



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

Tesina

*Caso Clínico: Proceso de Enfermería en una Persona con
Preeclampsia y Hemorragia Obstétrica*

Tesina presentada para obtener el grado de:
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:
Cuidados Intensivos

Presenta:
LE. Zurisadaí Márquez Pérez

Junio, 2020.



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Programa Académico Especialidad de Enfermería

Tesina

*Caso Clínico: Proceso de Enfermería en una Persona con
Preeclampsia y Hemorragia Obstétrica*

Tesina presentada para obtener el grado de:
Enfermera Especialista con Opción Terminal en:
Cuidados Intensivos

Presenta:

LE. Zurisadaí Márquez Pérez

Director de Tesina:

ME. Adriana Rosalía González Hernández

Junio, 2020.

Tesina: *Caso Clínico Proceso de Enfermería en una Persona con Preeclampsia y Hemorragia Obstétrica*

Número de registro académico: SIEP/EECI/059/20

Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional

MCE. Adriana Rosalía González Hernández
Presidente

MCE. Ma. Araceli García López
Secretario

DCE. Vianet Nava Navarro
Vocal

ME. Alejandro Torres Reyes
Vocal

ME. Adriana Rosalía González Hernández
Director de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios de
Posgrado

Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción Terminal en Cuidados Intensivos.
Fecha de Graduación	Junio 2020
Universidad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad	Facultad de Enfermería
Título de las Tesina	Caso Clínico Proceso de Enfermería en una Persona con Preeclampsia y Hemorragia Obstétrica
Número de páginas	51
LGAC	Situaciones de Cuidado en los Procesos Crónicos

Introducción: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% corresponde a los países en desarrollo. En México la razón de mortalidad calculada es de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados. En el estado de Puebla en la primera semana de noviembre se han presentado 26 muertes maternas en este año, siendo las principales causas las enfermedades hipertensivas y la hemorragia obstétrica (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2019). La OMS describe la hemorragia obstétrica como cualquier sangrado del periodo gestacional o puerperio (hasta 6 semanas), con independencia del tiempo de gestación, la cantidad estimada, el modo del parto, el valor del hematocrito y la necesidad de transfundir, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda (Suárez et al., 2016). El profesional de enfermería forma parte de un equipo multidisciplinario para la atención de la mujer con complicaciones de embarazo, parto y puerperio.

Marco de Referencia: El PAE es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas a través de una atención sistematizada, (Andrade, López & Venegas, 2018). Existen diversos tipos de valoración dependiendo el modelo enfermero, uno de ellos es el marco de referencia de los patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon.

Objetivo: Implementar en una persona con preeclampsia y hemorragia obstétrica, un plan de cuidados especializados con un enfoque integral y sistemático mediante el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC y haciendo uso de la mejor evidencia científica.

Palabras Clave: Proceso de Enfermería, Marjory Gordon, Preeclampsia, Hemorragia Obstétrica.

Firma del Director de Tesina: ME. Adriana Rosalía González Hernández

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
1.1 Marco de Referencia	5
1.2 Objetivo	9
Capítulo II	
Diseño del Proceso de Enfermería	
Valoración inicial	10
Valoración continua	16
Diagnóstico de Enfermería	20
Plan de Cuidados de Enfermería	22
Ejecución y Evaluación del Cuidado	34
Plan de Alta	39
Capítulo III	
Discusión	44
Conclusiones	46
Referencias	47
Apéndices	51

Capítulo I

1.1 Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), cada día mueren aproximadamente 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, un 99% corresponde a los países en desarrollo. La mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo, parto o puerperio, entre las causas principales están la hemorragia obstétrica y la hipertensión arterial (Preeclampsia y Eclampsia).

En México la razón de mortalidad calculada es de 31.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, en la primera semana de noviembre de 2019 se registraron 586 defunciones, en tanto que para el mismo corte de 2018 se registraron 589 defunciones, lo que representa una disminución de 0.5%, con 3 decesos menos en este año. Las principales causas son: enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (20.1%), hemorragia obstétrica (20.0%) y aborto (8.9%). En el estado de Puebla en la primera semana de noviembre se han presentado 26 muertes maternas en este año, siendo las principales causas las enfermedades hipertensivas y la hemorragia obstétrica (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2019).

La OMS describe la hemorragia obstétrica como cualquier sangrado del periodo gestacional o puerperio (hasta 6 semanas), con independencia del tiempo de gestación, la cantidad estimada, el modo del parto, el valor del hematocrito y la necesidad de transfundir, que se acompañe de signos clínicos de hipoperfusión periférica aguda (Suárez et al., 2016).

Para Guasch & Gilsanz (2016) la hemorragia obstétrica se define como la pérdida sanguínea mayor o igual a 500 ml., y es dividida en menor cuando la pérdida oscila entre los 500 y los 1000 ml y mayor cuando es más de 1000 ml.

La pérdida de sangre de 750 ml. corresponde a un 15% de volumen sanguíneo, que condicionan a un estado de choque hipovolémico hemorrágico, definido como un estado de desequilibrio entre el aporte y el consumo de oxígeno, que, de no ser corregido, para el organismo representa alteraciones metabólicas, disfunción multiorgánica y hasta la muerte (Cecconi, et al 2014).

El tratamiento en el transoperatorio en pacientes con hemorragia obstétrica incluye: la provisión de líquidos intravenosos, provisión no rutinaria de antibióticos, oxitócicos o ergonovina, transfusión sanguínea, parto asistido, cesárea, extracción manual de placenta, reparación de laceraciones e histerectomía (Echeverría et al 2017).

La preeclampsia es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o el puerperio.

Preeclampsia con criterios de severidad se presenta con uno o más de los siguientes signos y síntomas: cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales o cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica mayor o igual a 160 y/o diastólica mayor o igual a 110 mmHg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario. (Hernández et al 2013)

En un estudio reciente, García et al (2018) describen las características clínicas y el riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia en unidad de cuidados

intensivos, mediante la revisión de expedientes clínicos, destacando de suma importancia el monitoreo de la presión arterial de la mujer embarazada, a su ingreso y durante su estancia hospitalaria, sobre todo si a su ingreso presenta cifras mayores a 140/90 mmHg, ya que la probabilidad de presentar preeclampsia en el embarazo actual se incrementa hasta un 30% si en el embarazo previo se desarrolló diabetes, obesidad, nefropatía o preeclampsia y el riesgo es más alto a complicaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer y del feto. -

En estudios de caso clínico en los que utilizaron un plan de cuidados de enfermería en pacientes con preeclampsia, Carmona, Escaño y García (2015) detectaron los diagnósticos: exceso de volumen de líquidos, manejo inefectivo del régimen terapéutico y riesgo de alteración de la diada materno-fetal, y como complicaciones potenciales, la eclampsia y prematuridad del feto; en sus intervenciones ellos consideraron importante integrar a la paciente en el proceso de enfermedad a través de la enseñanza de la enfermedad para poder instaurar nuevos hábitos de vida saludable, así el resultado de las intervenciones aplicadas ayudó a la no progresión de la enfermedad evitando complicaciones para la paciente y el feto; En el año 2019 Meza, Castro, Laguna y Cárdenas en su estudio de caso, describen las manifestaciones clínicas: hipertensión arterial 160/90 mmHg, alteraciones en el sistema nerviosos central, signos vasomotores y alteraciones en los resultados de laboratorio; entre los diagnósticos detectados están el riesgo de infección, riesgo de shock y ansiedad; las actividades que aplicaron fueron la higiene de manos, revaloración, monitorización de los signos vitales, control de los exámenes de laboratorio, manejo de hemoderivados y reposición de líquidos, entre otros. Las intervenciones de enfermería resultaron favorables para la paciente, se evitó el riesgo de infección, así como de shock, manteniendo un equilibrio hídrico y lograron

disminuir la ansiedad de la paciente. Ellos recomiendan que el manejo médico y de enfermería sea oportuno, partiendo de una valoración integral que aseguren el bienestar materno-fetal, impartiendo cuidados en relación con los protocolos establecidos en cada unidad de salud con el fin de prevenir complicaciones obstétricas y contribuir a la disminución de el alto índice de morbimortalidad materno-perinatal.

