



**UTMACH**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE CON  
PREECLAMPSIA SEVERA BASADOS EN LA TEORIA DE MARJORIE  
GIORDON**

**IBARRA INTRIAGO JANDRY FABIAN  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**GONZAGA LALANGUI KARLA YANINA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA  
2022**



**UTMACH**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE  
CON PREECLAMPSIA SEVERA BASADOS EN LA TEORIA DE  
MARJORIE GIORDON**

**IBARRA INTRIAGO JANDRY FABIAN  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**GONZAGA LALANGUI KARLA YANINA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA  
2022**



**UTMACH**

**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**ANÁLISIS DE CASOS**

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE  
CON PREECLAMPSIA SEVERA BASADOS EN LA TEORIA DE  
MARJORIE GIORDON**

**IBARRA INTRIAGO JANDRY FABIAN  
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**GONZAGA LALANGUI KARLA YANINA  
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**AGUILAR RAMIREZ MAYRA PATRICIA**

**MACHALA  
2022**

# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA SEVERA BASADOS EN LA TEORIA DE MARYORIE GORDON

*por* JANDRY FABIAN IBARRA INTRIAGO

---

**Fecha de entrega:** 05-may-2023 03:09p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2085399899

**Nombre del archivo:** TRABAJO\_DE\_TITULACION\_PREECLAMPSIA-\_TURNITING.docx (46.62K)

**Total de palabras:** 4348

**Total de caracteres:** 22393

# PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA SEVERA BASADOS EN LA TEORIA DE MARYORIE GORDON

## INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

1%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[www.daypo.com](http://www.daypo.com)

Fuente de Internet

1%

2

[repositorio.utmachala.edu.ec](http://repositorio.utmachala.edu.ec)

Fuente de Internet

1%

3

Palomo López Tania Evangelina. "Sulfato de magnesio como tratamiento preventivo de la eclampsia en pacientes con preeclampsia severa", TESIUNAM, 2012

Publicación

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Apagado

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


Los que suscriben, IBARRA INTRIAGO JANDRY FABIAN y GONZAGA LALANGUI KARLA YANINA, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA SEVERA BASADOS EN LA TEORIA DE MARJORIE GIORDON, 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.

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

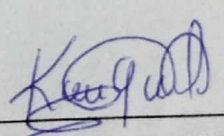
Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores 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.

  
IBARRA INTRIAGO JANDRY FABIAN

1311556987

  
GONZAGA LALANGUI KARLA YANINA

0705282655

## RESUMEN

**Introducción:** A nivel mundial los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año, constituyendo, así como una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal (1).

**Objetivo:** Aplicar el proceso de atención de atención de enfermería en paciente gestante con preeclampsia severa basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon valorando la adaptación al tratamiento y la recuperación de su estado de salud.

**Metodología:** Nuestra investigación se basa en el paradigma cualitativo con un diseño no experimental transaccional de carácter descriptivo con lo cual pudimos recolectar datos mediante historia clínica, bases de datos y valoración directa del paciente durante su estancia hospitalaria del servicio de ginecología del Hospital Instituto Ecuatoriano de seguridad social IESS durante el segundo trimestre del 2022.

### **Argumentación de resultados:**

Paciente de 38 años de edad transferida de otra casa de salud (scs Velasco Ibarra) ingresa al servicio de emergencia obstétrica del Hospital IESS de la Ciudad de Machala con diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación + preeclampsia severa, al momento refiere cefalea tipo pulsátil, dolor abdominal tipo contracción uterina de varias horas de evolución.

Al momento presenta presión arterial: 170/110; frecuencia cardiaca de 120 x m, FR: 24 x m, SO2: 96%, Score Mama: 7, se le administro hidralazina 20 mg y 20 mg de Nifedipino sin presentar mejoría alguna, por lo cual se sugiere interrupción del embarazo mediante cesárea de emergencia, se coordina con terapia intensiva en conjunto con neonatología para manejo del Rn y se decide su ingreso a quirófano. Al momento consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con diagnóstico: Embarazo de 33 semanas con plan quirúrgico: cesárea, plan anestésico: anestesia general.

Después del seguimiento del caso clínico de la paciente y de la respectiva investigación bibliográfica se evidenció un artículo científico por la autora Bravo donde reportó un caso, embarazada con preeclampsia que cursa sus 22 semanas de gestación en donde se elaboró un

plan de cuidados aplicando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC y la valoración de Maryorie Gordon en donde se eligió como diagnóstico exceso de volumen de líquidos el objetivo fue el equilibrio hídrico y las actividades vigilar niveles de proteínas y albuminas, monitorizar tensión arterial y oxígeno, vigilar patrón respiratorio, entre otras (2). En relación con nuestro estudio de caso también se aplicó plan de cuidados basado en la valoración de los patrones de Gordon y a través de la taxonomía NANDA NOC Y NIC, se eligió el diagnóstico exceso de volumen de líquidos, los objetivos fueron autocontrol de la hipertensión y las actividades fueron enfatizadas a salvaguardar el estado de salud de la madre y el recién nacido, por lo que nos inclinamos por la fundamentación de la autora Bravo.

**Conclusión:** Los objetivos que se plantearon al inicio y las adecuadas intervenciones de enfermería en base a la valoración de Maryorie Gordon enfocadas en adaptación del paciente a su plan de tratamiento resultaron eficaces por lo que se logró establecer un plan de cuidados interdisciplinario, humanístico, pero sobre todo con conocimiento científico.

**Palabras clave:** Preeclampsia, síndrome de hellp, proceso de atención de enfermería, patrones funcionales de Marjorie Gordon, trastornos hipertensivos.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** Worldwide, hypertensive disorders of pregnancy represent the most common complication in pregnancy, affecting approximately 15% of pregnancies and representing almost 18% of all maternal deaths in the world, with an estimate of 62,000 to 77. 000 deaths per year, constituting, as well as one of the main causes of maternal and perinatal mortality (2).

**Objective:** To apply the nursing care care process in a patient with preeclampsia plus hellp syndrome based on Marjory Gordon's functional patterns, assessing adaptation to treatment and recovery of her state of health.

**Methodology:** Our research is based on the qualitative paradigm with a non-experimental transactional design of a descriptive nature with which we were able to collect data through clinical history, databases and direct assessment of the patient during his hospital stay at the gynecology service of the Hospital Instituto Ecuatoriano de IESS social security during the second quarter of 2022

### **Argumentation of results:**

A 38-year-old patient transferred from another health home (SCS Velasco Ibarra) was admitted to the obstetric emergency service of the IESS Hospital in the City of Machala with a diagnosis of a 33-week gestational pregnancy + severe preeclampsia, at the moment she reported throbbing headache , uterine contraction-type abdominal pain of several hours of evolution.

At the moment she has blood pressure: 170/110; heart rate of 120 x m, FR: 24 x m, SO<sub>2</sub>: 96%, Breast Score: 7, she was administered hydralazine 20 mg and 20 mg of Nifedipine without presenting any improvement, for which the interruption of the pregnancy by emergency cesarean section is suggested. It is coordinated with intensive care in conjunction with neonatology for the management of the RN and its admission to the operating room is decided. At the moment conscious, oriented in time, space and person, with diagnosis: 33-week pregnancy with surgical plan: cesarean section, anesthetic plan: general anesthesia.

After the follow-up of the clinical case of the patient and the respective bibliographical investigation, a scientific article was evidenced by the author Bravo where she reported a

case, pregnant with preeclampsia that is in her 22 weeks of gestation where a plan of care applying the NANDA, NOC and NIC taxonomy and the assessment of Maryorie Gordon where excess fluid volume was chosen as a diagnosis. The objective was fluid balance and activities to monitor protein and albumin levels, monitor blood pressure and oxygen, monitor pattern respiratory, among others (24). In relation to our case study, a care plan was also applied based on the assessment of Gordon's patterns and through the NANDA NOC AND NIC taxonomy, the diagnosis of excess fluid volume was chosen, the objectives were self-control of hypertension and the activities were emphasized to safeguard the state of health of the mother and the newborn, for which reason we favor the Bravo foundation.

**Conclusion:** The objectives that were raised at the beginning and the adequate nursing interventions based on the assessment of Maryorie Gordon focused on the adaptation of the patient to his treatment plan were effective, so it was possible to establish an interdisciplinary, humanistic care plan, but especially with scientific knowledge.

