimiento en compañía de licenciado de turno y su esposo. Se controla score mama, presión arterial 145/ 90 mmhg con score de 5 , media hora después se valora la presión arterial con valores normal de 130/80 mmhg con score de 1 por presencia de proteinuria.

04.30

Se controla score mama la presión arterial se encuentra en 130/70mmhg presenta score de 1 Medico de turno valora a la paciente y decide suspender la dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio. Al día siguiente aproximadamente a las 10: 00 am el ginecólogo ordena pasar a sala de hospitalización ginecológica bajo medicación antihipertensiva.

Segundo y tercer día

Paciente continua en sala de ginecología al momento consciente, orientada en tiempo y espacio con vía endovenosa permeable, con valores normales de presión arterial, su score se mantiene en 1 por presencia de proteinuria en orina, no refiere ninguna novedad.

Se brindan cuidados de enfermería

- Se monitoriza signos vitales cada 4 horas
- Se administra medicación prescrita
- Se brinda confort y seguridad a la paciente
- Eliminación de diuresis

- Control de balance hídrico
- Se educa sobre signos de alarma durante el embarazo.

Cuarto día

Paciente continua en sala de ginecología al momento consciente, orientada en tiempo y espacio, al momento refiere leve cefalea, se valora signos vitales con nivel de presión arterial de 140 / 80 mmhg, haciendo un score de 3 se comunica a ginecólogo de turno e indica administrar nifedipino 20 gr luego de 1 hora se controla signos vitales con valor de presión arterial 130/80 mmhg . se brindan los respectivos cuidados de Enfermería.

Quinto y sexto día

Paciente continua en hospitalización de ginecología, al momento no refiere ninguna novedad su presión arterial se encuentra en parámetros normales se brinda los cuidados de enfermería. Medico ordena realizar exámenes de laboratorio.

Séptimo día

Paciente continua en reposo en sala de hospitalización ginecológica, al momento es valorada por el médico y refiere cefalea, se controla presión arterial 145/70 mmhg , ordena administrar nifedipino 20 mg, luego de una hora su presión arterial se estabilizo con valores 130/70 mmhg.

Octavo, Noveno, Décimo día:

Paciente continúa hospitalizada, para monitoreo continuo de su presión arterial debido a que presento alteración en días anteriores, se encuentra en absoluto reposo, se brindan los respectivos cuidados de enfermería. No refiere ninguna novedad.

Onceavo día:

Paciente gestante continúa hospitalizada en sala de ginecología, consiente, orientada en tiempo y espacio, con parámetros normales de presión arterial 130/70 mmhg es valorada por el médico de turno y ordena realizar exámenes de laboratorio y ecografía fetal para poder darle alta médica. Aproximadamente a las 11.30 am médico de turno valora a la paciente tras los resultados obtenidos de los exámenes y ecografía medico indica alta hospitalaria, paciente egresa de sala de ginecología consiente, orientada en tiempo y espacio en compañía de su esposo, al momento de su egreso se entregó la documentación correspondiente y se le Educo sobre los signos de alarma en el embarazo y que debe acudir en 7 días para su control por su consulta externa.

2.9. Observaciones

Paciente gestante , tras su ingreso fue evolucionado de manera favorable , aunque en el cuarto y séptimo día de hospitalización presento alteración en su presión arterial , se procedió a administrar medicación antihipertensivo de forma inmediata se estuvo en constaté monitoreo el score mama ,reposo absoluto , continuo con su tratamiento antihipertensivo , se le brindo todos los cuidados de enfermería correspondiente , además se le explicó a la paciente y a sus familiares sobre los riesgo de la enfermedad y los cuidados que debe llevar en su hogar para que pueda llegar a término su embarazo y que debe acudir en 7 días para su control por consulta externa.

CONCLUSIONES

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de severidad inestable, concreto del embarazo representado por una reducción en la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y aceleración de los sistemas de coagulación. Se presenta posteriormente de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este.

Una vez realizada la valoración de enfermería a la paciente a través de él examen físico, patrones funcionales de Maryory Gordon se pudo determinar cuáles son los patrones disfuncionales y se logró dar un diagnóstico enfermero y planificar un plan de cuidados de enfermería para mejorar la salud de la paciente para de tal manera evitar complicación materno- fetal.

BIBLIOGRAFÍA

- Bracken, H., Buhimschi, I. A., Rahman, A., Smith, P. R. S., Pervin, J., Rouf, S., Bousiequez, M., López, L. G., Buhimschi, C. S., Easterling, T., & Winikoff, B. (2021). Congo red test for identification of preeclampsia: Results of a prospective diagnostic case-control study in Bangladesh and Mexico. *EClinicalMedicine*, 31, 100678. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100678>
- IntraMed. (2022). Intramed.net. Recuperado el 7 de febrero de 2022, de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=71958>
- Khalil, G. (2017). Preeclampsia: Pathophysiology and the maternal-fetal risk. *Journal of hypertension and management*, 3(1). <https://doi.org/10.23937/2474-3690/1510024>
- MacDonald, T. M., Walker, S. P., Hannan, N. J., Tong, S., & Kaitu'u-Lino, T. J. (2022). Clinical tools and biomarkers to predict preeclampsia. *EBioMedicine*, 75(103780), 103780. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103780>
- Miranda-Limachi, K. E., Rodríguez-Núñez, Y., & Cajachagua-Castro, M. (2019). Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*, 16(4), 374–389. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.623>
- Nirupama, R., Divyashree, S., Janhavi, P., Muthukumar, S. P., & Ravindra, P. V. (2021). Preeclampsia: Pathophysiology and management. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 50(2), 101975. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101975>