Para el manejo de estados críticos, como lo es en la hemorragia obstétrica y la preeclampsia, se requiere de un equipo multidisciplinario capacitado para asistir con calidad, excelencia y oportunidad, en el transcurso desde su detección, activación de código de respuesta inmediata, el manejo en el proceso perioperatorio, transoperatorio y postoperatorio, en cuidados intensivos, hasta su recuperación; buscando siempre desarrollar destrezas y competencias en los procedimientos apropiados, responder de manera efectiva a las necesidades de la paciente y trabajar como un equipo (Echeverría, et al 2017).

El profesional de enfermería forma parte de un equipo multidisciplinario para la atención de la mujer con complicaciones de embarazo, parto y puerperio; el cuidado oportuno y específico en situaciones críticas requiere de personal de salud con competencias para aplicar intervenciones de práctica avanzada. La formación de profesionales de enfermería en la especialidad de cuidados intensivos permitirá otorgar un cuidado de enfermería basado en evidencia científica a pacientes en estado crítico por complicaciones del embarazo, a través del método científico del proceso de atención de enfermería (PAE), en el cual se involucra la recolección de datos, el uso del razonamiento crítico para el planteamiento del problema, conocimiento y experiencia; finalmente los resultados del cuidado repercuten en el bienestar y recuperación notable en cada paciente.

1.2 Marco de Referencia

La actividad esencial de Enfermería es el cuidado y, de acuerdo a la descripción del Modelo del Cuidado (2018), es una acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a las necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante una nueva experiencia que debe afrontar a través de la ciencia y arte humanístico, dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones, independientes o interdependientes.

El PAE es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales. Andrade, López & Venegas (2018)

El PAE está conformado por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. La *valoración* es la primera etapa y es un proceso continuo que se realiza durante todas las etapas subsecuentes, por lo que se considera como un banco de datos imprescindible para la toma de decisiones en torno al cuidado de enfermería, tiene como objetivo obtener datos con exactitud sobre el estado de salud del paciente;

conocer el grado de satisfacción de las necesidades de la persona, familia o comunidad, así como conocer los recursos disponibles para planificar los cuidados de enfermería. Andrade et al. (2018). Existen diversos tipos de valoración dependiendo el modelo enfermero, uno de ellos es el marco de referencia de los patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon.

Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz (2010) describen a los PFS como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

Los PFS son 11: Patrón 1 Percepción – manejo de la salud; Patrón 2: Nutricional – metabólico; Patrón 3: Eliminación; Patrón 4: Actividad – ejercicio; Patrón 5: Sueño – descanso; Patrón 6: Cognitivo – perceptivo; Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto; Patrón 8: Rol – relaciones; Patrón 9: Sexualidad y reproducción; Patrón 10: Adaptación tolerancia al estrés; y, Patrón 11: Valores – creencias. Los PFS son una división artificial y estructurada del funcionamiento humano integrado, por lo que no deben ser entendidos de forma aislada.

El *diagnóstico* de enfermería, en esta etapa implica una compleja función intelectual, que conjuga los conocimientos y habilidades del profesional, permite llegar a una serie de conclusiones e inferencias sobre el estado de salud de la persona, a través del análisis de un conjunto de datos e información que se recaba durante la etapa de valoración, proporciona la base para la selección de las intervenciones. Para la formulación de

diagnósticos de enfermería se utiliza la taxonomía de la Asociación Nacional Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA por sus siglas en inglés) Moorhead, Swanson, Johnson & Maas (2018).

Una taxonomía es una forma de clasificar u ordenar las cosas en categorías, es un esquema jerárquico de grupos principales, subgrupos y elementos con el fin de organizar conocimientos formales en dimensiones coherentes, lógicas y conceptualizadas para que reflejen el dominio profesional.

Un sistema de clasificación en el cuidado de la salud tiene múltiples funciones, entre ellas esta: el proporcionar una visión del área de conocimiento y práctica de una profesión específica, organizar los fenómenos de una manera que se refiera a los cambios en la salud, los procesos y los mecanismos que preocupan al profesional, así como mostrar una conexión lógica entre los factores que pueden ser controlados o manipulados por profesionales. De esta manera la taxonomía proporciona una estructura para clasificar los diagnósticos enfermeros en dominios y clases, cada uno de los cuales está claramente definido.

La *planeación* es la tercera etapa del proceso la cual consiste en determinar qué se puede hacer para apoyar al individuo, la familia o la comunidad en el restablecimiento, conservación y fomento de su salud y bienestar; se establece la priorización de los diagnósticos, se elaboran objetivos de resultados y se determinan las intervenciones y actividades para el diseño del plan de atención de enfermería.

Para establecer los resultados se utiliza la taxonomía de la Clasificación de resultados de enfermería (NOC por sus siglas en inglés). Herdman & Kamitsuru (2018) consideran

que un resultado del paciente sensible a la práctica enfermera es un estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo, en respuesta a una intervención o intervenciones enfermeras. Los resultados son conceptos variables que pueden medirse a lo largo de un continuo utilizando una o varias escalas de medida. Los resultados se expresan como conceptos que reflejan el estado y la conducta o percepción de un paciente, cuidador, familia o comunidad y no como objetivos esperados. Entre las ventajas del uso de resultados están: la capacidad para evaluar la eficiencia de las actividades terapéuticas de enfermería, la capacidad para monitorizar los cambios para un periodo de tiempo previsto en un paciente determinado y, la capacidad de comparar la consecución de estados específicos en la población de pacientes en diferentes entornos y con varios proveedores.

Para la clasificación de Intervenciones de Enfermería, por sus siglas en Inglés Nursing Interventions Classifications (NIC), Butcher, Dochterman, Bulechek & Wagner (2018) establecen que la estructura de la taxonomía incluye tres niveles, en el nivel más abstracto están siete dominios, cada dominio tiene clases o grupo de intervenciones relacionadas para facilitar el uso, las agrupaciones representan todas las áreas de la práctica de enfermería. Las enfermeras de diferente especialidad pueden usar la taxonomía completa con cada paciente en particular, no solo las intervenciones de una clase o dominio.

