



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO PREECLAMPSIA SEVERA EN GESTANTE
ATENDIDA EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE
EL PERÍODO ENERO DEL 2017

CASTRO VALAREZO PATRICIA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MEZA CÁRDENAS ANDREA LISSETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASO PREECLAMPSIA SEVERA EN GESTANTE
ATENDIDA EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA
DURANTE EL PERÍODO ENERO DEL 2017

CASTRO VALAREZO PATRICIA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MEZA CÁRDENAS ANDREA LISSETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

ANÁLISIS DE CASO PREECLAMPSIA SEVERA EN GESTANTE ATENDIDA EN EL
HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL PERÍODO ENERO DEL
2017

CASTRO VALAREZO PATRICIA ELIZABETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MEZA CÁRDENAS ANDREA LISSETH
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ROMERO ENCALADA IRLANDIA DEIFILIA

MACHALA, 23 DE FEBRERO DE 2018

MACHALA
2018

Nota de aceptación:

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado ANÁLISIS DE CASO PREECLAMPSIA SEVERA EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL PERÍODO ENERO DEL 2017, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.

ROMERO ENCALADA IRLANDIA DEIFILIA
0702316365
TUTOR - ESPECIALISTA 1

SARAGURO SALINAS SARA MARGARITA
0701803256
ESPECIALISTA 2

CHAMBA TANDAZO MARLENE JOHANA
0704176486
ESPECIALISTA 3

Machala, 23 de febrero de 2018

Urkund Analysis Result

Analysed Document: PRECLAMPSIA SEVERA FINAL.docx (D34759671)
Submitted: 1/17/2018 4:19:00 AM
Submitted By: ameza_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, CASTRO VALAREZO PATRICIA ELIZABETH y MEZA CÁRDENAS ANDREA LISSETH, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado ANÁLISIS DE CASO PREECLAMPSIA SEVERA EN GESTANTE ATENDIDA EN EL HOSPITAL GENERAL TEÓFILO DÁVILA DURANTE EL PERÍODO ENERO DEL 2017, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

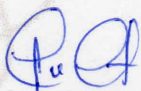
Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

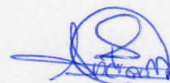
Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico

Machala, 23 de febrero de 2018



CASTRO VALAREZO PATRICIA ELIZABETH
0705080455



MEZA CÁRDENAS ANDREA LISSETH
1400563829

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a todas las personas que hicieron posible este sueño. A Dios que nos ilumina en cada paso, dándonos sabiduría y fortaleza para continuar, a nuestros padres, quienes a lo largo de nuestra vida han velado por nuestro bienestar y educación, siendo nuestro apoyo incondicional en todo momento. A nuestras queridas docentes, a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias por su paciencia, enseñanza, y la confianza brindada a lo largo de este proceso.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos de manera especial a nuestros compañeros y amigos, que han estado presentes durante todos estos años, compartiendo cada experiencia, cada logro, cada desafío, por alentarnos, y entregarnos su ayuda cuando hemos necesitado. A nuestra tutora Lcda. Irlandia Romero, quién con cariño nos ha orientado y nos ha guiado para culminar con éxito este trabajo.

RESUMEN

Título: Análisis de caso preeclampsia severa en gestante atendida en el Hospital General Teófilo Dávila durante el periodo enero de 2017.

Introducción: La preeclampsia severa es una patología propia del embarazo responsable de un alto índice de muertes maternas y perinatales a nivel mundial, en países en vías de desarrollo como Ecuador alcanza un total de 4.51%, durante el año 2016 (1) Su origen permanece desconocido pero se asocia con múltiples factores maternos, cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50.000 muertes maternas y 900.000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro. En el Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), los criterios asociados a preeclampsia severa incluyen uno de los siguientes signos: presión arterial $\geq 160/110$ mmHg, cefalea persistente, alteraciones visuales, edema pulmonar, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, hemólisis microangiopática, trombocitopenia, alteración de la función renal, oliguria ≤ 500 ml/24 horas, creatinina $\geq 1,1$ mg/dl, elevación de las enzimas hepáticas al doble del valor normal. (2)

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar un caso de preeclampsia severa en una paciente primigesta del Hospital Teófilo Dávila, mediante la revisión de historia clínica y artículos científicos, tomando en cuenta el riesgo materno fetal y el Proceso de Atención de Enfermería.

Método: Los métodos utilizados son el método clínico, con la referencia de la historia clínica de la paciente. Método heurístico: basado en la información científica y la fundamentación de datos del paciente. Método analítico: se aplica al desintegrar las categorías de análisis del caso. El tipo de investigación es cualitativa porque se observan las características clínicas de la unidad de análisis. El estudio es de tipo descriptivo, porque está basada principalmente en la enunciación de las características de la unidad de análisis.

Resultados: Se encontró que un desencadenante para la aparición de esta patología son los factores de riesgo, entre ellos Valdés menciona hereditarios, ambientales, inmunológicos e individuales que parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la preeclampsia. Se presenta en 5-10 % de todos los embarazos, la padecen del 14,5 al 20 % de las pacientes

con embarazo múltiple y el 25 % de las mujeres con hipertensión crónica. Los criterios encontrados en la paciente para su diagnóstico incluyen hipertensión 160/90 mmHg, alteración del sistema nervioso central (visión borrosa, cefalea intensa); dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho (por distensión de la cápsula o ruptura hepática) signos vasomotores como escotomas con 24 horas de evolución aproximadamente, exámenes de laboratorio que reportan tirilla reactiva en orina +++ los cuales son considerados como signos de preeclampsia encontrándose relacionados con los resultados de Laza y Vargas.

Conclusión: La preeclampsia se ha convertido en una problemática que ha ido creciendo cada día. De acuerdo al estudio realizado podemos concluir que las causas atribuyen a diferentes factores de riesgo en los que predominan, edad materna menor a 20 años y primigravida. Para lograr un trabajo eficaz se diseñó el plan de cuidados en relación a las necesidades del paciente siguiendo un orden lógico con todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería mediante el cual se mejorará la atención y los usuarios recibirán los cuidados adecuados.

Palabras Clave: Preeclampsia Severa; gestante; primigesta; plan de cuidados; factor de riesgo.

ABSTRACT

Title: Analysis of case severe pre-eclampsia in pregnant women served in the General Teófilo Davila Hospital during the period January 2017

Introduction: Severe pre-eclampsia is a pathology of pregnancy responsible for a high rate of maternal and perinatal deaths globally, in developing countries like Ecuador reached a total of 4.51%, for the year 2016 (1). Its origin remains unknown but is associated with multiple maternal factors, each year during pregnancy hypertensive disorders represent some 50,000 maternal deaths, and 900,000 perinatal, as well as constituting a predisposition to present cardiovascular complications in the future. In the American Congress of obstetrics and gynecology (ACOG), criteria associated with severe preeclampsia include one of the following signs: blood pressure $\geq 160 / 110$ mmHg, persistent headache, visual disturbances, pulmonary edema, epigastric pain or right upper quadrant, hemolysis, thrombocytopenia, microangiopathic, impairment of renal function, oliguria ≤ 500 ml / 24 hours, creatinine ≥ 1.1 mg/dl, elevation of liver enzymes to twice the normal value. (2)

Objective : The aim of this study is to analyze a case of severe pre-eclampsia in a patient primigesta of the Teofilo Davila Hospital, by reviewing the medical history and scientific articles, taking into account the fetal maternal risk and the process of care for Nursing.