**Keywords:** Preeclampsia, hellp syndrome, nursing care process.

## INDICE GENERAL

### Contenido

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	3
<b>INDICE GENERAL</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>CAPITULO I GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO</b> .....	9
<b>1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio</b> .....	9
<b>1.2 Hechos de interés</b> .....	9
<b>1.3 Objetivos del estudio</b> .....	11
<b>1.3.1 Objetivo general</b> .....	11
<b>1.3.2 Objetivos específicos</b> .....	11
<b>CAPITULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO</b> .....	12
<b>2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia</b> .....	12
<b>2.1.1 Preeclampsia con relación a la Historia Natural de la Enfermedad</b> .....	12
<b>2.2 Bases teóricas de la investigación</b> .....	12
<b>2.2.1 Preeclampsia</b> .....	12
<b>2.2.2 Clasificación de la Preeclampsia</b> .....	13
<b>2.2.3 Manifestaciones clínicas</b> .....	13
<b>2.2.4 Factores de riesgo</b> .....	13
<b>2.2.5 Diagnóstico</b> .....	14
<b>2.2.6 Complicaciones</b> .....	14
<b>2.2.7 Tratamiento</b> .....	15
<b>2.3 Proceso de atención de enfermería</b> .....	17
<b>2.3.1 Valoración de enfermería en base a los patrones funcionales de Maryorie Gordon</b> 18	
<b>CAPITULO III PROCESO METODOLÓGICO</b> .....	22
<b>3.1 Diseño o investigación de tradición seleccionada</b> .....	22
<b>3.1.1 Tipo de investigación</b> .....	22
<b>3.1.2 Unidad de análisis</b> .....	22
<b>3.1.3 Área de estudio</b> .....	22
<b>3.1.4 Tipo de estudio</b> .....	22
<b>3.1.5 Instrumentos de investigación</b> .....	23
<b>3.1.6 Recursos humanos y materiales</b> .....	23

<b>3.1.7 Tiempo</b> .....	23
<b>3.2 Proceso de recolección de datos de la Investigación</b> .....	23
<b>3.2.1 Base de datos</b> .....	23
<b>3.2.2 Aspectos éticos legales</b> .....	23
<b>3.2.3 Petición de acceso al manejo de historia clínica:</b> .....	24
<b>CAPITULO IV ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS</b> .....	30
<b>4.1 DISCUSION</b> .....	30
<b>4.2 Conclusiones</b> .....	33
<b>4.3 Recomendaciones</b> .....	33
<b>ANEXOS</b> .....	34
<b>Plan de cuidados según taxonomías NANDA, NOC Y NIC</b> .....	34
<b>Tabla 1 Valoración por dominios NANDA, NOC y NIC: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal</b> .....	34
<b>Tabla 1 Valoración por dominios NANDA, NOC y NIC: Exceso de volumen de líquidos</b>	36
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	39

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia se define como aquella que aparece después de las 20 semanas de gestación, durante el parto o en las primeras 2 semanas después de este, con una presión arterial por encima de 140/90 mmHg asociada a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300 mg en muestra de 24 horas (3), así como también no puede presentar proteinuria, además es una patología que puede complicar el embarazo causando aumento de la morbimortalidad materna, perinatal y neonatal. Puede afectar múltiples órganos y sistemas y poner en riesgo la vida de la gestante y de su hijo (1) (4).

A nivel mundial los trastornos hipertensivos del embarazo representan la complicación más común en el embarazo, afectando aproximadamente el 15% de los embarazos y representan casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, con un estimado de 62 000 a 77 000 muertes por cada año, constituyendo, así como una de las principales causas de mortalidad materna y perinatal (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) La preeclampsia y la eclampsia representan la primera causa de morbilidad y mortalidad materno fetal a nivel mundial, esto da como resultado ser la primera causa de ingreso de mujeres embarazadas a las unidades de terapia intensiva y el 25% de los casos se dan en América Latina y el Caribe (3).

A nivel de América central en Uruguay según datos obtenidos por la “Preeclampsia Foundation” se estima que, a nivel nacional, se registraron 38.752 nacidos vivos en el año 2018 de los cuales 4,3% corresponden a gestantes con preeclampsia y el 67,5% de estos embarazos fueron en Montevideo. A su vez, del total de gestaciones de madres con preeclampsia, 30,2% fueron pretérminos lo que equivale a 505 nacimientos y de estos 21,2% fueron pretérminos severos (5).

A nivel de América del norte en la ciudad de México, la muerte por preeclampsia se ha incrementado de 22 a 33%, por lo que aún es considerada la primera causa de muerte materna de nuestro país. Su frecuencia se aproxima al 8%; de esta cifra 1.75% corresponde a eclampsia; 3.75%, a preeclampsia severa y 94% a preeclampsia leve. Los factores de riesgo asociados a preeclampsia han sido estudiados principalmente desde el punto de vista biológico y poco se han estudiado los factores de riesgo psicosociales (6).

Datos a nivel de América del Sur, en Colombia según datos del boletín epidemiológico de Boyacá, en la semana epidemiológica 52, del año 2017, se contaron 496 casos notificados de preeclampsia, lo que representa un incremento del 20 % con respecto al año 2016, año en el que se presentaron 415 casos notificados para la misma semana epidemiológica (7).

Datos a nivel de Ecuador prevalecen en que la preeclampsia-eclampsia aparece en el 5-10% de todos los embarazos y es más bien una enfermedad de primigesta con un aproximado de (85%), y la padecen del 14.5 al 20% de las gestantes múltiples y el 30% de mujeres con anomalías uterinas graves, afecta a 25% de mujeres con hipertensión crónica, neuropatía crónica o ambos grupos (8). A nivel de la Provincia de El Oro, según estadísticas del Ministerio de Salud Pública en el año 2020 se notifican en la gaceta epidemiológica un aproximado de 6 muertes maternas en los siguientes cantones Machala, El Guabo, Pasaje, Santa Rosa y Huaquillas.

Los factores de riesgo de la preeclampsia se encuentran la edad, como un embarazo adolescente, o edad materna mayor de 40 años, antecedentes de trastorno hipertensivo en embarazo anterior, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus tipo 1 y 2, infección de vías urinarias, estado nutricional (9).

Las complicaciones en el lado materno, la preeclampsia causa insuficiencia renal, síndrome HELLP (Hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas), insuficiencia hepática y edema cerebral con convulsiones. Las complicaciones fetales incluyen muerte del recién nacido, prematuridad yatrogénica, restricción del crecimiento fetal/restricción del crecimiento intrauterino, oligohidramnios y mayor riesgo de muerte perinatal (9).

Por las cifras anteriormente expuestas, radica la importancia de brindar un manejo adecuado y oportuno a pacientes que presentan dicha patología, con el fin de reducir las complicaciones tanto en el embarazo, en el parto y postparto para la madre y el producto. El diagnóstico de la preeclampsia durante el embarazo se basa en el control prenatal, control de la presión arterial en cada consulta y la valoración sobre la presencia o ausencia de síntomas de severidad, y la prevención de complicaciones, por tal motivo el objetivo de nuestro estudio de caso es aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente con preeclampsia basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon valorando la adaptación al tratamiento y la recuperación de su estado de salud.

## **CAPITULO I GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO**

### **1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio**

La problemática hallada se enfoca en el proceso de atención de enfermería en paciente gestante con preeclampsia severa en el hospital del seguro social Iess-Machala del área de hospitalización de Ginecología.

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad gestante con 33.1 semanas de gestación FUM, con antecedentes gineco obstétricos: primigesta, nulípara, con antecedentes de preeclampsia diagnosticada durante el 3 control del embarazo, sin antecedentes quirúrgicos, sin antecedentes tóxicos. Ingresa a esta institución de salud consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, álgica y presenta un cuadro clínico que no cesa con aproximadamente 6 horas de evolución con dolor abdominopélvico tipo contráctil que irradia a hipocondrio derecho, acompañado de pérdida de tapón mucoso, diaforesis, cefalea intensa y mareos.

Se reportan signos vitales de: presión arterial 180/90mmHg, frecuencia cardiaca: 140 latidos por minuto, saturación de oxígeno: 94%, temperatura: 37,5°C, frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto, medico de turno realiza valoración por la cual es ingresada bajo diagnóstico de Embarazo de 33.1 semanas de gestación más preeclampsia severa, se realiza exámenes de laboratorio quien reporta: hemoglobina: 11,6 mg/dl, leucocitos: 6,7x 10<sup>9</sup>/l, coagulograma completo con un conteo de plaquetas: 100x10<sup>9</sup> y creatinina de 1.2 mg/dl. Por lo que se confirma el diagnóstico de síndrome de Hellp, por lo cual se canaliza vía venosa periférica y es preparada para realización de cesárea de emergencia para luego ser manejada en el área de hospitalización de ginecología.

### **1.2 Hechos de interés**

- ✚ Según el autor Vásquez y otros literatos en el año 2022 publicaron un artículo científico de la Revista Médica Sinergia donde evalúan si la administración de suplementos vitamínicos en la prevención de preeclampsia tiene resultados positivos, por ende evaluaron el uso de antioxidantes como vitamina C y E y la vitamina D en la prevención de preeclampsia y dieron como conclusión que no demostró ningún impacto positivo en el desarrollo del curso de dicha patología ni en sus posibles complicaciones (10).

- ✚ Ahora bien, en el mismo estudio Hofmeyr evaluó el papel del calcio en la prevención de preeclampsia. Compararon pacientes que recibieron dosis altas de calcio (1g/día) con resultados importantes como la reducción del riesgo promedio de hipertensión, reducción significativa del riesgo de preeclampsia, efecto que fue más claro en las embarazadas con regímenes alimentarios bajos en calcio menor a (500mg/día), Por ende, la administración de calcio sí demostró resultados positivos, por lo cual podría representar una estrategia importante para reducir las consecuencias graves de la preeclampsia en mujeres de alto riesgo (10).
- ✚ Según autor Salamanca y otros autores en su artículo de investigación publicado en la Revista de Investigación en Salud en el año 2019 donde evidencian que según la Organización Mundial de la Salud la mortalidad materna por preeclampsia es más frecuente en las zonas rurales y en las poblaciones más pobres; ya que el 50 % de las mujeres gestantes en el mundo viven en zonas rurales, a más de 5 km de un hospital cercano y tienen, dificultades en el acceso a centros asistenciales de salud para la realización de controles prenatales o asistencia ginecobstétrica (7).
- ✚ La preeclampsia puede verse comprometida con complicaciones que conllevan a la muerte de la madre y el feto, uno de ellos el síndrome Hellp es una complicación grave de la preeclampsia que determina el aumento de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Descrita inicialmente en 1954 por Pritchard quien mencionó la hemólisis, trombocitopenia y otras alteraciones en las pacientes con toxemia severa; pero es Weinstein que, en el año 1982, reconoce una rara y grave variante de preeclampsia, y para denominarla tomó las iniciales de los hechos que consideró fundamentales, de dicho síndrome: (H) hemólisis; (EL) elevación de enzimas hepáticas y (LP) plaquetopenia que sería la disminución de las plaquetas, este ocurre entre el 0,17 y 0,85% del total de embarazos y su mortalidad puede llegar hasta un 24% (11).



