



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

TEMA:

**“ADOLESCENTE PRIMIGESTA CON PREECLAMPSIA SEVERA EN EL ÁREA
DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO” DE MANTA”.**

AUTOR:

Zambrano Alay Angelica Monserrate.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Manta, agosto del 2018

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo, Lcda. Amarilis Sornoza, docente de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, en calidad de Tutor del Trabajo de Titulación Modalidad Examen Complexivo titulado: **“ADOLESCENTE PRIMIGESTA CON PREECLAMPSIA SEVERA EN EL ÁREA DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA**”, certifico que ha sido revisado y socializado en varias sesiones de trabajo bajo mi guía y supervisión con el egresado; el mismo que se encuentra listo para su presentación. Las opiniones y conceptos vertidos en el mismo son fruto del trabajo, perseverancia y originalidad de su autor: **ANGELICA MONSERRATE ZAMBRANO ALAY**, siendo el presente trabajo, de su exclusiva responsabilidad.

Manta, agosto de 2018

Lcda. Amarilis Sornoza Pin

TUTORA

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DECLARACIÓN DEL AUTOR

El suscrito **ANGELICA MONSERRATE ZAMBRANO ALAY** cédula de identificación N°**131220607-9**, dejo en constancia, que el presente Trabajo de Titulación Modalidad Examen Complexivo, cuyo título es **“ADOLESCENTE PRIMIGESTA CON PREECLAMPSIA SEVERA EN EL ÁREA DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL “RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” DE MANTA”** es original, se ha transcrito contenido de obras científicas, para enriquecer esta investigación, el resultado del trabajo es emprendido por su autor.

Manta, agosto del 2018

Angelica Monserrate Zambrano Alay

C.I. 131220607-9

ÍNDICE

Certificación de aprobación del tutor	2
Declaración del autor.....	3
Introducción	6
Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
1. Informe del caso.....	9
1.1 Definición del caso.....	9
1.2 Presentación del caso	9
2. Fundamentación teórica sobre la preeclampsia	11
2.1 Etiología y fisiopatología de la preeclampsia	11
2.2 Factores de riesgo de la preeclampsia	11
2.3 Diagnóstico.....	12
2.4 Clasificación y cuadro clínico.....	12
2.5 Criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco en preeclampsia.	13
2.6 Estrategias preventivas	14
2.7 Tratamiento	14
2.8. Supervisión de enfermería de paciente con sulfato de magnesio	16
3. Datos del seguimiento evolutivo	17
3.1 Resumen de la evolución clínica y tratamiento medico	17
3.2 Descripción farmacológica de medicamentos utilizados.....	20
4. Problema o fenómenos observados	26
4.1. Necesidades básicas humanas afectadas de virginia henderson.	27
5. Dominios afectados (nanda diagnósticos de enfermeros 2015-2017)	28
6. Intervenciones de enfermería	29



6.1	Objetivos de los cuidados de enfermería.....	29
7.	Planes de cuidados	30
7.1.	Identificación de la usuaria	30
	Conclusiones	35
	Recomendaciones	36
	Bibliografía	37
	Anexos	39
	Anexo 1.	39
	Anexo 2.	39
	Anexo 3.	41
	Anexo 4.	42
	Anexo 5.	44
	Anexo 6.	45
	Anexo 7.	46

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos (MSP, 2016).

La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco (OPS & OMS, 2017).

La preeclampsia (PE) es un síndrome complejo, con una amplia variedad en la severidad de los síntomas clínicos y edad gestacional de inicio. Su fisiopatología es confusa y ha estado sujeta a investigación por décadas, no sólo depende de las condiciones periconcepcionales, del feto y del genotipo placentario, sino también de la pareja (susceptibilidad paterna) y de la capacidad del sistema inmune materno para tratar con el embarazo y de factores genéticos (González, Martínez, García, & Sandoval, 2015).

El impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo, ya que la Organización Mundial de la Salud, estima que la incidencia es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). Por lo tanto, esta patología constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbi- mortalidad materna perinatal a nivel mundial (Vargas, Acosta, & Moreno, 2012).

Según el doctor Parra ginecólogo, profesor de perinatología y miembro del grupo de Medicina y Terapia Fetal del Hospital Clínica de Barcelona, enfatiza que lo importante es realizar todos los exámenes desde el inicio, no al final del embarazo, sólo así se pueden identificar los factores de riesgo, y establecer un plan de seguimiento para que las complicaciones sean menores, previsibles y se cuente con el manejo médico adecuado que permita disminuir las cifras de mortalidad materna (Ortiz, 2016).

En el Ecuador actualmente la razón de mortalidad materna corresponde un objetivo primordial de los nueve planteados en el Plan Nacional del Buen Vivir (2017-2021), de manera particular, es parte del Primer objetivo “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas

las personas”, donde se destaca la política número 1.5. “Fortalecer la protección social, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria”, que tiene como meta para el 2021 reducir la razón de mortalidad materna desde 39,7 a 36,3 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos y disminuir la tasa de mortalidad infantil de 9,1 a 8,1 fallecimientos por cada 1.000 nacidos vivos (Mora, 2017).

Desde hace algunas décadas se conoce la importancia de prevenir y tratar oportunamente a mujeres embarazadas que sufren de esta enfermedad, cuya causa primaria no se conoce aún, sin embargo, existen varios factores de riesgo que predisponen a una mujer embarazada a sufrir pre eclampsia, como: etnia, edad, nutrición, paridad, historial familiar, entre otros (Rodríguez, 2015).

Con el fin de vigilar el desarrollo gestacional, el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Componente Normativo Materno Neonatal (CNMN) estableció realizar controles prenatales periódicos, lo que brinda información general de la gestación. Para un control prenatal integral del embarazo la Guía de Práctica Clínica de Controles Pre Natales (GPC-CPN) y la Guía de Práctica Clínica de Trastornos Hipertensivos del Embarazo (GPC-THE) estipulan la medición de parámetros de laboratorio clínico para la detección de enfermedades durante la gestación dentro de los cuales se encuentran proteínas en orina, biometría hemática, transaminasas, tiempos de coagulación, conteo de plaquetas, glucosa basal y bilirrubinas, parámetros usados con el fin de clasificar el tipo y categoría de trastorno hipertensivo.

Estas guías están dirigidas al amplio grupo de profesionales involucrados en la atención directa de las embarazadas y que tiene como objetivo el diagnóstico, atención, tratamiento en el control prenatal y la detección de factores de riesgo para reducción de las complicaciones materno neonatales (MSP, 2016).

El presente caso tuvo un seguimiento de 6 días y se enfoca más en el área de centro obstétrico, donde se le realizó el tratamiento definitivo que fue la finalización del embarazo mediante la realización de una cesarí, dicho estudio está fundamentado en un marco referencial teórico, en la observación y entrevista para la planificación de las intervenciones de enfermería.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar cuidados específicos de acuerdo a la patología presente en la usuaria mediante el proceso de enfermería, los cuales contribuyen a mejorar el estado de salud y a brindar una atención de calidad y calidez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar los datos recopilados priorizando las necesidades o problemas detectados en la paciente para la realización del diagnóstico de enfermería.
- Elaborar el plan de cuidado jerarquizando las necesidades o problemas que presenta la usuaria.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería brindándole a la paciente una atención de acuerdo a sus necesidades.
- Evaluar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los cuidados proporcionados.

1. INFORME DEL CASO

1.1 Definición del caso

Entre los trastornos hipertensivos la preeclampsia sobresale por su impacto en la salud materna y neonatal. El impacto de la enfermedad es más severo en países en desarrollo, ya que la Organización Mundial de la Salud, estima que la incidencia es siete veces mayor en los países en vía de desarrollo que en los desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente). Por lo tanto, esta patología constituye un problema de salud pública porque incide significativamente en las tasas de morbi- mortalidad materna perinatal a nivel mundial (Vargas, Acosta, & Moreno, 2012).

Sin embargo, la patogenia de la preeclampsia se comprende solo parcialmente y está relacionada con alteraciones en la placentación al comienzo del embarazo, seguida de inflamación generalizada y daño endotelial progresivo.

La obesidad, la hipertensión crónica y la diabetes son algunos de los factores de riesgo para preeclampsia, que también incluyen la nuliparidad, el embarazo adolescente y estados que causan hiperplacentación o placentas grandes como por ejemplo un embarazo gemelar.