Method : The methods used are the clinical method, with the reference of the clinical history of the patient. Heuristic method: based on scientific information and the Foundation of patient data. Analytical method: applies to disintegrate the categories of analysis of the case. The type of research is qualitative because seen the clinical features of the unit of analysis. The study is descriptive, because it is based mainly in the enunciation of the characteristics of the unit of analysis.

Results: found a trigger for the emergence of this disease are risk factors, including Valdes mentions hereditary, environmental, immunologic and individual that they seem to interact in various ways to pre-eclampsia appears. It occurs in 5-10% of all pregnancies, they suffer from it of the 14.5 to 20% of patients with multiple pregnancy and 25% of women with chronic hypertension. The criteria found in the patient for diagnosis include hypertension 160/90 mmHg, disruption of the central nervous system (blurred vision, intense headache); pain epigastric or right upper quadrant (by distention of the capsule or hepatic rupture) vasomotor signs as scotomas 24 hours in evolution about lab tests reported reactive Strip in urine +++ which are considered as signs of preeclampsia found related to the results of Laza and Vargas.

Conclusion: Preeclampsia has become a problem that has been growing every day. According to the study we can conclude that the causes attributed to different risk factors predominate, maternal age less than 20 years and primigravida. To achieve an effective job was designed the plan of care in relation to the patient's needs following a logical order with

all stages of the process of care nursing by which attention will be improved, and users will receive care suitable.

Keywords: Severe preeclampsia, pregnant, primigesta, care plan, risk factor.

ÍNDICE GENERAL

Resumen.....	3
Introducción.....	5
Capítulo I: Generalidades del objeto de estudio.....	6
1.1. Definición y Contextualización del objeto de estudio.....	6
1.1.1 Preeclampsia.. ..	6
1.1.2 Descripción breve del caso.....	6
1.1.3 Hechos de interés:.....	7
1.1.4 Objetivo	7
Capítulo II: Fundamentación teórico- epistemológica del estudio.....	8
2.1. Descripción del objeto epistemológico de referencia.....	8
2.1.1 Teoría general de campos de la salud.....	8
2.1.2 Epistemología:.....	8
2.2 Bases teóricas de la investigación:.....	9
2.2.1 Preeclampsia severa:	9
2.2.2 Gestante:	9
2.2.3 Plan de cuidados:.....	9
2.2.4Clasificación:.....	10
2.2.4.1 Preeclampsia leve.....	10
2.2.4.2 Preeclampsia grave.....	10

2.2.4.3 Eclampsia:.....	10
2.2.4.4 Síndrome de HELLP.....	10
2.2.5 Fisiopatología.....	10
2.2.6 Factores de Riesgo.....	11
2.2.7 Diagnóstico:	11
2.2.8 Tratamiento:.....	12
2.2.9 Complicaciones.....	13
2.2.10 Cuidados de Enfermería.....	13
Capítulo III Proceso Metodológico.....	14
3.1 Diseño y tradición de la investigación	14
3.1.1 Área de estudio:.....	14
3.1.2 Unidad de análisis:	14
3.1.3 Tipo de investigación:	14
3.1.4 Tipos de estudio:.....	14
3.1.5 Métodos:	14
3.1.6 Técnicas de investigación.....	15
3.1.7 Instrumento de investigación:.....	15
3.1.8 Categorías:.....	15
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.....	15
3.3 Aspectos ético legales:.....	15

3.4 sistema de categorización en el análisis de los datos.....	16
Capítulo IV Resultados de la Investigación.	18
4.1 Descripción y argumentación teórica de resultados	18
5. Discusión.....	21
7. Conclusiones.....	24
8. Recomendaciones.....	25
Bibliografía.....	26

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es definida como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con afectación multisistémica. Por lo general ocurre después de 20 semanas de gestación, la mayoría de las veces a corto plazo, y puede superponerse a otro trastorno hipertensivo. (3)

A nivel mundial, cada año los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan unas 50.000 muertes maternas y 900.000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro. (4)

En Latinoamérica y el Caribe ocasiona el 25,7 % de las muertes maternas y en EE. UU, la incidencia ha incrementado en un 25 % en los últimos 20 años; además por cada muerte materna por esta problemática, de 50-100 mujeres presentan mayor gravedad. (4)

La Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud (DNEAIS), refiere que la preeclampsia es la segunda causa de muerte materna en el Ecuador, abarcando el 13.33% en el año 2015, sin embargo en el año 2016, se presenta preeclampsia superpuesta a hipertensión crónica con un 9,02% frente a preeclampsia con 4.51% (1)

En el Congreso Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), los criterios asociados a preeclampsia severa incluyen uno de los siguientes signos: presión arterial $\geq 160/110$ mmHg, cefalea persistente, alteraciones visuales, edema pulmonar, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, hemólisis microangiopática, trombocitopenia, alteración de la función renal, oliguria ≤ 500 ml/24 horas, creatinina $\geq 1,1$ mg/dl, elevación de las enzimas hepáticas al doble del valor normal. (2)

El objetivo de este estudio es analizar un caso de preeclampsia severa en una paciente primigesta del Hospital General Teófilo Dávila, mediante la revisión de historia clínica y artículos científicos, tomando en cuenta el riesgo materno fetal y el Proceso de Atención de Enfermería.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1 PREECLAMPSIA

Patología que puede aparecer durante el periodo de gestación y se manifiesta con elevación de la presión arterial en un rango mayor o igual a 140/90 mm Hg. Se evidencia a partir de las 20 semanas de embarazo; excluyendo el síndrome antifosfolipídico grave, embarazo múltiple y enfermedad trofoblástica. (5)

1.1.2 DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO

Paciente gestante de 17 años de edad, primigesta de 40,6 semanas de gestación ingresa al área de Emergencia del Hospital General Teófilo Dávila el día 6 de enero del presente año, con sintomatología de dolor abdominal tipo contracción uterina, que se irradia a columna lumbar, de 15 horas de evolución aproximadamente, acompañado de signos vasomotores como escotomas, sangrado transvaginal en poca cantidad y edema de miembros inferiores. Llega consciente orientada en tiempo, espacio y persona.