### **1.3 Objetivos del estudio**

#### **1.3.1 Objetivo general**

- ✚ Aplicar el proceso de atención de atención de enfermería en paciente gestante con preeclampsia severa basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon valorando la adaptación al tratamiento y la recuperación de su estado de salud.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- ✚ Analizar el caso de una paciente con preeclampsia severa mediante la revisión de historia clínica y artículos científicos identificando problemas y riesgos potenciales.
- ✚ Valorar los patrones funcionales que podrían encontrarse alterados originando complicaciones con el fin de subsanar las necesidades de salud del paciente con preeclampsia.
- ✚ Intervenir a través de la planificación de cuidados de enfermería, estableciendo actividades y estrategias elementales para dar solución al problema.

## **CAPITULO II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ESTUDIO**

### **2.1 Descripción del enfoque epistemológico de referencia**

#### **2.1.1 Preeclampsia con relación a la Historia Natural de la Enfermedad.**

Se han descrito muchos mecanismos patológicos para la aparición de la preeclampsia, pero aun la etiología no está totalmente clara. El principal mecanismo descrito que la explica es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas (12).

La placentación anormal en la preeclampsia es principalmente una de las disfunciones que prevalece, una de las teorías más aceptadas en preeclampsia gira alrededor de placentación anormal. Por lo tanto, en embarazos normales, el trofoblasto comienza la invasión en la sangre a través del vaso miometrio mediante la remodelación de las arterias espirales maternas, transformándolos de pequeño a musculoso con mayor resistencia arteriolas en arterias de gran calibre con alta capacidad y libre flujo de sangre (13).

La remodelación típicamente comienza a fines del primer trimestre y se completa a las 18-20 semanas de gestación. El fracaso de este proceso de completar la remodelación conduce a la persistencia de alta resistencia de arterias espirales que impiden la perfusión placentaria lo que conduce a un estado de "hipoxemia relativa que culmina con la disfunción de células endoteliales maternas. La disfunción sistémica materna de células endoteliales se manifiesta en signos y síntomas que reflejan la maternidad vasoconstricción, daño multiorgánico dando paso a trombocitopenias, disfunción hepática, insuficiencia renal, presión arterial elevada, edema pulmonar y trastornos del sistema nervioso central (13).

### **2.2 Bases teóricas de la investigación**

#### **2.2.1 Preeclampsia**

La preeclampsia se caracteriza por hipertensión asociada a proteinuria o hipertensión con o sin proteinuria, pero con afectación de órgano diana a partir de la segunda mitad del embarazo, con una presión arterial por encima de 140/90mmHg (14), puede presentarse también en el puerperio y en embarazos de menos de 20 semanas en casos de mola hidatiforme, nefritis lúpica, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome urémico hemolítico, síndrome antifosfolipídico, hígado graso agudo del embarazo, y puede afectar a

múltiples órganos y sistemas (1). La progresión de un cuadro no severo (anteriormente denominado leve) a uno grave puede ser gradual o rápido.

### 2.2.2 Clasificación de la Preeclampsia

La preeclampsia se clasifica en preeclampsia sin signos de gravedad y preeclampsia con signos de gravedad (1).

- **La preeclampsia sin signos de gravedad:** Se caracteriza por hipertensión sistólica igual o mayor de 140 mm Hg, y/o hipertensión diastólica igual o mayor de 90 mm Hg, tomados en una segunda ocasión con una diferencia de por lo menos 15 minutos, asociada a proteinuria y sin afectación de órgano blanco (1).
- **La preeclampsia con signos de gravedad:** Se caracteriza por hipertensión sistólica igual o mayor de 160 mm Hg, y/o hipertensión diastólica igual o mayor de 110 mm Hg, tomados en una segunda ocasión con una diferencia de por lo menos 15 minutos, asociada a proteinuria, o puede diagnosticarse también con una hipertensión de cualquier grado, con o sin proteinuria, pero con afectación de órgano blanco (1).

### 2.2.3 Manifestaciones clínicas

La sintomatología de este trastorno, que representa su afectación multisistémica secundaria, se presenta en un 90% de los casos, los síntomas más frecuentes de preeclampsia son síntomas neurohipertensivos como cefalea, escotomas, fotofobia, visión borrosa e incluso ceguera temporal, también tenemos dolor abdominal o epigastralgia, disnea, dolor torácico (15).

### 2.2.4 Factores de riesgo

La Fundación Mayo para la Educación Médica, [MFMER, por sus siglas en inglés] (2018), establece que los factores de riesgo incluyen los siguientes:

- **Antecedentes de preeclampsia:** Los antecedentes personales o familiares de preeclampsia aumentan significativamente el riesgo de tener preeclampsia (16).
- **Hipertensión crónica:** Si se padece de hipertensión crónica antes del embarazo, se corre mayor riesgo de desarrollar preeclampsia (16).
- **Primer embarazo:** El riesgo de padecer preeclampsia es mayor durante el primer embarazo (16).

- **La edad:** El riesgo de tener preeclampsia es mayor en el caso de las mujeres embarazadas muy jóvenes menor de 20 años mayores de 40 años (16).
- **La raza:** Las mujeres de raza negra tienen un riesgo más alto de tener preeclampsia que las de otras razas (16).
- **Obesidad:** El riesgo de preeclampsia es mayor si la gestante es obesa.
- **Embarazo múltiple:** La preeclampsia es más frecuente en las mujeres embarazadas de mellizos, trillizos u otros embarazos múltiples (16).
- **Intervalo entre embarazos:** Tener bebés con menos de dos años o más de 10 años de diferencia conduce a un mayor riesgo de tener preeclampsia.
- **Antecedentes de determinadas afecciones:** Tener determinadas afecciones antes de quedar embarazada, como presión arterial alta crónica, migrañas, diabetes tipo 1 o tipo 2, enfermedad renal, una tendencia a tener coágulos sanguíneos o lupus, aumenta el riesgo de tener preeclampsia (16).
- **Fecundación in vitro:** El riesgo de tener preeclampsia aumenta si la concepción del bebé fue mediante fecundación in vitro (16).

### 2.2.5 Diagnóstico

Su diagnóstico se hace con base a criterios diagnósticos que a lo largo del tiempo se han ido modificando, Se habla de preeclampsia cuando una paciente embarazada después de las 20 semanas de gestación presenta una presión arterial sistólica  $>140$  mmHg o una presión arterial diastólica  $>90$  mmHg en dos ocasiones con cuatro horas de diferencia entre ambas tomas y que además se evidencie proteinuria  $>0.3$  g en una orina de 24 horas o un índice proteína creatinina  $>0.3$  mg o la presencia de  $>2+$  en tiras reactivas (15).

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), en el año 2013, recomiendan que una paciente en el contexto de hipertensión después de las 20 semanas, aun teniendo ausencia de proteinuria, pero presente factores de gravedad como trombocitopenia, alteración hepática, creatinina  $> 1.1$ mg/dl, edema pulmonar o sintomatología de preeclampsia, sea considerada con preeclampsia (15)

### 2.2.6 Complicaciones

Entre las complicaciones de la preeclampsia se incluyen las siguientes:

- **Restricción del crecimiento fetal.** La preeclampsia afecta a las arterias que suministran sangre a la placenta. Si la placenta no recibe la cantidad suficiente de sangre, el bebé puede recibir un nivel inadecuado de sangre y oxígeno, y menos nutrientes. Esto puede ocasionar un crecimiento lento, conocido como “restricción del crecimiento fetal”, bajo peso al nacer o parto prematuro (16).
- **Parto prematuro.** Si se tiene preeclampsia con características graves, es posible que se deba adelantar el parto para salvar la vida de la madre y la del bebé.
- **Desprendimiento placentario.** La preeclampsia aumenta el riesgo de tener desprendimiento de la placenta, un trastorno que consiste en la separación de la placenta de la pared interior del útero antes del parto (16).
- **Síndrome de HELLP.** El síndrome de HELLP, cuyas siglas significan hemólisis (la destrucción de los glóbulos rojos), aumento de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas, es una forma más grave de la preeclampsia. El síndrome de HELLP es particularmente peligroso porque implica daños a varios sistemas de órganos. En ocasiones, puede manifestarse repentinamente, incluso antes de que se detecte la presión arterial alta, o sin ningún síntoma en absoluto (16).
- **Eclampsia:** Si la preeclampsia no se controla, es posible que se desarrolle una eclampsia, que es, en esencia, una preeclampsia con convulsiones. Es muy difícil predecir qué pacientes tendrán una preeclampsia lo suficientemente grave para convertirse en eclampsia (16).
- **Daño a otros órganos.** La preeclampsia puede dañar los riñones, el hígado, los pulmones, el corazón o los ojos, y puede causar un accidente cerebrovascular u otra lesión cerebral. La cantidad de lesiones causadas a otros órganos depende de la gravedad de la preeclampsia (16).
- **Enfermedad cardiovascular.** Tener preeclampsia puede aumentar el riesgo de presentar enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos (cardiovasculares) en el futuro. El riesgo se vuelve incluso mayor si se ha tenido preeclampsia más de una vez o si se tuvo un parto prematuro (16).

### 2.2.7 Tratamiento

Para las mujeres con preeclampsia con y sin síntomas de gravedad se recomienda la administración de sulfato de magnesio como preventivo de convulsiones, la forma de

administración y preparación consiste en dos procesos una dosis de impregnación y una dosis de mantenimiento (17).

- **Tratamiento de Impregnación:** 20 ml de sulfato de magnesio al 20 % (4 g) + 80 ml de solución isotónica, pasar a 300 ml/ hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos) (17) (14).
- **Tratamiento de Mantenimiento:** 50 ml de sulfato de magnesio al 20 % (10 g) + 450 ml de solución isotónica, pasar a 50 ml/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora) (17) (14).

