



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON
PREECLAMPSIA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON**

**ORBE QUITIO ALEX FERNANDO
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**URDIALES CARDENAS ASHLEY NAOMY
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2023**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE
CON PREECLAMPSIA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON**

**ORBE QUITIO ALEX FERNANDO
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**URDIALES CARDENAS ASHLEY NAOMY
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**MACHALA
2023**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE CASOS

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE
CON PREECLAMPSIA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA
HENDERSON**

**ORBE QUITIO ALEX FERNANDO
LICENCIADO EN ENFERMERIA**

**URDIALES CARDENAS ASHLEY NAOMY
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

ROMAN RELICA LAURA GEANELLA

**MACHALA
2023**

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON PRECLAMPSIA BASADO EN LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.pdf

por Alex Fernando Orbe Quitio
Ashley Naomy Urdiales Cardenas

Fecha de entrega: 01-may-2024 03:04p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2368121521

Nombre del archivo:

PROCESO_DE_ATENCION_DE_ENFERMERÍA_EN_GESTANTE_CON_PRECLAMPSIA_BASADO_EN_LA_TEORIA_DE_VIRGINIA_HENDERSON.pdf
(345.19K)

Total de palabras: 7467

Total de caracteres: 42704

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON PRECLAMPSIA BASADO EN LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.pdf

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

3%

www.scribd.com

Fuente de Internet

2%

[/document/372713017/MSP-Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3-pdf](#)

1%

[/doc/235788880/Informe3-ME-ONS-Definitivo](#)

< 1%

[/document/267165904/Enfermeria-en-Cuidados-Al-Paciente-Quirurgico-y-Postquirurgico](#)

< 1%

★ [/doc/8953670/Derechos-Humanos-en-Africa](#)

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

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

Los que suscriben, ORBE QUITIO ALEX FERNANDO y URDIALES CARDENAS ASHLEY NAOMY, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN GESTANTE CON PREECLAMPSIA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON, 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.



ORBE QUITIO ALEX FERNANDO

0604960872



URDIALES CARDENAS ASHLEY NAOMY

0704466721

RESUMEN

En la atención sanitaria, enfermería desempeña un rol esencial en la promoción y bienestar en la salud de los pacientes. Esta disciplina se centra en la prevención de enfermedades y la educación de los pacientes, siendo clave para mejorar los resultados en salud a través de intervenciones proactivas y educativas. La mortandad materna representa un reto significativo para la salud pública mundial. Según la OMS, la incidencia de preeclampsia varía entre el 2 y el 10% de todos los embarazos. Además, la prevalencia de esta condición es seis veces superior en países en vías de desarrollo. La finalidad del presente trabajo es aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con preeclampsia, fundamentado en los principios de la teoría de Virginia Henderson, optimizando la calidad de la atención y los resultados de salud materno-fetales, utilizando una metodología cualitativa descriptiva básica, donde se examina a través de la revisión de la historia clínica de una paciente de 37 años con diagnóstico de preeclampsia fundamentando el rol del profesional de enfermería en las 14 necesidades básicas plasmadas en la teoría de Virginia Henderson. La evolución de la paciente fue favorable tras el parto por cesárea, con una recuperación estable y el inicio de la lactancia materna exclusiva. Se brindaron instrucciones sobre cuidados postparto y se enfatizó en la importancia de la planificación familiar y el seguimiento del bienestar tanto de la madre como del recién nacido. Este estudio destaca la importancia de un modelo de atención de enfermería bien estructurado y la integración de un enfoque holístico que abarque tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales del cuidado es crucial para mejorar los resultados de salud materno-fetales.

Palabras claves: Preeclampsia; Atención de Enfermería; Teoría de Enfermería

ABSTRACT

In healthcare, nursing plays an essential role in promoting the health and well-being of patients. This discipline focuses on disease prevention and patient education, being key to improving health outcomes through proactive and educational interventions. Maternal mortality represents a significant challenge for global public health. According to the WHO, the incidence of preeclampsia varies between 2% and 10% of all pregnancies. Moreover, the prevalence of this condition is six times higher in developing countries. The purpose of this study is to apply the nursing care process to a patient with preeclampsia, based on the principles of Virginia Henderson's theory, optimizing the quality of care and maternal-fetal health outcomes, using a basic descriptive qualitative methodology, where it is examined through the review of the clinical history of a 37-year-old patient diagnosed with preeclampsia, underpinning the role of the nursing professional in the 14 basic needs outlined in Virginia Henderson's theory. The patient's evolution was favorable after the cesarean delivery, with a stable recovery and the initiation of exclusive breastfeeding. Postpartum care instructions were provided, and the importance of family planning and monitoring the well-being of both the mother and the newborn was emphasized. This study highlights the importance of a well-structured nursing care model and the integration of a holistic approach that encompasses both the physical and emotional and social aspects of care is crucial to improving maternal-fetal health outcomes.

Keywords: Pre-Eclampsia; Nursing Care; Nursing Theory

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN..... | 3 |
| ABSTRACT | 3 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| 1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO | 7 |
| 1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO..... | 7 |
| 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 8 |
| 1.3. HECHO DE INTERÉS..... | 9 |
| 1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 10 |
| OBJETIVO GENERAL | 10 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 10 |
| 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO- EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO | 10 |
| 2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA.... | 10 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN | 11 |
| 3. PROCESO METODOLOGICO | 21 |
| 3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA..... | 21 |
| 3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 22 |
| 4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN..... | 27 |
| CONCLUSIÓN | 28 |
| RECOMENDACIÓN | 28 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS..... | 29 |
| ANEXOS..... | 33 |
| PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 1 | 33 |
| PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2 | 35 |
| PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 3 | 37 |
| PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 4 | 39 |

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia se define como el aumento de la presión arterial acompañada de la presencia de proteínas en la orina, o bien, hipertensión sola o con proteínas en la orina, junto con daño en órganos específicos, a partir de la segunda mitad del embarazo. La manifestación de esta condición puede ocurrir tras el parto o durante los primeros 20 semanas de embarazo, en contextos tales como púrpura trombocitopénica trombótica, mola hidatiforme, nefritis lúpica, síndrome antifosfolipídico, síndrome urémico hemolítico e hígado graso agudo de la gestación. Adicionalmente, esta afección tiene el potencial de impactar diversos órganos y sistemas corporales ^(1,2).

En la atención sanitaria, la enfermería desempeña un rol esencial en la promoción y bienestar en la salud de los pacientes. Esta disciplina se centra en la prevención de enfermedades y la educación de los pacientes, siendo clave para mejorar los resultados en salud a través de intervenciones proactivas y educativas. En particular, las complicaciones durante el embarazo representan un desafío clínico y una preocupación constante para los profesionales sanitarios. En la pesquisa de Guzmán Yara et al. ⁽³⁾ menciona que la preeclampsia, es una alteración multisistémica que perturba a las gestantes, poniendo en riesgo tanto su propia salud como la de su feto. Ante esta situación, es imperativo contar con un enfoque de atención integral las insuficiencias de las embarazadas que padecen esta condición. La preeclampsia es la afección más frecuente con una incidencia de alrededor del 2 al 8 %. Se subdivide en preeclampsia no grave que representa alrededor del 60 al 70 % de los casos; preeclampsia grave y eclampsia. Dicha patología aumenta la morbimortalidad materna y perinatal.

La mortandad materna representa un reto significativo para la salud pública mundial. En respuesta a esta problemática, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000, aprobó la Declaración del Milenio, que fue ratificada por 189 países y respaldada por 147 jefes de Estado. Consecuentemente, en la Cumbre del Milenio de la ONU, se instauraron los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dentro de estos objetivos, se estipuló que los países debían comprometerse a alcanzar el Objetivo número 3 para el año 2030. Dicho objetivo estaba centrado en el progreso de la salud materna y la disminución en un 75% de la mortalidad materna entre 2015 y 2030 ⁽²⁾. Es importante destacar que, en América Latina y el Caribe, datos oficiales emitidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) revelan que, en el año 2015, se contabilizaron 9,500 defunciones maternas. Esto equivale a una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 88.9 por cada 100,000 nacimientos vivos. Adicionalmente, nueve países de la región

exhibieron cifras de RMM que superaron el promedio regional, incluyendo a Surinam, República Dominicana, Bolivia, Haití, Paraguay, Perú y Honduras ^(4,5).

A nivel global, la preeclampsia es responsable entre el 10 al 15% de todas las muertes maternas. Estas defunciones están asociadas a diversos factores etiológicos, incluyendo anomalías inmunológicas, trombosis, genética, adaptación placentaria deficiente y estrés oxidativo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de preeclampsia varía entre el 2 y el 10% de todos los embarazos. Además, la prevalencia de esta condición es seis veces superior en países en vías de desarrollo ⁽⁶⁾.