Es importante destacar que la mayoría de las muertes relacionadas con trastornos hipertensivos se pueden evitar prestando una atención oportuna y eficaz a las mujeres que tienen estas complicaciones. Por lo tanto, la optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021 (OMS, 2014).

1.2 Presentación del caso

Usuaría de 15 años, primigesta, cursa embarazo de 36.6 semanas de gestación por fecha de la última menstruación (FUM) y 37 semanas de gestación por eco precoz, presento seis controles prenatales en el Centro de Salud Rocafuerte donde residía, acude el 18 de mayo del 2018 de forma ambulatoria al área de emergencia del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano”, por presentar cefalea, refiere que en el Centro de Salud Rocafuerte le toman la presión arterial el cual se evidenció presión de 150/90 mmHg y decide por su propia voluntad acudir al H.R.Z, ya que en dicha ciudad reside la madre.

En el área de emergencia, paciente con tirilla reactiva proteínas 4 cruces, con hiperreflexia, usuaria hemodinamicamente inestable con presiones elevadas de 155/100 mmHg, frecuencia cardiaca: 82 x', frecuencia respiratoria: 26 x', SaO₂: 99% y score MAMA de 7.

Usuaria ingresa al área de Centro Obstétrico, orientada en tiempo y espacio, en camilla acompañada de personal de enfermería, con diagnóstico de Preeclampsia severa + embarazo de 36.6 semanas de gestación, procedimiento a realizar es la cesárea. Con los siguientes signos vitales: Presión arterial: 134/78mmHg, F.C: 93 x' y SaO₂: 100%.

Antecedentes patológicos personales es alérgica a la Amoxicilina, no refiere antecedentes ginecológicos o quirúrgicos. En los antecedentes patológicos familiares refiere que el padre es Diabético y una tía materna presentó Preeclampsia.

Resultados de exámenes: grupo sanguíneo A+, Leucocitos: 8.800 mm³, Linfocitos: 1.689.60 mm³, Hemoglobina: 13.0 g/dl, Hematocrito: 37.5%, Plaquetas: 235.000 mm³, Creatinina sérica: 0.65 mg/dl, Ácido úrico: 4.41 mg/dl y Proteinuria > 1000 mg/dl. AST: 35 UI/L y ALT: 40 UI/L.

CIE 014 Preeclamsia Severa y 0821 Cesaría de emergencia.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA SOBRE LA PREECLAMPSIA

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico que se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación (The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018).

Alrededor de la mitad de las mujeres con preeclampsia severa se presentan en el centro de salud antes de las 34 semanas de gestación, con un peso fetal estimado de menos de 2000 g. Aproximadamente la mitad de las que se presentan antes de las 34 semanas de gestación requieren que se determine la finalización de su embarazo por razones fetales o maternas dentro de las 24 horas del ingreso al hospital. La mitad restante contará con un promedio de nueve días más antes de que reciban indicación de nacimiento (OMS, 2014).

2.1 ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA PREECLAMPSIA

A pesar de las investigaciones, la etiología y la fisiopatología de la preeclampsia siguen siendo elusivas. La hipertensión y la proteinuria implican al endotelio como el blanco de la enfermedad, donde se caracteriza por una vasoconstricción periférica y disminución de la elasticidad arterial (Pacheco-Romero, 2017).

Referente a la fisiopatología la preeclampsia intervienen diversos factores, el más importante es la instauración de una insuficiencia placentaria. Esta es responsable de la inducción de un estado antiangiogénico en la gestante y del desarrollo de una disfunción endotelial en diversos órganos que desencadena las manifestaciones clínicas de la enfermedad (Álvarez-Fernández, Prieto, & Álvarez, 2016).

2.2 FACTORES DE RIESGO DE LA PREECLAMPSIA

La evaluación de los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional, se ha propuesto para ayudar en el desarrollo de un plan de atención prenatal, especialmente para las mujeres que están planificando el control de su embarazo y así tener un embarazo de bajo riesgo y un parto seguro (MSP, 2016).

A. Factores de riesgo moderado:

- Primer embarazo.
- Edad mayor o igual a 40 años.
- Intervalo intergenésico mayor a 10 años.

- IMC mayor o igual a 35 kg/m² en la primera consulta.
- Embarazo múltiple.
- Antecedente familiar de preeclampsia.

B. Factores de alto riesgo según (Bonilla & Pellicer, 2008):

- Trastorno hipertensivo en embarazo anterior.
- Enfermedad renal crónica.
- Enfermedad autoinmune como lupus eritematoso sistémico o síndrome antifosfolípidos.
- Diabetes tipo 1 y 2.
- Hipertensión crónica.

2.3 DIAGNÓSTICO

Se recomienda realizar proteinuria en los controles prenatales normales dentro de las semanas 12 y 24, junto a valoración de Tensión Arterial.

Durante las visitas preconcepcionales y prenatales, es necesario el control de la presión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres no suelen presentar síntomas inicialmente. Siendo las cifras de tensión arterial (TA) fundamentales para el diagnóstico y manejo de los trastornos hipertensivos gestacionales.

Determinación de proteinuria

Cuando una paciente presenta cifras tensionales altas en el primer nivel de atención en salud, la sospecha diagnóstica sugiere el uso de la tirilla reactiva. Si la misma tiene resultados $\geq 1+$, se deberá realizar la determinación de proteinuria en 24 horas

Importante destacar que el diagnóstico con tiras reactivas en orina para la determinación de proteinuria no reemplaza a la recolección de orina de 24 ya que este método cualitativo puede presentar resultados falsos positivos en presencia de sangre o semen, pH urinario mayor a 7, detergentes y desinfectantes (MSP, 2016).

2.4 CLASIFICACIÓN Y CUADRO CLINICO

A) Preeclampsia sin signos de gravedad (leve)

Presión sistólica, mayor o igual a 140 mm/Hg.

Presión diastólica, mayor o igual a 90 mm/Hg.

Proteinuria: 30 mg/dl o más en tiras reactivas. Proteinuria mayor de 300 mg en orina de 24 horas.

y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.

B) Preeclampsia con signos de gravedad (grave)

Presión sistólica, mayor o igual a 160 mm/Hg,

Presión diastólica, mayor o igual a 110 mm/Hg.

Proteinuria mayor a 5 g de orina en 24 horas o su equivalente en tiras reactivas más de 3+.

Trastornos cerebrales o visuales.

Edema generalizado.

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

Parámetro	Hallazgo
	TAS \geq 160 mmHg o TAD \geq 110 mmHg
Recuento de plaquetas	Trombocitopenia (< a 100 000 / μ L)
Función hepática	Elevación anormal de enzimas hepáticas (el doble de lo normal) y/o dolor severo en el cuadrante superior derecho del abdomen o a nivel epigástrico que no cede a la medicación y que no se explica con otro diagnóstico
Función renal	Insuficiencia renal progresiva: concentraciones séricas de creatinina mayor (>) a 1.1 mg/dL o el doble de las concentraciones séricas de creatinina basales en ausencia de enfermedad renal
Integridad pulmonar	Edema pulmonar (no atribuible a otras causas)
Integridad neurológica	Afectación visual (visión borrosa, escotomas, diplopía, fotofobia, etc.) y/o neurológica (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, agitación psicomotriz, alteraciones sensoriales, confusión, etc.

Fuente: guía del MSP trastorno hipertensivo del embarazo, 2016.

Basta con uno de los parámetros mencionados para que se realice el diagnóstico, teniendo como base el promedio de por lo menos 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

2.6 ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

Suplementos de calcio: Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), se recomienda en toda embarazada una ingesta dietética de al menos 1 200 mg/día de calcio elemental (3-4 tazas de leche o sus derivados al día).

Uso de ácido acetil salicílico: Se recomienda la administración oral de 75 a 100 mg de ácido acetil salicílico todos los días a partir de las 12 semanas de embarazo hasta el parto en mujeres con alto riesgo para desarrollar preeclampsia o hipertensión gestacional.

No se recomienda el consumo de los siguientes suplementos y alimentos únicamente con el objeto de prevenir hipertensión durante el embarazo: Magnesio. Ácido fólico. Vitamina C y E. Aceite de pescado (incluyendo el ácido docosahexaenoico-DHA) o aceites de algas (MSP, 2016, págs. 24-25).