**En casos excepcionales, si existiese intoxicación por sulfato de magnesio se recomienda:**

- Administrar gluconato de calcio, una ampolla de 1g intravenoso al 10% lento en 3 a 10 minutos.
- Administre oxígeno a 4 L/minuto por catéter nasal o 10 L/minuto por máscara. Use oximetría de pulso si está disponible.
- En casos severos, proceder a intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

Otro de los fármacos del tratamiento de la preeclampsia usados es: la nifedipino, la hidralazina y labetalol, estos medicamentos han resultado imprescindibles en una reducción comparable de la presión arterial de la gestante evitando así complicaciones, tenemos las siguientes dosis:

- **Nifedipino:** Dosis de 10 mg vía oral cada 20 o 30 min según respuesta dosis máxima 60mg, luego puede ser de 10mg a 20g cada 6 horas según médico, máximo de dosis en las 24 horas de 124mg (17) (14).
- **Hidralazina:** Dosis de 5mg intravenoso, si la tensión arterial diastólica no disminuye se continúa la dosis de 5 a 10mg cada 20 o 30 min en bolo (17) (14).
- **Labetalol:** Comience con 20 mg por vía intravenosa durante 2 minutos seguidos a intervalos de 10 minutos por la dosis de 20 a 80 mg hasta una dosis total acumulada máxima de 300 mg (17) (14).

Por otro lado, también 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. Para las mujeres con preeclampsia sin signos de gravedad, sugerimos manejo expectante con terminación del embarazo a partir 37 semanas de gestación y para aquellas mujeres con preeclampsia y edad gestacional  $\geq$  37 semanas 0 días, se recomienda terminación del embarazo.

Para la prevención de la preeclampsia es también fundamental los controles prenatales de la embarazada y que su alimentación sea con una reducción de sodio y en mujeres con sospecha de ingesta baja de calcio (menor de 900 mg/día), y en especial en aquellas con alto riesgo de preeclampsia, se recomienda la suplementación de calcio 1,5 g de calcio elemental diario dividido en tres tomas después de las comidas desde las 12 semanas de gestación hasta el parto (17).

### **2.3 Proceso de atención de enfermería**

El Proceso Atención de Enfermería que sirve de guía para el trabajo práctico: permite organizar pensamientos, observaciones e interpretaciones, proporciona las bases para las investigaciones, contribuye a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, exige del profesional capacidades profesionales y culturales, para cubrir las necesidades afectadas y permite sintetizar conocimientos teóricos y prácticos. Además, permite cambiar el modo de actuación de enfermería de un modo automático a uno deliberado, responsable y profesional, que sea capaz de interpretar las necesidades afectadas del paciente para prestarle ayuda calificada (18) (19).

En 1967, Yura y Walsh, establecieron cuatro etapas del PAE (valoración, planificación, realización y evaluación); posteriormente Bloch, Roy y otros autores, establecieron las cinco fases actuales al añadir la de diagnóstico. Ya sea de cuatro o cinco fases, el PAE empleado por la enfermera se caracteriza por tener una finalidad pues se dirige a un objetivo; es sistemático porque parte de un planteamiento organizado para alcanzar el objetivo; es dinámico pues responde a cambios continuos del paciente y su entorno. Además, es interactivo porque se basa en las relaciones recíprocas entre el paciente, la familia y el equipo de salud y; flexible porque se adecúa a cada paciente, familia o comunidad (20).

- **VALORACION:** Esta fase es muy fundamental ya que procede a la recogida de información de datos del paciente a través de lo que son sus datos personales, antecedentes

de medicación habitual, antecedentes de enfermedades, antecedentes de procedimientos quirúrgicos, antecedentes de alergias, antecedentes de hábitos tóxicos, etc. Ahora bien, una vez recolectada la información se procede a organizar los datos para posteriormente poder establecer un juicio clínico o también conocido como diagnóstico (21).

- **DIAGNOSTICO:** El diagnóstico también se conoce como una conclusión o un juicio clínico que realiza enfermería tras haber analizado y haber realizado una correcta valoración a través de anamnesis, historia clínica, entrevista, sintomatología, entre otras, por lo tanto se apoya a través de hechos subjetivos y objetivos englobando no solo la salud fisiológica sino también sus esferas a nivel psicológico, cultural y social (22).
- **PLANIFICACION:** En la planificación la finalidad que tiene esta fase es la de poner implementar los objetivos necesarios que permitan disminuir, prevenir y enmendar los problemas de salud que presente el paciente (21).
- **EJECUCION:** Esta fase es que la nos permite intervenir de manera directa con el paciente y su familia a partir de diferentes estrategias y actividades para lograr esos objetivos que se plantearon al inicio y así subsanar las necesidades del paciente (21).
- **EVALUACION:** La última fase de evaluación nos permite poder evaluar si las actividades que se ejecutaron con el paciente resultaron propicias, o si no ayudaron a mejorar el estado de salud, nos permite hacer adecuaciones en base a las necesidades del paciente y poder al final ver resultados beneficiosos para el paciente en su estado de salud y para enfermería en el trabajo reflejado (21).

### **2.3.1 Valoración de enfermería en base a los patrones funcionales de Maryorie Gordon**

Marjory Gordon fue una docente de origen estadounidense que estableció una teoría que consta de 11 patrones funcionales; los mismos que ayudan a valorar alteraciones de salud que afectan al individuo y su uso brinda una valoración de enfermería organizada y planificada para conseguir datos subjetivos y objetivos del paciente los mismos que ayudan a establecer los diagnósticos enfermeros ya sean reales o potenciales. Gordon se destacó en el mundo como la primera presidenta de la Sociedad Científica de Enfermería NANDA (23).

- **Patrón 1: Percepción manejo de salud:** Este patrón se encuentra disfuncional ya que la paciente no tiene conocimiento de las complicaciones que se pueden originar sino se trata de manera inmediata, y tuvo un manejo inadecuado de su salud, ya que



desde el momento que le diagnosticaron la patología tuvo solo se realizó 5 controles prenatales siendo un embarazo de alto riesgo, sin embargo, manifiesta tener completo el esquema vacunal de tétano, y no tener alergia a ningún tipo de medicamento.

- **Patrón 2: Nutricional metabólico:** Este patrón se encuentra afectado ya que la alimentación de la gestante a pesar de que era rica en frutas y verduras en 3 porciones diarias, los antojos hacia cosas saladas, grasas saturadas y exceso de carbohidratos, además se encontraba con un IMC de 300 por lo que se cataloga un embarazo con obesidad, cabe recalcar que la administración de calcio y ácido fólico si fue fructífera ya que había acudido a los 5 controles prenatales. Durante su ingreso al examen físico mantuvo piel ligeramente pálidas, fascies asténicas y diaforéticas, mucosas orales semihúmedas, temperatura: 37.5°C y SCORE MAMA: 7 y durante su estancia hospitalaria se valoró edema de fóvea +++ en extremidades inferiores; en la estadía de unidad de cuidados intensivos se mantuvo con una vía aérea con intubación orotraqueal TOT 7.0 C/B se comprobó auscultación y se realizó capnografía para valoración de una correcta posición del tubo, se mantuvo primero en nada por vía oral, luego en nutrición parenteral y cuando fue pasada a la sala ginecología, dieta líquida hasta toleración de una dieta materna correspondiente.
- **Patrón 3: Eliminación:** Este patrón no se encuentra altamente afectando, ya que la paciente nos refirió mantener una diuresis normal y una defecación adecuada, sin embargo, al iniciar la preparación para su intervención quirúrgica se colocó una sonda vesical con la cual estuvo durante el transoperatorio y postoperatorio hasta segunda orden con una eliminación de aproximadamente 200ml de diuresis.
- **Patrón 4: Actividad/reposo:** Paciente gestante mantuvo sedentarismo antes de su gestación y durante su gestación manifiesta caminar en su casa y en el patio, pero nunca acudió a una terapia de ejercicios psicoprofilácticos ni se mantuvo en constante movimiento motivo por el que se sentía pesada y desinterés.

*Además, sus constantes vitales se encontraron elevadas:*

- **Referida:** Tensión arterial: 170/110mmHg (hipertensión), frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto (taquicardia), SCORE MAMA: 7, frecuencia respiratoria: 23 latidos por minutos (taquipnea) saturación de oxígeno 96%.