En la planeación se utiliza la Enfermería basada en evidencia (EBE) que es una metodología a través del cual se obtiene un conjunto de evidencias y recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible incluidas en las guía de práctica clínica de enfermería (GPCE), con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al

usuario de los servicios de salud, en la mejor toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica crítica y reflexiva (Modelo del Cuidado, 2018).

En la etapa de la *ejecución* se desarrolla la resolución de los problemas identificados a través de las actuaciones y tiene como meta el cuidado de la persona en su esfera biopsicosocial. La ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocada en el inicio de las intervenciones de enfermería.

La etapa final de este proceso es la *evaluación* de las respuestas de la persona a los cuidados otorgados, es la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud de la persona y los resultados esperados, lo que permite su revisión y reestructuración.

1.3 Objetivo

Implementar en una persona con preeclampsia y hemorragia obstétrica, un plan de cuidados especializados con un enfoque integral y sistemático mediante el uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC y haciendo uso de la mejor evidencia científica.

Capítulo II

2.1 Diseño del Proceso de Enfermería

Valoración Inicial:

- a) *Datos de Identificación:* el 5 de noviembre de 2019, ingresa al servicio de tococirugía, área de labor a las 8:30 h., la paciente LGI, sexo femenino, de 35 años de edad, con un nivel de escolaridad medio (secundaria), con ocupación de labores del hogar, casada, y es originaria del municipio de Tepetzala Acajete, Estado de Puebla.
- b) *Observación del Entorno:* la unidad de labor tiene forma rectangular, cuenta con seis cubículos para la atención de la paciente obstetra, separados por estructura de aluminio, cada uno dispone de una camilla, un tococardiógrafo, un monitor cardiológico, tomas de oxígeno, succión y aire, portasuero, iluminación con lámparas blancas, dos lavamanos; una central de enfermería, un área de preparación de medicamentos.
- c) *Datos Históricos:* al interrogatorio la paciente se encuentra consciente, refiere no conocer antecedentes heredofamiliares, no se sabe alérgica a medicamentos ni a alimentos, cuenta con esquema de vacunación completo; manifiesta tener buenos hábitos higiénicos en general, tiene animales domésticos (3 perros vacunados). Niega enfermedades crónico-degenerativas, procedimiento quirúrgico de hace 3 años una cesárea secundaria a preeclampsia, embarazo 2, Aborto 0. El diagnóstico médico con el que ingresa la paciente al servicio de tococirugía es: embarazo de 36.5 SDG, preeclampsia con criterios de severidad y ruptura prematura de membranas.

- d) *Datos Actuales*: se recaban los datos objetivos y subjetivos de la paciente obtenidos de la valoración y entrevista, exploración física cefalocaudal.

I. Patrones Funcionales de Salud

1. *Patrón percepción-manejo de salud*: paciente refiere tener buenos hábitos higiénicos, baño diario y cambio de ropa diario. La limpieza de su casa la realiza cada tercer día. El esquema de vacunación es completo, refiere que le aplicaron la vacuna contra el tétanos, desconoce ser alérgica a medicamentos o alimentos. Desde su embarazo anterior comenta tener conocimiento de los riesgos que tendría al embarazarse por segunda ocasión, por lo que su actual embarazo fue planeado y asistió a 8 consultas prenatales con médico particular y 8 consultas en clínica de la comunidad, inició el consumo de ácido fólico desde las 6 semanas de gestación, calcio y multivitaminas a partir del tercer mes de embarazo. Refiere no consumir sustancias adictivas. En el desarrollo de su segundo embarazo presentó durante el tercer mes vulvovaginitis tratado con óvulos desconoce el fármaco, y en el tercer trimestre infección de vías urinarias la cual se trató, pero no recuerda los medicamentos. No se realizó la prueba de VIH ni VDRL, la paciente considera que tiene buen cuidado de su salud. Actualmente ingresa a las 8:30 h. al servicio de labor de segundo nivel de atención de los Servicios de Salud, con diagnóstico médico: gesta 2, cesárea 1, embarazo de 36.5 semanas de gestación más preeclampsia con criterios de severidad más ruptura prematura de membranas de dos horas de evolución.
2. *Patrón nutricional-metabólico*: en cuanto a su alimentación, comenta tener tres comidas al día en su casa, y solo cuando tiene hambre come fruta. Las comidas que consume con mayor frecuencia son frijoles, verduras, huevo y carne dos

veces a la semana. Su consumo de agua es de un litro y medio al día, comenta que dejó de consumir sal porque el médico le dijo que le hacía daño. Peso: 70 kg, talla 160 cm actuales e IMC 28. Actualmente se encuentra con ayuno de 12 h. , a la exploración física, se observa con palidez de tegumentos, mucosa oral hidratada, edema palpebral + y en manos y pies ++, glicemia capilar de 90mg/dL; hemoglobina 13,00g/dL, hematocrito 38.7% , plaquetas 234.000, tiempo de tromboplastina parcial 27.20 segundos, tiempo de protrombina 14.4 segundos, fibrinógeno 448, glucosa 79mg/dL, BUN 5mg/dL, urea 10.7 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, sodio 137 mmol/L, potasio 4.1 mmol/L, cloro 109 mg/dL, calcio 9.8 mg/dL, fosforo 5.3 mg/dL, magnesio 1.8 mg/dL, proteínas totales 5.9g/dL, Albumina 3.10g/dL. Se observa edema palpebral +, en manos y pies ++, a la auscultación pulmonar presenta sonidos respiratorios adventicios, estertores en pulmón basal derecho, en abdomen se percibe peristalsis presente; a la palpación abdominal, abdomen globoso por la gestación.

3. *Patrón eliminación:* la paciente refiere tener problemas de estreñimiento, dificultad para evacuar y malestares intestinales en el último trimestre de embarazo a la fecha. A su ingreso al área de labor se le coloca sonda vesical no. 16 french durante 3 h. drenó 80 ml diuresis, presenta pérdida continua de líquido amniótico ++.
4. *Patrón actividad- ejercicio:* refiere no hacer ejercicio, realiza sus actividades de la vida diaria sin dificultades, más lento en su embarazo porque refiere que constantemente presenta cefalea, acufenos y fosfenos, especialmente los últimos dos meses de su embarazo y se le dificulta realizar sus actividades cotidianas por el edema en extremidades, especialmente en el último mes. En labor se le toman

los siguientes signos vitales: frecuencia respiratoria de 27 x min., frecuencia cardíaca de 70 lxmin., temperatura 36.8°C, presión arterial de 150/90 mmHg.

5. *Patrón sueño-descanso*: refiere no tener dificultades para dormir, el último mes de embarazo se le dificulta encontrar una posición adecuada para descansar, suele descansar cuando se siente mal por la presencia de acufenos, fosfenos y cefalea. Actualmente despierta a la exploración y enteevista.
6. *Patrón cognitivo-perceptual*: refiere que sabe leer y escribir. Durante la entrevista la paciente se encuentra consciente, orientada en tiempo y espacio, su lenguaje es fluido, comenta no tener problemas para memorizar, tiene conocimiento sobre los riesgos de su embarazo, por lo que acude para atención médica inmediata al presentar ruptura prematura de membranas. Escala de coma de Glasgow de 15 puntos, refiere tener acufenos, fosfenos y cefalea. En dolor de 8 puntos de acuerdo a la Escala de Valoración Análoga (EVA).
7. *Patrón autopercepción-autoconcepto*: la paciente expresa estar conforme con la vida que tiene, acepta su identidad de mujer, acepta su imagen corporal y valora su persona, durante la entrevista tiene contacto visual, acepta la complicación de su embarazo como parte de la vida, presenta ansiedad y preocupación por su presión arterial.
8. *Patrón rol-relaciones*: comenta que su familia es nuclear la integran su esposo, hijo y ella. Dependen económicamente de su esposo, actualmente no trabaja desde su embarazo anterior debido a las complicaciones del mismo, su actividad principal es ama de casa, comenta no tener conflictos con su esposo y en general tiene buena relación con su familia.