2.7 TRATAMIENTO

El manejo obstétrico de la preeclampsia se basa fundamentalmente en el balance entre salud feto-neonatal y salud materna, por lo que la decisión del manejo debe ser analizada y decidida por el médico tratante según la afectación del binomio materno-fetal.

2.7.1 Medidas no farmacológicas

Para las mujeres con preeclampsia el reposo estricto en cama no es recomendado, así como una dieta hiposódica y se recomienda controlar el peso y presión arterial en cada control prenatal. También es importante la realización de exámenes de laboratorio de forma periódica. La evaluación mínima de laboratorio debe incluir el recuento de plaquetas, creatinina sérica y las enzimas hepáticas. Estas pruebas deben repetirse al menos semanalmente en mujeres con preeclampsia sin signos de gravedad para evaluar la progresión de la enfermedad, y más a menudo si los signos y síntomas clínicos sugieren un empeoramiento de la enfermedad. (MSP, 2016).

2.7.2 Tratamiento farmacológico

Según el Ministerio de Salud Pública, 2016 afirma lo siguiente:

Se recomienda el inicio de terapia antihipertensiva en mujeres que presenten valores de presión arterial ≥ 160 mmHg presión arterial sistólica y presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg y para el manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo se recomienda nifedipina como primera línea, en dosis de 10 – 40 mg diarios, 1 a 4 dosis.

2.7.3 Terminación del embarazo

El tratamiento definitivo de la preeclampsia es el parto para prevenir el desarrollo de complicaciones maternas o fetales por progresión de la enfermedad. El momento del parto se basa en la edad gestacional, la gravedad de la preeclampsia, y la condición de la madre y del feto.

Se sugiere interrupción del embarazo en pacientes con preeclampsia con signos de gravedad que tengan las siguientes características:

- Embarazos menores de 24 semanas.
- Embarazo \geq de 34 semanas.
- Independientemente de la edad gestacional cuando las condiciones maternas o fetales sean inestables.

En casos especiales, y siempre por criterio del especialista, una dosis de rescate de corticoides (una sola dosis adicional de betametasona o dexametasona) puede ser considerada en embarazadas < 34 semanas de gestación que se mantienen con un alto riesgo de parto prematuro 7 días o más después de un curso inicial de corticoides antenatales posterior a esta administración.

Los esquemas siguientes de corticoides parecen tener eficacia similar para favorecer la maduración pulmonar:

- Betametasona 12 mg intramuscular glútea, cada 24 horas, por un total de dos dosis en dos días.
- Dexametasona 6 mg intramuscular glútea, cada 12 horas por un total de 4 dosis en dos días (MSP, 2016).

2.8. SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA DE PACIENTE CON SULFATO DE MAGNESIO

La vigilancia del tratamiento con sulfato de magnesio es netamente clínica y debe contemplar los siguientes criterios.

Recomendaciones para la supervisión clínica de la paciente con sulfato de magnesio
El fármaco se elimina completamente por orina, por lo que, para evitar niveles plasmáticos de toxicidad, se debe constatar un ritmo de diuresis horaria suficiente (30 mL/hora al menos), por sonda vesical a bolsa recolectora. Si disminuye la diuresis horaria, se debe reducir velocidad de infusión a la mitad o retirar, si no responde a expansión controlada. Garantizada la adecuada respuesta diurética, podrá reinstalarse la infusión de sulfato de magnesio.
Frecuencia respiratoria \geq a 12 respiraciones/minuto, control cada 30 minutos.
La depresión respiratoria se manifiesta con magnesemias por encima de 10 a 13 mEq/L.
Reflejo rotuliano presente, control cada 30 minutos. La desaparición del reflejo patelar se manifiesta con magnesemias por encima de 7 a 10 mEq/L.

Fuente: guía del MSP trastorno hipertensivo del embarazo, 2016

Ante sospecha clínica de intoxicación por sulfato de magnesio (frecuencia respiratoria < de 12 por minuto, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco), se debe administrar el antídoto que es gluconato de calcio.

Recomendaciones para el manejo de la intoxicación por sulfato de magnesio

Se recomienda administrar gluconato de calcio, una ampolla de 1 g intravenoso al 10 % lento en 3 a 10 minutos.

Puntos de buena práctica para el manejo de la intoxicación por sulfato e magnesio.

Administrar oxígeno a 4 L/minuto por catéter nasal o 10 L/minuto por máscara. Usar oximetría de pulso si está disponible (MSP, 2016).

3. DATOS DEL SEGUIMIENTO EVOLUTIVO

Tiempo: Durante el tiempo de internación en el área de Centro Obstétrico, se valoró el estado materno y se ejecutó acciones de enfermería para prevenir posibles complicaciones durante el pre y post parto.

Tipo de consulta: Hospitalaria.

3.1 RESUMEN DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO MÉDICO

EVOLUCIÓN	
<p>➤ 18 /05/ 2018</p> <p>Usuaría se recibe en el área de Centro Obstétrico, orientada en tiempo y espacio, en camilla acompañada de personal de enfermería, con diagnóstico de Preeclampsia severa + embarazo de 36.6 semanas de gestación por (FUM), procedimiento a realizar es la cesárea. Presenta dos vías permeables, una para hidratación y otra con sulfato de magnesio con 500 mililitros, con sonda vesical con 500 mililitros, se la prepara se le coloca medidas antitromboticas, en espera de cirugía. Con signos vitales: presión arterial: 134/78 mmHg, pulso: 93 x' y SaO2: 100%.</p>	
EVOLUCIÓN	PRESCRIPCIÓN
<p>➤ 18 / 05 /2018</p> <p>Previa anestesia raquídea, se realiza cesárea segmentaria de emergencia por diagnóstico de embarazo de 36.6 semanas de gestación por (FUM) y 37 semanas de gestación por ecografía precoz más preeclampsia severa.</p> <p>Se obtiene recién nacido único vivo mujer, con apgar 9- 9, líquido amniótico claro, de 37 semanas por Capurro, de presentación cefálica con las siguientes medidas antropométricas: peso 2700</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Control de signos vitales. 2. Control de ingesta y eliminación. 3. Control de retracción uterina, sangrado transvaginal, tensión arterial, saturación de oxígeno cada 15 minutos por 2 horas; luego cada 2 horas o por razones necesarias. 4. Nada por vía oral por 6 horas, luego dieta líquida a las 01:00 previa tolerancia oral. 5. Solución salina 0.9% 1000 ml pasar en 40 gotas por minuto.



gramos, talla 46 cm, perímetro cefálico 33.5 cm, perímetro torácico 32.5 cm.

Usuaría presento sangrado aproximado de 300 ml. Sin complicaciones, paciente sale estable a la sala de recuperación, con retracción uterina -2, loquios escasos. Con presión arterial: 100/68mmHg, consciente, lucida, diuresis por sonda 350 ml/hora y SCORE MAMA 0.

6. Sulfato de magnesio 20% pasar intravenosa dosis de mantenimiento por 24 horas.
7. Ranitidina 50 mg IV STAT
8. Ketorolaco 60 mg IV cada 8 horas.
9. Nifedipino 10 mg VO cada 8 horas
10. Hidralazina 5 mg IV aplicar si la tensión arterial es mayor a 160/110 mmHg.
11. Control de diuresis horaria.
12. Control del score mama cada 30 minutos por 4 horas.
13. Exámenes de control.
14. Proteinuria 24 horas.
15. Control de herida y apósito.
16. Mantener sonda Foley.
17. Interconsulta a nefrología.
18. Interconsulta a cardiología.
19. Deambulación asistida a las 12 horas.
20. Pase a hospitalización en 2 horas previa notificación.
21. Curación de herida en 24 horas.
22. Reportar novedades.

➤ **19/05/ 18**

Usuaría pasa al área de ginecología, consciente orientada en tiempo y espacio, postcesarea con diagnóstico de preeclampsia, con vía periférica de mantenimiento más vía periférica con infusión de sulfato de magnesio, con apósitos limpios y secos en incisión quirúrgica, más sangrado transvaginal moderado, presenta sonda vesical permeable, va en conjunto con recién nacido de sexo femenino, con signos vitales: T.A: 129/81 mmHg, F.C:78 lx', F.R: 21 rx, temperatura: 36.5 °c.



