



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

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

TEMA DEL CASO CLÍNICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE HIPERTENSA DE
35 SEMANAS CON ANEMIA SEVERA**

SELENA LISBETH ZALDUMBIDE OLALLA

AUTOR

GREY MARILU ANDRADE TACURI

TUTOR

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2020-2021

INDICE GENERAL

Contenido

TEMA DEL CASO CLÍNICO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCIÓN.....	VI
I. MARCO TEÓRICO	7
1.1 JUSTIFICACIÓN	15
1.2 OBJETIVOS	16
1.2.1 Objetivo General	16
1.2.2 Objetivos Específicos.....	16
1.3 Datos Generales	17
II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO	18
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes	18
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente de su enfermedad actual (anamnesis).....	18
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	19
Patrones disfuncionales:.....	21
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.....	21
2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	23
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y los procedimientos a realizar.....	23
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	25
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	26
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	27
2.8 SEGUIMIENTO.	27
2.9 OBSERVACIONES.....	28
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFIA.....	30

TEMA DEL CASO CLÍNICO

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN GESTANTE HIPERTENSA DE
35 SEMANAS CON ANEMIA SEVERA

RESUMEN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son complicaciones muy frecuentes consideradas causa importante de morbilidad y mortalidad materna y/o fetal.

La anemia en las embarazadas constituye un problema de morbimortalidad que afecta tanto a la madre como a su hijo, pudiendo producir complicaciones tanto en etapas perinatales como postnatales. La anemia es un descenso de la concentración de hemoglobina con una reducción consiguiente del valor del hematocrito. Debido a la diferencia en las concentraciones de hemoglobina entre hombres y mujeres, y también en mujeres gestantes y no gestantes, por lo que existen variaciones en el intervalo que define la anemia. Hay suficientes evidencias de que la anemia por deficiencia de hierro en la embarazada aumenta el riesgo de partos prematuros y bajo peso al nacer.

Este caso clínico que se presenta a continuación tiene como finalidad informar a todas las personas sobre la gran importancia del embarazo en personas con anemia, ya que la anemia afecta en el desarrollo del feto. La hipertensión gestacional, constituye un gran problema de la salud pública y una de las principales causas de mortalidad materna-neonatal y complicaciones tales como cardiovasculares, hepáticos y renales.

Por tal motivo se estudia un caso clínico de una paciente de sexo femenino, de 17 años de edad con diagnóstico médico de hipertensión arterial más anemia severa, que acude por emergencia acompañada de familiar.

Por medio el análisis se identificó el problema de salud de la paciente con el fin de mejorar el manejo médico y de enfermería el mismo que tiene que ser oportuno, partiendo de una valoración integral q asegure el bienestar materno fetal, de tal manera que conozcan los factores de riesgo que pueden dar origen a estas patologías y sus posibles complicaciones.

Palabras claves: Hipertensión, anemia, patrones funcionales, control prenatal.

SUMMARY

Hypertensive disorders during pregnancy are very frequent complications considered to be an important cause of maternal and / or fetal morbidity and mortality.

Anemia in pregnant women constitutes a morbidity and mortality problem that affects both the mother and her child, and can cause complications both in the perinatal and postnatal stages. Anemia is a decrease in the hemoglobin concentration with a consequent reduction in the hematocrit value. Due to the difference in hemoglobin concentrations between men and women, and also in pregnant and non-pregnant women, so there are variations in the interval that defines anemia. There is sufficient evidence that iron deficiency anemia in pregnant women increases the risk of preterm birth and low birth weight.

This clinical case presented below is intended to inform everyone about the great importance of pregnancy in people with anemia, since anemia affects the development of the fetus. Gestational hypertension constitutes a major public health problem and one of the main causes of maternal-neonatal mortality and complications such as cardiovascular, liver and kidney.

For this reason, a clinical case of a 17-year-old female patient with a medical diagnosis of arterial hypertension is studied, who comes for an emergency accompanied by a relative.

Through the analysis, the health problem of the patient was identified in order to improve medical and nursing management, which must be timely, based on a comprehensive assessment that ensures the maternal-fetal well-being, in such a way that they know the risk factors that can give rise to these pathologies and their possible complications.

Key words: Hypertension, anemia, functional patterns, prenatal control.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos del embarazo son un problema importante de salud, pues representan una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y sin responsables de un alto porcentaje de morbimortalidad tanto materna-fetal como perinatal, especialmente en mujeres y recién nacidos de escasos recursos económicos (Saenz Cantero V., 2014).

