



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Clave: 8859-02

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PACIENTE CON PRECLAMPSIA SEVERA 34 SEMANAS DE GESTACIÓN

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

EDGAR ARTURO PÉREZ GÓMEZ

ASESORA:

LIC. ADELA MARTÍNEZ PERRY

Coatzacoalcos, Veracruz

Marzo 2022.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicarme este trabajo, ya que por más difíciles que fueron los caminos y obstáculos nunca renuncié, por siempre ver en cada caída un aprendizaje, levantándome con valor y de la mejor manera, por saber reconocer cuando fallo, de igual manera, cuando logro una meta o propósito.

También se la dedico a todas aquellas personas que perdí en el camino y no pudieron ver mis logros, por que gracias a estas situaciones pude comprender lo que verdaderamente significa vocación y amor a tu profesión, cuando tienes que renunciar y dejar todo en segundo plano, para perseguir y estar cumpliendo tus sueños.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por su gran apoyo, entrega y dedicación para que yo pudiera salir adelante y cumplir cada una de mis metas soñadas y que hoy gracias a su ayuda y presencia se están haciendo realidad. Agradezco y reconozco el haberme guiado a elegir esta maravillosa carrera, por ayudar a formarme y por ser hoy en día quien soy.

ÍNDICE

1.1	Introducción.....	1
1.2	Fisiopatología	2
1.3	Historia clínica	7
1.4	Valoración de enfermería.....	8
1.5	Intervenciones de enfermería	9
1.6	Guía de Práctica Clínica.....	16
1.7	Evolución	17
1.8	Conclusión.....	17
1.9	Referencias bibliográficas	18

1.1 INTRODUCCIÓN

Las principales causas de defunciones maternas son las hemorragias postparto, las infecciones y los trastornos hipertensivos, ocupando estos últimos el 12 al 25% del total de las defunciones. Los trastornos hipertensivos del embarazo y en particular la preeclampsia son las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal.⁽¹⁾

La OPS define a la preeclampsia como un trastorno hipertensivo que puede ocurrir durante el embarazo (>20 sdg) y el posparto y que tiene repercusiones tanto en la madre como el feto,⁽²⁾ esta, junto con la eclampsia se manifiestan clínicamente con todo un espectro de síntomas clínicos por la misma condición. En la preeclampsia están presentes principalmente la hipertensión, proteinuria y edema, cuando la paciente ya presenta convulsiones, se diagnostica como eclampsia.

A nivel mundial, la incidencia de preeclampsia oscila entre 2-10% de los embarazos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la incidencia de esta, es siete veces mayor en los países en desarrollo que en los ya desarrollados (2,8% y 0,4% de los nacidos vivos respectivamente).⁽³⁾

Según una encuesta de la Secretaría de Salud (SS), este trastorno no ha dejado de ser la primera causa de muerte materna, fetal y perinatal en México y estima que, más de cuatro mil mujeres y 20 mil bebés mueren al año a causa de ella en el país, ya que su incidencia es de 5 a 10%.⁽⁴⁾

La razón por la cual decidí elegir este tema fue porque, si bien la atención materno-fetal es prioritaria, muchas embarazadas mexicanas que viven en lugares marginados y remotos no la reciben a tiempo y otras no asisten a revisiones médicas periódicas por prejuicios; y cuando por fin consultan al médico, ya es demasiado tarde para ella y su bebé.

1.2 FISIOPATOLOGÍA

La preeclampsia es un trastorno de aparición exclusiva durante la gestación humana, con manifestaciones clínicas generalmente después de la vigésima semana de gestación, hasta seis semanas después del parto, aunque en casos raros puede ocurrir antes de las 20 semanas.

Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas. Anteriormente se clasificaba como preeclampsia leve, moderada y severa pero dentro de la nueva clasificación solamente se habla de preeclampsia con criterios de severidad o sin criterios de severidad. ⁽¹⁾

La preeclampsia secundaria al embarazo es causada por una inadecuada remodelación de las arterias espiraladas, esto genera un medio ambiente hipóxico que da lugar a una compleja cascada de eventos que inducen una función endotelial anormal. Esto modifica el tono y la permeabilidad vascular causando la hipertensión y la proteinuria. ⁽⁵⁾