En República Dominicana, la preeclampsia-eclampsia constituye el principal origen de mortalidad materna, con una razón de mortalidad de 104 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos ⁽⁷⁾. Este dato subraya la gravedad del problema en el país. De forma similar, en nuestro contexto nacional, preeclampsia y eclampsia son las causas de muerte materna, representando aproximadamente el 27.53% de todas las causas. Específicamente, las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí, Azuay y Chimborazo reportan más incidencias de estos decesos ^(2,8).

En este contexto, la teoría de Virginia Henderson cobra relevancia al proporcionar un marco conceptual sólido para la práctica de enfermería siendo una de las figuras más influyentes en la enfermería, concibió su modelo teórico bajo la premisa en ayudar a los individuos a conservar su independencia y satisfacer sus necesidades básicas. Su modelo se centra en la atención holística y en la colaboración con los pacientes para alcanzar un estado óptimo de salud.

Se explorará cómo los principios fundamentales de esta teoría pueden guiar la planificación, implementación y evaluación en mujeres preeclámpicas. Al abordar la preeclampsia desde una perspectiva que valora la autonomía y las necesidades básicas de las pacientes, se busca proporcionar un enfoque de cuidado integral que no solo atienda las manifestaciones clínicas de la enfermedad, sino que también considere el bienestar emocional y psicosocial de las gestantes.

En las siguientes secciones, se revisarán en detalle los componentes clave de la teoría de Henderson y cómo estos pueden aplicarse al proceso de atención de enfermería en gestantes con preeclampsia. Además, se examinarán las implicaciones prácticas de esta perspectiva teórica en la mejora de la calidad de la atención y los resultados de salud en este grupo de pacientes. La finalidad de esta investigación es aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con preeclampsia, fundamentado en los principios de la teoría de Virginia Henderson, optimizando la calidad de la atención y los resultados

de salud materno-fetales. En última instancia, se espera que este estudio contribuya a enriquecer la comprensión de cómo la teoría de Virginia Henderson puede ser una herramienta valiosa para guiar la práctica de enfermería en situaciones clínicas complejas como la preeclampsia, promoviendo así una atención más centrada en la paciente y basada en la evidencia.

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1.1. Definición del objeto de estudio.

La preeclampsia constituye un trastorno médico que se presenta en ciertas mujeres durante la gestación. Se determina por el desarrollo de hipertensión que surge a partir de la semana 20 de gestación y está acompañada por la proteinuria. La preeclampsia puede afectar diversos órganos, como los riñones, el hígado y el cerebro, y en casos graves puede evolucionar hacia una condición conocida como eclampsia, que involucra convulsiones potencialmente peligrosas ^(1,2, 10).

1.1.2. Contextualización del objeto de estudio.

La preeclampsia es un problema de salud grave que puede poner en riesgo tanto a la madre como al feto. Aunque sus causas exactas aún no se comprenden completamente, se cree que involucra problemas en el desarrollo de la placenta y en la función de los vasos sanguíneos que la alimentan. La placenta es un órgano vital durante el embarazo, ya que conecta al feto con la madre y suministra nutrientes y oxígeno ⁽¹⁰⁾.

Witcher, P. ⁽¹¹⁾ señala que los síntomas iniciales de la preeclampsia pueden ser difíciles de detectar, ya que pueden ser leves o incluso inexistentes. Sin embargo, las mujeres embarazadas deben someterse a controles regulares de presión arterial y análisis de orina para detectar signos tempranos. Entre los síntomas más comunes se incluyen la hipertensión, la hinchazón repentina en manos y cara, dolores de cabeza persistentes, cambios en la visión y dolor abdominal, entre otros.

Este trastorno hipertensivo gestacional puede tener consecuencias graves, como daño renal, problemas hepáticos, trastornos de la coagulación y riesgo aumentado de parto prematuro. En los casos más graves, puede provocar convulsiones, que es cuando se convierte en eclampsia. Dado que la preeclampsia puede desarrollarse rápidamente y empeorar, la atención médica regular y el seguimiento adecuado son fundamentales para su detección temprana y manejo ^(10, 11).

Garti, I. et al. ⁽¹²⁾ el tratamiento de la preeclampsia generalmente implica la administración de medicamentos para controlar la presión arterial y la observación cercana de la madre y el feto. En casos graves, es posible que el médico recomiende la inducción del parto o incluso una cesárea para garantizar la seguridad de la madre y el neonato. La preeclampsia por lo general disminuye después del parto, pero es importante seguir siendo vigilante en la atención posparto para garantizar una recuperación completa.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es una alteración gineco obstétrica grave que incide en una proporción considerable de mujeres durante el embarazo y supone un riesgo sustancial tanto para la salud materna como fetal. El manejo óptimo de la preeclampsia exige una atención médica y enfermera exhaustiva y meticulosa para asegurar el bienestar de la embarazada y la salud del feto en desarrollo. Dentro de este marco, la Teoría de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson ofrece un marco teórico esencial para el cuidado de pacientes, incluidas las mujeres embarazadas afectadas por preeclampsia.

Sin embargo, a pesar de la importancia de un enfoque basado en teorías de enfermería en la atención médica, la implementación práctica de la Teoría de Virginia Henderson en el proceso de atención de enfermería para gestantes con preeclampsia podría enfrentar desafíos y brechas significativas. La preeclampsia es una afección compleja que requiere intervenciones médicas específicas, monitoreo constante y una comprensión profunda de los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo.

Por lo tanto, el planteamiento del problema radica en la necesidad de explorar y comprender cómo el proceso de atención de enfermería en gestantes con preeclampsia puede ser diseñado, implementado y evaluado de manera efectiva utilizando los principios y las perspectivas fundamentales de la Teoría de Virginia Henderson. Esto implica analizar cómo las 14 Necesidades Básicas de Henderson pueden aplicarse en el contexto de la preeclampsia, cómo se pueden adaptar y personalizar las intervenciones de enfermería para abordar las necesidades únicas de estas pacientes y cómo la teoría puede contribuir a una atención más integral y centrada en la paciente.

Este estudio busca llenar un vacío en la literatura al proporcionar una comprensión más profunda de cómo la Teoría de Virginia Henderson puede ser aplicada en el contexto específico de la preeclampsia, contribuyendo así a la mejora de la calidad de la atención médica y de enfermería proporcionada a las gestantes afectadas por esta condición.

1.3. HECHO DE INTERÉS

Durante el desarrollo de la investigación titulada "Proceso de Atención de Enfermería en gestante con preeclampsia basado en la teoría de Virginia Henderson", se identificó un caso que ilustra la importancia de aplicar los principios de la teoría en la práctica clínica para mejorar la atención a las gestantes afectadas por preeclampsia.

El caso involucra a una gestante de 37 años, que ingresó a la unidad de centro obstétrico para la realización de una cesárea de emergencia por embarazo de 39.6 semanas de gestación, primigesta con síntomas de dolor abdominal tipo contracción uterina, presión arterial 160/90 mmHg en dos tomas de 30 minutos y proteinuria significativos, confirmando el diagnóstico de preeclampsia. La paciente presentaba ansiedad, confusión y temor debido a la incertidumbre sobre su condición y el bienestar de su feto. Luego de la intervención, se obtiene producto vivo, único, cefálico, de fácil extracción, sexo masculino líquido amniótico escaso fluido, teñido +++ verde amarillento, peso 3860 gramos, apgar 8/9, talla: 50 cm, perímetro cefálico: 35.5 cm, perímetro abdominal: 33, perímetro torácico: 35 cm, perímetro braquial: 12 cm, pie: 8 cm, capurro: 40 semanas, alumbramiento inmediato con extracción completa de placenta y membranas. sangrado aproximadamente 400 cc.

Aplicando los principios de la teoría, se implementaron estrategias para asegurar que la paciente recibiera cuidados personalizados y centrados en sus necesidades individuales. Se brindó apoyo emocional y se fomentó la comunicación abierta para reducir su ansiedad y miedo. Se realizaron controles frecuentes de su presión arterial y se monitorearon los signos vitales, asegurando una atención médica constante.

Nosotros como personal de Enfermería asignados a la paciente se aseguró de explicar cada paso del proceso, brindando educación sobre la preeclampsia y su manejo, lo que permitió que la paciente comprendiera mejor su situación y tomara decisiones informadas. La gestante se sintió cuidada, escuchada y apoyada en todo momento, lo que contribuyó a su bienestar emocional y físico.