La anemia se produce cuando disminuye la concentración de hemoglobina, situación que habitualmente va acompañada de una disminución proporcional del número de glóbulos rojos. Esto ocasiona un aporte insuficiente de oxígeno a los tejidos y células del cuerpo, lo que puede causar síntomas graves. Existen varios tipos de anemia, pero durante el embarazo la más frecuente es debido a la falta de hierro ya que el feto consume grandes cantidades de hierro necesarias para su crecimiento y maduración.

La hipertensión arterial es un problema de salud en el mundo actual por su alta prevalencia, trascendencia e impacto en la salud, calidad de vida del ser humano, ante este evento, la mujer gestante, parturienta, puérpera y su hijo, constituyen sujetos de alta vulnerabilidad. Las principales causas de las Muertes Maternas en Ecuador son las Hemorragias obstétricas con el 27,6%, seguida de los Trastornos hipertensivos 17,24% y las causas indirectas 24% 4 (MINISTERIO SALUD PUBLICA, 2019).

Por tal motivo se estudia un caso clínico de una paciente de sexo femenino, de 17 años de edad con diagnóstico médico de hipertensión arterial más anemia severa, que acude por emergencia acompañada de familiar, por presentar un cuadro clínico de 48 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio tipo cólico que irradia la región lumbosacra de leve a moderada intensidad, sangrado activo, también refiere cefalea y epigastralgia.

I. MARCO TEÓRICO

Definición Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud (R., 2003).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

El PAE constituye una herramienta para organizar el trabajo de Enfermería, lo que implica una determinada manera de proceder que nos es propia, está constituido por una serie de pasos o Etapas, íntimamente interrelacionadas, y aunque los textos estudien y analicen por separado, en la práctica deben ir entrelazadas.

Para la (Universidad Internacional de Valencia , 2019) el proceso de atención de enfermería suele tener una serie de etapas, entre las que podemos destacar las siguientes:

Valoración: En esta etapa se realiza inicialmente una recogida de datos en relación con el paciente para conocer su situación. Las fuentes de información para la obtención de datos suelen ser las siguientes: el historial médico del paciente, el propio paciente, su familia o alguna persona relacionada con él. Esta información va a ser la base para la toma de decisiones que se lleve a cabo posteriormente.

Diagnóstico: En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico.

Planeación: En esta tercera fase, una vez valorada la información proveniente de las diversas fuentes anteriormente mencionadas y elaborado un

diagnóstico de enfermería se establecen los cuidados de enfermería que se van a realizar.

Ejecución: Esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se ejecutan los cuidados que se ha decidido aplicar. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la fase siguiente.

Evaluación: En la fase de evaluación, una vez aplicados los cuidados al paciente, se determina si el estado del paciente se corresponde con los resultados que se esperaban. En esta fase del proceso se valora si la evolución es correcta o se deben introducir cambios en las decisiones tomadas. La evaluación requiere el examen de varios aspectos como: el examen físico del paciente, el análisis del historial clínico y la entrevista con el paciente, entre otros (Universidad Internacional de Valencia , 2019).

Principales componentes del plan de cuidado

El componente de planificación del Proceso de Enfermería consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Asegurarse de que el plan está adecuadamente anotado (documentación del plan).

HIPERTENSION

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear (OMS, 2013).

TIPOS DE HIPERTENSION

Existen tres tipos de hipertensión: hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática, la hipertensión arterial secundaria y la hipertensión gestacional.

Hipertensión primaria

Se denomina hipertensión primaria o esencial a aquella de origen desconocido, tiene habitualmente un componente genético, aunque por el momento no ha sido posible determinar un gen responsable. Es la forma más común de presentación con una prevalencia alrededor del 90% (Sánchez R, 2010).

Hipertensión secundaria

Cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos). En los niños y adolescentes, las causas más comunes de hipertensión son la enfermedad renal parenquimatosa o vascular y la coartación de aorta. En adultos, las causas más comunes identificadas fueron las enfermedades renales (Rimoldi S, 2014).

Hipertensión gestacional

Trastorno caracterizado por la elevación de la presión arterial igual o mayor a 140mm Hg la sistólica y 90 mm Hg la diastólica por primera vez después de las 20 semanas de gestación, sin la presencia de la proteinuria. Se resuelve a las 12 semanas después del parto.