La primera etapa de la enfermedad (antes de las 20 semanas) es asintomática, empieza en la novena semana se caracteriza por hipoperfusión e hipoxia placentaria generando trombosis e infarto en las vellosidades aumentando la producción y liberación de prostaciclina y de óxido nítrico, aumentando así el flujo sanguíneo más de 10 veces en la circulación materna, esto causa la inadecuada activación del endotelio provocando un estado de inflamación intravascular generalizado, induciendo así a la segunda etapa de la enfermedad caracterizada por vasoconstricción, reducción del volumen plasmático y activación de la cascada de coagulación, ya que los vasos se transforman volviéndose poco reactivos a las sustancias vasoconstrictoras como la angiotensina II, el tromboxano y las endotelinas siendo estos favorecedores de la agregación plaquetaria y reductores del flujo uteroplacentario, la etapa sintomática o de diagnóstico clínico. ⁽⁶⁾

Esta enfermedad es más común que afecte a mujeres mayores de 35 años debido a los daños crónicos del sistema vascular que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual perjudica el aporte sanguíneo adecuado durante el embarazo y se establece una insuficiencia circulatoria, que produce isquemia útero-placentaria. Por otra parte, en las adolescentes el músculo uterino ofrece mayor resistencia y existe una deficiente adaptación del árbol vascular a las necesidades que impone la gestación.⁽⁷⁾

También otros de los factores de riesgo son los embarazos gemelares por el aumento de la masa placentaria, de igual manera si es primigesta o múltipara, las infecciones en el embarazo, la obesidad, historia familiar con preeclampsia, el síndrome antifosfolípido (cuando el sistema inmunológico ataca por error a las proteínas normales en la sangre), que no haya tenido un periodo intergenésico mayor a 10 años y los antecedentes de enfermedad renal, diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno o nefropatía.⁽¹⁾

La preeclampsia leve o moderada puede ser asintomática y detectada mediante el control prenatal.

Algunas manifestaciones diagnósticas son:

- Hipertensión (TA>140/90)
- Cefalea
- Disturbios visuales-visión borrosa, escotomas centelleantes
- Estado mental alterado
- Ceguera, que puede ser cortical o retiniana
- Disnea
- Edema
- Dolor epigástrico o en el cuadrante abdominal superior derecho
- Debilidad o malestar, puede ser evidencia de anemia hemolítica

El edema está presente en muchas mujeres embarazadas, pero un incremento súbito del mismo o el edema facial es sugestivo de preeclampsia.⁽⁸⁾

Manifestaciones laboratoriales:

- Proteinuria (>300mg/24 horas)
- Creatinina (>1,2 mg/dL)

Sí una mujer tiene enfermedad cardiovascular o renal subyacente, el diagnóstico de preeclampsia no llegará a estar claro hasta que la enfermedad se torne severa, ⁽⁹⁾ una de sus presentaciones clínicas más graves de esta es cuando coexisten cifras de tensión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y diastólica ≥ 110 mmHg, en dos mediciones con un intervalo mínimo de 4 horas mientras la paciente permanece en reposo absoluto. ⁽¹⁰⁾

Según una estimación de la OMS, más de 200,000 muertes maternas ocurren cada año en el mundo como consecuencia de las complicaciones derivadas de la preeclampsia-eclampsia, bajo la visión del médico intensivista: se trata de un síndrome con falla multiorgánica con o sin hipertensión y/o proteinuria, que pone en riesgo la vida de la madre y el feto. ⁽¹¹⁾

La presencia de náuseas y vómitos, el dolor epigástrico, las cefaleas y algunas variables en el laboratorio como elevados valores de LDH, hiperuricemia y aumento de las transaminasas, se vincularon con la posibilidad de desarrollar complicaciones maternas.

En las circunstancias mencionadas, las probables complicaciones son:

- ✓ Hemorragia cerebral.
- ✓ Isquemia y edema cerebral.
- ✓ Edema agudo de pulmón cardiogénico o no cardiogénico.
- ✓ Insuficiencia renal aguda oligoanúrica o no oligoanúrica.
- ✓ Hematoma subcapsular hepático y hemoperitoneo.
- ✓ Coagulopatía por consumo o coagulación intravascular diseminada.
- ✓ Desprendimiento de placenta.
- ✓ Muerte fetal.