- **Ingreso:** Tensión arterial: 170/110mmHg (hipertensión), frecuencia cardiaca: 120 latidos por minuto (taquicardia), SCORE MAMA: 7, frecuencia respiratoria: 23 latidos por minutos (taquipnea) Por lo que para regulación de la presión arterial se administró hidralazina 20mgr y nifedipino 10 mg sin mejora de la presión arterial por lo cual se decidió la interrupción del embarazo. Durante el ingreso a quirófano bajo anestesia se colocó ventilación mecánica, bajo soporte de oxígeno por dispositivo bolsa mascara (ambu) conectado a tubo endotraqueal fijado a 22cm, fue trasladada a unidad de cuidados intensivos. Actualmente luego del alta de UCI se mantuvo en la sala de ginecología con oxígeno por mascarilla a 5 litros por minuto
- **Estancia hospitalaria:** Fue dado el egreso por unidad de cuidados intensivos a la sala de ginecología con sus signos vitales dentro de los parámetros normales con una tensión arterial: 120/70mmHg, frecuencia cardiaca: 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria: 20 latidos por minuto, saturación de oxígeno 96%. Por lo que ya se detestó la intubación, tolerando oxígeno ambiente.
- **Patrón 5: Reposo/sueño:** Este patrón estuvo alterado ya que la paciente refiere descansar durante la noche solo 2 horas de las 8 horas elementales, motivo por el dolor persistente, angustia y síntomas de somnolencia.
- **Patrón 6: Cognitivo/perceptual:** Este patrón se encuentra disfuncional y es uno de los principales patrones más elementales porque el dolor fue un síntoma prioritario teniendo: cefaleas intensas tipo pulsátil, dolor lumbar y dolor abdominal tipo contracción uterina de mas de 7 horas de evolución. Por otro lado, en cuanto al estado de conciencia, durante su ingreso en encontró orientada en tiempo, espacio y persona, sin embargo, por las presiones altamente elevadas que no cesaban con el tratamiento que se instauró se inició de manera emergente la terminación del embarazo por cesárea segmentaria en donde realizó una convulsión quedando inconsciente en sus 3 esferas durante el transoperatorio.
- **Patrón 7: Autopercepción/Autoconcepto:** Tras la intervención quirúrgica y la eclampsia más síndrome de hellp que presentó como complicaciones la paciente refirió tener angustia y temor para un segundo embarazo por las complicaciones maternas fetales que se pueden originar por lo que indicó la realización de una salpingectomía bilateral

- **Patrón 8: Rol/relaciones:** Este patrón no se encuentra alterado ya que la relación que mantenía con sus familiares es amena y convivía con su esposo quien fue que la acompañó en la estadía de su hospitalización y en la compra de insumos personales, así como de las decisiones que se tomaron para salvaguarda la salud de la paciente.
- **Patrón 9: Sexual/Reproductor:** No existen problemas referentes a este patrón.
- **Patrón 10: Adaptación/Tolerancia al estrés:** Este patrón no se encuentra afectado ya que pese a las complicaciones que presentó siempre expresó preocupación por su condición clínica y aceptó los consentimientos para mejorar su estado de salud y la del recién nacido.
- **Patrón 11: Valores/ Creencias:** Es un patrón que a medida fue resultando disfuncional ya que las creencias religiosas en Dios y el apoyo de sus familiares le hicieron dar esperanzas de que todo resultaría positivo, sin embargo, durante la estadía de Unidad de cuidados intensivos y el egreso a la sala de ginecología tuvo mucha angustia, miedo y dudas por su estado de salud de presentar complicaciones púerperas como convulsiones o riesgo de muerte materna.

## **CAPITULO III PROCESO METODOLÓGICO**

### **3.1 Diseño o investigación de tradición seleccionada**

Proceso de atención de enfermería en gestante con preeclampsia severa basada en la teoría de Maryorie Gordon.

#### **3.1.1 Tipo de investigación**

Nuestra investigación se basa en el paradigma cualitativo porque nos permitió identificar la problemática con mayor profundidad aplicando una teoría fundamentada por Maryorie Gordon con el objeto de estudio, con lo cual pudimos recolectar datos, analizarlos e interpretar los resultados.

#### **3.1.2 Unidad de análisis**

Paciente de 38 años de edad con diagnóstico preeclampsia diagnosticada durante el tercer control prenatal.

#### **3.1.3 Área de estudio**

Se evidenció el caso clínico en el área de emergencia dentro del Hospital IESS Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social perteneciente al cantón Machala de la provincia de el Oro, Ecuador. La institución cuenta con varios servicios, en el tercer piso tenemos las áreas de Pediatría y Cirugía, en el segundo se encuentra la sala de Clínica y en el primer piso están las salas de Ginecología, Neonatología y Centro de Esterilización, de igual manera existen disponibles 6 quirófanos. En la planta baja del hospital encontramos, Emergencia, Consulta externa, Farmacia, Laboratorio, Trabajo Social y Estadística.

#### **3.1.4 Tipo de estudio**

El presente análisis de caso tuvo un diseño no experimental transaccional de carácter descriptivo, primero porque se observaron fenómenos clínicos, factores de riesgo, manejo de la enfermedad ya existentes en el paciente tal y como se dan en su contexto natural para luego ser discutidos en base fundamentos científicos, segundo porque recopilamos datos en único momento dado y tercero porque va precedida de la descripción de la recolección de información mediante la unidad de análisis (historia clínica) entrevista y bases de datos como artículos, revistas, guías científicas sobre la relación de la preeclampsia y sus complicaciones como lo fue la eclampsia y el síndrome de hellp que presentó que conllevaron al deterioro de su estado de salud.

### **3.1.5 Instrumentos de investigación**

- Historia clínica de la paciente.
- Consentimiento informado
- Artículos científicos.
- Taxonomías NANDA, NOC Y NIC.

### **3.1.6 Recursos humanos y materiales**

- **Materiales:** Historia clínica, computadoras, internet, impresora, hojas A4 y espacio físico.
- **Humanos:** En el desarrollo de este trabajo participaron 3 especialistas-docentes de la Universidad Técnica de Machala encargadas de realizar las debidas observaciones y 2 estudiantes que se encuentran cursando el semestre paralelo .

### **3.1.7 Tiempo**

Durante el periodo de Mayo del 2022 y Abril del 2023.

## **3.2 Proceso de recolección de datos de la Investigacion**

### **3.2.1 Base de datos**

Dentro del desarrollo del capítulo II se indagó en diferentes fuentes estableciéndose que la búsqueda se realizaba siempre que se tuviera el acceso al texto íntegro con su respectivo código ISBN o Doi, las bases de datos fueron Dialnet, PubMed, Scielo, Eric, Redalyc, ReciMundo, Repositorio Utmach y en guías establecidas por el Ministerio de Salud. Los artículos citados dentro de este trabajo de investigación poseen un rango detallado de tiempo, van del 2019 al 2023. De igual manera, para la corroboración de la información se utilizó la historia clínica de la paciente y se realizó visitas domiciliarias

### **3.2.2 Aspectos éticos legales**

Se aplicaron principios bioéticos y legales al momento de utilizar los datos médicos de la paciente.

- **Beneficencia:** Hace hincapié en evitar realizar algún daño al paciente, como profesionales debemos de conservar su bienestar. Por lo cual se elaboró un plan de cuidados de enfermería para lograr una mejora en su estado de salud.

- **No maleficencia:** Se conceptualiza con la finalidad de que hay que centrarse en no actuar de manera impulsiva o descuidar nuestras responsabilidades y por consecuencia herir física o mentalmente al individuo. Se reitera que la información que se recopiló de la historia clínica y de las visitas domiciliarias no vulnera ningún aspecto ético, moral que implique a la paciente.

- **Autonomía:** Se debe animar a la persona a hacerse responsable de sí mismo, haciendo frente a las consecuencias de sus actos y lograr la participación en la recuperación de su salud. Se educó y se dejó a la independencia por parte de la paciente de aceptar o rechazar las intervenciones propuestas recalcando los riesgos y beneficios de realizar el procedimiento quirúrgico y sus cuidados.

- **Confidencialidad:** Se centra en preservar la intimidad de la persona que proporciona algún tipo de aclaración sobre su vida personal, es un secreto en el cual se deben considerar los acuerdos de privacidad para no tener ningún problema al momento de utilizar dicha información. Se enfatizan los aspectos más elementales para la investigación por lo cual se omiten los nombres del paciente, número de cédula, con la finalidad de preservar la integridad.

### **3.2.3 Petición de acceso al manejo de historia clínica:**

Para el acceso a la revisión de la historia clínica se pudo lograr gracias a un consentimiento informado por parte de la paciente donde consta la aprobación de su seguimiento y un oficio como estudiantes legales de la Universidad Técnica de Machala dirigido hacia la Dra, Delia Chalen. directora del Hospital IESS para la autorización pertinente.

#### **3.2.3.1 Descubrimiento y obtención de datos.**

##### **- HISTORIA CLÍNICA**

##### **Anamnesis**

##### **Datos del paciente**

- **Nombre:** XXX

- **Cédula:** XXX

- **Edad:** 38 años.

- **Sexo:** Femenino

- **Procedencia:** Machala
- Provincia:** El Oro.
- **Nacionalidad:** Ecuatoriana.
- **Autoidentificación:** Mestizo.
- **Estado civil:** Casada.
- **Ocupación:** Ninguna.

**Fecha de ingreso:** 30 de mayo del 2022

**Fecha de egreso:** 15 de junio del 2022

#### **Antecedentes personales y familiares**

- **Antecedentes patológicos personales:** No refiere
- **Antecedentes patológicos familiares:** Madre con antecedentes de preeclampsia
- **Antecedentes tóxicos:** No refiere
- **Alergia a la medicación:** No refiere.
- **Antecedentes quirúrgicos:** No refiere.

#### **Notas de evolución Emergencia Ginecobstetrica**

Paciente de 38 años de edad transferida de otra casa de salud (scs Velasco Ibarra) ingresa al servicio de emergencia obstétrica del Hospital IESS de la Ciudad de Machala con diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación + preeclampsia severa, al momento refiere cefalea tipo pulsátil, dolor abdominal tipo contracción uterina de varias horas de evolución.

Al momento presenta presión arterial: 170/110; frecuencia cardiaca de 120 x m, FR: 24 x m, SO2: 96%, Score Mama: 7, se le administro hidralazina 20 mg y 20 mg de Nifedipino sin presentar mejoría alguna, por lo cual se sugiere interrupción del embarazo mediante cesarea de emergencia, se coordina con terapia intensiva en conjunto con neonatología para manejo del Rn y se decide su ingreso a quirófano. Al momento consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, con diagnóstico: Embarazo de 33 semanas con plan quirúrgico: cesárea,

plan anestésico: anestesia general, se procede a realizar chequeo de seguridad, vía venosa periférica permeable, se monitorizan signos vitales, se inicia inducción con Propofol 120 mg, rocuronio 30mg, no se cuenta con remifentanilo por lo que se administró fentanilo 200mg se realiza laringoscopia Cormack I, se intuba con tubo orotraqueal (TOT) 7.0 se comprueba auscultación y capnografía, el mantenimiento de la anestesia se realiza sevorane 1,5% MAC, al nacer el recién nacido vivo se administra oxitocina 20 UI se continua la monitorización de los signos vitales durante toda la cirugía, transanestésico: hemodinamia estable y adecuados parámetros ventilatorios, administra fluido terapia con Cloruro de sodio al 0.9% 1200ml, coadyuvantes: Ranitidina 50mg, ondasetrón 8mg, analgesia preventiva tramadol: 100mg, con terapia para el dolor por via parenteral que ha sido preparada para 24 horas y será infundida a 20ml/hora, la misma que contiene tramadol 300mg, metoclopramida 30mg, en 500ml de cloruro de sodio al 0.9%.