Este caso ejemplifica cómo la aplicación de la Teoría de Virginia Henderson en el proceso de atención de enfermería puede tener un impacto significativo en la experiencia de la paciente y en los resultados de salud. Proporciona evidencia concreta de cómo considerar las 14 Necesidades Básicas de Henderson puede guiar la atención hacia un enfoque más holístico y humano, mejorando la calidad de vida de las gestantes con preeclampsia y sus bebés.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

1. Aplicar el proceso de atención de enfermería en una paciente con preeclampsia, fundamentado en los principios de la teoría de Virginia Henderson, optimizando la calidad de la atención y los resultados de salud materno-fetales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Examinar los conceptos clave de la teoría de Virginia Henderson y su relevancia en el cuidado de enfermería a gestantes con preeclampsia, enfocándose en la satisfacción de las necesidades básicas y el apoyo a la autonomía de la paciente.
2. Describir la prevalencia y las características clínicas de la preeclampsia en la población estudiada, identificando los factores de riesgo y manifestaciones más comunes para establecer protocolos de detección precoz y manejo efectivo.
3. Implementar un plan de cuidado de enfermería personalizado que integre las necesidades físicas, emocionales y sociales de las gestantes con preeclampsia, utilizando la teoría de Virginia Henderson como marco de referencia para asegurar un enfoque holístico y centrado en la paciente.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO- EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA

2.1.1. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

La historia natural de la enfermedad describe la evolución y los diferentes estadios de una condición médica desde su inicio hasta su resolución o resultado final. A continuación, se presenta la historia natural de la preeclampsia:

Susceptibilidad y factores de riesgo:

La predisposición genética, antecedentes familiares de preeclampsia, la primera gestación, la edad avanzada de la madre (adolescentes o mayores de 35 años), el embarazo múltiple, la hipertensión previa al embarazo, la obesidad, la diabetes y enfermedades renales crónicas son factores que aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia ⁽¹³⁾.

Inicio:

La preeclampsia generalmente se desarrolla después de la semana 20 de gestación, aunque puede ocurrir más temprano en casos graves. Comienza con un desequilibrio en la función de los vasos sanguíneos que irrigan la placenta y otros órganos, lo que puede llevar a una disminución del flujo sanguíneo y una respuesta inflamatoria sistémica ⁽¹¹⁾.

Fase preclínica:

Corrigan L ⁽¹³⁾, menciona que, en la etapa temprana, la preeclampsia puede ser asintomática o mostrar síntomas leves y no específicos, como hinchazón en manos y pies, aumento de peso repentino, dolores de cabeza leves y cambios visuales sutiles. La hipertensión y la proteinuria, que son los marcadores clave de la preeclampsia, pueden no ser evidentes en esta fase.

Fase clínica:

A medida que progresa la preeclampsia, los síntomas se vuelven más pronunciados. La hipertensión arterial persistente, la proteinuria significativa (exceso de proteínas en la orina), la hinchazón más grave (edema), dolores de cabeza intensos, trastornos visuales (como visión borrosa o destellos luminosos) y dolor en la parte superior del abdomen pueden presentarse. En casos graves, pueden surgir complicaciones como disfunción renal, daño hepático, trastornos de coagulación y problemas con el flujo sanguíneo al cerebro ^(1, 13).

Eclampsia (complicación grave):

En algunos casos, la preeclampsia puede progresar a eclampsia, una condición en la que se desarrollan convulsiones potencialmente mortales. Estas convulsiones pueden tener graves consecuencias para la madre y el feto, y requieren atención médica urgente ⁽¹⁾.

Recuperación:

La mayoría de las mujeres experimentan una mejora significativa después del parto. Sin embargo, algunas pueden enfrentar desafíos de salud a largo plazo, como hipertensión crónica o riesgo elevado de enfermedad cardiovascular en el futuro.

La preeclampsia es un ejemplo de cómo una condición médica puede progresar desde una fase asintomática hasta síntomas graves y, en casos extremos, desencadenar complicaciones potencialmente mortales. El diagnóstico temprano, la atención médica adecuada y la implementación de estrategias preventivas son fundamentales para manejar la preeclampsia y minimizar sus riesgos ⁽¹³⁾.

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Preeclampsia.

La preeclampsia constituye un trastorno médico que se presenta en ciertas mujeres durante la gestación. Se determina por el desarrollo de hipertensión que surge a partir de la semana 20 de gestación y está acompañada por la proteinuria. La preeclampsia puede afectar diversos órganos, como los riñones, el hígado y el cerebro, y en casos graves puede evolucionar hacia una condición conocida como eclampsia, que involucra convulsiones potencialmente peligrosas ^(1,2, 10).

2.2.2. Fisiopatología

La etiología precisa no ha sido completamente estudiada; no obstante, gracias a investigaciones epidemiológicas y experimentales, se ha ampliado la comprensión de la fisiopatología presumiblemente asociada con esta afección.

Durante un embarazo normal, se produce una reestructuración de las arterias espirales, responsables de la perfusión placentaria y, en consecuencia, del suministro sanguíneo al feto. En consecuencia, se forman vasos estrechos que provocan una perfusión insuficiente de la placenta ^(14, 15).

Las anomalías en la vascularización placentaria desencadenan una serie de acontecimientos que contribuyen a la patogénesis de la preeclampsia. Por lo tanto, se postula que la presencia de tejido placentario desempeña un papel fundamental en esta afección, convirtiéndola en una enfermedad intrínseca al embarazo. En la mayoría de los casos, esta afección tiende a resolverse en los primeros días o semanas después del parto, cuando la placenta es expulsada ^(14, 16). La isquemia del tejido placentario resulta en la liberación de factores tisulares que alteran el endotelio, causando disfunción vascular endotelial. Esta disfunción, a su vez, explica los síntomas multisistémicos característicos ⁽¹⁴⁾.

La alteración del tono vascular conduce a la hipertensión arterial, y el aumento de la permeabilidad vascular provoca proteinuria y edema. La activación anormal de procoagulantes tisulares aumenta la tendencia a la hipercoagulabilidad ⁽¹⁵⁾.

Dado que la preeclampsia afecta varios sistemas del cuerpo, los problemas en la vascularización de ciertos órganos explican los síntomas como restricción del crecimiento intrauterino, convulsiones, cefalea, problemas visuales, y dolor epigástrico ^(14, 15).

Determinadas condiciones clínicas que comprometen la integridad vascular se establecen como factores de riesgo para la preeclampsia debido a la hipoperfusión resultante. Patologías como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial crónica, enfermedades del colágeno como el lupus eritematoso sistémico, trombofilias y afecciones renales se asocian con un incremento en el riesgo de desarrollar esta complicación.

Adicionalmente, ciertas condiciones obstétricas que impactan el crecimiento placentario donde existe una reducción de la perfusión placentaria, incrementando el riesgo de preeclampsia. Entre estas condiciones se incluyen embarazos múltiples y enfermedad trofoblástica gestacional ⁽¹⁷⁾.

Se sugiere un componente genético en la patogénesis de la preeclampsia, basado en datos epidemiológicos. Estudios muestran un incremento de casos entre mujeres con familiares

de primer grado que han padecido esta condición. Este riesgo se intensifica en mujeres que han experimentado preeclampsia en gestaciones previas, alcanzando un riesgo hasta siete veces superior. Además, la influencia genética como factor de riesgo se refleja en la mayor prevalencia de preeclampsia en embarazos con fetos masculinos y en madres que han sufrido previamente esta condición ⁽¹⁴⁾.

Aunque la mayoría de las pacientes experimentan mejoría dentro de los 2 meses posteriores al parto, hay casos excepcionales en los que la preeclampsia se manifiesta después del parto. Desde una perspectiva fisiopatológica, este inicio postparto se ha vinculado con un mayor volumen de líquido intravascular debido a la movilización de líquidos ^(14, 18).

Con un entendimiento de los mecanismos y fundamentos fisiológicos que están ampliamente aceptados y relacionados con la preeclampsia, es evidente que los factores de riesgo que deben evaluarse en cada usuario son reconocidos

2.2.3. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que predisponen a la preeclampsia están:

Tabla 1. Factores de riesgo.

| Autores | Complicaciones maternas |
|----------------------------|---|
| Pereira J, et al. (2019) | Diabetes mellitus, patologías renales e hipertensión arterial crónica ⁽¹⁶⁾ . |
| Valdés G. (2019) | Obesidad, Hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes mellitus, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular (ECV), estrés oxidativo, inflamación, apnea del sueño y estados procoagulantes ⁽¹⁹⁾ . |
| Corrigan, L. et al. (2021) | Diabetes preexistente, diabetes gestacional, obesidad y aquellas de ≥ 40 años, tabaquismo ⁽¹³⁾ . |

Elaborado por: Los autores

Una vez identificado dentro de las investigaciones, se puede manifestar que hay difere factores de riesgo que aumentan las probabilidades de desarrollar preeclampsia. Estos incluyen antecedentes familiares de preeclampsia, historia previa de la enfermedad, primer embarazo, enfermedades preexistentes como diabetes o hipertensión, embarazos múltiples, enfermedades renales y trastornos autoinmunes como el lupus. También se ha

observado un vínculo con ciertas características genéticas y de género, como la presencia de un feto masculino en un embarazo anterior con preeclampsia. La identificación y evaluación de estos factores de riesgo son importantes para el monitoreo y la atención adecuada de las mujeres embarazadas.