Se procede a la toma de signos vitales y la valoración respectiva que revelan una presión arterial de 160/90 mmHg, temperatura de 36,6°C, pulso 80 latidos por minuto, saturación de oxígeno 98%, se solicitan exámenes de laboratorio que reportan proteinuria en tirilla reactiva ++++. Hallazgos que fueron tomados como criterios diagnósticos para preeclampsia severa.

Se inicia el proceso de parto acompañado de complicaciones obstétricas como atonía uterina y hemorragia postparto, le realizan legrado uterino por restos placentarios con la introducción de un balón hidrostático, activó código rojo y le asignan interconsulta a UCI.

1.1.3 HECHOS DE INTERÉS:

Un dato sugestivo para desarrollar preeclampsia en primigestas, es la falta de adaptación del cuerpo a los antígenos encontrados en el líquido seminal de la pareja, el hecho de tener un embarazo durante el primer contacto sexual, someterse a una inseminación artificial o cambiar de pareja rutinariamente, generan una condición de riesgo. (6)

1.1.3.1 Fundamentos del síndrome de HELLP en la preeclampsia.

En pacientes con preeclampsia severa una de las condiciones para que se origine el síndrome de HELLP, es la presencia del dolor epigástrico con elevación de las enzimas hepáticas, que según García , en un estudio realizado para detectar tempranamente esta complicación, refiere que como consecuencia de la hemólisis, los depósitos de fibrina obstruyen los sinusoides, causando daño hepatocelular y hemorragia peri-portal que llevan a cabo la elevación de las pruebas de función hepática y el dolor en epigastrio. (7)

1.1.4 OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

Analizar un caso de preeclampsia severa en una paciente primigesta del Hospital General Teófilo Dávila, mediante la revisión de historia clínica y artículos científicos, tomando en cuenta el riesgo materno fetal y el Proceso de Atención de Enfermería.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO- EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del objeto epistemológico de referencia

2.1.1 Teoría general de campos de la salud

El campo de la Salud incluye, cuatro elementos, estilo de vida, medio ambiente, biología humana y sistema organizativo de la atención de la salud, este modelo fue de gran interés social en su periodo. (8)

2.1.2 Epistemología:

El primero en definir de manera taxonómica la Eclampsia fue McMillen quien además menciona que las mujeres primigrávidas tenían un mayor riesgo de sufrir convulsiones a diferencia de las multigravidas (9)

Los signos y síntomas clásicos de preeclampsia-eclampsia se distinguieron fácilmente, Demanet notó que había una relación entre las mujeres edematosas y la eclampsia, parte de estos síntomas que formaron el concepto de preeclampsia en estas épocas son: dolor intenso en epigastrio, cefalea, pérdida temporal de la visión, edema de miembros superiores, de cuello y cara. Esta condición permitió a los médicos tomar conciencia de que estos síntomas acompañados de proteinuria podían llegar a convulsiones. (9)

Entre el año 1960 se realizó un estudio con las biopsias del lecho placentario donde se evidenció que en la preeclampsia las células trofoblásticas de la placenta no introducían adecuadamente las arterias espirales maternas y convirtieron las arterias de pequeños vasos musculares en vasos grandes y de baja resistencia. Con la falta de conversión en la arteria espiral, el diámetro de la luz arterial y la distensibilidad fueron limitados, resultando en un flujo sanguíneo restringido a la placenta y al feto en crecimiento. (9)

En el siglo XX, se comenzó a utilizar el sulfato de magnesio para manejar la preeclampsia-eclampsia, Lazard confirmó que este método era fiable y efectivo, siendo en la actualidad el tratamiento principal. (9)

En la actualidad las enfermeras en el manejo de la preeclampsia-eclampsia buscan resguardar la integridad materno-fetal con mira a obtener resultados efectivos en la salud.

Las valoraciones de enfermería de rutina de los signos / síntomas que se manifiestan siguen siendo primordiales para la detección, el monitoreo y el manejo eficaz. La educación al usuario conducido por enfermeras y la provisión de un entorno de apoyo también son esenciales para el manejo óptimo de la preeclampsia-eclampsia. (9)

2.2 Bases teóricas de la investigación:

2.2.1 Preeclampsia severa:

Se define como un trastorno hipertensivo del embarazo caracterizado por elevación de la presión arterial acompañado de proteinuria y signos de alteración multisistémica que son indicadores de severidad. (10)

2.2.2 Gestante:

Se denomina gestante al estado en que se encuentra la mujer embarazada; es decir al período que transcurre entre la implantación del óvulo fecundado en el útero y el momento del parto. Engloba todos los aspectos que intervienen en la formación del feto, así como también los efectos biológicos, morfológicos y del metabolismo materno, orientados a suplir las necesidades de nutrición, afecto, protección. (11)

2.2.3 Plan de cuidados:

Significa diseñar los cuidados a partir del conocimiento y la comprensión de la situación de cada paciente, de la interpretación precisa de la información y los datos de la valoración frente a la evidencia usando el razonamiento crítico. (12)

Está basado en un proceso de toma de decisiones para establecer un diagnóstico de enfermería, identificar un resultado deseado, y seleccionar las intervenciones que permitan alcanzar ese resultado (12)

2.2.4 CLASIFICACIÓN:

2.2.4.1 Preeclampsia leve

Presión arterial mayor o igual 140/90 mm Hg en dos tomas cada cuatro horas con proteinuria a partir de 300mg en 24 horas sin alteraciones. (5)

2.2.4.2 Preeclampsia grave

Presión arterial mayor o igual 160/110 mmHg con proteinuria +++ vinculada a diferentes sucesos clínicos o analíticos: Proteinuria mayor a 5 gramos por 24 horas, alteraciones neurológicas, visuales, hepáticas, hematológicas, de la función renal, restricción del crecimiento intrauterino, desprendimiento de placenta, oligoamnios, cianosis, edema agudo de pulmón. (5)

2.2.4.3 Eclampsia:

Presión arterial \geq 140/90 mmHg, con proteinuria positiva, en 24 horas acompañada de convulsiones tónico clónicas, en el parto o el periodo de recuperación, no sujeto a otras enfermedades. (5)

2.2.4.4 Síndrome de HELLP

Es una variante de la preeclampsia severa (PA Diastólica $>$ 90 mmHg en embarazo mayor a 20 semanas con presencia de proteinuria en 24 horas $>$ 300 mg/ tirilla reactiva positiva.

Caracterizada por hemólisis (H), elevación de las enzimas hepáticas (EL) y disminución de plaquetas. (EL). (13)

2.2.5 FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología está relacionada con disfunción placentaria y endotelial, como consecuencia de una invasión superficial del citotrofoblasto hacia las arterias espirales, esto impide la perfusión placentaria normal, cuando este evento ocurre de manera progresiva, aparecen las manifestaciones clínicas de la enfermedad, su evolución parte de dos fenómenos importantes relacionados entre sí, que son una mala adaptación inmune paterno-materna y un proceso inflamatorio generalizado con estrés oxidativo. (14).