- Preeclampsia and eclampsia. (2022). Glowm.Com. Recuperado el 7 de febrero de 2022, de <https://www.glowm.com/section-view/heading/Preeclampsia%20and%20Eclampsia/item/158>.
- Preeclampsia. (2022). WebMD. Recuperado el 7 de febrero de 2022, de <https://www.webmd.com/baby/preeclampsia-eclampsia>
- Ponce, V. A. A., & Benítez, F. D. M. (2017). El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo para la preeclampsia. *Revista cubana de obstetricia y ginecología*, 43(2).
<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/208/154>
- Portelli, M., & Baron, B. (2018). Clinical presentation of preeclampsia and the diagnostic value of proteins and their methylation products as biomarkers in pregnant women with preeclampsia and their newborns. *Journal of Pregnancy*, 2018, 2632637.
<https://doi.org/10.1155/2018/2632637>.
- Robillard, P.-Y., Dekker, G., Scioscia, M., & Saito, S. (2022). Progress in the understanding of the pathophysiology of immunologic maladaptation related to early-onset preeclampsia and metabolic syndrome related to late-onset preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.019>
- Tsigas, E. Z. (2021). The Preeclampsia Foundation: the voice and views of the patient and her family. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.10.053>
- Veiga, E. C. de A., Rocha, P. R. H., Caviola, L. L., Cardoso, V. C., Costa, F. da S., Saraiva, M. da C. P., Barbieri, M. A., Bettiol, H., & Cavalli, R. C. (2021). Previous preeclampsia and its association with the future development of cardiovascular diseases: a systematic review and meta-

ANEXOS

The image shows a handwritten medical history form for a patient named Daniela. The form is divided into several sections:

- 1 REGISTRO DE ADMISION:** Includes patient name (Daniela), age (30), sex (F), and other identifying information.
- 2 INICIO DE ATENCION Y MOTIVO:** Date of admission (03/10/2021) and reason for admission (G-0).
- 3 ACCIDENTE, VIOLENCIA, INTOXICACION, ENVENENAMIENTO O QUEMADURA:** A section for reporting accidents, violence, intoxication, poisoning, or burns. The form is mostly blank, with "No Aplica" written in the center.
- 4 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:** A section for personal and family history. It includes a list of conditions: 1. Diabetes, 2. Hipertension, 3. Colesterol, 4. Hipertension, 5. Asma (A) y Phagocitos. There are also checkboxes for various conditions.
- 5 ENFERMEDAD ACTUAL Y REVISION DE SISTEMAS:** A section for the current illness and system review. The text is handwritten and describes the patient's symptoms and medical history.

ANEXO 1: Historia clínica de la paciente



ANEXO 2: control de signos vitales, score mama

Document Information

Analyzed document	PREECLAMPSIA, Caso clínico , Diana Fuentes.docx (D130500353)
Submitted	2022-03-15T22:19:00.0000000
Submitted by	
Submitter email	dfuentes755@fcs.utb.edu.ec
Similarity	5%
Analysis address	vayala.utb@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	PREECLAMPSIA LOURDES GOMEZ CERVANTES.docx Document PREECLAMPSIA LOURDES GOMEZ CERVANTES.docx (D38092995)		3
W	URL: https://www.intramed.net/71958 Fetched: 2019-09-25T23:56:08.1570000		4
W	URL: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/38180/1/CD%20126-%20COELLO%20SALGUERO%20RAFAEL%20GABRIEL.pdf Fetched: 2022-03-15T22:19:57.7870000		1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / TEMA DEL CASO CLINICO gestante de 36.5 con preeclampsia jose medranda.docx Document TEMA DEL CASO CLINICO gestante de 36.5 con preeclampsia jose medranda.docx (D112600038) Submitted by: jmedranda511@fcs.utb.edu.ec Receiver: calban.utb@analysis.orkund.com		1
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / Urkund ESTEFANIA IZURIETA.docx Document Urkund ESTEFANIA IZURIETA.docx (D112597222) Submitted by: eizurieta197@fcs.utb.edu.ec Receiver: matienza.utb@analysis.orkund.com		2
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO / Geraldine.Navarro.caso.clinico.para.revision.docx Document Geraldine.Navarro.caso.clinico.para.revision.docx (D50150003) Submitted by: agomez@utb.edu.ec Receiver: loterot.utb@analysis.orkund.com		1



firmado electrónicamente por:
VERONICA
ALEJANDRA AYALA
ESPARZA