En algunas mujeres ésta puede ser una manifestación temprana de preeclampsia, mientras que en otras mujeres puede ser un signo temprano de hipertensión crónica no conocida. Generalmente el pronóstico de estas mujeres con tratamiento farmacológico suele ser bueno (Lenovo Steven L., Jhon C, 2010).

ETIOLOGIA

La etiología de las complicaciones hipertensivas aún no está del todo clara, pero se sugiere que tiene una base genética e inmunológica que causa un trastorno multisistémico con cambios vasculares y hemodinámicos en los que participan

mediadores de la inflamación humoral y celular, a los que se agregan las características propias del embarazo de la mujer (Romero G, 2009).

FISIOPATOLOGIA

Una de las anomalías más tempranas que se presentan en las mujeres con preeclampsia es la falla de la segunda onda de invasión del trofoblasto hacia las arterias espirales del útero. Como resultado de este defecto de la placenta, existe una falla en las adaptaciones cardiovasculares (aumento del volumen plasmático y disminución en la resistencia vascular sistémica) características de un embarazo normal. En la preeclampsia, tanto el gasto cardíaco, como el volumen plasmático se encuentran disminuidos, mientras que las resistencias vasculares sistémicas se encuentran aumentadas. Estos cambios producen una disminución en la perfusión de la placenta, los riñones, el hígado y el cerebro. La disfunción endotelial (vasoespasmos, alteraciones en la permeabilidad vascular y activación del sistema de coagulación sistémico) explica las manifestaciones clínicas de las mujeres con preeclampsia. La mayoría de las manifestaciones se deben principalmente a la disminución de la perfusión más que al daño vascular hipertensivo (PUBLICA, 2013).

SIGNOS Y SINTOMAS

A veces, la preeclampsia no provoca síntomas. La presión arterial alta puede presentarse lentamente o tener una aparición repentina. Otros signos y síntomas de preeclampsia pueden comprender:

- Exceso de proteínas en la orina (proteinuria) u otros signos de problemas renales
- Dolores de cabeza intensos
- Cambios en la visión, entre ellos, pérdida temporal de la visión, visión borrosa o sensibilidad a la luz
- Náuseas o vómitos
- Menor producción de orina
- Niveles más bajos de plaquetas en la sangre (trombocitopenia)

- Dificultad para respirar (Romero G, 2009).

CAUSAS

Aún no saben cuáles son las causas de esta afección. Las siguientes situaciones pueden aumentar su riesgo:

- Tener presión arterial alta antes del embarazo o en un embarazo anterior
- Tener enfermedad renal
- Tener diabetes
- Ser menor de 20 años o mayor de 40 años
- Tener un embarazo múltiple, como mellizos o trillizos

Los vasos sanguíneos que conducen la sangre a la placenta de las mujeres con preeclampsia suelen ser más pequeños de lo normal. Las anomalías en la formación de estos vasos sanguíneos al comienzo de la gestación desencadenan una cascada de sucesos que pueden dar lugar a la hipertensión y a los demás signos de la enfermedad. Sin embargo, se desconoce la causa última que origina las anomalías en los vasos sanguíneos (Clinic, Complicaciones de la hipertension gestacional, 2020).

COMPLICACIONES

Las complicaciones hipertensivas durante el embarazo son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en casi todo el mundo. Su frecuencia y tasa de mortalidad varían de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población y la disponibilidad de los servicios profesionales de atención de la salud

La presión arterial alta puede afectar sus vasos sanguíneos. Esto puede disminuir la circulación de sangre en su hígado, riñones, útero y placenta.

Esta afección puede empeorar y llevar a preeclampsia y eclampsia. Estos son problemas serios de la presión arterial y pueden provocar lo siguiente:

- Desprendimiento de la placenta. Se presenta cuando la placenta se separa del útero demasiado tempranamente.
- Crecimiento fetal insuficiente (restricción del crecimiento intrauterino)

- Mortinato
- Convulsiones (eclampsia)
- Muerte de la madre y del bebé (Gómez Sosa E., 2018).

FACTORES DE RIESGO

Hoy en día no se conoce con exactitud la causa de la hipertensión inducida por el embarazo, siendo una de las teorías más divulgada la del fallo en el desarrollo placentario en fases precoces de la gestación, lo que llevaría a perjudicar a los vasos sanguíneos maternos. La placenta puede jugar un papel importante, pero no podemos descartar, como colaboradores o iniciadores, factores inmunológicos, factores fetales, infecciosos, o genéticos”.