9. *Patrón sexualidad-reproducción:* menarca a los 14 años, sus ciclos menstruales son regulares cada 28 días, con duración de 3 días, inicio de vida sexual a los 29 años, una pareja sexual, no se ha realizado citología cervical desde hace cinco años, desconoce tener alguna enfermedad de transmisión sexual, no se realizó las pruebas de VIH y VDRL, no contaba con método de planificación familiar aunque comenta que su embarazo fue planeado, FUM el 21 de febrero del 2019, su fecha probable de parto era para el día 28 de noviembre del año en curso, en el embarazo anterior también presentó preeclampsia y parto pretérmino, periodo intergenésico de 3 años, embarazo actual de 36.5 semanas de gestación más preeclampsia con criterios de severidad más ruptura prematura de membranas, paridad satisfecha y solicitó obstrucción tubárica bilateral como método de planificación definitivo; al realizar las maniobras de Leopold se encuentra producto en posición cefálica, dorso derecho, foco fetal derecho, frecuencia cardíaca fetal de 146 lxmin., refiere tener movimientos fetales, inicia con pródromos de trabajo de parto, contracciones irregulares, a las 7 de la mañana aproximadamente presentó ruptura prematura de membranas, actualmente continua con pérdidas transvaginales de líquido amniótico, al ultrasonido realizado se observaron oligohidramnios.
10. *Patrón adaptación-tolerancia al estrés:* la paciente se considera una persona tranquila, ha contado con el apoyo de su esposo y su familia durante el embarazo y en el cuidado de su hijo, actualmente presenta ansiedad por saber constantemente la cifra de su presión arterial y el final del embarazo, le preocupa que el nacimiento sea antes de tiempo, pero se muestra cooperadora en la atención que le están dando en el hospital.

11. Patrón valores-creencias: religión católica con toda su familia.

II. Valoración Céfalo-Caudal

Se encuentra en el área de labor en posición de decúbito dorsal, consiente y orientada, refiere presentar cefalea, acufenos y fosfenos, pupilas isocóricas y reactivas, edema palpebral +, mucosa oral hidratada, se observa expresión facial de dolor.

A la exploración del tórax presenta estertores basales en pulmón derecho.

Frecuencia respiratoria de 27 x min., frecuencia cardíaca de 70 lxmin., temperatura 36.8°C, presión arterial de 150/90mmHg.

En brazo derecho tiene un acceso venoso periférico con infusión de solución intravenosa Hartman 1000 ml para 12 hrs., se instala un segundo acceso venoso periférico en el mismo brazo para iniciar infusión de sulfato de magnesio, llenado capilar de un segundo, diaforesis en manos, edema ++.

Abdomen gestante, con producto en posición cefálica, dorso derecho, foco fetal derecho con frecuencia cardíaca de 126 latidos por minuto, altura de fondo uterino de 28 cm., contracciones irregulares, en pródromos de trabajo de parto, refiere percibir los movimientos fetales; se ausculta peristalsis presente.

Se observa pérdida de líquido amniótico ++ a través del gasto de apósito testigo; se instala sonda vesical numero 16 french, globo 10ml. para tener un control de líquidos, drena 80 ml de uresis en tres horas, color ámbar. Extremidades inferiores con edema ++, pulsos poplíteo y pedio intensos, llenado capilar de un segundo.

Fármacos prescritos:

Glucosa al 5% 250 ml + 4 ámpulas de sulfato de magnesio para pasar en 20 minutos

Glucosa al 5% 900 ml + 10 ámpulas de sulfato de magnesio para pasar 100 ml. por hora

Segunda vía Hartman 1000 ml. intravenoso

Ampicilina 2gr. intravenosa dosis única

Metoclopramida 10 mg intravenoso dosis única

Hidralazina 5gr. intravenoso en caso de presión arterial igual o mayor a 160/100mmHg

Tabla 1. *Resultados auxiliares de diagnósticos*

Prueba/Valores	Prueba/Valores
Hemoglobina 13,00g/dl	Fibrinógeno 448
Hematocrito 38.7%	Glucosa 79mg/dL
Plaquetas 2340.00	BUN 5mg/dL
Tiempo de tromboplastina parcial 27.20 segundos	Urea 10.7 mg/dL
Tiempo de protrombina 14.4 segundos	Creatinina 0.6 mg/dL
Sodio 137 mmol/L	Potasio 4.1 mmol/L
Cloro 109 mg/dl	Calcio 9.8 mg/dL
Fosforo 5.3 mg/dL	Magnesio 1.8 mg/dL
Proteínas totales 5.9g/dL	Albumina 3.10g/dL

Fuente: Expediente Clínico

Valoración Continua

Fecha: 5 de noviembre de 2019, 11:10 am

Servicio: Tococirugía-Sala

Ingres a sala para interrupción del embarazo por cesárea, se coloca en la mesa quirúrgica en posición dorsal para monitorización, registrándose los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca 85 x min., frecuencia respiratoria 27 x min., presión arterial 128/88mmHg., temperatura 36.2°C, saturación de oxígeno 100%, posteriormente se coloca en decúbito lateral izquierdo para bloqueo epidural, al terminar el procedimiento de anestesia se coloca nuevamente en posición decúbito dorsal, se le realiza asepsia y antisepsia abdominal, inicia la cirugía a las 11:25 hrs. con signos vitales frecuencia cardiaca 80 x min, frecuencia respiratoria 2 1xmin, presión arterial 120/80mmHg,

temperatura 36.2, saturación de oxígeno 100%, se mantiene en monitorización continua y vigilancia de signos vitales, a las 11:45 nace producto único vivo de sexo femenino, extraen placenta completa; durante la revisión de cavidad presenta atonía uterina y hemorragia obstétrica, se registran signos vitales de frecuencia cardiaca 108 lxmin., frecuencia respiratoria 2 lxmin., presión arterial 110/73mmHg., saturación de oxígeno 100%, temperatura 36.2°C; el médico indica administración inmediata de carbetocina intravenosa a las 11:52, posteriormente el sangrado se contiene y continúan con el cierre de cavidad uterina, se registran los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca 97 lxmin., frecuencia respiratoria 21 x min., presión arterial 156/91mmHg., saturación de oxígeno 99%, temperatura 36°C, llenado capilar de 3 segundos; continúan con la obstrucción tubárica bilateral, el anestesiólogo administra hidralazina 5 mg intravenoso, paracetamol 1gr. intravenoso y ketorolaco 30 mg. intravenoso. Termina cirugía a las 12:18hrs. se registran los siguientes signos vitales con frecuencia cardiaca 85 lxmin., frecuencia respiratoria 2 lxmin., presión arterial 156/85mmHg., saturación de oxígeno 98%, temperatura 36°C. Durante el procedimiento quirúrgico la paciente permanece consciente. Cuantificación de sangrado total de 1000 ml, considerada hemorragia obstétrica como complicación, uresis total registrada 130ml. Se coloca esculte en la herida quirúrgica, se traslada al área de tococirugía-recuperación. El recién nacido permanece en sala para vigilancia ya que presenta datos de dificultad respiratoria transitoria del recién nacido y para control de temperatura.