<p>➤ 21/5/2018</p> <p>Paciente cursa tercer día de hospitalización postcesarea, orientada en tiempo y espacio, refiere haber pasado la noche tranquila, afebril, hemodinamicamente estable. Involución uterina -3, diuresis (+), loquios escasos. Signos vitales: Presión arterial:120/70 mmHg, Temperatura: 36.5 °c, Frecuencia Respiratoria: 20 x', Frecuencia Cardíaca: 75x' y SaO2. 97%. y Score mama: 0.</p> <p>Proteinuria menor de 100 mg /dl en 24 horas.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Control de signos vitales2. Deambulacion3. Dieta general hiperproteica4. Solución salina 2000 mililitros pasar a 30 gotas por minuto5. Ketoroloco 60 mg endovenoso lento cada 8 horas.6. Ranitidina 1 ampolla endovenoso cada 12 horas.7. Indicaciones de cardiología8. Reportar novedades.
<p>➤ 23/5/2018</p> <p>Usuaría cursa quinto día de hospitalización postcesarea, con diagnóstico de preeclampsia. Refiere pasar la noche tranquila, afebril, hemodinamicamente estable. Involución uterina -3, diuresis (+), loquios escasos. Signos vitales: Presión arterial: 120/60 mmHg, Temperatura: 36.2 °c, Frecuencia Respiratoria: 20 x', Frecuencia Cardíaca: 86 x' y SaO2. 98%. y Score mama: 0.</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Control de signos vitales2. Reposo relativo3. Dieta general hiperproteica4. Control de involución uterina5. Alta por cardiología6. Reportar novedades.
<p>➤ 24 / 05/ 2018</p> <p>Usuaría de 15 años de edad que cursa el 6 día de internación de hospitalización postcesarea con diagnóstico de Preeclampsia.</p> <p>Se da de alta en buena condición de egreso, afebril orientada en tiempo y espacio, hemodinamicamente estable, con los siguientes signos vitales. T.A :120/60 mmHg T: 36.5 °C, F.R: 20 x', FC: 80x' y SaO2. 99%, con asesoría de planificación familiar, con cita de inserción de implante a los 40 días del post- parto.</p> <p>Se realizó una referencia inversa al Centro de Salud Rostro de Jesús, para valoración y control de signos vitales.</p>	

3.2 DESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Fármaco: SULFATO DE MAGNESIO		Anticonvulsivante	Ficha N° 1
Comerciales:	Presentación:	Dosis:	Vía de administración
Sulfato de magnesio.	Solución inyectable 20% en 10 ml	<p>DOSIS DE IMPREGNACIÓN 2 ampollas de Sulfato de magnesio al 20% diluido en solución salina al 0.9% en 80 ml pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos.</p> <p>DOSIS DE MANTENIMIENTO Sulfato de magnesio 5 ampollas (10g) diluidos en 450 de cloruro de sodio, pasar a 50 ml/ hora.</p>	Intravenosa
Indicaciones:	Contraindicaciones:	Efectos secundarios:	
Control inmediato de las convulsiones en las toxemias severas (Preeclampsia y eclampsia) del embarazo. Tratamiento y profilaxis de la hipomagneemia. Nutrición parenteral total.	Miastenia gravis, hipersensibilidad al medicamento, bloqueo cardiaco, daño miocárdico, insuficiencia renal severa.	Hiporeflexia, hipotensión, enrojecimiento de la piel y dolor en el sitio de la inyección, diaforesis, hipocalcemia, hiperkalemia, depresión respiratoria, mareo, cambios visuales, náuseas, vómitos, sed, arritmias, somnolencia, confusión, debilidad muscular	
Bibliografía: Ministerio de Salud Pública		Uso en el embarazo: Categoría D	

Fármaco: KETOROLACO Analgésico, antiinflamatorio y antipirético			Ficha N° 2
Comerciales: Ketorolaca Dolgenal	Presentación: Tableta de 10 mg Solución inyectable de 30 mg/1ml	Dosis: Se beberá ajustarse de acuerdo con la severidad del dolor y la respuesta del paciente procurando administrar la dosis mínima eficaz. Dosis máxima en vía parenteral es de 120mg/día y en vía oral 40 mg/día.	Vía de administración Oral Intravenosa Intramuscular
Indicaciones: Tratamiento a corto plazo del dolor leve a moderado en postoperatorio. Tratamiento del dolor causado por el cólico nefrítico.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al ketorolaco trometamol u otros antiinflamatorios no esteroideos. Pacientes con úlcera péptica activa. Cualquier antecedente de ulceración, sangrado o perforación gastrointestinal. Pacientes con insuficiencia renal moderada a severa. Pacientes en situación de hipovolemia o deshidratación.	Efectos secundarios: Irritación gastrointestinal, sangrado, ulceración y perforación. Náusea. Diarrea. Somnolencia. Cefalea. Vértigos. Sudoración. Vértigo. Retención hídrica.	
Bibliografía: Ministerio de Salud Pública		Uso en el embarazo: Categoría C/ D	



Fármaco: HIDRALAZINA		Antihipertensivos	Ficha N° 3
Comerciales:	Presentación:	Dosis:	Vía de administración
Hidral Hydrapress Hidralazina	Comprimidos de 50 mg. Líquido parenteral de 20 mg/ 1ml	La dosis normal inicial intravenosa para adultos es de 5mg Intravenoso cada 15 a 20 minutos según respuesta. (Tensión arterial diastólica: <110mmHg). Dosis máxima 40mg.	Vía oral Intravenosa
Indicaciones:	Contraindicaciones:	Efectos secundarios:	
Tratamiento de los estados hipertensivos, especialmente la hipertensión asociada al embarazo Preeclampsia y eclampsia.	Hipersensibilidad al medicamento, taquicardia severa. Aneurisma disecante de aorta, falla cardíaca con gasto alto, insuficiencia miocárdica por obstrucción mecánica (estenosis mitral, estenosis aórtica, pericarditis constrictiva). Lupus eritematoso sistémico y trastornos relacionados.	Más frecuentes: Hipotensión Taquicardia. Diarrea. Anorexia. Náusea. Vómito. Cefalea. Síntomas similares al lupus eritematoso.	
Bibliografía: Ministerio de Salud Pública		Uso en el embarazo: Categoría C	

Fármaco: GLUCONATO DE CALCIO		Restaurador de electrolitos	Ficha N° 4
Comerciales: Gluconato de Calcio 10%	Presentación: Ampollas: 10 ml de gluconato de Ca/ml al 10%	Dosis: I.V. de 1 a 2 gramos diluir en solución isotónica y administrarlo en 3 a 10 minutos. Máximo 16 g/día.	Vía de administración Intravenosa
Indicaciones: Tto. hipocalcemia aguda. Restaurador electrolítico durante nutrición parenteral. Coadyuvante en reacciones alérgicas agudas y anafilácticas.	Contraindicaciones: En pacientes con hipersensibilidad a la droga o los componentes de su formulación. Hipercalcemia. Hipercalciuria. Cálculos renales. En intoxicación por digoxina. No administrar por vía subcutánea o intramuscular.	Efectos secundarios: Frecuentes en administración intravenosa: Mareo hipotensión, sensación de calor en la piel, náusea, bradicardia, arritmias. En el lugar de la inyección enrojecimiento de piel, sensación de calor, dolor o comezón	
Bibliografía: Ministerio de Salud Pública		Uso en el embarazo: Categoría C	

Fármaco: RANITIDINA		Anti ulceroso y antiácido	Ficha N° 5
Comerciales: Ranitidina vitalis Ranitidina genfar	Presentación: Sólido oral 150 y 300 mg Ampolla de 50mg/2ml	Dosis: Vía oral: adultos y mayores de 15 años: 150 mg dos veces al día o 300 mg. Por 4-8 semanas. Vía parenteral: administración intravenosa lenta. Se recomienda diluir en dextrosa al 5% o cloruro de sodio al 0.9%, 50 mg en 20 ml y administrar la solución en al menos 3 minutos.	Vía de administración Vía oral Intravenosa
Indicaciones: Úlcera duodenal, gástrica, reflujo gastroesofágico, profilaxis de la hemorragia recurrente en pacientes con úlcera sangrante. Prevención de hemorragia gastrointestinal producida por stress.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los componentes. Daño hepático, daño renal, alteración renal. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Diabetes mellitus. Inmunocomprometidos. Fenilcetonuria.	Efectos secundarios: Frecuentes: cefalea, mareo. Poco frecuentes: agitación, confusión, estreñimiento, diarrea, náusea, dolor abdominal, vómito	
Bibliografía: Ministerio de Salud Pública		Uso en el embarazo: Categoría B	