Además, parece ser que el riesgo de padecer hipertensión gestacional aumenta si ya se tuvo en un embarazo anterior, si la gestación es múltiple (gemelos o trillizos), si hay antecedentes de aborto, y si la mujer es adolescente, o es mayor de 40 años (Luque, 2021).

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es evitar que este problema empeore y cause otros. El tratamiento dependerá de sus síntomas, su embarazo y su salud general. También variará según la gravedad de la afección. Su tratamiento puede incluir lo siguiente.

Vigilancia de la presión arterial

Es posible que su proveedor de atención médica mida su presión arterial con más frecuencia

Vigilancia del feto

Es recomendable realizar exámenes para verificar la salud del bebé. Esos exámenes pueden incluir:

- ✓ **Conteo de los movimientos fetales.** - Se realizará seguimiento de los movimientos del bebé. Un cambio de la cantidad o de la frecuencia con que se mueve el bebé puede significar que está soportando estrés.

- ✓ **Cardiotocografía en reposo.** - Este examen mide la frecuencia cardíaca de su bebé en respuesta a sus movimientos.
- ✓ **Perfil biofísico.** - Esta prueba combina una Cardiotocografía en reposo con una ecografía para vigilar a el bebé.
- ✓ **Estudios Doppler de circulación.** - Es un tipo de ecografía que usa ondas de sonido para medir la circulación de la sangre de su bebé por un vaso sanguíneo.
- ✓ **Análisis de laboratorio.** -Se debe realizar un análisis de su orina y sangre. Esto le indicará si su afección está empeorando.

Medicamentos

- ✓ Es recomendable administrar corticosteroides. Estos medicamentos pueden ayudar con la formación de los pulmones de su bebé. Usted recibirá estos medicamentos si se sospecha que su bebé podría nacer antes de tiempo (Báez P, 2014).

ANEMIA

La anemia consiste en una disminución notable de la cantidad de hemoglobina contenida en los eritrocitos que pueden o no estar alterado su tamaño, forma o número” (Clinic, Anemia, 2019).

ETIOLOGIA

La anemia es una disminución de la cantidad de eritrocitos, que produce una disminución del hematocrito y del contenido de hemoglobina. (Véase también Producción de eritrocitos). La masa eritrocitaria representa el equilibrio entre su producción y destrucción o pérdida de eritrocitos. Por consiguiente, la anemia puede deberse a 1 o más de 3 mecanismos básicos:

- Pérdida de sangre
- Eritropoyesis deficiente
- Hemólisis excesiva (destrucción de los eritrocitos)

Hemorragia Aguda: La anemia no aparece sino hasta varias horas después de la hemorragia aguda intensa, cuando el líquido intersticial difunde hacia el

espacio intravascular y diluye la masa eritrocitaria restante. Sin embargo, durante las primeras horas, pueden aumentar los niveles de granulocitos polimorfonucleares, plaquetas, y en la hemorragia profusa, pueden aparecer leucocitos inmaduros y normo blastos.

La hemorragia crónica provoca anemia si la pérdida es más rápida que la reposición o, con mayor frecuencia, si la eritropoyesis acelerada agota los depósitos de hierro del cuerpo (Braunstein, 2020).

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos y síntomas de la anemia varían según la causa. Si la anemia es causada por una enfermedad crónica, la enfermedad puede enmascararla, de manera que la anemia podría detectarse por medio de exámenes para otra afección. Según las causas de la anemia, es posible que no tengas síntomas. Los signos y síntomas, si se presentan, podrían incluir:

- Fatiga
- Debilidad
- Piel pálida o amarillenta
- Latidos del corazón irregulares
- Dificultad para respirar
- Mareos o aturdimiento
- Dolor en el pecho
- Manos y pies fríos
- Dolores de cabeza

Al principio, la anemia puede ser tan leve que no se nota. Pero los síntomas empeoran a medida que empeora la anemia (CLINIC, 2019).

CAUSAS

Generalmente es producida por pérdida sanguínea excesiva, por destrucción excesiva de glóbulos rojos o debido a la producción insuficiente de los mismos. La anemia muy frecuente en las mujeres en edad fértil debido a las pérdidas periódicas de sangre durante la menstruación, por una deficiencia inadecuada de producción

eritropoyetina por parte del riñón, en si esta controla la eritropoyesis o formación de nuevos glóbulos rojos en la sangre (Cuastumal, 2015).