Valoración Continua

Fecha: 5 de noviembre de 2019, 12:30 pm

Servicio: Tococirugía-Recuperación

Ingresa paciente al área de recuperación, se monitoriza, la paciente refiere tener acufenos, fosfenos, cefalea en escala de EVA de 5 puntos, náuseas y mareo. A la exploración física se encuentra mucosa oral deshidratada, labios secos, se ausculta campos pulmonares y se perciben estertores en el pulmón basal derecho, se registran los siguientes signos vitales a las 12:35 pm: frecuencia cardiaca 72 lxmin., frecuencia respiratoria 2 lxmin., presión arterial 114/53mmHg, saturación de oxígeno 97%, temperatura 36° C.; se encuentra en alojamiento conjunto, se exploran mamas y se observa escasa producción de leche humana, mamas suaves a la palpación, pezones grandes; en el brazo izquierdo continua con dos accesos venosos periféricos con infusión de solución intravenosa Hartman e infusión continua de sulfato de magnesio a 100 ml/h. respectivamente, en ambos brazos presenta edema ++, llenado capilar de 3", palidez en la palma de las manos, pulsos periféricos débiles, radial, poplíteo y pedio; abdomen doloroso a la palpación, se encuentra con esculte en la herida quirúrgica con rasgos hemáticos, a la auscultación disminución de ruidos peristálticos, sonda vesical con gasto de uresis escaso de aproximadamente 10 ml., sangrado transvaginal escaso 30 ml aproximadamente, extremidades inferiores con edema ++, llenado capilar en dedos de los pies de 3", pulsos poplíteo y pedio disminuidos, aún sin poder movilizarlos por los efectos de la anestesia, con vendaje de miembros inferiores.

Fármacos prescritos:

Solución Hartman 1000ml para pasar en 8 hrs.

Solución intravenosa de Glucosa al 5% 900 ml + 10 ampulas de sulfato de magnesio continuar pasando a 100 ml/hr y suspender al terminar

Clonixinato de Lisina 100 mg intravenoso cada 8 hrs.

Cefotaxima 1 gr intravenoso cada 8 hrs.

Nifedipino 30 mg por vía oral cada 12 hrs.

IV. Identificación de Patrones Disfuncionales de Salud

En el presente caso clínico se identifican los siguientes Patrones Disfuncionales de Salud

de la paciente LGI:

Patrón percepción-manejo de salud

Patrón nutricional-metabólico

Patrón eliminación

Patrón actividad- ejercicio

Patrón cognitivo-perceptual

Patrón sexualidad-reproducción

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio 2. Nutrición

Clase 5. Hidratación

Diagnóstico de Enfermería: Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p alteración de la presión arterial (150/90), desequilibrio de electrolitos hipercloremia, edema palpebral, edema, oliguria, hematocrito disminuido.

Dominio 4. Actividad reposo

Clase 4. Respuestas cardiovasculares pulmonares

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c hipertensión arterial (preeclampsia con criterios de severidad)

Dominio 2. Nutrición

Clase 5. Hidratación

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos r/c pérdida activa de volumen de líquidos (hemorragia obstétrica por atonía uterina) m/p aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial (110/73), disminución del llenado venoso, disminución de la producción de la orina.

Dominio 12. Confort

Clase 1. Confort físico

Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo r/c lesiones por agentes físicos (trabajo de parto) m/p autoinforme de intensidad con escalas estandarizadas de dolor, expresión facial de dolor, conducta expresiva de dolor (inquietud).

Dominio 8. Sexualidad

Clase 3. Reproducción

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de alteración de la díada materno/fetal r/c complicaciones del embarazo, transporte de oxígeno fetal comprometido (preeclampsia, ruptura prematura de membranas)

Los diagnósticos se organizaron de acuerdo a prioridad de atención, de los cuales, para fines de estudio, solo se desarrollarán tres de ellos de las valoraciones que se hicieron a la paciente en el área de labor y sala de tococirugía. |

Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LGI Edad: 35 años Fecha de ingreso: 05/11/2019
 Servicio/ Contexto: Tococirugía-Labor Diagnóstico médico: Embarazo de 36.5 SDG, Preeclampsia con criterios de severidad, Ruptura prematura de membranas

Dominio: Nutrición Clase: 5 Hidratación	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio 2: Salud fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p alteración de la presión arterial, alteración de la frecuencia respiratoria, desequilibrio de electrolitos hipercloremia, edema, oliguria, sonidos respiratorios adventicios.	<i>Equilibrio Hídrico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial - Frecuencia respiratoria - Ruidos respiratorios patológico - Electrolitos séricos - Hematocrito - Edema periférico - Humedad de las membranas mucosas - Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	<ul style="list-style-type: none"> 1 3 4 3 4 2 4 3 	<i>Mantener a:</i> 3

Intervenciones de Enfermería (NIC)	Recomendaciones (GPC)
<p>Dominio 2. Fisiológico: complejo Clase G. Control de electrolitos y acidobásico</p> <p>Intervención de Enfermería: Manejo de líquidos-electrolitos</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios del estado respiratorio o cardiaco que indiquen sobrecarga de líquidos • Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la hiperhidratación como-. crepitantes, oliguria, cambios conductuales, respiración rápida y superficial, y ansiedad. • Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos como: hematocrito, BUN, albumina, proteínas totales, osmolaridad sérica y gravedad específica de la orina • Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos aumento de la gravedad específica, aumento del BUN, disminución del hematocrito y aumento de la osmolaridad urinaria • Llevar un registro preciso de entradas y salidas • Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos • Observar si hay pérdida de líquidos 	<p>Guía de Práctica Clínica: Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. SS-020-08</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La presión arterial debe ser tomada cada 5 minutos hasta que la mujer se estabilice y posteriormente cada 30 minutos, con baumanómetro de mercurio, con un brazalete de tamaño apropiado para el brazo. • La paciente debe mantenerse en ayuno, con acceso venoso periférico y sonda vesical (para control de líquido) • Solicitar biometría hemática completa, enzimas hepáticas TGO, TGP, DHL, creatinina sérica, plaquetas, examen general de orina, los cuales se deben repetir a diario o más frecuentemente si las condiciones maternas lo requieren • Manejo de líquidos: pasar carga con 250 mililitros de solución mixta, fisiológica o Hartman en 10-15 minutos y efectuar el control estricto de líquidos. La restricción de líquidos es recomendable para reducir el riesgo de sobrecarga en el periodo intraparto y postparto. Los líquidos totales deben ser limitados a 80 ml/hora o 1 ml/kg/hora • Tratamiento para la hipertensión arterial severa tiene como objetivo disminuir la presión sistólica < 160mmHg y la diastólica < 110 mm Hg. La nifedipina administrada vía oral o la hidralacina intravenosa • Se recomienda evaluar la localización y la extensión del edema, mantener la vía periférica permeable, registrar el llenado capilar, monitorizar las condiciones de las mucosas y la turgencia de la piel, así como la ingesta y la excreción.