Lacunza, propone que la hipoperfusión placentaria ocasiona que el feto produzca un tipo de moléculas de adenosina para suplir las necesidades o requerimientos fetales, Condición que aumenta el gasto cardíaco y eleva la presión arterial materna en los casos de preeclampsia por encima de las 34 semanas. (15)

Además se describen aspectos genéticos para el inicio de preeclampsia donde la interacción de genomas maternos, paternos y fetales pueden ocasionar hipoxia, anomalías en la vasculatura y daño endotelial como parte de su función biológica. (16)

2.2.6 FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo de la preeclampsia implican condiciones propias de la madre, de tipo inmunológico, hereditario y condiciones ambientales que se relacionan entre sí para la sucesión del evento patológico. (17)

En un estudio realizado por Valdés y Hernández en 2014 se señalan los factores con mayor incidencia ocupando el primer lugar las primigestas (85 %), seguido de mujeres con hipertensión crónica con un 25 % y finalmente las pacientes con embarazos múltiples alcanzando del 14,5 al 20 % (17). Cabe resaltar que existen otros factores como historia familiar de preeclampsia, preeclampsia previa, diabetes mellitus pre gestacional, raza negra, edad materna joven (< 20 años), edad avanzada (>35 años), Cambio de paternidad, índice de masa corporal aumentado. (18)

2.2.7 DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de preeclampsia se considera cuando la presión arterial sistólica es ≥ 160 y diastólica ≥ 110 mmHg tomadas en dos ocasiones con intervalos de 4 horas más la aparición de algunos síntomas entre los cuales podemos encontrar cefalea, visión borrosa, dolor en hipocondrio derecho o en epigastrio, proteinuria > de 5 gr en 24 horas, oliguria < 500 ml en 24 horas, alteración hepatocelular, trombocitopenia <100.000 plaquetas / mm³ (19). Sin embargo, Lopera señala que a falta de proteinuria se pueden considerar solo los factores antes mencionados. (20)

Hay estudios que señalan que se puede predecir la preeclampsia con el uso de marcadores clínicos (antecedentes maternos cardiovasculares y de preeclampsia) biofísicos (Doppler de

las arterias uterinas), bioquímicos (factor de crecimiento vascular endotelial) con la medición de concentraciones de grupos de proteínas y los hallazgos de la alteración placentaria. (21)

2.2.8 TRATAMIENTO:

Está orientado al control de la presión arterial, disminuyendo en lo posible futuras complicaciones, permite la conducción efectiva de la gestación, hasta lograr el tratamiento definitivo, que es la culminación del embarazo.

El fármaco de elección en el manejo de preeclampsia severa y para prevenir las convulsiones eclampsia es el sulfato de magnesio, su administración inicia con una dosis de impregnación que consiste en 4 gr de sulfato de magnesio en 80 ml de cloruro de sodio al 0.9%, pasar a 300 ml por hora en bomba de infusión en un lapso de 20 minutos. Siguiendo con dosis de mantenimiento 50 ml de sulfato de magnesio al 20 % + cloruro de sodio al 0.9%, pasar a 17 gotas por minuto. (13)

Para el uso de otros antihipertensivos se debe tomar en cuenta los valores de presión arterial, llevando un registro continuo, con intervalos de 4 horas aproximadamente, la vía de administración más eficaz es intravenosa, ya que por vía enteral no se observan cambios significativos en las repercusiones de la madre y el feto. Las dosis dependen del fármaco a utilizarse y entre los más comunes para una crisis hipertensiva se encuentran: hidralazina (5-10 mg intravenoso de 3 a 5 dosis) labetalol (20 mg intravenoso; dosis máxima 300 mg) nifedipino (10 mg sublingual o vía oral, 3 a 5 dosis). (22)

2.2.8.1 Interrupción del embarazo y vía del parto

La interrupción del embarazo antes de las 34 semanas de gestación, es una alternativa que favorece las condiciones de la madre, pero que elevan el riesgo de prematuridad del RN, por lo tanto, se sugiere la conservación del embarazo hasta la semana 34 y se debe proporcionar maduración fetal con el uso de esteroides durante 48 horas previas al parto. (23)

La elección de la vía del parto será de acuerdo a las condiciones obstétricas de cada paciente, a la vitalidad y maduración fetal, según la respuesta a la terapéutica administrada previamente, el parto vaginal está indicado como primera opción para la terminación del embarazo (5); el solo hecho de tener preeclampsia no es una indicación para cesárea (24) .

Sin embargo, algunos estudios refieren que la cesárea es la técnica de elección en estas pacientes, debido a que los efectos anestésicos logran un mejor control de la hipertensión, aumentando el flujo sanguíneo uteroplacentario. (25)

2.2.9 COMPLICACIONES:

Puede ocasionar graves daños tanto para la madre como para el feto, abordando hasta la muerte, en nuestro medio una de las más frecuentes para la gestante es el síndrome de HELLP. Muñoz propone que existen otros como coagulopatía intravascular diseminada, falla renal, disnea, problemas pulmonares como edema, embolias y trastornos cerebrovasculares. (26) En el feto puede provocar prematuridad, alteraciones congénitas del sistema digestivo, neurológico, fallas hematológicas, restricción del crecimiento uterino, defectos cardíacos. (27)

Por lo tanto, es importante que se haga una valoración rigurosa de todos los cambios que se observen en la madre para ofrecer el tratamiento requerido.

2.2.10 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Durante la hospitalización se monitorizará la presión arterial cada 4 horas, así como las funciones vitales, latidos cardíacos fetales y contracciones uterinas; del mismo modo, se controlará la diuresis y realizará el control bioquímico y hematológico, que incluye perfil de coagulación, perfil renal (creatinina, urea y ácido úrico, depuración de creatinina), proteinuria cualitativa diaria, control diario de peso, balance de líquidos administrados y eliminados, perfil hepático (enzimas hepáticas) diario o más seguido, de ser necesario. Se evaluará el bienestar fetal por lo menos cada 72 horas. (25)

Es recomendable continuar la atención entre el parto y el puerperio, por personal capacitado para evitar complicaciones, el control posparto es imprescindible para valorar la recuperación de la madre y analizar los factores que generen riesgo para la salud materna. (28)

CAPÍTULO III

PROCESO METODOLÓGICO

3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1 Área de estudio:

El caso se desarrolla en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, que es una unidad operativa de segundo nivel de atención, considerado dentro de la tipología de Hospital General, tiene las especialidades de atención en Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Laboratorio, Farmacia, Imagenología, Fisiatría y Rehabilitación, tiene cobertura provincial y de las ciudades próximas de las provincias aledañas como son Azuay, Loja, Guayas.

3.1.2 Unidad de análisis:

La unidad de análisis es una paciente de sexo femenino de 17 años de edad con diagnóstico de preeclampsia severa.