1.1 JUSTIFICACIÓN

El caso clínico que se presenta a continuación en gestante de 35 semanas de gestación con hipertensión arterial más anemia severa que si no es valorada a tiempo lleva a complicaciones mayores. El profesional de enfermería debe conocer que la hipertensión gestacional es una enfermedad frecuente en el embarazo que se puede presentar por múltiples factores por lo que es importantes que pueda orientar a la paciente sobre la prevención, signos, síntomas y tratamiento para evitar complicaciones materno-fetal.

Además, el rol del personal de enfermería no solo está enfocado a la administración de medicamentos sino también al cuidado directo vigilancia, promoción, prevención y control del proceso salud-enfermedad.

Por medio de este presente caso clínico se alcanza a priorizar las necesidades, realizar una valoración que nos permita obtener datos referentes de la paciente, establecer un diagnostico enfermero y elaborar un plan de atención de enfermería y brindar los cuidados necesarios con calidez y calidad para la pronta recuperación de la misma.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en gestante hipertensa de 35 semanas con anemia severa.

1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Valorar a la paciente mediante la recopilación de datos objetivos y subjetivos
- ✓ Formular diagnóstico de enfermería de acuerdo a los problemas de salud que se evidencia en pacientes con diagnóstico médico de hipertensión arterial más anemia severa.
- ✓ Elaborar un plan de cuidados estandarizados e individualizados a la paciente con hipertensión arterial más anemia severa para mejorar su estado de salud.
- ✓ Evaluar los resultados de los objetivos propuestos y verificar la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

1.3 Datos Generales

Nombre: NN

Edad: 17 años

Sexo: Femenino

Fecha de Nacimiento: 27 de enero 2003

Nacionalidad: ecuatoriana

Raza: Mestiza

Grupo Sanguíneo: O+

Residencia actual: San Camilo- Quevedo- Los Ríos

Estado civil: Soltera

Nivel de instrucción: Secundaria 8avo de básica

Fecha de ingreso: 11 de diciembre del 2020

II. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad primigesta con embarazo de 35 semanas de gestación por FUM acude a emergencia obstétrica por presentar un cuadro clínico de 48 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio tipo cólico que irradia la región lumbosacra de leve a moderada intensidad, refiere sensación de opresión en el pecho y angustia, resequedad de boca persistente de 2 meses de evolución aproximadamente, también refiere cefalea intermitente de intensidad variable.

Antecedentes patológicos personales:

- periodos de metrorragia hace 1 año
- pielonefritis concurrente

Antecedentes quirúrgicos personales:

- Apendicetomía hace 2 años

Antecedentes patológicos familiares:

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus tipo 2

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente de su enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo femenino de 17 años de edad primigesta de 35 semanas de gestación por FUM, con cuadro clínico de 48 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipogastrio que se irradia en la región lumbosacra, taquicardia y agitación de 2 meses de evolución que se exacerba hace 24 horas, y cefalea holocraneana intermitente, signos vitales llama la atención taquicardia, examen físico se evidencia

palidez de mucosas, llenado capilar mayor a 3 segundos, por lo que al realizar exámenes de laboratorio teniendo como resultado una hemoglobina de 6.8 g/dl.

2.3 Examen físico (exploración clínica).

Paciente consciente, orientada en tiempo y espacio, con reflejo pupilar presente, facies pálidas, cefalea intensa, abdomen globuloso compatible con las semanas de gestación sensible al momento de la palpación,

Cabeza: Normocéfalo, cabello bien implantado, pabellón auricular bien implantado, pupilas isocóricas, fosas nasales permeables sin secreción, mucosas semihúmedas, no refiere problemas de deglución.

Cuello: Simétrico, sin adenopatía, presenta buena movilidad.

Tórax: Simétrico, normo expandible, ruidos cardiacos presentes, senos turgentes, respiraciones de 20 por minuto.

Abdomen: Blando, doloroso, globuloso compatible con el embarazo, gravídico.

Genitales: Con presencia de sangrado.

Miembros superiores: Simétricos, sin cicatrices.

Miembros inferiores: Edema (*), simétricos, sin dificultad para movilizarse.

Signos vitales:

Presión arterial: 179/100mmHg

Frecuencia cardíaca: 140 latidos por minuto

Frecuencia respiratoria: 20 por minuto

Temperatura: 36.7°C

Saturación de oxígeno: 98%

Valoración por patrones funcionales.

1.- Percepción – manejo de salud.

Refiere tener conciencia del bienestar de las funciones y estrategias utilizadas para mantener el control y funcionamiento de su organismo. Manifiesta haber acudido a todos sus controles prenatales y haber cumplido con las indicaciones manifestadas por el personal de salud.