#### **Notas de evolución en centro quirúrgico**

Siendo las 23h00 el 30 de mayo del 2022, bajo normas de asepsia, antisepsia y anestesia general se realiza cesárea segmentaria de emergencia por diagnóstico de embarazo de 33 semanas de gestación+ eclampsia ( realiza convulsiones durante la anestesia) se obtiene producto único vivo de sexo femenino con llanto al nacer APGAR 5-7 peso 1870gr, líquido claro en normal cantidad, se entrega recién nacido al área de neonatología, paciente durante la cirugía permanece con sus signos vitales estables, bajo sedación continua sale de quirófano con ventilación mecánica y se envía directo a terapia intensiva donde ya se encuentra reservada una cama.

#### **Notas de evolución de unidad de cuidados intensivos**

Siendo las 1:33 am el 31 de mayo del 2022, paciente de sexo femenino postcesárea con signos vitales: frecuencia cardiaca 128 xmin, temperatura: 36°C, frecuencia respiratoria: 22xmin, saturación de oxígeno: 97%, FIO2: 100%, tensión arterial: 160/100mmHg, al examen físico a nivel neurológico ingresa bajo efectos de sedoanalgesia, Glasgow 15/15, hemoglobina: 12mg/gl, hematocrito: 35.5%, plaquetas: 203.000, tolerando oxígeno al aire ambiente, a la auscultación murmullo vesicular conservado, abdomen globulosos, depresible, herida quirúrgica cubierta por apósitos limpios y secos, útero contraído a nivel umbilical, exámenes de laboratorio reportan leucocitos 20.54, neutrófilos 81,8%, linfocitos 12.6%, se inicia



antibioticoterapia a base de ceftazidina, a nivel genitourinario: loquios hemáticos en poca cantidad, extremidades con edema que deja fovea ++ en extremidades inferiores.

Siendo 02 de junio 2022 12: 08h del día, paciente con 60 horas de evolución de puerperio mediato, despierta, colaboradora, con antihipertensivo vía venosa en deteste (nitroglicerina a 1ml/h) e infusión de sulfato de magnesio, aun con cifras tensionales elevadas con 139/90mmHg, se realizó una radiografía de tórax no se evidenció anomalías, herida quirúrgica limpia y útero contraído a nivel umbilical.

Siendo el 02 de junio del 2022 18:27, paciente de 38 años de edad cursando su segundo día de puerperio quirúrgico+ preeclampsia con signos de severidad+ síndrome de hellp, al momento del pase de visita de médico tratante se encuentra lúcida, despierta con presión arterial de 120/80mmHg, se mantiene con nitropusiato, se realiza Tomografía axial computarizada de cerebro en el que se descarta accidente cerebrovascular, se reporta dentro de la biometría de control leucocitos de 15 neutrófilos, por lo que se discontinuó antibióticos, abdomen blando depresible doloroso, herida limpia y seca, loquios escasos

### **Notas de evolución en sala de ginecología**

Siendo 04 de junio del 2022 a las 10:44 am se recibe a paciente de 30 años de edad en sala de hospitalización de ginecología, cursa su quinta día postquirúrgico tras cesárea de embarazo de 33 semanas + eclampsia, al momento tranquila, no refiere síntomas neurológicos, se reportan signos vitales: tensión arterial 150/90mmHg, frecuencia cardíaca\_ 82xmin, frecuencia respiratoria: 19xmin, temperatura: 36,4°C, con un Score mama de 4 puntos, paciente alerta, afebril, fascies pálidas, mucosas orales semihúmedas, torax simétrico y pulmones ventilados, extremidades con tono y fuerza muscular conservada, sin presencia de edema, se brinda cuidados de enfermería.

Siendo 06 de junio del 2022 08h:04 am Paciente cursa su sexto día postcesárea de emergencia por embarazo de 33 SG+ preeclampsia y eclampsia lleva 15 horas de hospitalización en la sala de ginecología, refiere estar tranquila, leve dolor a nivel abdominal a nivel de herida, se reportan signos vitales de tensión arterial: 119/92mmHg, frecuencia cardíaca 91xmin, saturación de oxígeno 96%, frecuencia respiratoria 19xmin, temperatura: 36,7°C, SCORE MAMA: 0, abdomen útero contraído infraumbilical, herida con buen proceso de

cicatrización, loquios hemáticos en escasa cantidad, micciones presentes en cantidades normales, extremidades sin edema con tono y fuerza muscular conservado.

### **Nota de evolución de alta médica**

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad se encuentra en sala de ginecología hemodinamicamente estable, con signos vitales: tensión arterial: 128/83, temperatura: 36.9°C, frecuencia cardíaca: 84xmin, frecuencia respiratoria: 20xmin, saturación de oxígeno 99%, SCORE MAMA: 0 con evolución clínica favorable, al examen físico fascies rosáceas, mucosas orales semihúmedas, abdomen blando depresible con leve dolor a la palpación, extremidades móviles y simétricas con tono y fuerza muscular conservado, se retira vía venosa periférica, se educa acerca de la alimentación saludables, la limpieza de la herida quirúrgica, el retiro de puntos en 10 días en el centro de salud más cercano a la que pertenezca, se envía hoja de contrarreferencia, se brinda cuidados de enfermería.

### **SEGUIMIENTO**

#### **Visita domiciliaria 1**

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, consciente orientada en tiempo, espacio y persona, al examen físico fascies pálidas, mucosas orales semihúmedas, tórax simétrico, tolerando oxígeno ambiente, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades con tono y fuerza muscular conservada, paciente refiere realizar ejercicios: 30 min de caminata todos los días, llevar una alimentación más saludable baja en azúcar y sales, acude a control por consulta externa, se mantiene con método anticonceptivo con implante de duración de 5 años, su periodo menstrual se altera entre dos a 3 meses y luego se mantiene de forma regular, se reportan signos vitales con tensión arterial: 128/84, temperatura: 36,9°C, frecuencia cardíaca: 90xmin, frecuencia respiratoria: 20xmin, saturación de oxígeno 98%, se educa acerca de hábitos de estilos de vida saludables y se programa para la siguiente visita domiciliaria.

#### **Visita domiciliaria 2**

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, consciente orientada en tiempo, espacio y persona, al examen físico fascies pálidas, mucosas orales semihúmedas, tórax simétrico, tolerando oxígeno ambiente, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación,

extremidades con tono y fuerza muscular conservada, se reportan signos vitales con tensión arterial: 120/74, temperatura: 36,2°C, frecuencia cardiaca: 80xmin, frecuencia respiratoria: 20xmin, saturación de oxígeno 98%, paciente refiere tomar actualmente complejo b tableta por un mes, indicado por médico del centro de salud, se realiza taller educativo donde se orienta acerca de los factores de riesgo en caso de un segundo embarazo, las complicaciones y la seguridad de llevar los controles prenatales correspondientes.

### **Visita domiciliaria 3**

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, consciente orientada en tiempo, espacio y persona, al examen físico fascies pálidas, mucosas orales semihúmedas, tórax simétrico, tolerando oxígeno ambiente, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, extremidades con tono y fuerza muscular conservada, se reportan signos vitales con tensión arterial: 126/74, temperatura: 36,8°C, frecuencia cardiaca: 78xmin, frecuencia respiratoria: 20xmin, saturación de oxígeno 98%, se realiza un test de preguntas con la finalidad de evidenciar la mejora de conocimientos de la paciente y el aprendizaje de cómo cuidar su salud materna, haciendo énfasis por los antecedentes previamente mencionados.

## CAPITULO IV ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS

### 4.1 DISCUSION

Después del respectivo seguimiento del estudio de caso clínico y la pertinente revisión e investigación bibliográfica de la patología anteriormente descrita se evidencia en un artículo en la revista científica dominio de las ciencias según los autores Moreira y Montes en el año 2022 conceptualizan a la preeclampsia como aquella manifestación de la presión arterial elevada durante la gestación determinada por una presión constante  $\geq 140/90$ mmHg, y actualmente el congreso americano de Obstetras y Ginecológicos (ACOG) manifestaron el acompañamiento de la presencia de proteínas en la orina con cifras  $\geq 300$ mg en 24 horas posteriormente de las veinteavas semanas de embarazo, sin embargo acuñaron que la proteinuria podría estar presente o no podría presenciarse característicamente y también se añade la alteración de diferentes órganos en la madre y el feto dando eventualmente como daño hepáticos, daños renales, daño placentario, muerte fetal, restricción fetal (24).

Los factores de riesgo de preeclampsia en mujeres gestantes según Vásquez Cabello en el año 2020, expresa definiendo a la preeclampsia como aquella patología en la que existe la alteración de la presión arterial con datos mayor o igual a una presión sistólica 140mmhg y presión diastólica 90mmHg, con proteínas en orinas mayor a 300mg en 24 horas, siempre aparece después de las 20 semanas de embarazo y se alarga hasta 15 días después en su periodo de puerperio (25). Moreira definió a la preeclampsia como una presión arterial elevada con cifras de 140/90mmHg, relacionada con proteinuria, o sin proteinuria, pero con disfunción de órganos maternos y fetales a partir de la veinteava semana de gestación, añadiendo que también se puede presentar en el periodo postparto y en embarazos de menos de 20 semanas siempre y cuando presenten enfermedades graves como síndrome urémico, afectaciones hepáticas entre otras (14). Nuestra teoría tiene relación con las investigaciones de Moreira y Vásquez lo que hace la información tenga autenticidad por lo que nos inclinamos por las fundamentaciones de los autores anteriormente mencionados.