Una vez alcanzado este estadio, el curso de la enfermedad podrá estabilizarse durante un periodo de tiempo impredecible, aunque corto, pero no retrogradará a la forma leve. Su tendencia evolutiva es siempre hacia el agravamiento progresivo. ⁽¹¹⁾

Esta situación carece de tratamiento específico excepto la interrupción del embarazo ya el riesgo de eclampsia (sufrir convulsiones) es mayor, desprendimiento placentario, derrames y sangrado grave hasta que se reduce la presión arterial. No obstante, si el embarazo no está lo suficientemente avanzado, el parto no será la mejor opción para el bebé. ⁽¹²⁾ Para cada caso en particular, exige ejecutar la mejor conducta terapéutica que indique el equipo multidisciplinario actuante, en el momento oportuno y en un centro asistencial de 3er nivel.

Los posibles tratamientos para la preeclampsia incluyen:

- **Antihipertensivos.** El objetivo del tratamiento es generar rápidamente una suave reducción de la presión arterial para llevarla a niveles que sean seguros, tanto para la madre como para el feto.
- **Corticosteroides.** Mejoran temporalmente la función hepática y plaquetaria y ayudan a prolongar el embarazo, también facilitan la maduración pulmonar del producto en 48 horas.
- **Medicamentos anticonvulsivos.** El más utilizado es el sulfato de magnesio, para evitar una primera convulsión.

En el hospital, el médico probablemente realice pruebas en reposo o análisis biofísicos para supervisar el bienestar del bebé y medir el volumen de líquido amniótico. La falta de líquido amniótico es un signo de irrigación sanguínea insuficiente para el bebé. ⁽¹²⁾

La mejor manera de prevenir la preeclampsia y eclampsia es el control prenatal. Además, se debe:

- Tomar la presión arterial después de la semana 20 de forma regular, para detectar algún punto alto.
- Controlar si la paciente gana peso de manera excesiva.
- Hacer estudios para medir el ácido úrico, la urea y la creatinina.
- Hacer análisis de orina, para ubicar si existe proteinuria.
- Hacer recuento de plaquetas.
- Analizar hemoglobina y hematocrito elevados.
- Realizar un flujo Doppler de la arteria útero-placentario.
- No fumar.
- Evitar el estrés.
- Llevar una dieta rica en calcio.
- Ingerir complementos de ácido fólico.
- Llevar una dieta rica en antioxidantes, como la vitamina C y E. ⁽¹³⁾

La preeclampsia y eclampsia debe ser identificada como uno de los problemas prioritarios para reducir la mortalidad materna en México y en todos los países, concientizando a las mujeres embarazadas, principalmente las que viven en zonas marginadas, fortaleciendo también los sistemas de salud pública y mejorando el acceso de la madre al personal de salud capacitado.

1.3 HISTORIA CLÍNICA

Femenina de 25 años, con 34 SDG, diagnosticada por ecografía del primer trimestre.

Se presenta a urgencias por cefalea frontal de 4 horas de evolución y vómitos, en 3 episodios, de tipo alimentario.

-Antecedentes Familiares: Madre hipertensa y diabética.

-Alergias: Negadas

-Examen obstétrico: Altura uterina: 29 cm., Dinámica uterina: -/10, Latidos cardiorfetales: 145 por minuto, Movimientos fetales activos:+, Tono normal, Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica. Tacto vaginal: P2 R2 E2 L2 Dilatación 0 cm. Sin hidrorrea ni ginecorragia.

-Exámenes complementarios: Laboratorio: Glóbulos rojos: 3.700.000/mm³. Hematocrito: 30%. Glóbulos blancos: 7.500/mm³. Plaquetas: 160.000/mm³. Creatinina: 0.7 mg/dl. Uricemia:6.8 mg/dl. Glucemia: 87mg/dl. Proteinuria: 5 g/lt. Ecodoppler fetal: normal.

Ingresa al servicio de hospitalización ginecología, con el diagnóstico: Primigesta, preeclampsia severa con signos de eclampsismo. Alto riesgo.

1.4 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Género: Femenino.

Edad: 25 años.

34 SDG Primigesta

T/A primera toma: 175/95 mmHg, y segunda toma (15 minutos después de la primera) T/A: 170/90 mmHg.

FC: 85 por min.

FR:19 por min.

Temperatura corporal: 36,6 °C

Talla 1,62 m, peso 115 kg, IMC 32,4 kg/m² .