2.2.4. Manifestaciones clínicas.

En algunos casos, la aparición de síntomas es gradual, mientras que, en otros, las complicaciones pueden avanzar hacia condiciones potencialmente letales en horas. La magnitud de la hipertensión arterial no necesariamente correlaciona con las manifestaciones clínicas; por ende, la medición de la presión arterial no se considera un indicador fiable de sintomatología. Es crucial mantener un alto nivel de sospecha en pacientes que presenten síntomas sugerentes, aun en ausencia de hipertensión marcada. Los síntomas más comunes de la preeclampsia incluyen visión borrosa, cefalea, fotofobia, escotomas, epigastralgia, disnea, dolor torácico e incluso ceguera temporal ⁽²⁰⁾.

Por otro lado, Pereira CJ., et al. ⁽¹⁶⁾ describe los siguientes signos y síntomas característicos:

- PAS superior a 160 mmHg o PAD mayor a 110 mmHg en dos mediciones separadas por al menos cuatro horas.
- Alteraciones visuales o cefalea.
- Alteración hepática.
- Trombocitopenia (<100,000).
- Insuficiencia renal, creatinina > 1.1 mg/dL
- Edema pulmonar.

2.2.5. Diagnóstico

Durante gestación, la tensión arterial es uno de los constantes vitales que sufre transformaciones siguiendo un patrón claro y definido durante los tres trimestres.

Los trastornos hipertensivos que pueden manifestarse durante la gestación HTA gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp. Es crucial esta identificación, ya que cada condición requiere un manejo y enfoque terapéutico distinto ^(18, 20).

Aunque este trastorno hipertensivo está vinculado a complicaciones serias, su diagnóstico se fundamenta en criterios que han evolucionado a lo largo del tiempo. La aplicación de estos criterios es esencial para identificar eficazmente los casos sospechosos de preeclampsia.

Se establece el diagnóstico de preeclampsia cuando una gestante, tras las 20 semanas de embarazo, exhibe una presión arterial sistólica superior a 140 mmHg o una presión

arterial diastólica superior a 90 mmHg en dos mediciones distanciadas por un período de cuatro horas. Adicionalmente, debe presentarse evidencia de proteinuria superior a 0.3 g en una recolección de orina de 24 horas, un índice proteína-creatinina mayor a 0.3 mg, o un resultado superior a 2+ en tiras reactivas ^(18, 20).

En 2013, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG) recomendó que, incluso en ausencia de proteinuria, una paciente que presente hipertensión después de las 20 semanas de gestación y muestre factores de gravedad tales como trombocitopenia, alteraciones hepáticas, niveles de creatinina superiores a 1.1 mg/dL, edema pulmonar o síntomas característicos de preeclampsia, debería ser diagnosticada con esta condición ^(20, 21).

Tabla 2. Resultados de tirilla reactiva

| Efectos de tirilla reactiva | Parámetros |
|------------------------------------|-------------------|
| Negativa | <30 mg/dL |
| +1 | 30-100 mg/dL |
| +2 | 101-300 mg/dL |
| +3 | 301-1 000 mg/dL |
| +4 | > 1 000 mg/dL |

Fuente: GPC Trastornos hipertensivos del embarazo – MSP Ecuador ⁽¹⁾.

En pacientes con presión arterial alta crónica y proteinuria preexistente en la gestación, se establece el diagnóstico de preeclampsia, tras las 20 semanas de gestación, la hipertensión se torna resistente al tratamiento o si emergen signos y síntomas típicos de preeclampsia ^(18, 20).

2.2.6. Tratamiento

Se aconseja derivar a las pacientes con cualquier trastorno hipertensivo del embarazo con signos de exacerbación o que presenten un cuadro clínico severo a un nivel de atención adecuado. Es especialmente crítico referir a aquellas en riesgo de complicaciones donde la salud de la madre o del feto puede deteriorarse de manera impredecible ⁽¹⁾.

Intraparto.

Independientemente de si la preeclampsia presenta criterios de severidad o no, la elección del método de parto se fundamenta en las indicaciones obstétricas generales, y la preeclampsia por sí misma no justifica un parto por cesárea. Durante el periodo intraparto, es esencial un monitoreo riguroso de la presión arterial, iniciando tratamiento en aquellos casos con presiones arterialmente severas, mediante administración parenteral intravenosa u oral según la disponibilidad y las características del caso. En pacientes con criterios de severidad y sin contraindicaciones, se recomienda iniciar la profilaxis con sulfato de magnesio para prevenir el desarrollo de eclampsia ⁽¹⁶⁾.

Posparto.

La fluidoterapia durante el parto, vasoconstricción sistémica postparto, y redistribución de líquido en el espacio extracelular, y los posibles efectos secundarios de medicamentos analgésicos como los AINES pueden provocar un incremento en la tensión arterial. En el posparto, ante la presencia de presiones arteriales elevadas, es crucial iniciar un manejo terapéutico proactivo, sin esperar la aparición de cifras de presión severamente elevadas. Dado que ya no hay preocupaciones por alteraciones en la perfusión placentaria, el tratamiento puede ser más agresivo ^(1,16).

Tabla 3. Fármacos orales utilizados en el tratamiento farmacológico de trastornos hipertensivos.

| Fármaco | Dosis |
|----------------------------|--|
| Nifedipino 10mg | Administrar 10 miligramos por vía oral cada 20-30 minutos, ajustando según la respuesta clínica del paciente. La dosis máxima es de 60 miligramos, seguida de una dosis de mantenimiento de 10 a 20 miligramos cada 6 horas por VO. |
| Hidralazina IV de 20 mg/ml | Administrar 5 mg por vía intravenosa inicialmente. Si la PAD no disminuye, continuar con dosis de 5 a 10 miligramos en bolos cada 20 a 30 minutos, o bien, administrar de 0.5 a 10 miligramos por hora por IV. Dosis máxima no debe exceder los 20 miligramos IV o 30 miligramos IM. |

| | |
|---|--|
| Labetalol líquido* parenteral. De 5 mg/ml | Iniciar con 20 miligramos IV, administrada durante un período de 2 minutos. Repetir esta dosis a intervalos de 10 minutos, incrementando en incrementos de 20 a 80 miligramos hasta alcanzar una dosis acumulada máxima de 300 miligramos. |
|---|--|

Fuente: GPC Trastornos hipertensivos del embarazo – MSP Ecuador ⁽¹⁾.

Tabla 4. Terapia farmacologica con sulfato de magnesio en preeclampsia (para prevención de eclampsia)

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

Fuente: GPC Trastornos hipertensivos del embarazo – MSP Ecuador ⁽¹⁾.

2.2.7. Complicaciones

Aunque el parto del bebé sigue siendo el único tratamiento definitivo para la preeclampsia, la resolución no es inmediata y las mujeres pueden requerir cuidados críticos durante los períodos intraparto y posparto. Una lista se proporciona en las complicaciones de la preeclampsia ⁽¹¹⁾:

Tabla 5. Complicaciones de la preeclampsia.

| |
|--|
| <p>Muerte materna.</p> <p>Neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones • Síndrome de encefalopatía posterior reversible • Ataque isquémico transitorio <p>Cardiopulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardiaca • Edema pulmonar |
|--|

- Crisis hipertensiva
- Infarto agudo de miocardio o isquemia

Hepático

- Hematoma subcapsular
- Rotura hepática

Hematológico

- Hemorragia post parto
- Desprendimiento de la placenta
- Coagulación intravascular diseminada
- Trombocitopenia

Oftalmológico

- Ceguera cortical
- Desprendimiento de retina

Uteroplacentario

- Restricción del crecimiento fetal intrauterino
- Muerte fetal intrauterina

Renal

- Lesión renal aguda
- Insuficiencia renal

Fuente: Preeclampsia: Acute Complications and Management Priorities. Witcher P. ⁽¹¹⁾

2.2.8. Prevención

A pesar de los esfuerzos realizados en diversos ensayos y análisis, se han implementado múltiples estrategias en un intento por prevenir esta afección hipertensiva. Sin embargo, la gran parte no han tenido buena respuesta, posiblemente debido a la compleja fisiopatología involucrada. Desarrollar una estrategia preventiva reviste una importancia crucial, ya que la preeclampsia conlleva repercusiones negativas tanto para la mujer como para el neonato. A pesar de las alternativas terapéuticas disponibles en la actualidad, es crucial destacar que el único enfoque curativo es el proceso del parto ⁽¹⁶⁾.

La prevención de la preeclampsia, especialmente en personas de alto riesgo, puede prevenir la morbilidad materna y fetal, como el parto prematuro, las limitaciones del crecimiento, la hospitalización en la UCIN, etc., y dar como resultado un embarazo y un parto seguros para las madres y los fetos ⁽⁶⁾.