Fármaco: NIFEDIPINO		Antihipertensivo	Ficha N° 6
Comerciales: Nifedipino	Presentación: Sólido oral: 10 mg.	Dosis: 10 mg cada 20-30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60mg	Vía de administración Vía oral
Indicaciones: Está indicado para el tratamiento de los trastornos hipertensivos en el embarazo.	Contraindicaciones: Hipotensión severa. Shock cardiogénico. Infarto de miocardio reciente. Angina inestable. Hipersensibilidad al medicamento u otras dihidropiridinas.	Efectos secundarios: Frecuentes: hipotensión. Palpitaciones. Edema periférico. Rubor facial. Náusea, mareos. Cefalea. Nerviosismo. Tos. Disnea.	
Bibliografía: Ministerio de Salud Pública		Uso en el embarazo: Categoría C	

4. PROBLEMA O FENÓMENOS OBSERVADOS

La observación del problema ha sido realizada de una manera directa e indirecta, de una forma directa a través de la realización de examen físico y de manera indirecta por la historia clínica.

Durante la estancia en el área de Centro Quirúrgico se pudo observar los siguientes signos y síntomas.

- DOLOR (I)
- ANSIEDAD (D)
- EDEMA (D)

EXPLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS FENÓMENOS OBSERVADOS

DOLOR

Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas.

ANSIEDAD:

Es una condición o respuesta de carácter tanto emocional como cognitiva, que utiliza el cuerpo humano para hacer frente a las diferentes situaciones que contengan cierto riesgo o peligro.

EDEMA:

El edema es la hinchazón de un tejido debido a una acumulación inusual de líquido. En general el líquido que se acumula es suero sanguíneo, un componente líquido de la sangre. Es debido a una salida de plasma de los vasos sanguíneos hacia el tejido intersticial, el tejido que hace de soporte entre los órganos.

4.1.NECESIDADES BÁSICAS HUMANAS AFECTADAS DE VIRGINIA

HENDERSON.

En 1960 establece en su obra “Basic Principles of Nursing Care”, traducida al castellano como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, las 14 necesidades básicas del ser humano, que constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. (Bellido & Lendínez, 2010)

Henderson afirma que estas necesidades son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano.

La filosofía de Henderson es escogida en numerosas escuelas de enfermería como marco conceptual; y se utiliza frecuentemente como sistema de recogida de datos, en función de las necesidades básicas que establece. (FUDEN, 2013)

NECESIDADES AFECTADAS

- **NECESIDAD II ALIMENTACIÓN-HIDRATACIÓN:** Exceso de volumen de líquidos.
- **NECESIDAD IV MOVERSE:** Deterioro de la ambulación.
- **NECESIDAD IX SEGURIDAD:** Ansiedad y dolor.

FUNDAMENTACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS.

Exceso de volumen de líquidos: Aumento de la retención de líquidos isotónicos, lo cual produce en la paciente un edema en los miembros inferiores.

Ansiedad: Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza. La ansiedad de la usuaria está asociado a las complicaciones obstétricas y en el recién nacido.

Es fundamental reducir los niveles de ansiedad materna, con la finalidad de promover el bienestar psicológico y es importante el contacto precoz con el recién nacido y la participación del padre.

Deterioro de la ambulación: Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno, debido a la intervención quirúrgica. Usuaria en reposo absoluto durante 12 horas postparto, luego empezar con ambulación asistida.

Dolor: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real. Cabe destacar que el manejo del dolor postoperatorio, después de una cirugía de cesárea es un poco diferente de las otras cirugías, principalmente porque la mujer necesita una recuperación rápida para cuidar al recién nacido. Importantes destacar la participación de los familiares.

5. DOMINIOS AFECTADOS (NANDA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEROS 2015-2017)

- **Dominio 2:** Nutrición
- **Clase 5:** Hidratación

- **Dominio 4:** Actividad / Reposo
- **Clase 2:** Actividad / Ejercicio

- **Dominio 9:** Afrontamiento/tolerancia al estrés
- **Clase 2:** Respuestas de afrontamiento.

- **Dominio 12:** Confort
- **Clase 1:** Confort físico

6. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería son de suma importancia debido a que ayudan a contribuir al mejoramiento y rehabilitación de la usuaria. En este estudio de caso se destacan las siguientes intervenciones de acuerdo a los diagnósticos de enfermería:

- Manejo del dolor
- Disminución de la ansiedad
- Manejo de electrolitos.
- Terapia de ejercicio: Ambulación

Los cuales se realizan para poder cubrir las necesidades que presenta la usuaria.

6.1 OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Programar y ejecutar los cuidados de enfermería orientados a contribuir al mejoramiento y rehabilitación de la usuaria, mediante intervenciones de enfermería que contribuyan a mitigar las necesidades de la paciente

7. PLANES DE CUIDADOS

7.1. IDENTIFICACIÓN DE LA USUARIA

<p>NOMBRES Y APELLIDOS: Briones González Nohely</p> <p>SEXO: Femenino</p> <p>PROCEDENCIA: Manta – Tarqui</p> <p>DX DE INGRESO: Preeclampsia severa + Embarazo de 36.6 semanas de gestación por fecha de última menstruación.</p>	<p>HISTORIA CLINICA: 259988</p> <p>CÉDULA DE IDENTIDAD: 1316835212</p> <p>SALA: Centro Obstétrico</p> <p>EDAD: 15 años</p>
--	--

VALORACIÓN	Virginia Henderson IX EVITAR PELIGROS/ SEGURIDAD	Dominio 12 Confort	Clase 1 Confort físico
Código Diagnóstico	(00132)		
Diagnóstico	Dolor agudo relacionado con proceso quirúrgico manifestado por conducta expresiva, muecas e inquietud.		
Definición	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial.		
Objetivos (NOC)	(1605) Control del dolor		
Intervenciones (NIC)	Actividades		
(1400) Manejo del dolor	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Realizar una valoración del dolor que incluya localización, aparición, duración y factores desencadenantes. • Explorar con la usuaria los factores que alivian o empeoran el dolor. • Utilizar medidas de control antes de que este sea más intenso. • Informar a la usuaria las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor antes, durante y después de las actividades dolorosas. • Verificar el nivel de molestias con la usuaria, anotar los cambios en la historia clínica e informar a otros profesionales sanitarios que trabajen con el paciente. • Confort de la usuaria. 		

VALORACIÓN	Virginia Henderson IX EVITAR PELIGROS/ SEGURIDAD	Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés.	Clase 2 Respuestas de afrontamiento.
Código Diagnóstico	(00146)		
Diagnóstico	Ansiedad relacionado con cambios en el estado de salud manifestado por angustia, temor y preocupación.		
Definición	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma.		
Objetivos (NOC)	(1402) Autocontrol de la ansiedad.		
Intervenciones (NIC)	Actividades		
(5820) Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Explicar todos los procedimientos, incluidos sensaciones que se han de experimentar. • Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar a las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos. • Instruir sobre técnicas de relajación como una respiración lenta y profunda. • Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar a la paciente. 		

VALORACIÓN	Virginia Henderson II COMER Y BEBER	Dominio 2 Nutrición	Clase 5 Hidratación
Código Diagnóstico	(00026)		
Diagnóstico	Exceso de volumen de líquidos relacionados con compromiso de los mecanismos reguladores manifestado por alteración de la presión arterial y edema.		
Definición	Aumento de la retención de líquidos isotónicos.		
Objetivos (NOC)	(0601) Equilibrio hídrico.		
Intervenciones (NIC)	Actividades		
(2000) Manejo de electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • Mantener acceso intravenoso permeable. • Suministrar líquidos según prescripción médica. • Mantener registro adecuado de balance hidroelectrolítico. • Pesar a diario y valorar la evolución. • Confort del usuario. 		