3.1.3 Tipo de investigación:

El Tipo de investigación es cualitativa porque se observan las características clínicas de la unidad de análisis.

3.1.4 Tipos de estudio:

El estudio es de tipo descriptivo, porque está basada principalmente en la enunciación de las características de la unidad de análisis.

3.1.5 Métodos:

§ **Método Clínico:** Porque se hace el análisis de un solo caso.

§ **Método Heurístico:** Se basa en las preguntas generadas a partir de la información científica encontrada acerca del caso, y a su vez fundamenta los datos encontrados en el paciente.

§ **Método Analítico:** se aplica cuando se desintegran las categorías de análisis del caso.

3.1.6 Técnicas de investigación

Revisión Documental de un estudio de caso descrito en categorías.

3.1.7 Instrumento de investigación:

Los materiales e instrumentos utilizados que contribuyen a la estructura de la investigación son: computadora, impresora, historia clínica, esferos, hojas tamaño A4, además de la revisión de bibliográfica de 30 artículos.

3.1.8 Categorías:

Datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes patológicos personales y familiares, examen físico, enfermedad actual, evolución médica, reportes de enfermería, tratamiento, exámenes complementarios y de laboratorio, diagnósticos médicos.

3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN:

La metodología aplicada para la recolección de datos en este estudio, incluye un proceso sistemático, gerencial y administrativo. Para acceder al contenido de la documentación, la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala emitió un oficio dirigido al Dr. Sarango, encargado de docencia e investigación y al Dr. Rodríguez, Director del Hospital, en calidad de profesionales de la salud, para que se permita la realización de estudios de investigación de una unidad de análisis. Previo a esto se adjuntó el formulario para la presentación de protocolos de investigaciones en salud senescyt-msp, el mismo que se recibió en la ventanilla única el trámite a seguir, posteriormente cada estudiante recibió el oficio firmado y autorizado por el Dr. Rodrigo Carrión para la revisión de los datos en el departamento de estadística. Al ser una entidad ético-legal se firmó un consentimiento informado como constancia absoluta de confidencialidad de la información proporcionada.

3.3 Aspectos ético legales:

Principio de confidencialidad: Se resguardará los datos del paciente sin ser revelados

Principio de No maleficencia: por ser una fuente secundaria de investigación no aplica este principio.

Principio de Autonomía: no aplica este principio porque no se va a trabajar directamente con el paciente sino con sus hallazgos clínicos.

Principio de Beneficencia: Este análisis de caso beneficia a una gran parte de la sociedad, al personal que labora en los servicios de salud, como médicos, enfermeras, tanto del primer nivel de atención como unidades de mayor complejidad.

3.4 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Historia clínica: Es un conjunto de documentos legales que recopilan información del paciente acorde a su evolución, para justificar el diagnóstico y el tratamiento. Es manejada por el equipo de salud y cumple funciones asistenciales e investigativas.

Anamnesis: Primer paso de la historia clínica que nos permite indagar los datos del paciente para conocer su estado de salud o enfermedad y establecer su diagnóstico.

Incluye: Datos de filiación:

Apellidos, nombres, número cédula de ciudadanía, dirección de residencia habitual; barrio, parroquia, cantón, provincia, zona, N° teléfono, fecha y lugar de nacimiento, nacionalidad, grupo cultural, edad, Sexo, estado civil, instrucción, fecha de admisión, Ocupación, tipo de seguro de salud, inicio de atención y motivo.

Antecedentes personales y familiares: Información relevante sobre eventos pasados a nivel clínico, ginecológico, traumatológico, quirúrgico, farmacológico, psiquiátrico, alérgico, otros.

Enfermedad actual y revisión de sistemas: Descripción breve de las condiciones en que llega el paciente, previa valoración médica.

Signos vitales, mediciones y valores: Mediciones que realizan los profesionales de salud y que indican el funcionamiento de los principales órganos del ser humano.

Examen físico y diagnóstico: Es la valoración cefalocaudal que se realiza al paciente utilizando técnicas de inspección, palpación, auscultación, percusión.

Solicitud de Exámenes: Son todos los exámenes complementarios que requiere el médico para descartar o confirmar un diagnóstico clínico

Diagnóstico de ingreso: Es la identificación de la enfermedad mediante la asociación de un conjunto de signos y síntomas característicos de una patología y sirve para iniciar el proceso terapéutico.

Plan de tratamiento: Conjunto de medidas encaminadas a la recuperación de la salud del paciente basado en las normas y protocolos establecidos en el área de salud.

Evolución- Reportes: Informe claro y conciso de la condición del paciente durante la estancia hospitalaria.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

Datos de filiación:

Paciente de 17 años de edad de sexo femenino, nacida en Machala, estado civil unión libre, instrucción secundaria, ocupación estudiante.

Fecha de ingreso: 06/ 01 /2017, Hora: 23hoo, Servicio: Emergencia.

Antecedentes patológicos personales y familiares: No refiere.

Antecedentes Ginecológicos y Obstétricos:

- **FUM (Fecha de última menstruación):** 25/03/2016
- **FPP (Fecha probable de parto):**30/12/2016
- **Gestas:** 1 partos: 0 vaginales: 0 cesáreas: 0 abortos: 0 hijos vivos: 0 hijos muertos: 0
- **Ecografías:** 1 según refiere normales
- **Suplementos nutricionales:** hierro y ácido fólico
- **TORCH (Toxoplasma, Rubéola, Citomegalovirus, Herpes):** No se realizó.

Motivo de Consulta

06/01/2017 23h00 Paciente acude al área de Emergencia del Hospital General Teófilo Dávila por presentar dolor abdominal tipo contracción uterina, que se irradia a columna lumbar hace más o menos 15 horas, acompañado de signos vasomotores como escotomas con 24 horas de evolución aproximadamente. Al examen físico: temperatura de 36,6°C, presión arterial 160/90 mmHg, pulso 80 latidos por minuto, saturación de oxígeno 98%, paciente consciente orientada en tiempo espacio y persona, cabeza normocefalica, pupilas isocóricas fotorreactivas, tórax expandible con campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos R1-R2,

rítmico. Abdomen: globuloso ocupado por útero gestante, frecuencia cardiaca fetal: 142 latidos por minuto, actividad uterina en 3/10. A nivel genitourinario se evidencia sangrado transvaginal en poca cantidad, le realizan exámenes de laboratorio que reportan tirilla reactiva en orina +++. Extremidades con tono y fuerza muscular conservados con presencia de edema. Se decide su ingreso con diagnóstico de embarazo de 40,6 semanas de gestación más preeclampsia severa. Fue tratada con la dosis de impregnación de sulfato de magnesio y luego dosis de mantenimiento.