Rahnemaei FA ⁽⁶⁾, et al., en su investigación identifica intervenciones que incluyeron fármacos anticoagulantes (heparina de bajo peso molecular, enoxaparina), aspirina, óxido

nítrico, yoga, y micronutrientes (l-arginina, vitamina E, C, ácido fólico, fitonutriente vitamina D, VtD + Calcio).

Por otra parte, Pereira CJ, et al., señala que existen medidas preventivas ineficientes, mas sin embargo son implementadas en dicha intervención, siendo los siguientes parámetros (Tabla 6):

Tabla 6. Medidas preventivas en preeclampsia

| Estrategias de prevención ineficientes |
|--|
| Aceite de pescado |
| Ácido fólico. |
| Óxido nítrico |
| Vitamina C |
| Vitamina D |
| Vitamina E |

Fuente: Actualización en preeclampsia ⁽¹⁶⁾.

2.2.9. Modelo teórico de Virginia Henderson

La teoría de Virginia Henderson en enfermería, frecuentemente denominada "Definición de las 14 necesidades básicas", constituye una de las contribuciones teóricas más significativas en el ámbito de la enfermería. Esta teoría fue formulada en la década de 1950 y ha ejercido una influencia notable en la evolución de la práctica y la educación enfermera ⁽⁹⁾, esta teoría proporciona un marco conceptual para la práctica de la enfermería al centrarse en el deleite de las necesidades humanas básicas de los pacientes. Henderson, reconocida como una de las teoristas más destacadas en la enfermería moderna, abordó la profesión desde una perspectiva holística, enfatizando la importancia de tratar a los pacientes como seres humanos completos y no solo como portadores de enfermedades. Su teoría se basa en la premisa de que la enfermería tiene el propósito fundamental de ayudar a las personas a realizar actividades que contribuyan a su salud, recuperación o bienestar, actividades que podrían realizar por sí mismas si tuvieran los recursos necesarios.

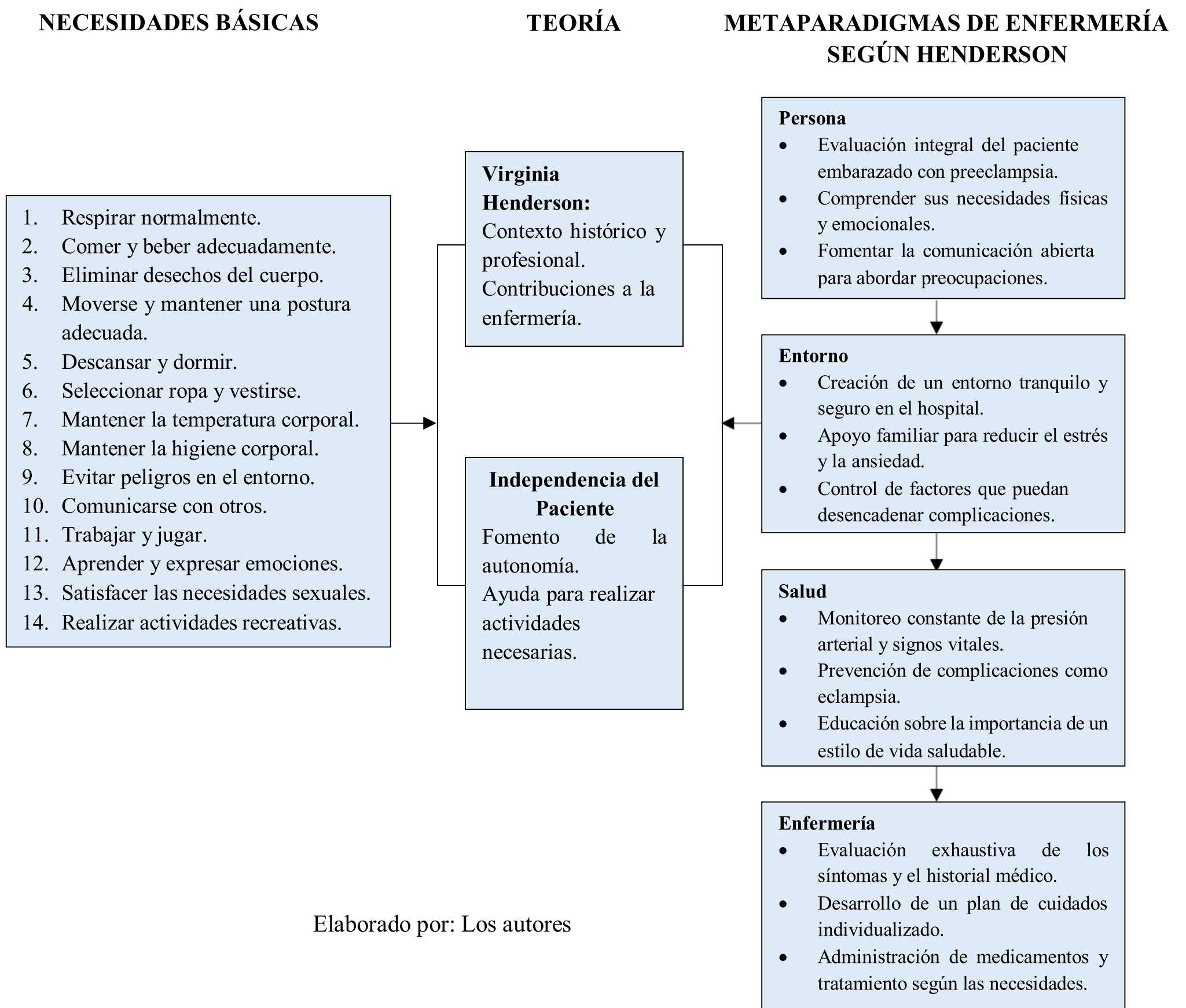
La teoría propuesta por Virginia Henderson se estructura alrededor de 14 necesidades básicas que cubren dimensiones físicas, psicológicas, emocionales y sociales de la persona. Estas necesidades fundamentales incluyen: respiración normal, ingesta adecuada de alimentos y líquidos, eliminación de desechos corporales, sueño y descanso, elección y uso de ropa adecuada, regulación de la temperatura corporal, higiene personal, seguridad del entorno, comunicación con otros, realización de trabajo y actividades

lúdicas, aprendizaje, expresión de emociones, satisfacción de necesidades sexuales y espirituales, y participación en actividades recreativas.

Además, proporciona una guía práctica para los enfermeros al abordar las necesidades esenciales de los pacientes y promover su independencia. A través de la aplicación de estas necesidades básicas, los profesionales de enfermería pueden identificar áreas de cuidado que van más allá de los aspectos físicos y se extienden a la dimensión emocional y social de la atención al paciente ⁽²²⁾.

En resumen, la teoría de Virginia Henderson en enfermería destaca la importancia de abordar las necesidades humanas fundamentales de los pacientes como base para proporcionar una atención de calidad. Su enfoque holístico y sus 14 necesidades básicas siguen siendo relevantes en la práctica contemporánea de la enfermería, alentando la atención centrada en el paciente y la promoción de la autonomía y el bienestar integral.

Gráfico 1. Metaparadigmas de la Teoría de Virginia Henderson Aplicados a Paciente con Preeclampsia



Elaborado por: Los autores

3. PROCESO METODOLOGICO

3.1. DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

3.1.1. Tipo de investigación.

Para llevar a cabo esta investigación de caso, se optó por la metodología cualitativa descriptiva básica, dado que se trata de una situación real que será examinada a través de la revisión de la historia clínica del paciente. Según las perspectivas de Tracy S., este enfoque de investigación se orienta hacia la obtención de datos descriptivos, lo que lo convierte en una elección idónea para el análisis detallado de un caso específico ⁽²³⁾.

3.1.2. Población de estudio.

Paciente femenina de 37 años.

3.1.3. Lugar de estudio.

La investigación se desarrolló en el Hospital IESS Machala, ubicado en la cabecera cantonal de la Provincia de El Oro.

3.1.4. Tipo de estudio.

La pesquisa utilizada fue descriptiva, según la explicación de Castro J et al. ⁽²⁴⁾, un estudio descriptivo implica recopilar información con el propósito de abordar interrogantes y verificar las hipótesis enunciadas en el plan de investigación.

3.1.5. Método.

Se pueden emplear varios métodos para investigar y comprender a fondo el proceso de atención de enfermería en este contexto específico.

Método de Estudio de Caso: Este método permite un examen detallado y profundo del caso en cuestión. Se recopilan datos a lo largo del tiempo para comprender la evolución de la gestante con preeclampsia, centrándose en cómo se aplican los principios de la Teoría de Virginia Henderson en la atención de enfermería.

Método Observacional: La observación directa de las interacciones entre la gestante y los profesionales de enfermería ofrece información valiosa sobre la aplicación práctica de los principios de Henderson. Observar la respuesta de la paciente a las intervenciones y la calidad de la atención proporcionada puede ser esencial para evaluar la efectividad del proceso de atención.