VALORACIÓN	Virginia Henderson IV MOVESE	Dominio 4 Actividad / Reposo	Clase 2 Actividad / Ejercicio
Código Diagnóstico	(00088)		
Diagnóstico	Deterioro de la ambulación relacionado con el dolor manifestado por herida quirúrgica.		
Definición	Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.		
Objetivos (NOC)	(0208) Movilidad		
Intervenciones (NIC)	Actividades		
(0221) Terapia de ejercicio: Ambulación	<ul style="list-style-type: none"> • Control de signos vitales. • aconsejar a la usuaria que use un calzado que facilite la deambulacion y evite lesiones. • Ayudar a la usuaria con la deambulacion inicial. • Instruir a la usuaria/cuidador acerca de las técnicas de deambulacion segura. • Ayudar a la usuaria a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas. • Fomentar una deambulacion independiente dentro de los límites de seguridad. • Animar a la usuaria a que se esté levantando según le apetezca. 		



CONCLUSIONES

En la actualidad la preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna, debido a que no se conoce la causa que la origina con exactitud, pese a que existen varias teorías que tratan de explicar su fisiopatología, es difícil realizar una prevención efectiva y en la actualidad no existe un método satisfactorio para pesquisar los signos o síntomas premonitorios y que permita así detener el desarrollo de la enfermedad.

En este aspecto es muy importante el papel que juega el control prenatal, sobre todo aquel que determina la curva de evolución de la presión arterial, valorando la misma con especial interés en la mitad del segundo trimestre, donde la enfermedad es mucho más frecuente. Además, el programa de atención prenatal con inicio desde el primer mes del embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo y establecer medidas oportunas de acuerdo con la necesidad o problema que presente la usuaria.

Importante destacar que el proceso de atención de enfermería es un método sistemático que nos ayuda a brindar cuidados humanistas, eficientes centrados en el logro de los objetivos propuestos, con la finalidad de identificar los problemas y poder ejecutar intervenciones individualizadas.

La vigilancia y valoración de enfermería es fundamental para evitar riesgos que alteren la salud del paciente, por ejemplo, la vigilancia del sulfato de magnesio que es un medicamento de alto riesgo, así como la monitorización de signos vitales.

En definitiva, el control prenatal, un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y el parto son las medidas más eficaces para disminuir las complicaciones y la tasa de mortalidad tanto materna como fetal.

RECOMENDACIONES

Importante hacer énfasis en fomentar la comunicación y relación recíproca entre las enfermeras y el paciente, ya que nos permite conocer y priorizar las necesidades del mismo.

Es fundamental conocer la Guía de Trastornos Hipertensivos segunda edición 2016, lo cual nos permite proporcionar cuidados de enfermería acorde a las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública.

Importante recalcar que la guía tiene como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica para la toma de decisiones en la prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno de trastornos hipertensivos del embarazo que contribuyen a evitar y disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Fernández, I., Prieto, B., & Álvarez, F. (2016). Preeclampsia. *Rev. Elsevier*, 9(2).
- Ananth, K., Kee-Hak, L., & Phyllis, A. (junio de 2018). *Preeclampsia: Pathogenesis*.
Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis?topicRef=6814&source=see_link
- Bellido, C., & Lendínez, F. (2010). *Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén.
- Bonilla, F., & Pellicer, A. (2008). *Obstetricia, reproducción y ginecología básicas* (1 ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- FUDEN. (2013). *Necesidades Básicas de Virginia Henderson*. Obtenido de Observatorio Metodología Enfermera: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
- García, I., López, A., Gómez, P., & David Abada, A. G. (2008). Futuras implicaciones para la predicción y el diagnóstico de la preeclampsia. *Rev. ELSEVIER*, 22(2), 9.
- González, Martínez, García, & Sandoval. (2015). Preeclampsia, eclampsia y HELLP. *Medigraphic*, 10. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151x.pdf>
- Mora, A. M. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Quito: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades.
- MSP. (Diciembre de 2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de [file:///C:/Users/vip/Desktop/POLITICAS%20DE%20LA%20SALUD/MSP_Tra stornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](file:///C:/Users/vip/Desktop/POLITICAS%20DE%20LA%20SALUD/MSP_Tra%20stornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf)
- OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. Ginebra.



- OPS & OMS. (Mayo de 2017). *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*. Obtenido de Preeclampsia: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=0&lang=es
- Ortiz, J. (29 de Junio de 2016). *Predecir la preeclampsia con una sencilla prueba de sangre*.
- Pacheco-Romero, J. (2017). Introducción al Simposio sobre Preeclampsia. *Rev. peruana de ginecología y obstetricia*, 63, 3.
- Pemartin, B., & Ibañez, V. (2015). Apéndice caudal en recién nacido a término. *Rev. ELSEVIER*, 87(4), 187-246.
- Rodríguez, K. (2015). *Evaluación del grado diagnóstico precoz de preeclampsia usando parámetros bioquímicos que constan en los perfiles de controles prenatales establecidos por el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, en la Unidad Municipal de Salud Sur de la ciudad de Quito*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador . Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14065/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (mayo de 2018). *Preeclampsia and High Blood Pressure During Pregnancy*. Obtenido de <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preeclampsia-and-High-Blood-Pressure-During-Pregnancy#preeclampsia>
- Vargas, V., Acosta, G., & Moreno, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(6), 471 - 476.

ANEXOS

ANEXO 1.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

- **NOMBRES:** Nohely Dayana
- **APELLIDOS:** Briones González
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 31/03/2003
- **EDAD:** 15 años
- **SEXO:** Femenino
- **CI:** 1316835212
- **Nº HC:** 259988
- **INICIO DE SEGUIMIENTO:** 18/05/2018
- **DIAGNÓSTICO MÉDICO DEFINITIVO:** Preeclampsia severa + embarazo de 36.6 semanas de gestación por (FUM).
- **UNIDAD HOSPITALARIO:** Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano
- **DIRECCION:** Mz. G 1 Lote 12 Urbirrios # 1

ANEXO 2.

EXAMEN FÍSICO

SITUACIÓN SOCIO ECONÓMICA			
Estado civil. Unión Libre	Religión que práctica: Católica	Empleo. Estudiante	Grado de instrucción alcanzado. Básica
Personas que viven con el usuario: Esposo	Tipo de vivienda: Cemento.	Servicios básicos: Cuenta con todos los servicios básicos.	Fuente de ingresos: No supo decir en específico el valor
EXAMEN FÍSICO REGIONAL			
PIEL:	Normotérmica, Piel íntegra sin lesiones, con presencia de edema, no presenta palidez.		
CABEZA -	Normo cefálica, no presenta edema palpebral		
CARA:	Sin cicatrices		
	Cara asimétrica		



CEJAS –	Buena implantación de cejas
OJOS:	Pupilas isocóricas normales de color café oscuro
	Visión normal
NARÍZ:	Orificios nasales bien implantados sin secreción, ni epistaxis, aparentemente ninguna anomalía.
BOCA:	No presenta una mucosa pálida
	No presenta prótesis dental
	Labios hidratados
OÍDOS:	No manifiesta ningún traumatismo, comunica presentar una perfecta audición, no presenta secreción a nivel del pabellón auricular.
CUELLO:	Paciente no manifiesta dolencia en los ganglios linfáticos
	Pulso carotídeo de 90 latidos por minuto.
	No presenta dolor a la palpación
TORÁX:	Tórax Simétrico
	Con frecuencia respiratoria de 23 rpm
ABDOMEN:	No presenta ninguna anomalía a nivel abdominal
	Globuloso correspondiente a edad gestacional
GENITALES:	Perdida de secreciones leucorrea blanca sin mal olor
	Presencia de sonda vesical
MIEMBROS SUPERIORES	<i>MIEMBRO SUPERIORES DERECHO E IZQUIERDO:</i> Mantiene buena simetría, puede mover los brazos, no presenta en las uñas onicomicosis. No presenta lesiones.
MIEMBROS INFERIORES:	<i>MIEMBRO INFERIOR DERECHO E IZQUIERDO:</i> Mantiene buena simetría, no presenta coloración en las uñas (Onicomicosis). No presenta lesiones. Presencia de edema.