Paciente lúcida y colaboradora, ubicada en tiempo y espacio, buena suficiencia cardiorrespiratoria, con edema facial, en miembros inferiores y superiores grado II, cefalea con EVA de 5, náuseas, malestar estomacal, dificultad y dolor en las deposiciones, resto del examen físico sin particularidades.

1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Preeclampsia Edema facial Cefalea Náuseas Malestar estomacal Dificultad y dolor en las deposiciones	Real	04 Actividad / Reposo	Fatiga: sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual	Embarazo	Expresa incapacidad para mantener las actividades habituales	Fatiga, anemia R/C embarazo M/P expresa incapacidad para mantener las actividades habituales

NANDA / NOC

NOMBRE: X	EDAD: 25	GÉNERO: F	PESO: 115 kg	TALLA: 1.62
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Preeclampsia severa			FECHA: X	
NIVEL: 2do	ESPECIALIDAD: Ginecología		SERVICIO: Hospitalización	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 04 actividad/ reposo	DOMINIO: 06 salud familiar CLASE: Z Estado de salud de los miembros de la familia RESULTADO: 2509 estado materno : parto	250902 afrontamiento de las molestias del embarazo 250905 edema 250906 cefalea 250911 nauseas 250916 presión arterial alta 250922 hemoglobina 250928 vómitos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave de rango normal 2. Desviación sustancial de rango normal 3. Desviación moderada de rango normal 4. Desviación leve de rango normal 5. Sin desviación del rango normal 	AUMENTAR: 3 REAL: 1
CLASE: 03 equilibrio de la energía 00093: fatiga, anemia, hipertensión R/C embarazo M/P expresa incapacidad para mantener las actividades habituales				

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		BIBLIOGRAFÍA
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		<p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014</p> <p>3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014</p>
CAMPO: 05 familia	CLASE: W cuidados de un nuevo bebé	
ACTIVIDADES		
<p>680001 determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultado del embarazo (diabetes, preeclampsia, herpes, hepatitis, vih y epilepsia.</p> <p>680002 revisar el historia obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematuridad, pos madurez, preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado, antecedentes familiares de trastornos genéticos)</p> <p>680003 reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (Edad materna. Raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes.</p> <p>680004 determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgos identificados 680007 instruir a la paciente sobre técnicas de auto cuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales</p> <p>680022 establecer un plan de seguimiento clínico 680026 remitir a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesarios</p> <p>680028 monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.</p>		
ELABORÓ: EDGAR ARTURO PÉREZ GÓMEZ	ASESORÓ: LIC. ADELA MARTINEZ PERRY	
		JULIO 2022

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SINTOMAS	TIPO DE DIAGNÓSTICO	DOMINIO	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	FACTOR RELACIONADO O ETIOLÓGICO	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	DIAGNÓSTICO ENFERMERO
Preeclampsia Edema facial Cefalea Náuseas Malestar estomacal Dificultad y dolor en las deposiciones	Real	03 Eliminación e intercambio	Estreñimiento: deposiciones poco frecuentes o la dificultad para evacuar	Obesidad, embarazo y estrés emocional	Ingestión, cefaleas, fatiga generalizada, nauseas	Estreñimiento R/C obesidad, embarazo y estrés emocional M/P ingestión, cefaleas, fatiga generalizada, nauseas

NANDA / NOC

NOMBRE: X	EDAD: 25	GÉNERO: F	PESO: 115 kg	TALLA: 1.62
DIAGNÓSTICO MÉDICO: Preeclampsia severa / Estreñimiento			FECHA: X	
NIVEL: 2do	ESPECIALIDAD: Ginecología		SERVICIO: Hospitalización	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA (ED.FR.CD.)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
	RESULTADOS	INDICADOR(ES)	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO: 03 Eliminación e intercambio CLASE: 02 Función gastrointestinal 00011: estreñimiento r/c obesidad, embarazo y estrés emocional mp/ ingestión, cefaleas, fatiga generalizada, nauseas	DOMINIO: 03 salud psicosocial CLASE: M Bienestar psicológico RESULTADO: 1212 nivel de estrés	121201 aumento de la presión arterial 121204 pupilas dilatadas 121206 cefalea tensional 121211 cambio de ingesta de alimentos 121212 malestar estomacal 121213 inquietud 121214 trastornos del sueño 121220 irritabilidad 121222 ansiedad 121223 nerviosismo	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderada 4. Leve 5. 6. Ninguno	AUMENTAR: 2 REAL: 4