07/01/17 01:10 Paciente se mantiene con signos vitales estables con Temperatura de 36,4°C Presión Arterial de 110/60 mmHg, Pulso 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto en nada por vía oral, con presencia de cefalea holocraneana, dolor abdominal tipo contracción, oliguria con orina colúrica, bajo indicaciones médicas se le administra nifedipino 10mg por vía oral cada 8 horas y se indica hidralazina 5 mg IV si la presión diastólica es mayor a 110 mmHg. Al tacto: dilatación de 3 cm; 90% borramiento.

Control del trabajo de parto

A las 11:10 Ingresa a centro obstétrico con un diagnóstico de embarazo de 40,6 semanas de gestación, preeclampsia severa, trabajo de parto en fase activa, rotura prematura de membranas con 7cm de dilatación, presenta edema marcado de miembros inferiores, orina colúrica, sangrado transvaginal en poca cantidad signos vitales, presión arterial 145/45 mmHg, pulso 104 por minuto, temperatura 36,4 °C, respiraciones de 22 por minuto.

A las 15h35 tacto vaginal con dilatación de 9-10cm, borramiento de 90% plano III-IV. Bajo normas de asepsia y antisepsia se procede al parto eutócico simple, prolongado, paciente no colabora al proceso, esperando 30' ayudado por compresión, se informa y hace pasar a familiar (esposo) presentando recién nacido único vivo, sexo masculino Apgar de 8-9; talla 50cm, peso: 3395 gr, capurro 40SG, líquido claro en poca cantidad, episiorrafia. sangrado 800ml.

La paciente pasa a sala de recuperación consciente, orientada, con oxígeno por cánula nasal a 2 litros, abdomen blando a la palpación con útero atónico por encima de cicatriz umbilical, con eliminación de loquios hemáticos en gran cantidad pasa por revisión médica indicando traslado a sala legrado le practicaron legrado uterino por presentar restos placentarios con

introducción de un balón hidrostático por hipotonía, activó código rojo, le asignan interconsulta a UCI.

07/01/2017 16:15 Hallazgos: Presión arterial de 80/50 mmHg

A las 18:30 llegan resultados de exámenes de laboratorio el cual indica: Leucocitos de 29,210 /ul Hemoglobina de 7, 50 mg/dl Hematocrito de 22.70% y plaquetas de 39,000/ul. Se coloca Hierro intravenoso en 2 horas. Diagnóstico: Post parto + Preeclampsia severa + Hipotonía transitoria + Síndrome de Hellp.

Fecha: 8/enero/2017 Hora: 16h45

Se traslada a la paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Durante su estancia en dicha unidad se continúa tratamiento antihipertensivo con nifedipino 10mg VO, con lo que mantiene presiones de 120/ 81 mmHg, con antibiótico empírico a base de ampicilina más sulbactam y se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos concentrados, frecuencia cardiaca de 84 pm, trombocitopenia de 130 con SIRS controlado parcialmente, Glasgow 15/15, La situación clínica evoluciona favorablemente, lo que permite el traslado de la paciente a la unidad de hospitalización a las 48 h, con normalización prácticamente completa de los valores analíticos.

13/01/17

La paciente es dada de alta en buen estado de salud junto con su RN, se entrega el plan de alta elaborado por enfermería y la hoja de referencia para el seguimiento en el primer nivel de atención de salud.

5. DISCUSIÓN:

Estudio de caso presentado en el Hospital General Teófilo Dávila de la Ciudad de Machala, previa la recopilación de datos de la historia clínica de una paciente con preeclampsia severa. Según Vargas la preeclampsia es un trastorno hipertensivo inducido por el embarazo que se manifiesta clínicamente después de las 20 semanas de gestación. Fue descrita hace más de 2 mil años; la falta de un manejo oportuno, conduce a eclampsia, sin embargo, su origen es desconocido y se relaciona a problemas de salud materna-perinatal importantes. Compartiendo el mismo criterio Paredes, define la preeclampsia severa como la hipertensión mayor de 160/110 mmHg en más de dos ocasiones, separadas en 4 horas, incluyendo plaquetopenia, enzimas hepáticas por encima del doble del valor normal. Es la responsable de un alto índice de muertes maternas y perinatales a nivel mundial, en Latinoamérica y el Caribe ocasiona el 25,7 % de las muertes maternas y en EE. UU, la incidencia ha incrementado en un 25 % en los últimos 20 años. En países en vías de desarrollo como Ecuador alcanza un total de 17.84%, durante el 2015- 2016 (1).

Un desencadenante para la aparición de esta patología son los factores de riesgo, entre ellos Valdés menciona hereditarios, ambientales, inmunológicos e individuales que parecen interactuar de diversas maneras para que aparezca la preeclampsia. Se presenta en 5-10 % de todos los embarazos, la padecen del 14,5 al 20 % de las pacientes con embarazo múltiple y el 25 % de las mujeres con hipertensión crónica, Otros factores descritos que aumentan el riesgo, es la edad materna, exposición mínima al semen de la pareja, cónyuge con historial de preeclampsia en un embarazo con otra mujer. Sánchez confirma esta información incorporando otros factores tales como índice de masa corporal aumentado y la raza negra. En nuestro estudio, al no contar con antecedentes de la paciente, se precede que los factores que atribuyen a la aparición de esta enfermedad son la edad materna menor a 20 años y primigravida. (28)

Laza & otros refieren que los criterios para el diagnóstico de preeclampsia son: presión arterial superior 140/90 mmHg, en por lo menos 2 ocasiones con un intervalo de 4 horas de diferencia, que se presenta después de 20 semanas de gestación en una mujer cuya presión arterial había sido normal. Además de esto, contribuye al diagnóstico la presencia de proteinuria mayor o igual a 0,3 gramos en una muestra de orina de 24 horas o su equivalente

en tiras reactivas (más de 1+) en dos muestras de orina al azar recolectadas con cuatro o más horas de separación. Laza manifiesta que el diagnóstico de la preeclampsia severa se realiza en mujeres con hipertensión y proteinuria de reciente aparición junto con uno o más de los siguientes síntomas: alteración del sistema nervioso central (visión borrosa, escotomas y cefalea intensa); dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho (por distensión de la cápsula o ruptura hepática). (19) También se presentan los siguientes signos: elevación marcada de la presión arterial (mayor de 160/110 mmHg en dos ocasiones separadas por lo menos con 6 horas de diferencia) y edema pulmonar. Además, se presenta proteinuria mayor de 5 gramos en 24 horas, oliguria (menos de 500 ml en 24 horas). Los criterios encontrados en la paciente para su diagnóstico incluyen hipertensión 160/90 mmHg, cefalea, signos vasomotores como escotomas con 24 horas de evolución aproximadamente, exámenes de laboratorio que reportan tirilla reactiva en orina +++ los cuales son considerados como signos de preeclampsia encontrándose relacionados con los resultados de Laza y Vargas.