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Fecha:

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p alteración de la presión arterial, alteración de la frecuencia respiratoria, desequilibrio de electrolitos hipercloremia, edema, oliguria, sonidos respiratorios adventicios.

Nombre: LGIEdad: 35 años Servicio/Contexto: Tococirugía - LaborFecha: 05/11/19 Hora: 9.30

Intervenciones Realizadas
NIC <ul style="list-style-type: none"> • Se vigilaron los signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno; la presión arterial se tomó cada 30 minutos con baumanómetro de mercurio. • Se vigiló los cambios del estado respiratorio y cardíaco que indicaran sobrecarga de líquidos • Se tuvo un registro preciso de entradas (líquidos intravenosos) y salidas (uresis horaria, pérdida de líquido amniótico) • Se observó la aparición de signos y síntomas de retención de líquidos • Se recabaron resultados de laboratorio • Se asistió en la colocación de sonda vesical para cuantificar uresis
Recomendaciones de GPC <ul style="list-style-type: none"> • Se administró una carga intravenosa con 300 mililitros de solución Hartman en 30 minutos • Se evaluó la localización y la extensión del edema • Se vigiló el llenado capilar, así como las condiciones de las mucosas y la turgencia de la piel

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa Resultado Esperado: Puntuación basal: 3 Puntuación pos-intervención: 3 Puntuación cambio: 0</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presión arterial (1)-(2) - Frecuencia respiratoria (3)-(4) - Ruidos respiratorios patológico (4)-(4) - Electrolitos séricos (3)-(3) - Hematocrito (4)-(4) - Edema periférico (3)-(3) - Humedad de las membranas mucosas (5)-(5) - Ansiedad (3)-(4) <p>Evaluación Cualitativa: Se observó mejora en los niveles de presión arterial y disminución de manifestaciones de síntomas de ansiedad.</p>

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Intervenciones de Enfermería (NIC)
<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase H: Control de fármacos Intervención de Enfermería: Administración de medicación: intravenosa Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguir las reglas de la administración correcta de medicación • Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación • Verificar la colocación y la permeabilidad del catéter intravenoso en la vena • Preparar la concentración adecuada de medicación • Mantener la esterilidad del sistema intravenoso • Administrar la medicación intravenosa a la velocidad adecuada • Colocar el membrete al medicamento • Realizar los registros correspondientes a la administración de la medicación

Intervenciones de Enfermería (NIC)
<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase I: Control neurológico Intervención de Enfermería: Mejora de la perfusión cerebral Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado neurológico • Vigilar la escala de coma de Glasgow • Vigilar signos como cefalea, acufenos y fosfenos • Monitorizar la presión arterial media • Monitorizar el estado respiratorio • Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno tisular (SaO₂, hemoglobina y gasto cardíaco) • Vigilar signos de sobrecarga de líquidos • Control de entradas y salidas • Monitorizar los tiempos de coagulación

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Fecha:

*Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010
Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015*

Intervenciones de Enfermería NIC
<p>Campo 2: Fisiológico complejo Clase I: Control neurológico Intervención de Enfermería: Precauciones contra las convulsiones</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el régimen de fármacos • Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos anticonvulsivos • Mantener los dispositivos de aspiración funcional y disponibles • Mantener un dispositivo para ventilación positiva funcional y disponible • Mantener un equipo de vía aérea disponible • Mantener los barandales de la camilla arriba • Vigilancia

Recomendaciones (GPC)
<p>Nombre de la Guía de Práctica Clínica: Atención integral de Preeclampsia en el segundo y tercer niveles de atención. (IMSS 2017) SS-020-08</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La administración del sulfato de magnesio es una intervención de probada eficacia que debe incorporarse para prevenir la eclampsia. • Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con dosis y vías de administración del sulfato de magnesio, ya que un mal manejo puede producir toxicidad, por lo que se deberán conocer los datos que sugieran intoxicación por magnesio: ausencia de reflejo patelar. Tener disponible gluconato de calcio como antídoto. • Reposo absoluto en cama • Elaborar un plan de atención individualizado

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz r/c hipertensión arterial (Preeclampsia con criterios de severidad)

Nombre: LGIEdad: 35 años Servicio/Contexto: Tococirugía- LaborFecha: 05/11/2019 Hora: 8:30

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se preparó la infusión de sulfato de magnesio en la concentración adecuada siguiendo las reglas de la administración correcta y de doble verificación de acuerdo a las normas institucionales • Se instaló un acceso venoso periférico exclusivo para la administración de sulfato de magnesio y se verificó la permeabilidad • Se administró el sulfato de magnesio intravenoso con bomba de infusión y se realizaron los registros correspondientes • Se mantuvo en vigilancia el estado neurológico de acuerdo con la valoración de la escala de coma de Glasgow • Se vigiló la persistencia de los signos como de cefalea, acufenos y fosfenos • Se valoró el nivel del dolor de acuerdo a la escala visual análoga (EVA) del dolor • Se tomó y registro los signos vitales cada 30 minutos • Se llevó un control de líquidos de entradas y salidas • Se recabó resultados de laboratorio para verificar los niveles de electrolitos séricos y tiempos de coagulación • Se preparó dispositivos de aspiración en la unidad del paciente y se verifico funcionalidad de las tomas de oxígeno, succión y aire • Se evaluó la escala de riesgo de caídas, se mantuvieron arriba los barandales de la camilla para prevenir riesgos de caída • Se colocó la cabecera de la paciente a 30 grados

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa Resultado Esperado: Puntuación basal: 5 Puntuación pos-intervención: 5 Puntuación cambio: 0</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conciencia (5) (5) - Función sensitiva motora de pares craneales (5) (5) - Tamaño pupilar (5) (5) - Reactividad pupilar (5) (5) - Presión sanguínea (1) (2) - Presión del pulso (4) (4) - Cefalea (2) (3) <p>Evaluación Cualitativa: La paciente refirió la persistencia de acufenos y fosfenos que disminuyen, la cefalea disminuyo en la intensidad de la escala de EVA de 8 a 6 puntos.</p>

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LGI Edad: 35 años Fecha de ingreso: 05/11/19
 Servicio/ Contexto: Tococirugía- Sala Diagnóstico médico: Post operada de Cesárea, Preeclampsia con criterios de severidad

Dominio 2. Nutrición Clase 5. Hidratación	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio II. Salud fisiológica Clase E. Cardiopulmonar				
	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
<p>Déficit de volumen de líquidos r/c Pérdida activa de volumen de líquidos (atonía uterina en transoperatorio) m/p aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial, disminución del llenado venoso, disminución de la producción de la orina</p> <p>A su ingreso a labor presentó una presión arterial de 150/90 mmHg y en la valoración continua, a su ingreso a sala, una presión arterial de 110/73 mmHg.</p>	<i>Severidad de la pérdida de sangre</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida sanguínea visible - Disminución de la presión arterial sistólica - Disminución de la presión arterial diastólica - Aumento de la frecuencia cardiaca - Palidez de piel y mucosas 	1.- Grave 2.- Sustancial 3.- Moderado 4.- Leve 5.- Ninguno	2 3 3 3 2	<i>Mantener a:</i> 3 <i>Aumentar a:</i> 4