NIC

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)		BIBLIOGRAFÍA
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES		<p>1.- NANDA 1 Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2015-2017. Editorial Elsevier. España S.L.U. 2015</p> <p>2.- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 5ª Edición. Editorial Elsevier, España S.L 2014</p> <p>3.- Bulechek H. K. Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 6ª Edición. Editorial Elsevier, España 2014</p>
CAMPO: 01 fisiológico: básico	CLASE: D: apoyo nutricional	
ACTIVIDADES		
<p>116001 pesar al paciente</p> <p>116006 determinar la cantidad apropiada de ganancia de peso durante el periodo del parto</p> <p>116010 observar la presencia de vómitos y nauseas</p> <p>116011 identificar las anomalías de la defecación (defecación irregular, dolorosa, sangre moco y diarrea)</p> <p>116012 monitorizar ingesta calórica y dietética</p> <p>116016 determinar los patrones de comidas (consumo excesivo de comida rápidas, comidas no realizadas, comer de prisa)</p> <p>116023 realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (colesterol, creatinina, hemoglobina, albumina, ego, etc.)</p> <p>116024 Determinar las recomendaciones energéticas (ingesta diaria recomendada) basadas en factores del paciente por ejemplo: edad, peso, talla sexo, nivel de act. Física.</p> <p>116025 determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional ejemplos: conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de productos alimenticios, influencias religiosas y culturales. Diagnóstico y hospitalización del paciente entre otras.</p> <p>116026 determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta</p> <p>116028 ayudar a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos</p> <p>116029 fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables</p>		
ELABORÓ: EDGAR ARTURO PÉREZ GÓMEZ	ASESORÓ: LIC. ADELA MARTINEZ PERRY	JULIO 2022

1.6 GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

- ✓ En pacientes con embarazo y alto riesgo de preeclampsia, es recomendable realizar determinación del IP de la arteria uterina en primer y segundo trimestre.
- ✓ Se recomienda que en aquellas pacientes en quienes se detecte riesgo de hipertensión gestacional y/o preeclampsia durante el embarazo deben ser vigiladas por el personal médico de primer nivel.
- ✓ Las intervenciones preventivas para la forma de preeclampsia con presentación temprana, se recomiendan en población con riesgo aumentado de preeclampsia, iniciándolas antes de las 16 semanas de gestación.
- ✓ No se recomienda el reposo en cama para prevenir preeclampsia y enfermedades hipertensivas en embarazos de riesgo.
- ✓ Cuando se inicie tratamiento antihipertensivo en mujeres con preeclampsia debe iniciarse un protocolo de vigilancia, que incluya: mediciones diarias de presión arterial en domicilio y solicitar exámenes de laboratorio cada 10-15 días, para identificar la progresión de la enfermedad. La decisión de egreso hospitalario y la periodicidad de las consultas prenatales no deben ser >2 semana y deberá individualizarse cada caso.
- ✓ Cuando inicia tratamiento antihipertensivo en mujeres con preeclampsia realiza vigilancia que incluya: mediciones diarias de presión arterial y exámenes de laboratorio periódicos, para identificar la progresión de la enfermedad.⁽¹⁴⁾

1.7 EVOLUCIÓN

La paciente fue dada de alta al disminuir su presión arterial a 120/65, con una dieta blanda y con de restricción total de sal, baja en grasas para el control del edema, se encuentra bajo tratamiento farmacoterapéutico: ácido acetilsalicílico 100 mg/24 hrs y labetalol 100 mg/12 hrs en caso de presentar en domicilio una PA \geq 140/90 mmHg de forma repetida.

Seguimiento frecuente por parte de Ginecología y Medicina Interna.

El resto de la evolución de la gestación fue buena y el feto mantuvo percentiles de peso normales, y los controles de proteinuria fueron negativos, con inducción del parto en la semana 37 sin complicaciones. El peso del recién nacido fue 3,150 kg y el APGAR 9/10.

A las 8 semanas del posparto la paciente seguía hipertensa, bien controlada con labetalol. puesto que estaba dando lactancia natural, se decidió cambiar por enalapril para mayor comodidad.