Para el tratamiento de preeclampsia/ eclampsia se emplea el sulfato de magnesio, que es un fármaco anticonvulsivante y una de sus principales ventajas es que no produce depresión del sistema nervioso central, su efecto es ejercido a nivel periférico bloqueando la transmisión neuromuscular por disminución de la liberación de acetilcolina, en respuesta a los potenciales de acción neuronales. No tiene efectos indeseables sobre el feto pero puede producir una disminución de la variabilidad del latido y en el perfil biofísico de los movimientos respiratorios. (29)

En este caso durante la estancia hospitalaria se administra la dosis de impregnación de sulfato de magnesio con cloruro de sodio 0,9% 80 ml + 2 ampollas de sulfato de magnesio en 20 minutos y luego la dosis de mantenimiento con cloruro de sodio 0,9% 900ml más 10 ampollas de sulfato de magnesio a 16 gotas por minuto. (13)

Diversas investigaciones a nivel mundial respaldan estos criterios, en un estudio realizado por Guevara la infusión se prepara combinando 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 ml) con solución salina 0.9 % 50 ml. (25) Esta solución proporciona 1 g de sulfato de Mg por cada 10 ml, y debe administrarse 4 gramos (40 ml) en 15 a 20 minutos por volutrol, como dosis inicial de ataque; se continuará con una infusión de 1 g por hora (10 ml

por hora) y mantener la infusión por 24 horas después del parto. (15) También menciona que el sulfato de magnesio es el medicamento de elección, tanto en la profilaxis como en el tratamiento de la preeclampsia/eclampsia por su efecto vasodilatador. En nuestros resultados la paciente recibió el tratamiento profiláctico y se pudo evitar la eclampsia.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado podemos concluir que la preeclampsia severa representa una de las complicaciones obstétricas con un alto índice de morbimortalidad materno, perinatal, en los países en vías de desarrollo como Ecuador. Sus causas atribuyen a diferentes factores de riesgo en los que predominan, edad materna menor a 20 años y primigravida.

La preeclampsia se ha convertido en una problemática que ha ido creciendo cada día por lo tanto se deben tomar medidas oportunas para disminuir muertes maternas, comenzando desde el primer nivel de salud educando a las madres sobre factores que pueden desembocar en esta patología.

Mediante los reportes en la Historia clínica indican que el tratamiento terapéutico y cuidados de enfermería establecido fue el adecuado para prevenir las futuras complicaciones.

Para lograr un trabajo eficaz se diseñó el plan de cuidados en relación a las necesidades de la paciente siguiendo un orden lógico con todas las etapas del Proceso de Atención de Enfermería mediante el cual se mejorará la atención y las usuarias recibirán los cuidados adecuados.

7. RECOMENDACIONES

- ü Control prenatal mínimo 5 veces durante la gestación, haciendo hincapié no solo en las alteraciones físicas, sino también proporcionando educación a la madre y la familia para que conozcan los factores de riesgo que pueden dar origen a esta patología, y sus posibles complicaciones.
- ü En caso de antecedentes de preeclampsia es oportuno indicar la profilaxis con ácido acetilsalicílico para disminuir el riesgo.
- ü El manejo médico y de enfermería debe ser oportuno, partiendo de una valoración integral que aseguren el bienestar materno-fetal, impartiendo cuidados en relación a los protocolos establecidos en cada unidad de salud, al conocimiento científico y a las necesidades del usuario.
- ü Se requiere enfatizar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en el primer nivel de atención, realizando las visitas domiciliarias a todas las gestantes que no acudan a los controles regulares o tengan limitaciones en el acceso a los servicios de salud.
- ü Durante la administración de sulfato de magnesio se debe observar a la paciente ante la presencia de efectos adversos.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistematizado de identificación y resolución de problemas de salud, dirigido a cubrir necesidades del paciente, sistema familiar o comunidad.

Planes de Cuidado:

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADO S NOC	INTERVENCIONE S NIC	EVALUACIÓN
Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 1: Infección Riesgo de Infección (00004) r/c disminución de la hemoglobina y el conteo de plaquetas)	Prevención y detección precoz de la infección en el paciente en riesgo	Lavado de manos, antes y después de cada proceso. *Utilizar medidas de barrera protectoras, guantes batas, mascarilla. *Evitar procedimientos invasivos. *Administración de tratamiento médico prescrito. *Realizar exámenes de laboratorio hemograma y tiempos de coagulación. *Valorar el grado de vulnerabilidad del paciente. *Vigilar si hay aumento de la temperatura, la existencia de rubor, taquicardia, cambios en la coloración de la piel y mucosas.	Paciente recibe tratamiento antibiótico empírico a base de ampicilina + Sulbactan para tratar la infección, el uso de hierro intravenoso y los hemoderivados permitieron el aumento de los niveles de hemoglobina y la recuperación de la paciente. Eliminando el riesgo de infección

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Dominio 11: Seguridad/Protección</p> <p>Clase 2: Lesión física</p> <p>Riesgo de Shock (00205) r/c Hipovolemia. (Hemorragia Postparto)</p>	<p>Obtener el volumen de sangre requerido para el mantenimiento de la salud</p>	<p>*Monitorización de signos vitales.</p> <p>*Reposición de líquidos parenterales.</p> <p>*Valorar la necesidad de oxigenación.</p> <p>*Control de los exámenes de laboratorio.</p> <p>*Aplicación de métodos hemostáticos.</p> <p>*Prevención del shock</p> <p>*Uso de sangre y hemoderivados.</p>	<p>Paciente disminuye el riesgo de shock y mantiene el equilibrio hídrico tras la administración de hemoderivados y la reposición de líquidos parenterales.</p>

DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>Dominio 2:</p> <p>Clase autopercepción autoconcepto</p> <p>Ansiedad (00156) r/c amenaza en estado de salud m/p expresión de preocupación debida a cambios en los acontecimientos vitales.</p>	<p>Controla la respuesta a Ansiedad.</p> <p>Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.</p>	<p>*Brindar apoyo emocional.</p> <p>*Proporcionarle un ambiente tranquilo y cómodo.</p> <p>*Brindarle confianza para que exprese sus inquietudes y preocupaciones.</p> <p>*Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</p> <p>*Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación: Favorecer respiración lenta, profunda e intencionada</p>	<p>En el transcurso de horas la paciente logra disminuir la ansiedad, manteniéndose tranquila.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. MSP. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de información de salud. [Online].; 2017. Available from: https://public.tableau.com/profile/publish/defunciones2015_/Men#!/publish-confirm.
2. Rendón C, Roberth O. Revista Colombiana de Obstetricia Ginecológica. [Online].; 2016. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/371>.
3. Pacheco R. Revista Scielo Perú. [Online].; 2017. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132201700020007&lang=pt.
4. Nápoles D. Revista Scielo. [Online].; 2016. Available from: <file:///C:/Users/USER/Downloads/Nuevas-interpretaciones-en-la-clasificaci%C3%B3n-y-el-diagn%C3%B3stico-de-la-preeclampsia.pdf>.
5. MSP. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Online].; 2013. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_de_trastornos hipertensivos.pdf.
6. Gómez L. Scielo Perú. [Online].; 2014. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132201400040008.
7. García V, Echavarría L, Ardila R, Gutiérrez J. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online].; 2014. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000100002.
8. Sánchez B. Sistema de Información Científica Redalyc. [Online].; 2015. Available from: . <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48742127006>