*Según un artículo científico en el año 2023 por la autora Hernández y la afiliación del ministerio de Salud Pública expresan que si los síntomas de la preeclampsia persisten y no se logran mejorar sus cifras tensionales es importante el ingreso a hospitalización con la finalidad de verificar la necesidad del inicio o no de interrupción del embarazo a través de una cesárea de emergencia para velar la salud de la madre y el hijo (26).*

*En otro artículo* científico en la revista Sanitaria de Investigación la autora Castillo pone en manifiesto el caso de una paciente de 31 semanas de gestación que presentó tensiones arteriales elevadas de 170/110 mmHg por lo que siguió con tratamiento de labetalol e hidralazina intravenoso, sin embargo, sus presiones arteriales no mejoraron e inclusive aumentaron y la función renal se complicó más el incremento de lo que son enzimas del hígado pese a ello se realizó una intervención quirúrgica pertinente como tratamiento efectivo obteniendo una cesárea de emergencia y paso a unidad de cuidados intensivos para monitorización continua salvaguardando así la salud de la madre y el hijo (27).

*Otro artículo* científico en la Revista científica Mundo de la investigación y el conocimiento Muñoz y otros autores presentaron el caso de una paciente de 39 semanas de gestación la cual presentó síntomas de dolor abdominal tipo contracción más cefaleas fuertes y pérdida del tapón mucoso y presiones arteriales de 170mmHg/90mmHg, siendo crítica la situación se decide el tratamiento quirúrgico eficaz por lo que se decidió una cesárea de emergencia para proteger el estado de salud de la madre y del recién nacido (8). En relación a nuestro caso clínico tiene semejanza con los procedimientos quirúrgicos que se le realizaron y con la sintomatología ya que nuestra paciente presentó dolor abdominopélvico que irradia hipocondrio derecho cefalea persistente, y presiones que no cesan de 189/90mmHg por lo que también se decidió como tratamiento eficaz una cesárea de emergencia con la finalidad de mejorar su estado de salud. Dichas investigaciones anteriormente mencionadas tienen relevancia junto a los procedimientos quirúrgicos que se realizaron a nuestra paciente por lo que hace relevante la información.

*Según un artículo* científico expuesto por la autora Gaona en el año 2021 donde expresa la importancia de la elaboración del plan de cuidados enfermeros en especial en mujeres con preeclampsia en base a la valoración de patrones de Maryorie Gordon y relacionado con la taxonomía NANDA. NOC y NIC, donde se identifica el diagnóstico propuesto según la necesidad afectada, como exceso de volumen de líquidos, riesgo de sangrado, riesgo de infección, se eligen los objetivos planteados, se realizan las actividades de enfermería y la respectiva evaluación de cuidados con la finalidad de subsanar las necesidades alteradas del paciente velando por su salud y seguridad (28).

*Según* otro artículo publicado en la revista Sanitaria de Investigación en el año 2021 por la autora Bravo y Ledesma reportó la presentación de un caso clínico, embarazada de 32 años de edad que cursa sus 22 semanas de gestación diagnosticada con preeclampsia en donde se elaboró un plan de cuidados estandarizado aplicando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC y la valoración funcional de Maryorie Gordon en donde se eligió como diagnóstico enfermero exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores y manifestado por alteración de la presión arterial y edema, el objetivo fue el equilibrio hídrico y las actividades como vigilar niveles de proteínas y albuminas, monitorizar tensión arterial y oxígeno, vigilar patrón respiratorio, entre otras (2). En relación con nuestro estudio de caso tiene relación ya que nuestra paciente preecláptica más eclampsia también se instauró un plan de cuidados de enfermería basado en la valoración de los patrones funcionales de Gordon y a través de la taxonomía NANDA NOC Y NIC, se eligió el diagnóstico exceso de volumen de líquidos relacionados con mecanismo de regulación comprometidos ( preeclampsia, eclampsia, síndrome de hellp, manifestado por presión arterial elevada, y edemas en extremidades inferiores, los objetivos fueron autocontrol de la hipertensión y las actividades de enfermería fueron enfatizadas a mejorar y salvaguardar el estado de salud de la madre y el recién nacido, por lo que nos inclinamos por la fundamentación Bravo, Ledesma y Gaona..

## **4.2 Conclusiones**

Este caso pone en manifiesto, de cómo una buena valoración de enfermería según patrones funcionales de Maryorie Gordon aplicando el proceso de atención de enfermería resultan indispensables logrando así subsanar el miedo, angustia por el proceso de sintomatología que cursa una paciente preecláptica y por las complicaciones que se pueden suscitar. La aplicación de los patrones en este estudio de caso resultó satisfactoria en el cuidado de la salud de la paciente con preeclampsia ya que fue atendida desde un punto de vista multidisciplinario e integral, pero sobre todo humanístico no solo enfocándose en la patología sino también en caso de existir alguna alteración en una de las esferas biopsicosociales.

Los cuidados y la atención estuvieron basados en conocimientos científicos estableciendo diagnósticos precisos, los objetivos que se plantearon al inicio fueron alcanzados, las intervenciones implementadas que se llevaron a cabo, subsanaron las necesidades de salud y la evaluación que fue el proceso de mediación donde se pudo identificar la mejoría del estado de salud de la paciente; por ello resulta fundamental la sensibilización y capacitación del profesional de enfermería con la finalidad de que pueda brindar un atención oportuna y a su vez lograr mejorar el estado de salud materno y la reducción de las complicaciones fetales que se generan en este trastorno hipertensivo.

## **4.3 Recomendaciones**

- ✓ Incentivar a través de la educación con diálogos/ conferencias, talleres a la paciente gestante a que sepa lo imprescindible que es la valoración de su embarazo a través de los controles prenatales e identificación de diversos factores de riesgo con la finalidad de prevenir complicaciones en la madre y el feto.
- ✓ Capacitación constante y actualizado del personal de enfermería del uso de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC, así como también de los protocolos establecidos según el Ministerio de Salud Pública con el objetivo de dar una atención digna y eficaz y así ayudar a disminuir el riesgo de muerte materna

## ANEXOS

### Plan de cuidados según taxonomías NANDA, NOC Y NIC

**Tabla 1 Valoración por dominios NANDA, NOC y NIC: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal.**

Dominio comprometido	Categoría diagnóstica	Factores relacionados	Características definitorias	Criterio de resultados de intervención
DOMINIO8 SEXUALIDAD CLASE:3. REPRODUCCION.	(00209) Riesgo de alteración de la diada materno/fetal	Complicaciones del embarazo (preeclampsia, síndrome de hellp)	*leucocitos: ↑18.55 10 u/l *Dolor intenso en epigastrio	<b>NOC</b> * 0601 Equilibrio hídrico * 1605 Control del dolor <b>NIC</b> 4020 Disminución de la hemorragia 6950 Cuidados por el cese del embarazo 2210 Administración de analgésicos
<b>Diagnóstico de enfermería: (00209) Riesgo de alteración de la diada materno/fetal R/C</b> Complicaciones del embarazo (preeclampsia, síndrome de hellp) <b>M/P diaforesis, leucocitos: ↑18.55 10 u/l, Dolor intenso en epigastrio.</b>				
<b>Resultados esperados- NOC:</b> (0601) Equilibrio hídrico, (1605) Control del dolor.				
<b>Objetivo de enfermería</b>	<b>Escala de medición</b>		<b>Puntuación DIANA</b>	



Vigilar estado de la diada materno/fetal bajo los siguientes indicadores:	1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido	<b>Mantener a</b> <b>Aumentar a</b> 2     5 1     5 4     5 4     5 2     5 2     5 2     5
<b>Indicadores</b>		
060215 Ingesta adecuada de líquidos 060101 Presión arterial 060105 Pulsos periféricos 070307 Fiebre 070308 Dolor/ hipersensibilidad 210209 Foco limitado 160505 Utiliza los analgésicos de forma apropiada		
<b>Intervenciones de enfermería NIC</b>		
<b>Etiqueta: Administración de analgésicos Código: 2210</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</li> <li>✓ Comprobar el historial de alergias a medicamentos</li> <li>✓ Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor, antes de que el dolor sea severo</li> </ul>		
<b>Etiqueta: Cuidados por el cese del embarazo Código: 6950</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Brindar medidas de confort</li> <li>✓ Preparar física y psicológicamente a la paciente para procedimientos</li> <li>✓ Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente</li> </ul>		

- ✓ Instruir acerca de los signos de los que hay que informar (aumento de hemorragia, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos y tejidos)
- ✓ Proporcionar analgésicos o antieméticos prescritos.