1.8 CONCLUSIÓN

Se considera que el Proceso de Atención de Enfermería, permite una atención integral al individuo tanto sano como enfermo, además de fomentar el razonamiento crítico y desarrollar las habilidades prácticas de la asistencia de enfermería, todo esto, con el propósito de brindar cuidados con calidad y enfoque científico a la paciente. En este caso clínico se concluye que el factor de riesgo asociado fue el ser primigesta y el antecedente familiar de hipertensión. Se recomienda la detección de preeclampsia en mujeres embarazadas con medidas de presión arterial durante todo el embarazo, así como también políticas de educación tanto en la población como en las citas trimestrales con el especialista, con miras a evitar embarazos de alto riesgo y para que las madres identifiquen a tiempo los síntomas de la preeclampsia y lleven un adecuado control prenatal.

1.9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dra. Kimberly Herrera Sánchez. Revista Médica Sinergia Vol.3 Núm. 3 pág: 8 – 12. [internet]. Limón, Costa Rica. [Citado el: Marzo 2018]. [Consultado el: 03 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Día de concientización sobre la preeclampsia. [internet]. [Citado el: 1ro de agosto del 2019]. [Consultado el: 05 de diciembre de 2021] Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
3. Víctor Manuel Vargas H., Gustavo Acosta A., Mario Adán Moreno E. Revista chilena de obstetricia y ginecología, Vol. 77, No. 6. [internet]. Santiago, Chile. [Citado el: 2012]. [Consultado el: 10 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013
4. Fernando Guzmán Aguilar. Gaceta digital UNAM. Preeclampsia, primera causa de muerte. [internet]. [Citado el : 25 de mayo 2018]. [Ultima actualización: 16 de diciembre 2021]. [Consultado el: 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gaceta.unam.mx/preeclampsia-primer-causa-de-muerte-materna/>
5. López Nidia, Malamud Julio, Nores Fierro José, Mendoza Sara Inés. Consenso de Obstetricia FASGO. Estados hipertensivos y embarazo. [internet]. [Citado el : 2017]. [Consultado el: 18 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf

6. Luis Martín Gómez Carbajal. Revista peruana de ginecología y obstetricia, vol.60, no.4. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. [internet]. Lima, Perú. [Citado el: diciembre 2014]. [Consultado el: 18 de diciembre 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400008
7. MSC. Maguel Valdés Yong, MSC. Jónathan Hernández Núñez. Revista cubana de medicina militar, vol 43, no. 3. Factores de riesgo para preeclampsia. [internet]. Ciudad de la Habana, Cuba. [Citado el : septiembre del 2014]. [Consultado el: 19 de diciembre del 2021]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005
8. Dr. Gabriel A. Torres López. Observatorio de mortalidad materna en México. Preeclampsia. [internet]. [Citado en: 2011]. [Consultado el : 23 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Preeclampsia.pdf>
9. V. Cararach Ramoneda, F. Botet Mussons. Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología. Preeclampsia. Eclampsia y síndrome de HELLP. [internet]. Barcelona. [Citado el: 2008]. [Consultado el : 23 de diciembre de 2021]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
10. Vázquez Rodríguez JG. Artículo de Ginecología y obstetricia de México. Complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia e hiperuricemia tratadas en la unidad de cuidados intensivos. [internet]. México. [Citado el : Marzo del 2018]. [Consultado el: 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom163d.pdf>

11. Dr. Eduardo Malvino. Biblioteca de Obstetricia Crítica, Segunda edición, Tomo III. Preeclampsia grave y eclampsia. [internet]. Buenos Aires, Argentina. [Citado en el : 2018]. [Consultado el: 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: http://www.obstetriciacritica.com/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf
12. Dra. Sandhya Pruthi, Yvonne S. Butler Tobah. Mayo Clinic. Preeclampsia, diagnóstico. [internet]. Estados Unidos. [Citado el: 16 de noviembre de 2018]. [Consultado el: 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/preeclampsia/diagnosis-treatment/drc-20355751>
13. Top doctors. Revista médica Top doctors, España. Preeclampsia. [internet]. España. [Consultado el: 29 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/preeclampsia>
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención. Evidencias y recomendaciones. [internet]. Ciudad de México. [Citado el : 2008]. [Última actualización: 16 de marzo de 2017]. [Consultado el: 29 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/020GER.pdf>