2.- Nutrición y metabolismo.

Piezas dentales completas, no tiene problema para deglutir, extremidades superiores simétricas, mucosas hidratadas, refiere tener poca hambre, presenta edema en extremidades inferiores.

3.- Eliminación.

Vómitos constantes en todo su embarazo, pérdidas de sangre, realiza sus necesidades fisiológicas sin problemas, heces de consistencia pastosa, diuresis espumosa y sudoración moderada.

4.- Actividad y ejercicio.

Refiere realizar sus actividades cotidianas sin problema, se moviliza sin dificultad

5.- Descanso y sueño.

Refiere no conciliar el sueño en los últimos días.

6.- Cognoscitivo – perceptual.

Nivel de conciencia alerta, no presenta déficit de lenguaje, capacidad de raciocinio y proceso mental.

7.- Autopercepción y auto concepto.

Refiere sentirse bien consigo misma, sin embargo, refiere sentirse culpable por los acontecimientos que está padeciendo por sus complicaciones en el embarazo.

8.- Rol – relaciones.

Refiere haber culminado sus estudios de primaria, es ama de casa, manifiesta tener buena relación en su hogar.

9.- Reproductivo sexual.

Paciente activa sexualmente, refiere no utilizar métodos anticonceptivos, actualmente en estado de gestación, primigesta.

10.- Afrontamiento y tolerancia al estrés

Paciente ansiosa, refiere preocupación por lo que pueda suceder con el feto y su vida misma.

11.- Valores y creencias.

Refiere ser de religión católica

Patrones disfuncionales:

- Eliminación e intercambio
- Reproducción sexual
- Afrontamiento y tolerancia al estrés

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

ANALISIS EN SANGRE	ANALISIS EN ORINA
Hb 6.8 g/Dl	Urea 18.77 mg/dL
Recuento de plaqueta 90.000/mm ³	Proteinuria (-)
Glicemia 79 mg/Dl	Leucocitos 12.85 10(3) UL
Bilirrubina total 0.45	Creatinina 0.47 mg/dL
ALT 16.31 U/L	PH 8.5
AST 36.94 U/L	Densidad 1.011
Bilirrubina directa 0.07 mg/dL	Aspecto – turbio

Hto 21.4%	Cuerpo cetónicos (2)
Albumina 5.6%	Sangre (negativo)

Análisis de sangre: El análisis o examen de sangre mide el número y tipos de células en la sangre. Esto ayuda a los médicos a verificar su estado general de salud. Las pruebas también pueden ayudar a diagnosticar enfermedades y afecciones como anemia, infecciones, problemas de coagulación, cáncer de la sangre y enfermedades del sistema inmunitario (MEDICINA 2020).

Análisis de orina: se utiliza para detectar y controlar una amplia variedad de trastornos, como infecciones en las vías urinarias, enfermedad renal y Diabetes.

El análisis de orina implica examinar el aspecto, la concentración y el contenido de la orina. Los resultados anormales de un análisis de orina pueden indicar que hay una enfermedad (CLINIC,2020).

Nota: Paciente al momento con alta hospitalaria con valores normales en exámenes complementarios, luego de permanecer internada por 14 días en una casa de salud.

ANALISIS DE SANGRE	ANALISIS DE ORINA
Hb 10.1 gr/dl	Urea 40 mg/dL
Recuento de plaquetas 350.000/mm ³	Proteinuria (-)
Glicemia 110mg/Dl	Leucocitos -
Bilirrubina total 3.0	Creatinina 0.47mg/dL
ALT 900 U/l	PH 9
AST 950 U/l	Densidad 1.000
Bilirrubina directa 1.1	Aspecto - turbio
Hto 38	Cuerpos cetónicos (2)
Albumina 5.6	Sangre (negativo)

2.5 Formulación de diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Presuntivo: Preclampsia leve.

Diferencial: Preclampsia leve más Anemia severa, hipertensión gestacional más anemia severa.

Definitivo: Hipertensión gestacional más Anemia severa.

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

Analizando información recolectada la paciente refiere tener antecedentes patológicos familiares, entre ella la hipertensión arterial, metrorragia hace 1 año, refiere no haber cumplidos con todos sus controles prenatales, también refiere no tener una alimentación adecuada debido a sus vómitos constantes y carece de conocimiento sobre los signos de alarma y como detectar la preclampsia en su embarazo.