ASPECTO GENERAL		
Talla: 150 cm	Peso: 67.9 kg	Índice de masa corporal: 30 kg/cm
Fecha de la última menstruación: 2/09/2017	Fecha probable del parto: 9/06/2018	Semana de gestación: 36.6 semanas por FUM y 37 semanas por ecografía precoz.

ANEXO 4.

SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DEL CASO – VISITA DOMICILIARIA

FECHA:	20/07/2018
Nº DE H.CL:	259988
NOMBRE Y APELLIDOS:	Nohely Dayana Briones González
CASO:	Preeclampsia Severa
FECHA DE NACIMIENTO:	31/03/2003
DIRECCIÓN:	Manta, parroquia Tarqui, Urbirrios

1. Objetivos de la Visita Domiciliaria.

Objetivo general:

- Determinar el estado de salud actual de la usuaria.

Objetivos específicos:

- Investigar sobre la resolución del caso con la usuaria.
- Educar a usuaria y familiares sobre el autocuidado y alimentación saludable.
- Describir el estado socio-económico.

2. Ejecución efectiva de la Visita Domiciliaria.

Usuaria y familiares se mostraron comunicativos y participativos, respondieron a todas las preguntas para poder cumplir el objetivo de la visita domiciliaria.

3. Actividad a realizar de acuerdo al caso:

- Control de signos vitales.
- Educación a usuaria y familiares sobre alimentación equilibrada y saludable.
- Fomentar un estilo de vida saludable.
- Promover los beneficios de la planificación familiar.

4. Informe:

En la visita domiciliaria se cumplieron las actividades y objetivos propuestos, se dialogó con la usuaria y familiares, acerca de la alimentación y estilo de vida saludable, se le realizó la toma de signos vitales, los cuales fueron: Presión Arterial: 120/80 mmHg,

Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.

Se realizó el control de peso el cual fue de 60 kg, la talla de la usuaria es de 1.50 cm, dando como resultado un índice de masa corporal de 26.7 Kg/cm que significa sobrepeso.

Refiere haberse colocado el implante subdérmico, a los 40 días post parto.

Estado socioeconómico actual

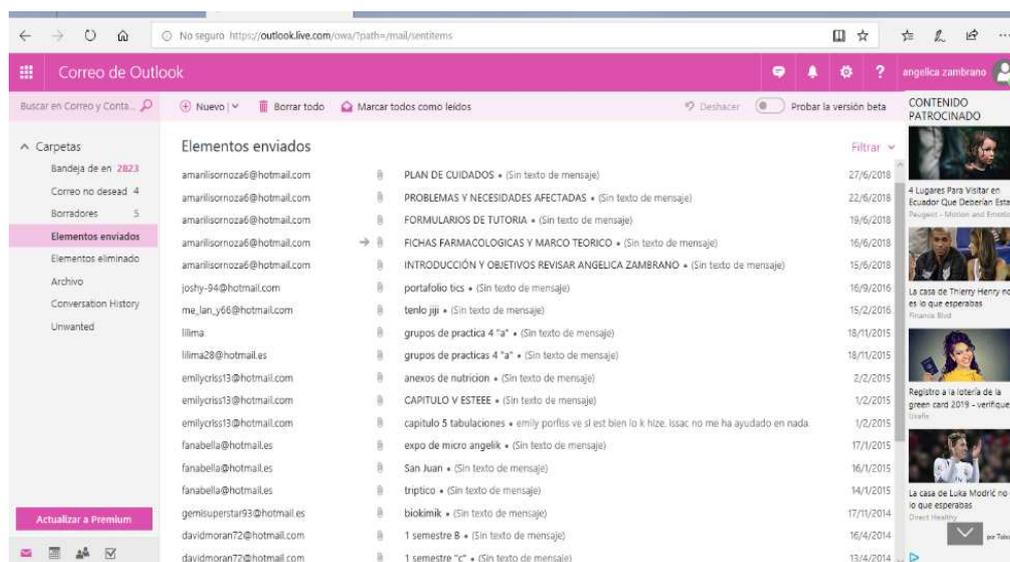
Estado civil: Soltera	Religión: Católica	Empleo: No trabaja	Grado de instrucción: Educación Básica
Personas que viven con la usuaria: Madre, hermano e hija.	Tipo de vivienda: Cemento, propia de la madre.	Servicios básicos: Cuenta con todos los servicios básicos.	Fuente de ingreso: La madre y el padre de la recién nacida.

Evidencias



FIRMA DEL ESTUDIANTE

ANEXO 5. TUTORÍAS PRESENCIALES Y VIRTUALES.

Correo de Outlook

Buscar en Correo y Conta...

Nuevo | Borrar todo | Marcar todos como leídos | Deshacer | Probar la versión beta

angelica zambrano

CONTENIDO PATROCINADO

Elementos enviados

- amanilisornozaf@hotmail.com
- amanilisornozaf@hotmail.com
- amanilisornozaf@hotmail.com
- amanilisornozaf@hotmail.com
- amanilisornozaf@hotmail.com
- joshy-94@hotmail.com
- me_lan_y66@hotmail.com
- lilima
- lilima28@hotmail.es
- emilycris13@hotmail.com
- emilycris13@hotmail.com
- emilycris13@hotmail.com
- fanabella@hotmail.es
- fanabella@hotmail.es
- fanabella@hotmail.es
- gemisuperstar93@hotmail.es
- davidmorant72@hotmail.com
- davidmorant72@hotmail.com

- PLAN DE CUIDADOS • (Sin texto de mensaje)
- PROBLEMAS Y NECESIDADES AFECTADAS • (Sin texto de mensaje)
- FORMULARIOS DE TUTORIA • (Sin texto de mensaje)
- FICHAS FARMACOLOGICAS Y MARCO TEORICO • (Sin texto de mensaje)
- INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS REVISAR ANGELICA ZAMBRANO • (Sin texto de mensaje)
- portafolio tics • (Sin texto de mensaje)
- tenlo jji • (Sin texto de mensaje)
- grupos de practica 4 "a" • (Sin texto de mensaje)
- grupos de practicas 4 "a" • (Sin texto de mensaje)
- anexos de nutricion • (Sin texto de mensaje)
- CAPITULO V ESTEBE • (Sin texto de mensaje)
- capitulo 5 tabulaciones • emily porfiss vé si est bien lo k hize. Issac no me ha ayudado en nada.
- expo de micro angelik • (Sin texto de mensaje)
- San Juan • (Sin texto de mensaje)
- triplico • (Sin texto de mensaje)
- biokimik • (Sin texto de mensaje)
- 1 semestre B • (Sin texto de mensaje)
- 1 semestre "C" • (Sin texto de mensaje)

27/6/2018

22/6/2018

19/6/2018

16/6/2018

15/6/2018

16/9/2016

15/2/2016

18/11/2015

18/11/2015

2/2/2015

1/2/2015

1/2/2015

17/1/2015

16/1/2015

14/1/2015

17/11/2014

16/4/2014

13/4/2014

ANEXO 6.
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO 2018	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ACTIVIDADES																
Orientación para realizar el caso clínico	X															
Búsqueda de artículos científicos relacionados al tema		X														
Revisión de artículos científicos			X													
Presentación de anteproyecto				X												
Elaboración de introducción y objetivos					X											
Presentación y corrección de introducción y objetivos						X										
Orientación para elaboración de marco teórico						X										
Presentación y corrección de marco teórico							X									
Orientación para elaboración de problemas y necesidades								X								
Revisión de diagnósticos según NANDA									X							
Corrección de planes de cuidados									X							
Corrección de fichas farmacológicas										X						
Presentación y corrección de examen físico										X						
Organización para realizar visita domiciliaria											X					
Revisión de la visita domiciliaria											X					
Revisión de cronograma y orientación de matriz de resumen												X				
Revisión de matriz de resumen												X				
Entrega de trabajo de titulación														X		