Método Entrevista: Las entrevistas con el personal de enfermería que participan en el cuidado de la gestante pueden proporcionar perspectivas sobre

cómo aplican la teoría en la práctica. También, entrevistar a la gestante brinda información sobre su experiencia y percepción del cuidado recibido.

Método Documental: La revisión de registros médicos, historias clínicas y registros de enfermería contribuyó a la recopilación de datos y permite evaluar la consistencia en la aplicación de la teoría.

3.1.6. Línea de investigación.

Prevención, promoción y cuidados.

3.1.7. Técnicas de investigación.

Observación directa, entrevista y revisión documental.

3.1.8. Instrumento de investigación.

Base de datos: Scopus, BVS, Scielo, Google Académico, Pubmed, WOS.

3.1.9. Proceso de recolección de datos en la investigación.

Se siguió el siguiente proceso:

Selección de participante: Se identificó y seleccionó a la gestante diagnosticada con preeclampsia.

Obtención de consentimiento informado: Antes de recopilar datos, se obtuvo el consentimiento informado.

Realización de entrevistas y observaciones: Se llevó a cabo las entrevistas.

Identificación de bases de datos: Identifica las fuentes de datos relevantes para tu estudio, se entrevistó a la gestante, se realizaron observaciones directas en el entorno clínico y revisión de documentos en la historia clínica y registros de enfermería.

Revisión documental: Se examinó cuidadosamente la documentación relevante, como historias clínicas y registros de enfermería.

Interpretación de resultados: Se interpretó los resultados de manera crítica y reflexiva.

3.2. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1.10. Aspectos éticos legales

Aspectos Éticos:

Consentimiento informado, confidencialidad, Beneficio y No Maleficencia, Voluntariedad de la Participación, Respeto por la Dignidad y Autonomía

Aspectos Legales:

Cumplimiento Normativo, Autorización Institucional, protección de la información.

3.1.11. Petición de acceso para el manejo de la historia clínica.

Con la finalidad de lograr la autorización para revisar la historia clínica de la paciente, se llevó a cabo la elaboración de un documento oficial dirigido al Departamento de Docencia e Investigación del Hospital IESS Machala, ubicado en el cantón Machala, provincia de El Oro. Este trámite se realizó mediante la intermediación de coordinación de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala.

3.1.12. Ubicación de la historia clínica.

La solicitud presentada obtuvo una respuesta afirmativa, lo que permitió obtener acceso directo a la historia clínica de la paciente mediante el sistema AS400.

3.1.13. Revisión de la historia clínica.

Se realizó posterior a la respuesta positiva por parte del departamento de docencia del Hospital IESS Machala, a través del sistema AS400 se pudo acceder a la recopilación de la información, además de haber hecho firmado el consentimiento informado a la gestante.

3.2. Sistema de categorización en el análisis de información.

3.2.1. Datos generales del paciente

- **Nombres y apellidos:** XXX
- **C. I:** XXX
- **Fecha de nacimiento:** 18/09/1988
- **Edad:** 35 años
- **Sexo:** femenino
- **Religión:** católica
- **Etnia:** mestiza
- **Lugar de nacimiento:** Cuenca, Azuay
- **Lugar de residencia:** Ciudadela Los Sauces, Machala - El Oro
- **Estado civil:** unión libre
- **Ocupación:** ama de casa
- **Escolaridad:** bachiller completo
- **Fecha de ingreso:** 13/08/2023

3.2.1.1. Motivo de ingreso.

Paciente de 35 años acude a Hospital General IEISS Machala a la sala emergencias obstétricas al momento cursa embarazo de 39.6 semanas de gestación por FUM del 07/11/2022 refiere dolor abdominal tipo contracción uterina.

3.2.1.2. Antecedentes personales y familiares.

Antecedentes personales: Ninguna, no presenta alergias, ni ha sido intervenido de ninguna cirugía.

Antecedentes familiares: Madre con cáncer de útero.

3.2.1.3. Signos vitales.

| Frecuencia cardiaca | Frecuencia respiratoria | Presión Arterial | Temperatura | Saturación de oxígeno |
|---------------------|-------------------------|------------------|-------------|-----------------------|
| 91 lpm | 20 rpm | 160/90 mmHg | 36.5°C | 99% |

3.2.1.4. Examen físico.

PIEL Y FANERAS:

- PIEL: normo elástica.
- FASCIE: normal.
- UÑAS: de distribución, forma, color normal, llenado capilar 2 segundos
- PELO: DE DISTRIBUCION NORMAL

EXAMEN FISICO REGIONAL:

- CABEZA: normocéfala, cabello no depresible a la tracción.
- OJOS: conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas normo reactiva a la luz
- NARIZ: Permeable.
- BOCA: mucosas orales semihúmedas.
- OIDO: conducto auditivo permeable
- CUELLO: sin presencia de adenopatías
- TORAX: simétrico, campos pulmonares ventilados y expansibilidad conservada,
- MAMAS: simétricas
- CORAZON: ruidos cardiacos rítmicos, R1 sincrónico con el pulso.
- ABDOMEN: globuloso por útero gestante, cefálico longitudinal derecho
- Gran panículo adiposo, movimientos fetales perceptibles por la madre
- LCF 134 LPM, actividad uterina: contracciones esporádicas irregulares.

- EXTREMIDADES: simétricas, fuerza muscular conservada, no hay presencia de edema.

3.2.2. Diagnóstico médico.

- Preeclampsia severa.
- Supervisión de embarazo de alto riesgo.
- Obesidad debida a exceso de calorías.

3.2.3. Plan terapéutico.

- NPO ingresa para cesárea
- Preparar para cesárea
- Panel de preeclampsia
- Cloruro de sodio 0.9% 80ml más 20ml de sulfato de magnesio(4gramos) pasar en 30 minuto IV.
- Cloruro de sodio 0.9% 880 ml más 120ml (24 gramos) sulfato de magnesio pasar 42ml hora IV
- Hidralazina 5mg IV lento diluido STAT tomar la presión en 20 minuto y comunicar.
- Cloruro de sodio 0.9% 1000ml pasar 115 ml hora IV.
- Sonda Foley
- Cefazolina 2 gramos IV 30 minutos antes de cirugía
- Vendaje miembros inferiores
- Vigencia de derecho
- Consentimiento informado
- Conciliación de medicamentos
- Comunicar anestesiología/neonatología/centro obstétrico.
- Pase a centro obstétrico cuando todo esté listo.

3.2.4. Evolución de Enfermería.

Paciente femenina de 35 años, residente en el norte de Machala, ciudadela los sauces, se encuentra en unión de hecho y posee un nivel educativo básico. Está en su primer embarazo, que no fue planeado, y ha llegado a las 39,6 semanas de gestación. Recibió su vacuna antitetánica el 27 de enero de 2023 y ha tenido cuatro controles prenatales tardíos. Debido a una presión arterial de 160/90 mmHg, taquipnea, expulsión moderada del tapón mucoso, proteinuria, cefalea y edema con fóvea ++ en las extremidades inferiores, fue transferida al

Hospital General de Machala. Con base en su cuadro clínico y pruebas diagnósticas, se le diagnosticó preeclampsia severa y se le realizó una cesárea, resultando en un neonato sano y un sangrado aproximado de 430 ml.

En la sala de recuperación posanestésica, se mantuvo hemodinámicamente estable, y se le realizaron controles y masajes uterinos, así como monitoreo de signos vitales cada 15 minutos durante dos horas. Su índice de masa corporal de 35,26 indica obesidad tipo II. Se le administró sulfato de magnesio como medida preventiva y se controló su ingesta y eliminación para evaluar la función renal, resultando en un balance positivo de 1050 ml durante el turno nocturno. Se llevaron a cabo ejercicios vesicales para la retirada de la sonda y se observó una diuresis de características normales. La herida quirúrgica no presentó signos de inflamación y se mantuvo el control del apósito. Fue trasladada a la sala general de ginecología en buenas condiciones.

La evolución clínica de la paciente y su hijo fue favorable, con loquios normales, útero contraído, peristaltismo y micciones presentes. Se inició la lactancia materna exclusiva, y se brindaron instrucciones sobre técnicas de amamantamiento y los beneficios de la leche materna. Se enfatizó en los cuidados postparto en el hogar, incluyendo signos de alarma, fomento del vínculo madre-hijo y bienestar psicoemocional de la madre. Además, se programaron controles puerperales y se orientó sobre planificación familiar, control del niño sano, tamizaje metabólico neonatal y auditivo, y estimulación temprana en el recién nacido.