Las intervenciones de enfermería estarán enfocadas a prevenir complicaciones que comprometan la vida materno-fetal.

- Control de signos vitales.
- Canalización de vía periférica.
- Administración de sulfato de magnesio.
- Balance hidroelectrolítico.
- Colocar sonda vesical.
- Administración de paquetes globulares.
- Administración de medicamentos
- Vigilar reposo de cubito lateral izquierdo para favorecer el sueño.
- Vigilar actividad uterina.
- Vigilar frecuencia cardiaca fetal.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx real Dominio: 8 Sexualidad
 Clase 2: Respuesta de Afrontamiento Etiqueta 000209
 Riesgo de la alteración de la diada Materno/ Fetal

R/C: Complicaciones del embarazo, compromiso del transporte CO2

E/P: Manifestaciones verbales

M
E
T
A
S

→ Dominio I: Salud Funcional

→ Clase B: Desarrollo y crecimiento.

→ Etiqueta: 0111 Estado fetal



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

→ Campo:5 Familia

→ Clase:W Cuidados del nuevo bebé

→ Etiqueta: 6800Cuidados del Embarazo de alto riesgo.



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
FRECUENCIA FETAL					X
FRECUENCIA DEL MOVIMIENTO FETAL					X
ORIENTACION COGNITIVA				X	
PRESION ARTERIAL				X	
FRECUENCIA RESPIRATORIA					X

- Revisar historial obstétrico para ver factores de riesgo.
- Escribir guías sobre signos y síntomas que requiere atención médica inmediata.
- Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de las pruebas fetales y respuestas de la paciente.
- Vigilar la presión sanguínea.
- Comprobar frecuencia cardiaca fetal.
- Enseñar a la paciente a monitorizar la frecuencia

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Dx:Real
DOMINIO :9 Afrontamiento/tolerancia al estrés
CLASE:2 Respuesta de afrontamiento/tolerancia al estrés etiqueta:00146

R/C: factores estresantes

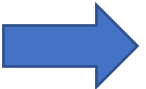
E/P: Inquietud, irritabilidad tensión facial

M
E
T
A
S

→ Dominio III: salud psicosocial

→ Clase: M Bienestar psicológico

→ Etiqueta: 1211 Nivel de ansiedad



ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Inquietud				x	
irritabilidad					x
Ansiedad verbalizada				X	
Tensión facial					x

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

→ Campo 3: Salud Psicosocial

→ Clase: T fomento de la comodidad psicológica

→ Etiqueta: 5820 disminución de la ansiedad



1. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad
2. Explicar todos los procedimientos incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
3. Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
4. Crear un ambiente que facilite la confianza

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

Teoría de Dorothea Orem autocuidado.

- El autocuidado de la mujer embarazada y la atención prenatal están vinculados entre si al modelo de Dorothea Orem, que promueve una teoría donde la propia gestante debe procurar su autocuidado y el de su hijo.
- A través de la educación que proporciona el personal de enfermería a las gestantes durante todas las etapas de su embarazo, la gestante puede ser independiente y promover un cuidado estricto de su salud.

Con la teoría de Dorothea Orem se puede tomar en cuenta varios factores del autocuidado en relación con la paciente con preeclampsia leve.

La paciente con preeclampsia leve puede ocuparse parcialmente de su autocuidado dependiendo las circunstancias necesarias del apoyo del personal de enfermería. Debemos tomar en cuenta que la paciente aprenda a reconocer los signos de alarma que conllevan a complicaciones durante su embarazo.

La promoción de salud juega un papel importante donde el personal de enfermería es el encargado de motivar a las gestantes a tomar hábitos saludables y llevar una nutrición adecuada a los requerimientos con la finalidad de proteger su binomio madre-hijo.

2.8 SEGUIMIENTO.

Durante su estadía hospitalaria a la paciente se le realizan actividades de enfermería tales como:

- Control de SCORE MAMA
- Administración de medicamentos.
- Balance hidroelectrolítico.
- Apoyo emocional

Se ingresó a la paciente inmediatamente a la sala de hospitalización de ginecología para recibir su respectivo tratamiento.