ANEXO 7

MATRIZ DE RESUMEN

 Facultad de Enfermería	
1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA	
ACTORES	
Actor 1: MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)	
Actor 2: HOSPITAL DR. RAFAEL RODRIGUEZ ZAMBRANO (HRZ)	
Actor: CENTRO OBSTÉTRICO	
Contexto del problema	
<p>Usuaría de 15 años, primigesta, cursa embarazo de 36.6 semanas de gestación por fecha de la última menstruación (FUM) y 37 semanas de gestación por eco precoz, presentó seis controles prenatales en el Centro de Salud Rocafuerte donde residía, acude el 18 de mayo del 2018 de forma ambulatoria al área de emergencia del Hospital “Rafael Rodríguez Zambrano”, por presentar cefalea, refiere que en el Centro de Salud Rocafuerte le toman la presión arterial el cual se evidenció presión de 150/90 mmHg y decide por su propia voluntad acudir al H.R.Z, ya que en dicha ciudad reside la madre.</p> <p>En el área de emergencia, paciente con tirilla reactiva proteínas 4 cruces, con hiperreflexia, usuaria hemodinamicamente inestable con presiones elevadas de 155/100 mmHg, frecuencia cardiaca: 82 x', frecuencia respiratoria: 26 x', SaO2: 99% y score MAMA de 7.</p> <p>Usuaría ingresa al área de Centro Obstétrico, orientada en tiempo y espacio, en camilla acompañada de personal de enfermería, con diagnóstico de Preeclampsia severa + embarazo de 36.6 semanas de gestación, procedimiento a realizar es la cesárea. Con los siguientes signos vitales: presión arterial: 134/78mmHg, F.C: 93 x' y SaO2: 100%.</p> <p>Antecedentes patológicos personales es alérgica a la Amoxicilina, no refiere antecedentes ginecológicos o quirúrgicos. En los antecedentes patológicos familiares refiere que el padre es Diabético y una tía materna presentó Preeclampsia.</p> <p>Resultados de exámenes: grupo sanguíneo A+, Leucocitos: 8.800 mm³, Linfocitos: 1.689.60 mm³, Hemoglobina: 13.0 g/dl, Hematocrito: 37.5%, Plaquetas: 235.000 mm³, Creatinina sérica: 0.65 mg/dl, Ácido úrico: 4.41 mg/dl y Proteinuria > 1000 mg/dl. AST: 35 UI/L y ALT: 40 UI/L. CIE 014 Preeclamsia Severa y 0821 Cesaría de emergencia.</p>	
2. SITUACION DETECTADA	



Problema situado:	Preeclampsia severa más embarazo de 36.6 semanas de gestación por Fecha de ultima menstruación.
Causas del problema:	La fisiopatología de la preeclampsia probablemente involucre factores maternos y fetales / placentarios. Las anomalías en el desarrollo de la vasculatura placentaria al principio del embarazo pueden provocar una perfusión periférica / hipoxia / isquemia placentaria relativas, lo que conduce a la liberación de factores antiangiogénicos en la circulación materna que alteran la función endotelial sistémica materna y causan hipertensión y otras manifestaciones de la enfermedad (hematología, disfunción neurológica, cardíaca, pulmonar, renal y hepática). Sin embargo, el desencadenante del desarrollo anormal de la placenta y la posterior cascada de eventos permanece desconocida. (Ananth, Kee-Hak, & Phyllis, 2018)
Consecuencias del problema:	Las mujeres con preeclampsia tienen un mayor riesgo de eventos potencialmente mortales, como desprendimiento de la placenta, la lesión renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y progresión a la eclampsia. A nivel mundial, del 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas (es decir, como resultado de las complicaciones obstétricas del embarazo), están asociados con la preeclampsia – eclampsia. (MSP, 2016).

3. MARCO REFERENCIAL y/o TEÓRICO

La preeclampsia se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual a 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mm Hg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco. (OPS & OMS, 2017)

La tasa de preeclampsia varía entre 5 % y 10 % en los países desarrollados, pero esta cifra puede alcanzar un 18 % en algunos países en vías de desarrollo. La preeclampsia persiste



como una causa principal de morbilidad materna y perinatal en todo el mundo. (OMS, 2014).

Desde hace algunas décadas se conoce la importancia de prevenir y tratar oportunamente a mujeres embarazadas que sufren de esta enfermedad, cuya causa primaria no se conoce aún, sin embargo, existen varios factores de riesgo que predisponen a una mujer embarazada a sufrir pre eclampsia, como: etnia, edad, nutrición, paridad, historial familiar, entre otros. (Rodríguez, 2015, pág. 17).

4. OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

General	Proporcionar cuidados específicos de acuerdo a la patología presente en la usuaria mediante el proceso de enfermería, los cuales contribuyen a mejorar el estado de salud y a brindar una atención de calidad y calidez.
Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Organizar los datos recopilados priorizando las necesidades o problemas detectados en la usuaria para la realización del diagnóstico de enfermería.• Elaborar el plan de cuidado jerarquizando las necesidades o problemas presente en la usuaria.• Ejecutar las intervenciones de enfermería brindándole a la paciente una atención de acuerdo a sus necesidades.• Evaluar las intervenciones de enfermería de acuerdo a los cuidados proporcionados.

5. METODOLOGÍA

Métodos	<ul style="list-style-type: none">• Cualitativa: Nos suministran o proveen datos descriptivos de la patología en estudio y nos ayudan a evaluar posibles complicaciones. Participación del usuario como parte del proceso.• Bibliográfica: Proporciona el conocimiento de las investigaciones ya existentes, de un modo sistemático, a través de una amplia búsqueda de información, conocimientos y técnicas sobre la patología en estudio.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none">• Analítico: Permite analizar los factores de riesgo que puede producir la preeclampsia.



Instrumentos:	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica: Se realiza bajo la descripción de Historia clínica, se destaca la revisión de documentos médicos legales mediante el cual se obtuvo la mayor parte de información. • Bibliografía: se hace la revisión de varias fuentes bibliográficas, para la recopilación y su posterior análisis. • Entrevista: Información directa con la usuaria a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados.
----------------------	---

6. PLAN DE INTERVENCIÓN/ACCIÓN/ESTRATÉGICO

Objetivo	Estrategias	Actividades	Recursos	Tiempo	Responsable
Control del dolor	Entrevista. Charla educativa	Realizar una valoración del dolor que incluya localización, aparición, duración y factores desencadenantes.	Participación de la usuaria.	15 minutos	Angelica Zambrano Alay
Autocontrol de la ansiedad.	Charla educativa	Explicar todos los procedimientos, incluidos sensaciones que se han de experimentar.	Comunicación efectiva con la usuaria	10 minutos	Angelica Zambrano Alay
Equilibrio hídrico.	Manejo de líquidos y electrolitos.	Mantener registro adecuado de balance hidroelectrolítico.	Formulario de ingesta y eliminación	10 minutos	Angelica Zambrano Alay
Movilidad	Charla educativa	Ayudar a la usuaria con la deambulacion inicial.	Ejercicio: Ambulacion	15 minutos	Angelica Zambrano Alay

7. CONCLUSIONES

- Importante destacar que el proceso de atención de enfermería es un método sistemático que nos ayuda a brindar cuidados humanistas, eficientes centrados en el logro de los



objetivos propuestos, con la finalidad de identificar los problemas y poder ejecutar intervenciones individualizadas.

- La vigilancia y valoración de enfermería es fundamental para evitar riesgos que alteren la salud del paciente, por ejemplo, la vigilancia del sulfato de magnesio que es un medicamento de alto riesgo, así como la monitorización de signos vitales.
- En definitiva el control prenatal, un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado y el parto son las medidas más eficaces para disminuir las complicaciones y la tasa de mortalidad tanto materna como fetal.

BIBLIOGRAFÍA

Ananth, K., Kee-Hak, L., & Phyllis, A. (junio de 2018). *Preeclampsia: Pathogenesis*.

Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis?topicRef=6814&source=see_link

MSP. (Diciembre de 2016). *Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC)*. Obtenido de

file:///C:/Users/vip/Desktop/POLITICAS%20DE%20LA%20SALUD/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf

OMS. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. Ginebra.

OPS & OMS. (Mayo de 2017). *Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva*. Obtenido de Preeclampsia:

https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=0&lang=es

Rodríguez, K. (2015). *Evaluación del grado diagnóstico precoz de preeclampsia usando parámetros bioquímicos que constan en los perfiles de controles prenatales establecidos por el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, en la Unidad Municipal de Salud Sur de la ciudad de Quito*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador . Obtenido de

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14065/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>