3.2.5. Valoración de Enfermería según la teoría de Virginia Henderson

| |
|---|
| 1. Respirar normalmente: |
| Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto. Paciente presenta taquipnea. |
| 2. Comer y beber adecuadamente: |
| NPO (nada por boca) ingreso para cesárea. Hidratación intravenosa con cloruro de sodio 0.9%. |
| 3. Eliminar por todas las vías corporales: |
| Presencia de proteinuria. Sonda Foley colocada para monitoreo de diuresis. |
| 4. Moverse y mantener posturas adecuadas: |

| |
|---|
| <p>Paciente presenta gran panículo adiposo.</p> <p>Movimientos fetales perceptibles por la madre.</p> |
| <p>5. Dormir y descansar:</p> <p>No se menciona alteraciones en el sueño o descanso.</p> |
| <p>6. Seleccionar ropa adecuada:</p> <p>No se menciona información específica sobre la vestimenta.</p> |
| <p>7. Mantener la temperatura corporal:</p> <p>Temperatura de 36.5°C.</p> |
| <p>8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:</p> <p>Piel normoelástica.</p> <p>Lesión cutánea por cesárea.</p> |
| <p>9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otras personas:</p> <p>Ingreso a hospital para manejo de preeclampsia severa.</p> <p>Administración de sulfato de magnesio para prevenir complicaciones.</p> |
| <p>10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones:</p> <p>No se menciona información específica sobre la comunicación.</p> |
| <p>11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias:</p> <p>Paciente de religión católica.</p> |
| <p>12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización:</p> <p>Ocupación: ama de casa.</p> |
| <p>13. Participar en actividades recreativas:</p> <p>No se menciona información específica sobre actividades recreativas.</p> |
| <p>14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a la salud y usar los recursos sanitarios disponibles:</p> <p>Educación sobre cuidados postparto, lactancia materna y planificación familiar.</p> <p>Seguimiento en el control del niño sano y estimulación temprana.</p> |

4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El manejo clínico de la paciente gestante con preeclampsia severa y obesidad fue efectivo, resultando en desenlaces favorables tanto para la madre como para el neonato. La

administración de sulfato de magnesio y el monitoreo cuidadoso de los signos vitales y la función renal fueron cruciales para prevenir complicaciones mayores. La obesidad se identificó como un factor de riesgo significativo para la preeclampsia severa, lo que subraya la importancia de un control de peso adecuado antes y durante el embarazo. Se recomienda un seguimiento postparto exhaustivo para monitorizar la recuperación de la paciente y la adaptación al rol materno. Se siguieron procedimientos éticos y legales para garantizar el respeto y la protección de la paciente, incluyendo la obtención del consentimiento informado y la autorización institucional para el acceso a la historia clínica. La recolección de datos fue sistemática y se basó en fuentes de información confiables, como bases de datos académicas y registros médicos.

La evolución de la paciente fue favorable tras el parto por cesárea, con una recuperación estable y el inicio de la lactancia materna exclusiva. Se brindaron instrucciones sobre cuidados postparto y se enfatizó en la importancia de la planificación familiar y el seguimiento del bienestar tanto de la madre como del recién nacido.

CONCLUSIÓN

Este estudio destacó la importancia de un modelo de atención de enfermería bien estructurado, basado en la teoría de Virginia Henderson, para el manejo de la preeclampsia en mujeres embarazadas. La integración de un enfoque holístico que abarque tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales del cuidado es crucial para mejorar los resultados de salud materno-fetales. La teoría de Henderson, con su énfasis en las necesidades básicas humanas, se demostró efectiva para guiar la práctica de enfermería, asegurando una atención compasiva y científicamente fundada.

RECOMENDACIÓN

Se recomienda la adopción de un programa de formación continua para los profesionales de enfermería en la atención de la preeclampsia, centrado en la aplicación de la teoría de Virginia Henderson. Asimismo, es esencial fortalecer los protocolos de seguimiento y evaluación del cuidado, incluyendo herramientas de evaluación específicas que permitan medir la efectividad de los planes de cuidado implementados. También sería beneficioso ampliar la investigación sobre la preeclampsia en diferentes contextos culturales y económicos para adaptar mejor las intervenciones a las necesidades locales y mejorar los desenlaces en salud a nivel global.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo. (Actualización 2016). Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización – MSP. Disponible en:
2. Rojas L, Villagómez M, Rojas E, Rojas a. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Rev Eug Esp [Internet]. 2019 [Citado 22 Jul 2023]; 13(2): 79-91. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422019000200079&lng=es.
3. Guzmán-Yara Y, Parra-Amaya E, Javela-Rugeles J, Barrios-Torres J, Montalvo-Arce C, Perdomo-Sandoval H. Expectant management in non-severe pre-eclampsia, obstetric and perinatal outcomes in a high complexity hospital in Neiva (Colombia). Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2018 [Citado 22 Jul 2023]; 69 (3): 160-168. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342018000300160&lng=en.
4. Jiménez-López, W., González-Juárez, G., Velázquez-Moreno, E. Instrumento de autoevaluación de enfermería en la valoración de mujeres con preeclampsia en un hospital de segundo nivel. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2020 [Citado 22 Jul 2023]; 28(2):102-110. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeenfermeriadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial/2020/vol28/no2/5.pdf>
5. Seif SA, Rashid SA. Knowledge and skills of pre-eclampsia management among healthcare providers working in antenatal clinics in Zanzibar. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022 [Citado 22 Aug 2023]; 22(1):1512. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36510295/>
6. Rahnemaei FA, Fashami MA, Abdi F, Abbasi M. Factors effective in the prevention of Preeclampsia:A systematic review. Taiwan J Obstet Gynecol [Internet]. 2020 [Citado 22 Aug 2023];59 (2): 173-182. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32127134/>
7. De La Rosa A, Mordan J, Barinas I, et al. Aceptabilidad y adopción de guías de práctica clínica y protocolos de atención sobre preeclampsia-eclampsia en la República Dominicana. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2020 [Citado 22

- Aug 2023]; 44:e163. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7737642/>
8. Moreira-Flores, M; Montes-Vélez, R. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2022 [Citado 22 Aug 2023]; 8 (1): 876-884. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383458>
 9. Pastuña Doicela R, Jara Concha P. BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA DESDE LA MIRADA DE VIRGINIA HENDERSON. Enferm. investig. [Internet]. 4 de diciembre de 2020 [Citado 24 Aug 2023]; 5(4): 40-4. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/975>
 10. Abraham C, Kusheleva N. Management of Pre-eclampsia and Eclampsia: A Simulation. MedEdPORTAL [Internet]. 2019 [Citado 24 Aug 2023]; 15: 10832. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31773060/>
 11. Witcher PM. Preeclampsia: Acute Complications and Management Priorities. AACN Adv Crit Care. [Internet]. 2018 [Citado 24 Aug 2023]; 29(3): 316-326. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30185498/>
 12. Garti I, Gray M, Tan JY, Bromley A. Midwives' knowledge of pre-eclampsia management: A scoping review. Women Birth [Internet]. 2021 [Citado 24 Aug 2023]; 34(1):87-104. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32928690/>
 13. Corrigan L, O'Farrell A, Moran P, Daly D. Hypertension in pregnancy: Prevalence, risk factors and outcomes for women birthing in Ireland. Pregnancy Hypertens [Internet]. 2021 [Citado 24 Aug 2023]; 24:1-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33618054/>
 14. S Ananth Karumanchi, MD, Kee-Hak Lim, MD, Phyllis August, MD, MPH. Preeclampsia: Pathogenesis. UpToDate: Vincenzo Berghella, MD. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-pathogenesis>
 15. Valdés Gloria. Pregnancy and cardiovascular disease: a comprehensive approach to detect subclinical phases of obstetric and cardiovascular complications. Rev Chil Cardiol [Internet]. 2019 Aug [Citado 24 Aug 2023]; 38(2): 132-145. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602019000200132&lng=en.
 16. Pereira CJ, Pereira RY, Quirós FL. Actualización en preeclampsia. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 [Citado 24 Aug 2023]; 5(01):345. Disponible

- en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90651>
17. Greene MF, Solomon CG. Aspirin to Prevent Preeclampsia. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2018 [citado 24 Aug 2023]; ;377(7):690-691. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejme1708920>
 18. Peraçoli JC, Borges VTM, Ramos JGL, Cavalli RDC, Costa SHDAM, Oliveira LGD, Souza FLPD, Korkes HA, Brum IR, Nascimento MLCD, Corrêa Junior MD, Sass N, Diniz ALD, Cunha Filho EVD. Pre-eclampsia/Eclampsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2019[citado 24 Aug 2023]; 41(05):318-332. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687859>
 19. Valdés Gloria. Pregnancy and cardiovascular disease: a comprehensive approach to detect subclinical phases of obstetric and cardiovascular complications. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 24 Aug 2023]; 38(2):132-145. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602019000200132&lng=en.
 20. Phyllis August, MD, MPH, Baha M Sibai, MD. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. *UpToDate: Charles J Lockwood* [Citado 25 Aug 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis>
 21. M. José Alcaine Villarroyaa, Eva M. Barrenechea Iparraguirre Elena Casals, Concepción González Rodríguez, Inmaculada Martín Navas, Hada Macher Manzano, M. Concepción Martínez Camarasaa, et al. Utilidad de los marcadores bioquímicos de preeclampsia. *Revista del Laboratorio Clínico* [Internet]. 2018 [citado 24 Ago 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2018.06.001>
 22. Hine-Sanabria A., Mendoza-Monsalve A., Rojas L.Z., Roa-Díaz Z.M. Conocimiento e investigación sobre la autonomía profesional en enfermería. Revisión narrativa. *Enferm. univ* [Internet]. 2018 [citado 24 Ago 2023];15(2): 212-221. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000200212&lng=es.
 23. Tracy, S. Calidad cualitativa: ocho pilares para una investigación cualitativa de calidad. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga* [Internet].