- ✓ Se procede a la administración de sulfato de magnesio 4 miligramos en 80 ml de solución salina intravenosa en 20 minutos.
- ✓ Se pide a laboratorio 2 paquetes globulares para la administración.
- ✓ Luego es considerada una hipertensión gestacional se suspende el sulfato de magnesio y se empieza tratamiento con 3 dosis de nifedipino 20 miligramos cada 20 minutos luego 20 miligramos cada 8 horas.
- ✓ Tres unidades de hierro cada día intravenoso.
- ✓ Ceftriaxona intravenosa cada 12 horas.
- ✓ Ketorolaco PRN

Paciente responde favorablemente a su tratamiento por lo que posterior es dada de alta con medicación vía oral (hierro y ácido fólico) y es citada para su próximo control en un mes.

2.9 OBSERVACIONES.

Se explica a la paciente y su acompañante (madre) si puede ser tomada en cuenta para un estudio de caso, donde se muestra colaboradora.

Se recogen datos y se realiza valoración de enfermería por medio de patrones funcionales.

En la casa de salud se encuentra disponibilidad de materiales para poder acceder a los procedimientos invasivos correspondientes.

En el aspecto interrogatorio la paciente se mostró conocer poco sobre el tema de su patología, acepta la terapéutica asignada por el bien del feto y de ella.

Con el fin de preservar la salud de la paciente, obtenemos cuidados favorables que permitieron la integralidad con su entorno físico.

CONCLUSIONES

Para concluir el presente trabajo en la aplicación del proceso de atención de enfermería se logró proporcionar la atención científica y asistencial que permite la intervención de enfermería paciente para reducir los riesgos causados por la enfermedad.

Mediante la valoración se determinó los patrones funcionales alterados en el paciente los que nos permite reconocer e interpretar las respuestas del individuo y que se establezca los diagnósticos de enfermería para poder otorgar los cuidados específicos que cubran las necesidades del paciente.

La preeclampsia leve se caracteriza por la elevación de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg, acompañada de proteinuria, edema. El feto puede sufrir retardado en el crecimiento intrauterino y para que cese la sintomatología debe darse finalización al embarazo.

Los principales cuidados de enfermería están enfocados a vigilar la volemia de la paciente, realizar balance hídrico estricto, administración de medicamentos prescritos, tratar la ansiedad producto del estado clínico, evitar complicaciones que comprometan la diada materno – fetal y brindar confort a la paciente mientras este internada en la casa de salud. Por otro lado, el personal de enfermería debe involucrarse más en lo que es la enseñanza de los signos de alarma a las pacientes con el fin de generar una conducta de búsqueda de atención sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

Referencias

1. Lenovo Steven L., Jhon C. (2010). Hipertension Gestacional. *Obstetricia de Williams*, 706-708.
2. Báez P, B. E. (2014). Guías colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. . *Revista colombiana de Cardiología* .
3. Braunstein, E. M. (Septiembre de 2020). Etiología de la Anemia . Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/abordaje-del-paciente-con-anemia/etiolog%C3%ADa-de-la-anemia>
4. Clinic, M. (2019). Anemia. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360>
5. CLINIC, M. (2019). SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ANEMIA . Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anemia/symptoms-causes/syc-20351360#:~:text=Si%20la%20anemia%20es%20causada,Fatiga>
6. Clinic, M. (2020). Complicaciones de la hipertension gestacional.
7. Cuastumal, A. (2015). Causas de la Anemia . Obtenido de <https://repositorio.uteq.edu.ec/bitstream/43000/3406/1/T-UTEQ-0106.pdf>
8. Gómez Sosa E. (2018). Complicaciones en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*.

9. Luque, A. (2021). Periodista experta en embarazo e infancia. *Revista de Salud y Bienestar*.
10. MINISTERIO SALUD PUBLICA. (2019). *GACETA DE MUERTE MATERNA SE 15*. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/04/Gaceta-de-MM-SE-15_2019.pdf
11. OMS, O. M. (2013). Control de la Hipertension. Obtenido de <https://www.who.int/topics/hypertension/es/#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20tambi%C3%A9n%20conocida%20como,todas%20las%20partes%20del%20cuerpo>.
12. PUBLICA, M. D. (2013). GUIA CLINICA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos_hipertensivos.pdf
13. R., A. L. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 4. Obtenido de <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61914>
14. Rimoldi S, F. S. (2014). Hipertensión arterial secundaria. *Enfermería Global*.
15. Romero G, M. S. (2009). Evolución de hipertensión. *Ginecología Obstetricia Mexico*.
16. Saenz Cantero V., P. H. (2014). Trastornos hipertensivos en el embarazo. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*.
17. Sánchez R, A. M. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena Cardiología*, 117-144.
18. Universidad Internacional de Valencia . (2019).