9. Bell MJ. HHS Public Access and PMC. [Online].; 2010. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2951301/>.
10. Moreno Z, Casquero J, Sánchez S. SCIELO PERÚ. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400002&script=sci_arttext.
11. Lugones M, Martínez M. Rev Cubana Obstet Ginecol vol.41 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2015. [Online].; 2015. Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2015000100011&script=sci_arttext&tlng=pt.
12. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y Diagnósticos médicos. España: Elsevier España, S.L; 2012.
13. MSP. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Online].; 2016. Available from:
http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf.
14. Mateus J. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132201400040009&lng=es&nrm=is&tlng=es.
15. Lacunza R, Pacheco J. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-5132201400040011&lng=es&nrm=is&tlng=es.

16. Quiroga M. SCIELO PERÚ. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400010&script=sci_arttext.
17. Valdés M, Hernández J. Revista Cubana de Medicina Militar. [Online].; 2014.
Available from:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005.
18. Sánchez S. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400007&script=sci_arttext.
19. Laza C, Pulido G, Castiblanco R. Enfermería Global. [Online].; 2014. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200022.
20. Lopera J. CES MEDICINA. [Online].; 2016. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v30n1/v30n1a02.pdf>.
21. Reyna E, Mayner G, Herrera P. SCIELO PERÚ. [Online].; 2017 [cited 2018].
Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322017000200011&script=sci_arttext.
22. Vigil P. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400014&script=sci_arttext.
23. La Rosa M, Ludmir J. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2014. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400013&script=sci_arttext.

24. Camacho L, Berzain M. Revista Científica Ciencia Médica. [Online].; 2015. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332015000100010.
25. Guevara E, Meza L. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Online].; 2014. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322014000400015&script=sci_abstract.
26. Muñoz E, Elizalde V, Gerardo T. SCIELO. [Online].; 2017. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400438.
27. Silva I, Galvez J, Gálvez T. SCIELO. [Online].; 2016 [cited 2018 ENERO. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000500013.
28. Vargas V, Acosta G, Moreno M. Revista Scielo. [Online].; 2012. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013.
29. Figueroa I, Saavedra D. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Online].; 2012. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000400003.

ANEXOS:**Exámenes de laboratorio:**

EXÁMENES DE LABORATORIO	DIAS DE INTERNACION						
	06/01/17	07/01/17	08/01/17	09/01/17	10/01/17	11/01/17	12/01/17
GL. BLANCOS	10,58/ul	29,21/ul	21,78/ul	21,62/ul	14,91/ul		10,08/ul
GL. ROJOS	3,71/ul	2,47/ul	4,11/ul	2.50/ul	2,49/ul		3,73/ul
HEMOGLOBINA	11,1g/dl	7,5 g/dl	5,9 g/dl	7.60 g/dl	7,5 g/dl		11,1 g/dl
HEMATOCRITO	32,8 %	22.70%	17,7%	22.50%	22,6%		33,2%
NEUTRÓFILOS	70%	90%	87%	92%	14%		77%
PLAQUETAS	117.00/ul	39.00/ul	130.00/ul	145.00/ul	156.00/ul		241.00/ul

TRATAMIENTO	
06/01/17	<ul style="list-style-type: none">· Control de signos vitales cada hora· Control de frecuencia cardiaca fetal· Control de ingesta y excreta· Cloruro de sodio 0.9% 80ml + 4g de sulfato de magnesio en 20 min luego cloruro de sodio 0.9% 920 ml +20 g de cl.mg.· Nifedipino 10 mg VO cada 20 min 3 dosis luego cada 8 h.· Gentamicina 350 mg IV
07/01/17	<ul style="list-style-type: none">· Control de signos vitales cada hora· Control de sangrado· Control de ingesta y excreta· Control de glicemia· Control Glasgow y pupilar· Solución salina al 0.9% stat 1000ml· Transfundir 3 concentrados de glóbulos rojos 3 unidades de plasma fresco congelado· Revaloración de exámenes complementarios

08/01/17	<ul style="list-style-type: none"> · Control signos vitales · Cabecera a 45° control de ingesta y excreta · Oxígeno por cánula nasal a 2 litros si O2 <94% · Dieta nutricional 3 medidas en 100ml de agua TID · Nifedipino 10 mg cada 12 horas vía oral · Solución salina 1000 ml a 40 ml p/h · Control glicemia c/6h.
09/01/17	<ul style="list-style-type: none"> · Control signos vitales cada hora · Control ingesta y excreta · Solución salina 1000 ml a 40 ml por hora + 10 cloruro de potasio · Ceftriaxona 1gr c/12h · Albúmina IV c/12h · Ampicilina + Sulbactam 1gr c/8h
10/01/17	<ul style="list-style-type: none"> · Control de signos vitales cada hora · Control de ingesta y excreta · Solución salina 1000 ml a 40 ml por hora · Ceftriaxona 1gr c/12h · ácido ascórbico 1 gr IV QD · Omeprazol 40mg cada día
11/01/17	<ul style="list-style-type: none"> · Control de signos vitales cada hora · Control frecuencia cardiaca fetal · Control de ingesta y excreta · Solución salina 1000 ml a 40 ml por hora · Ceftriaxona 1gr c/12h · Ácido ascórbico 1gr IV QD*Omeprazol 40mg cada día
12/01/17	<ul style="list-style-type: none"> · Control de signos vitales cada hora · Control de ingesta y excreta · Solución salina 1000 ml a 40 ml por hora · Ceftriaxona 1gr c/12h · Ácido ascórbico 1gr IV QD · Omeprazol 40mg cada día

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																
FECHAS :	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO			
	SEMANA				SEMANA				SEMANA				SEMANA			
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
INDICACIONES GENERALES Y ELECCIÓN DEL TEMA.	x	x	x	x												
INTRODUCCIÓN					x	x										
CAPITULO I: GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO							x	x								
DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN							x	x								
HECHOS DE INTERÉS OBJETIVOS							x	x								
CAPÍTULO II: FUNDAMENTACION TEÓRICO EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO									x							
DESCRIPCIÓN EPISTEMOLÓGICA									x							
BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN									x	x						
CAPITULO III: PROCESO METODOLÓGICO											x					
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN PROCESO RECOLECCIÓN DE DATOS											x	x				
SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS											x	x				
CAPÍTULO IV: RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN													x	x		
DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA													x	x		