2021[citado 14 Oct 2023];2(2):173-201.

DOI:

<https://doi.org/10.24310/mgnmar.v2i2.10016>

24. Castro-Maldonado., J.J. Gómez-Macho., L.K. y Camargo-Casallas., E. La investigación aplicada y el desarrollo experimental en el fortalecimiento de las competencias de la sociedad del siglo XXI. *Tecnura* [Internet]. 2023[citado 14 Oct 2023];27(75), 140-174. <https://doi.org/10.14483/22487638.19171>

ANEXOS

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 1

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

DIAGNOSTICO NANDA

CÓDIGO: 00204

DIAGNÓSTICO: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado con Hipertensión evidencia por tiempo de llenado capilar > 3 segundos, edema.

DEFINICIÓN: Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud.

NÚCLEO DIAGNÓSTICO: perfusión tisular

DOMINIO: 4 Actividad/Reposo

CLASE: 4 Respuestas cardiovasculares/pulmonares

NECESIDAD: 1 Respirar normalmente

PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio

NOC

CÓDIGO: 0422

RESULTADO: Perfusión tisular

DEFINICIÓN: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los órganos del cuerpo para funcionar a nivel celular.

DOMINIO 2: Salud fisiológica

CLASE E: Cardiopulmonar

| INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | NOC inicial | NOC esperado | NOC final |
|---|---|--------------------------------------|---|---|
| [42209] Flujo de sangre a través de los vasos periféricos | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal | 1. Desviación grave del rango normal | 3. Desviación moderada del rango normal | 3. Desviación moderada del rango normal |

NIC

CÓDIGO: 2080

EDICIÓN: 1.^a edición 1992; revisada en 2013

INTERVENCIÓN: Manejo de líquidos/electrólitos

DEFINICIÓN: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.

DOMINIO: 2 Fisiológico: Complejo

CLASE: G Control de electrolitos y acido básico

ACTIVIDADES

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
- Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardíaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación.

- Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio), según corresponda.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Favorecer la ingesta oral (proporcionar líquidos orales según preferencias del paciente, colocarlos a su alcance, proporcionar una pajita para beber y agua fresca), si resulta oportuno.
- Asegurarse de que la solución i.v. que contenga electrolitos se administra a un ritmo constante, según corresponda.
- Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albúmina, proteínas totales, osmolalidad sérica y gravedad específica de la orina).
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, según disponibilidad.
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos específico (baja en sodio, con restricción de líquidos, renal y sin adición de sal).
- Observar si se producen efectos secundarios (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea) del suplemento de electrolitos prescrito.
- Explorar las mucosas bucales, la esclera y la piel del paciente por si hubiera indicios de alteración del equilibrio hidroelectrolítico (sequedad, cianosis e ictericia).
- Observar si existe pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Informar al paciente y la familia sobre el fundamento de las restricciones de líquidos, las medidas de hidratación o la administración suplementaria de electrolitos, según corresponda.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 2

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

DIAGNOSTICO NANDA

CÓDIGO: 00209

DIAGNÓSTICO: Riesgo de alteración de la díada materno/fetal relacionado con complicaciones del embarazo

DEFINICIÓN: Susceptible a una alteración de la relación simbiótica materno–fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo, que puede comprometer la salud.

NÚCLEO DIAGNÓSTICO: díada materno–fetal

DOMINIO 8: Sexualidad

CLASE 3: Reproducción

NECESIDAD 9: Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 9 Sexualidad-reproducción

NOC

CÓDIGO: 0414

RESULTADO: Estado cardiopulmonar

DEFINICIÓN: Adecuación del volumen sanguíneo expulsado de los ventrículos e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.

DOMINIO 2: Salud fisiológica

CLASE E: Cardiopulmonar

| INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | NOC inicial | NOC esperado | NOC final |
|-------------------------------------|---|--------------------------------------|---|---|
| [41401] Presión arterial sistólica | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal | 1. Desviación grave del rango normal | 3. Desviación moderada del rango normal | 3. Desviación moderada del rango normal |
| [41402] Presión arterial diastólica | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal | 1. Desviación grave del rango normal | 3. Desviación moderada del rango normal | 3. Desviación moderada del rango normal |

NIC

CÓDIGO: 6680

INTERVENCIÓN: Monitorización de los signos vitales

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

DOMINIO 4: Seguridad
CLASE V: Control de riesgos

ACTIVIDADES

- Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones, si es posible.
- Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.
- Monitorizar la presión arterial, pulso y respiraciones antes, durante y después de la actividad, según corresponda.
- Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 3

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

DIAGNOSTICO NANDA

CÓDIGO: 00232

DIAGNÓSTICO: Obesidad relacionado con patrones anormales de conducta alimentaria manifestado por adulto índice de masa corporal > 30 kg/m².

DEFINICIÓN: Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal para su edad y sexo, que excede al sobrepeso.

NÚCLEO DIAGNÓSTICO: obesidad

DOMINIO: 2 Nutrición

CLASE: 1 Ingestión

NECESIDAD: 2 Comer y beber

PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

NOC

CÓDIGO: 1004

RESULTADO: Estado nutricional

DEFINICIÓN: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.

DOMINIO: 2 Salud fisiológica

CLASE: K Digestión y Nutrición

| INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | NOC inicial | NOC esperado | NOC final |
|-------------------------------|---|--------------------------------------|--|--|
| [100402] Ingesta de alimentos | 1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal | 1. Desviación grave del rango normal | 2. Desviación sustancial del rango normal. | 2. Desviación sustancial del rango normal. |

NIC

CÓDIGO: 1260

INTERVENCIÓN: Manejo del peso

DEFINICIÓN: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: D Apoyo nutricional

ACTIVIDADES

- Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.
- Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
- Comentar con el individuo los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.

- Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.
- Animar al individuo a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio visible para que pueda revisarlas a diario.
- Animar al individuo a registrar el peso semanalmente, según corresponda.
- Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.
- Informar al individuo si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA 4

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

DIAGNOSTICO NANDA

CÓDIGO: 00293

DIAGNÓSTICO: Disposición para mejorar la autogestión de la salud evidenciado por expresa deseos de mejorar la inclusión del régimen de tratamiento en la vida diaria y expresa deseos de mejorar el manejo de los factores de riesgo

DEFINICIÓN: Patrón de manejo satisfactorio de síntomas, régimen de tratamiento, consecuencias físicas, psicosociales y espirituales y cambios de estilo de vida inherentes a vivir con una enfermedad crónica, que puede fortalecerse.

NÚCLEO DIAGNÓSTICO: autogestión de la salud

DOMINIO: 1 Promoción de la salud

CLASE: 2 Gestión de la salud

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 1 Percepción-manejo de la salud

NOC

CÓDIGO: 1602

RESULTADO: Conducta de fomento de la salud

DEFINICIÓN: Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.

DOMINIO: 4 Conocimiento y conducta de salud

CLASE: Q Conducta de salud

| INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | NOC inicial | NOC esperado | NOC final |
|--|--|-------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Utiliza el apoyo social para fomentar la salud | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado | 2. Raramente demostrado | 5. Siempre demostrado | 4. Frecuentemente demostrado |
| [160214] Sigue una dieta sana | 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado | 2. Raramente demostrado | 5. Siempre demostrado | 4. Frecuentemente demostrado |

NIC

CÓDIGO: 5246

INTERVENCIÓN: Asesoramiento nutricional

DEFINICIÓN: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

DOMINIO: 1 Fisiológico: Básico

CLASE: D Apoyo nutricional

ACTIVIDADES

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.

- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc.
- Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente.
- Ayudar al paciente a considerar los factores de edad, estado de crecimiento y desarrollo, experiencias alimentarias pasadas, lesiones, enfermedades, cultura y economía en la planificación de las formas de cumplir con las necesidades nutricionales.
- Ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un período de 24 horas.
- Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
- Evaluar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca de la consecución de las metas.
- Fomentar el uso de internet para acceder a información útil sobre la dieta, las recetas y la modificación del estilo de vida, según corresponda.
- Disponer una derivación/consulta a otros miembros del equipo asistencial, según corresponda.