**Tabla 1 Valoración por dominios NANDA, NOC y NIC: Exceso de volumen de líquidos**

<b>Dominio comprometido</b>	<b>Categoría diagnóstica</b>	<b>Factores relacionados</b>	<b>Características definitorias</b>	<b>Criterio de resultados de intervención</b>
<b>DOMINIO 2:</b> NUTRICIÓN <b>CLASE 5:</b> HIDRATACIÓN	00026 Exceso del volumen de líquidos	Mecanismo de regulación comprometidos (preeclampsia, síndrome de hellp)	* Alteración de la Presión arterial: 170/110mmHg *Edemas extremidades inferiores * Inquietud	<b>NOC</b> *3107 Autocontrol hipertensión *2112 Severidad de la hipertensión <b>NIC</b> 6680 Monitorización de signos vitales <b>4120</b> Manejo de líquidos
<b>Diagnóstico de enfermería: (00027) Exceso del volumen de líquidos R/C</b> mecanismos de regulación comprometidas <b>M/P</b> alteración de la presión arterial, edemas extremidades inferiores.				
<b>Resultados esperados- NOC:</b> severidad de la pérdida de sangre, Hidratación				
<b>Objetivo de</b>	<b>Escala de medición</b>		<b>Puntuación DIANA</b>	

<b>enfermería</b>		
Reestablecer el volumen de líquidos y electrolitos bajo los siguientes indicadores:	1: Gravemente comprometido 2: Sustancialmente comprometido 3: Moderadamente comprometido 4: Levemente comprometido 5: No comprometido	<b>Mantener a</b> <b>Aumentar a</b> <b>1 5</b> <b>3 5</b> <b>3 5</b> <b>3 5</b> <b>3 5</b> <b>2 5</b> <b>2 5</b> <b>3 5</b> <b>2 5</b> <b>2 5</b> <b>3 5</b>
<b>Indicadores</b>		
041301 – Control de la presión arterial 041306 – Mantiene el objetivo de presión arterial 041309 – Aumento de la presión arterial sistólica 041310 – Aumento de la presión arterial diastólica 041311 – Limita la ingestión de sodio 041313 - Convulsiones 041317 - Conocimiento de las complicaciones de la hipertensión 060201 -Cefaleas		
<b>Intervenciones de enfermería NIC</b>		
<b>Etiqueta: Monitorización de signos vitales Código: 6680</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Canalizar y mantener 2 periféricas de gran calibre.</li> <li>✓ Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda</li> </ul>		

- ✓ Anotar valores de laboratorio: hematología, bioquímica y gasometría (poner en conocimiento de los médicos)
- ✓ Proporcionar manta térmica para aumentar y mantener

**Etiqueta: Manejo de líquidos Código: 4120**

- ✓ Realizar sondaje vesical, si es preciso
- ✓ Administración de medicación según el ministerio de salud pública dosis de impregnación con sulfato de magnesio y dosis de mantenimiento.
- ✓ Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática)
- ✓ Controlar resultados de laboratorios relevantes
- ✓ Administrar terapia IV, según prescripción médica
- ✓ Distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez LAR, Villagómez Vega. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Scielo: Revista Eugenio Espejo. [Revista de internet]. 2019.. Disponible en: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2661-67422019000200079](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422019000200079).
2. Andrés. NB, Ledesma Redrado.. Plan de cuidados de enfermería en la preeclampsia. A propósito de un caso. Revista sanitaria de investigación. [Revista de internet]. 2021.;(ISSN: 2660-7085). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-la-preeclampsia-a-proposito-de-un-caso/>.
3. Cárdenas CD. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. [Revista de internet]. 2021.. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422021000500007](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000500007).
4. Aguirre YA. Preeclampsia y eclampsia en el período gravídico y puerperal en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. [Revista de internet]. 2019.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2019000100014&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2019000100014&script=sci_abstract).
5. Chamyan JM, Chamyan , Kryzanowsk , Gandulia S, Salgado , Santin. Prevalencia de Preeclampsia y sus complicaciones en el Hospital de clínicas: estudio observacional: 2014-2018. Revista Facultad de Medicina. [Revista de internet]. 2021.. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/334-Texto%20del%20art%C3%ADculo-884-1-10-20210902.pdf>.
6. Lagunas T. Factores de risco psicossociais associados a pré-eclâmpsia em mulheres mexicanas: análise comparada em três Estados. Scielo: Enfermeria Unversitaria. [Revista de internet]. 2018.. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632018000300226](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000300226).
7. Salamanca-Sánchez AL, Nieves Díaz , Arenas Cárdenas.. Preeclampsia: prevalencia y factores asociados en gestantes de una institución de salud en Boyacá en el periodo 2015 a 2017. Revista de Investigación en Salud. [Revista de internet]. 2019.. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/ajferrebuz,+art-2.pdf>.
8. Rodríguez LLM, Estupiñan Ramírez , Torres Yamunaque , Cacay Ramos L. Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. [Revista de internet]. 2020.. Disponible en: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-PreeclampsiaSeveraYSusComplicacionesAPropositoDeUn-7999162%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-PreeclampsiaSeveraYSusComplicacionesAPropositoDeUn-7999162%20(2).pdf).
9. Flores MMM, Montes Vélez. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. [Revista de internet]. 2022.. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-IncidenciaYSeveridadDeLaPreeclampsiaEnElEcuador-8383458.pdf>.

10. Vásquez DMLG, Cisneros Orozco DJ, Moya Robles DA. Suplementos vitamínicos, aspirina y prevención de preeclampsia en mujeres de alto riesgo. Revista Médica Sinergia. [Revista de internet]. 2022.. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-SuplementosVitaminicosAspirinaYPrevencionDePreecla-8490690.pdf>.
11. Milanes GT, Malcolm Suárez A, Mendoza Castro M, Ttito Hurtado. Hellp síndrome. Presentación de un caso y revisión de la entidad. Scielo: Revista Multimed. [Revista de internet]. 2019.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000400786](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000400786).
12. Sanchez DKH. PREECLAMPSIA. revista bibliografica. costa rica: Hospital de Guápiles, ciencias medicas; 2018. Report No.: 1.
13. Lorenti DJR, Vargas López; RS, Karla Estefanía López Olives KELOKELO, Reyes Yagual El. Fisiopatología y riesgo materno-fetal asociados a la preeclampsia. Revista científica mundo de la investigación y el conocimiento. [Revista de internet]. 2019.; 3(3). Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-FisiopatologiaYRiesgoMaternofetalAsociadosALaPreec-7402238.pdf>.
14. Varsha Velumani , Durán Cárdenasa , Hernández Gutiérrez S. Preeclampsia: Una mirada a una enfermedad mortal. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. [Revista de internet]. 2021 Julio.; 64(5). Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v64n5/2448-4865-facmed-64-05-7.pdf>.
15. Calvo DJP, Pereira Rodríguez , Quirós Figueroa. Actualización en Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. [Revista de internet]. 2020 Enero.; 5(1).
16. Ruilova JDC, Pereira Ponton M, Ollague Armijos R. Factores de riesgo de preeclampsia. Revista científica de investigacion actualizacion del mundo de las ciencias. [Revista de internet]. 2019.;(ISSN: 2588-0748, 2018,). Disponible en: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/384>.
17. Pública MdS. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guia de Práctica Clínica. [Revista de internet]. 2016.. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP\\_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf).
18. Naranjo-Hernández DCY, González Hernández ML, Sánchez Carminate LM. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Revista de internet]. 2018 Noviembre- Diciembre.; 22(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552018000600831](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552018000600831).
19. Miranda-Limachi KE, Y. Rodríguez-Núñez , M. Cajachagua-Castro. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. Scielo: Enfermería Universitaria. [Revista de internet]. 2019.. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000400374](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400374).

20. Martorell LdlCM. Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. Scielo: Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. [Revista de internet]. 2020.. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892019000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000400010).
21. Chamba Tandazo , Paccha-Tamay , Aguilar-Ramírez , Romero-Encalada , Rodríguez-Sotomayor JdR. Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería en un Hospital Obstétrico. Revista Cubana: Dominio de las Ciencias. [Revista de internet]. 2021.. Disponible en: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-EvaluacionDelProcesoDeAtencionDeEnfermeriaEnUnHosp-8383996%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-EvaluacionDelProcesoDeAtencionDeEnfermeriaEnUnHosp-8383996%20(1).pdf).
22. Martorell LdlCM. Proceso de Atención de enfermería en el Instituto de Hematología e Inmunología. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. [Revista de internet]. 2019.. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubheminmhem/rch-2019/rch194j.pdf>.
23. Guerrero J, Landy M, Calderón V. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE MARJORY GORDON EN PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA. Revista Ocronos. [Revista de internet]. 2020.. Disponible en: <https://revistamedica.com/atencion-de-enfermeria-modelo-marjory-gordon-esclerosis-lateral-amiotrofica/>.
24. Moreira-Flores MM, Ramona Soledad Montes-Vélez. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. Revista ciencias de la salud articulo de investigación. [Revista de internet]. 2022 Enero.; 8(1). Disponible en: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-IncidenciaYSeveridadDeLaPreeclampsiaEnElEcuador-8383458%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-IncidenciaYSeveridadDeLaPreeclampsiaEnElEcuador-8383458%20(1).pdf).
25. Cabello ÁAV. Factores Predisponentes de Preeclampsia en Mujeres Gestantes en el Centro de Salud. [Revista de internet]. 2022.; 7(2). Disponible en: [file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-FactoresPredisponentesDePreeclampsiaEnMujeresGesta-8627050%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-FactoresPredisponentesDePreeclampsiaEnMujeresGesta-8627050%20(1).pdf).
26. preeclampsia/eclampsia Idlpydodl. Importancia de la prevención y detección oportuna de la preeclampsia/eclampsia. Revista Eugenio Espejo. [Revista de internet]. 2023.. Disponible en: <file:///C:/Users/Admin/Downloads/Dialnet-ImportanciaDeLaPrevencionYDeteccionOportunaDeLaPre-8737491.pdf>.
27. Lamata IMC. Preeclampsia grave en embarazo pretérmino. A propósito de un caso. Revista Sanitaria de Investigación. [Revista de internet]. 2023.. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/preeclampsia-grave-en-embarazo-pretermino-a-proposito-de-un-caso/>.
28. Gaona J. MANEJO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA. Ocronos. [Revista de internet]. 2021.. Disponible en: <https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-preeclampsia/>.

29. Tigrero KTR, Crespo Zamora V, Galarza Ibáñez , Naranjo Ramos A. Morbimortalidad materna en síndrome de Hellp. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. [Revista de internet]. 2020 Marzo..<https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/795>.