Intervenciones de Enfermería NIC	Recomendaciones (GPC)
<p>Campo 2. Fisiológico: complejo Clase N. Control de la perfusión tisular Intervención de Enfermería: Manejo de la hipovolemia Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el estado hemodinámico • Monitorizar los signos de deshidratación (retraso del llenado capilar, pulso débil, sequedad de las mucosas) • Vigilar las fuentes de las pérdidas de líquido • Monitorizar las entradas y salidas • Mantener accesos venosos permeables • Administración de soluciones isotónicas intravenosas prescritas para rehidratación intracelular a flujo apropiado 	<p>Nombre de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del Choque Hemorrágico en Obstetricia (actualización 2017) IMSS-162-09</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar en la paciente con embarazo aquellos factores de riesgo que incrementan el riesgo de hemorragia • El sistema modificado de alerta obstétrica temprana (MEOWS) es una herramienta útil para predecir la morbilidad de estas pacientes y se recomienda en todas las pacientes obstétricas. • Es recomendable seguir la nemotecnia ABCDE para el manejo inicial del choque hipovolémico secundario a hemorragia obstétrica: <p>A: Pida ayuda B: Vía respiratoria (oxígeno FiO₂ >40% y/o asegurar la vía aérea, SaO₂ > 90%) C: Circulación (Resucitación de líquidos y hemoderivados) D: Medicamentos uterotónicos y evaluación del estado neurológico de acuerdo a la escala AVPUe: (alerta, responde a estímulos verbales, responde a estímulos dolorosos, no responde) E: Control del ambiente (temperatura)</p> <ul style="list-style-type: none"> • La severidad del sangrado siempre debe ser estimada en la paciente con hemorragia. Los signos sugestivos de choque en pacientes obstétricas y que deben ser monitorizados cuidadosamente son: Hipotensión: presión arterial sistólica < 90 mmHg ó disminución de la presión arterial sistólica mayor a 40 mmHg de la presión arterial sistólica basal, presión arterial media: < 60 mmHg , frecuencia cardiaca: > 120 latidos por minuto,

volumen urinario: $< 0.5\text{ml/kg/ hora}$, llenado capilar: > 3 seg.

- La clasificación ideal para el choque hemorrágico en obstetricia debe considerar la cantidad estimada de sangrado, así como las manifestaciones clínicas de la pérdida
- Se recomienda como primera opción para la reanimación de la paciente con hemorragia obstétrica la utilización de soluciones cristaloides balanceados como la solución Hartman
- Durante la fase de optimización se recomienda evitar la sobrecarga de fluidos, realizando una constante reevaluación del estado clínico y hemodinámico de la paciente
- Es recomendable considerar que la hemorragia está controlada, si la paciente permanece hemodinámicamente estable y mantiene un flujo urinario adecuado.

Intervenciones de Enfermería NIC
<p>Campo 2. Fisiológico: complejo Clase N. Control de la perfusión tisular Intervención de Enfermería: Reposición de líquidos Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un acceso intravenoso de gran calibre • Colaborar con los médicos para la administración de cristaloides • Administrar líquidos según la prescripción médica • Monitorizar la respuesta hemodinámica a la reposición de líquidos • Monitorizar el estado de oxigenación • Observar si hay sobrecarga de líquidos • Monitorizar la eliminación de líquidos • Monitorizar los niveles de BUN, creatinina, proteínas totales y albumina • Monitorizar la presencia de edema pulmonar

Intervenciones de Enfermería NIC
<p>Campo 4. Seguridad Clase V. Control de riesgos Intervención de Enfermería: Monitorización de signos vitales Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio • Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos • Monitorizar el ritmo y frecuencia cardiaca • Monitorizar la frecuencia y ritmo respiratorio • Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y humedad de la piel

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Fecha:

05/11/2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015

Intervenciones de Enfermería NIC
<p>Campo 2. Fisiológico complejo Clase J, Cuidados perioperatorios</p> <p>Intervención de Enfermería: Cuidados postanestesia</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Comprobar la oxigenación• Controlar la calidad y número de respiraciones• Vigilar y registrar los signos vitales y realizar la valoración del dolor• Controlar la temperatura• Vigilar la diuresis• Vigilar el estado neurológico• Satisfacer las necesidades de seguridad del paciente• Comparar el estado actual con el estado anterior para detectar mejorías o deterioros en el estado del paciente• Proporcionar intimidad

Intervenciones de Enfermería NIC

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Fecha:

05/11/2019

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Déficit de volumen de líquidos r/c Pérdida activa de volumen de líquidos (hemorragia obstétrica por atonía uterina) m/p aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la presión arterial, disminución del llenado venoso, disminución de la producción de la orina.

Nombre: LGIEdad: 35 años Servicio/Contexto: Tococirugía-SalaFecha: 05/11/2019 Hora: 12:00

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se monitorizó la presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno • Se tuvo un control de líquidos, entradas y salidas • Se verificó los accesos venosos permeables • Se administró soluciones cristaloides (Hartman) intravenosas prescritas • Se administró medicamento uterotónico (Carbetocina) de acuerdo con la indicación médica • Se evaluó el estado neurológico de acuerdo con la escala AVPUe: (alerta, responde a estímulos verbales, responde a estímulos dolorosos, no responde) • Se mantuvo en vigilancia los signos de choque hipovolémico: presión arterial, frecuencia cardiaca, llenado capilar, uresis • Se cuantificó el sangrado • Se vigiló la presencia y calidad de los pulsos • Se monitorizó la eliminación de líquidos • Se revisó los niveles de BUN, creatinina, proteínas totales y albumina

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa Resultado Esperado: Puntuación basal: 3 Puntuación pos-intervención: 4 Puntuación cambio: 1</p> <p>Indicadores basales y pos-intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida sanguínea visible (2) (4) • Disminución de la presión arterial sistólica (3) (4) • Disminución de la presión arterial diastólica (3) (4) • Aumento de la frecuencia cardiaca (3) (5) • Palidez de piel y mucosas (2) (2) <p>Evaluación Cualitativa: Se detiene la pérdida de volumen sanguíneo, a pesar de cambios de la presión arterial no presenta daño neurológico aparente, permanece alerta antes, durante y después del procedimiento quirúrgico.</p>

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: LGI Edad: 35 años Fecha de ingreso: 05/11/19
 Servicio/ Contexto: Tococirugía-Labor Diagnóstico médico: Embarazo de 36.5 SDG, Preeclampsia con criterios de severidad, Ruptura prematura de membranas

Dominio 8: Sexualidad Clase 3: Reproducción	Resultados Esperados (NOC)				
Diagnóstico de Enfermería (NANDA)	Dominio IV: Conocimiento y conducta de la salud Clase T: Control del riesgo				
Riesgo de alteración de la díada materno/fetal r/c complicaciones del embarazo, transporte de oxígeno fetal comprometido (preeclampsia, ruptura prematura de membranas)	Resultado	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Basal	Puntuación Diana
	Control del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los factores de riesgo - Evita exponerse a las amenazas para la salud - Participa en la detección sistemática según los riesgos identificados - Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades 	1.- Nunca demostrado 2.- Raramente demostrado 3.- A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.- Siempre demostrado	4 3 5 5	Mantener a: 5 Aumentar a: 5

Intervenciones de Enfermería NIC	Recomendaciones (GPC)
<p>Dominio 5: Cuidados que apoyan a la unidad familiar Clase w: Cuidados de un nuevo bebé</p> <p>1. Intervención de Enfermería: Cuidados del embarazo de alto riesgo</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo • Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo • Determinar la comprensión de la paciente de los factores de riesgo identificados • Fomentar la expresión de sentimientos y temores acerca de los cambios del estilo de vida, durante la crianza de los hijos, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal 	<p>Nombre de la Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia (IMSS 2011) IMSS-586-12</p> <p>Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a la paciente sobre técnicas de auto monitorización: detectar signos de cefalea, acufenos, fosfenos; así como actividad uterina: número de contracciones y percepción de movimientos fetales. • Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Fecha:

05/11/2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015

Intervenciones de Enfermería NIC	Recomendaciones (GPC)
<p>Dominio 5: Familia Clase W: Cuidados de un nuevo bebé Intervención de Enfermería: Monitorización fetal electrónica: antes del parto Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los signos vitales de la madre • Averiguar la ingesta oral y dieta de la madre • Instruir a la paciente sobre la razón de la monitorización electrónica • Realizar la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal del bebé • Colocar el toco cardiógrafo ajustado para vigilar la frecuencia y las contracciones • Tranquilizar sobre los signos normales de la frecuencia cardiaca, incluyendo características de pérdida de señal con el movimiento fetal, frecuencia alta y aspecto irregular • Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazos 	<p>Nombre de la Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de la Ruptura Prematura de Membranas Pretérmino (actualización 2018) GPC-SEDENA-446-18 Recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe efectuar ultrasonido para determinar la edad gestacional, presentación fetal, cantidad de líquido amniótico y realizar pruebas de bienestar fetal (asistencia en el estudio) • Se recomienda una terapia de ampicilina y eritromicina intravenosa durante dos días, la antibioticoterapia profiláctica mejora el pronóstico neonatal, reduce el riesgo de distrés respiratorio, sepsis temprana, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante • En RPM que se presenta después de la semana 34 de gestación se recomienda la interrupción del embarazo.

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Fecha: 05/11/2019

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015

Ejecución y Evaluación del Cuidado

Diagnóstico de Enfermería
Riesgo de alteración de la diada materno/fetal r/c complicaciones del embarazo, transporte de oxígeno fetal comprometido (preeclampsia, ruptura prematura de membranas)

Nombre: LGI

Edad: 35 años Servicio/Contexto: Tococirugía-Labor

Fecha: 05/11/19 Hora: _____

Intervenciones Realizadas
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinó la comprensión de la paciente de los factores de riesgo identificados • Se fomentó la expresión de sentimientos y temores • Se instruyó a la paciente sobre técnicas de auto monitorización: detectar signos de cefalea, acufenos, fosfenos; así como actividad uterina: número de contracciones y percepción de movimientos fetales. • Se monitorizó los signos vitales de la madre • Se vigiló los signos y síntomas de la madre: cefalea, acufenos y fosfenos • Se instruyó a la paciente sobre la razón de la monitorización electrónica • Se realizó la maniobra de Leopold para determinar la posición fetal del bebé • Se vigiló la frecuencia y las contracciones • Se vigiló la pérdida de líquido amniótico • Se administró antibiótico prescrito (ampicilina intravenosa) • Se preparó a la paciente para pasar a sala para interrupción del embarazo.

Evaluación
<p>Evaluación Cuantitativa Resultado Esperado: Puntuación basal: 5 Puntuación pos intervención: 5 Puntuación cambio: 0</p> <p>Indicadores basales y pos intervención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifica los factores de riesgo (4) (5) - Evita exponerse a las amenazas para la salud (3) (4) - Participa en la detección sistemática según los riesgos identificados (5) (5) - Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades (5) (5) <p>Evaluación Cualitativa: En un periodo de dos horas, la paciente continuó con hipertensión arterial y pérdida de líquido amniótico, la paciente colaboro en identificar y reportar a tiempo sus signos y síntomas durante la atención.</p>

Nombre del Estudiante:

Zurisadaí Márquez Pérez

Elaboró: Academia de Pensamiento Enfermero; Pérez-Noriega, Soriano-Sotomayor, Morales-Espinoza/2010

Plan de Alta

Nombre de la persona: LGI Edad: 35 años Fecha de ingreso: 05/11/2019
 Servicio/ Contexto: Hospitalización GYO Diagnóstico médico: Puerperio post Cesárea secundario a preeclampsia
 con criterios de severidad y RPM, patológico hemorrágico secundario a atonía uterina transitoria que remite a medicamentos, esterilidad satisfecha

Intervenciones de Enfermería

Dominio: Familia

Clase: Cuidados de un nuevo bebé

Intervención: **Cuidados Postparto**

Actividades:

- Se le orienta a la madre sobre los signos de alarma que indica la NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida: hemorragia transvaginal, cefalea persistente o fiebre, si presenta alguno de ellos, incluyendo aquellos que afecten la salud mental, deberá acudir al centro de salud para atención médica urgente.
- Se le orienta acerca de la vigilancia del puerperio, llevando a cabo con un mínimo de 2 consultas medicas en su centro de salud.

- Se le oriente para tener una alimentación adecuada y facilitar la reanudación intestinal normal: instruir a la paciente que ingiera alimentos ricos en fibra, líquidos y fomentar la deambulaci3n
- Se proporciona informaci3n sobre los cambios de estado de 3nimo (tristeza, depresi3n, psicosis) que se pueden presentar y de presentarse se le aconsejo que acuda al m3dico
- Se le comento la necesidad de actividad y descanso, para recuperar energ3a
- Se aconsejo el apego madre e hijo y se coment3 la importancia de hacerlo
- Se instruyo a la madre sobre las necesidades nutricionales durante la lactancia materna, incluido los suplementos alimenticios como la importancia del consumo de sulfato ferroso
- Se le mostr3 dos t3cnicas de lactancia materna y la importancia de favorecer el confort durante la alimentaci3n al reci3n nacido
- Se le inform3 sobre las consultas m3dicas que deber3 programar para vigilancia, seguimiento y control durante el puerperio y, las consultas para revisi3n del reci3n nacido

Dominio: Fisiológico complejo

Clase: Control de la piel/heridas

Intervención: **Cuidados de las heridas**

Actividades:

- Se le enseñó la importancia de vigilar las características de la herida (color de la piel circundante, tamaño, drenaje y olor) y signos de infección de la herida (eritema, drenaje purulento y fétido, aumento de la temperatura de la piel circundante, fiebre)
- Se dio recomendaciones sobre la higiene diaria de la herida con agua y jabón que deberá tener para evitar infecciones
- Se le recomendó sobre los cuidados y de la hidratación de la piel

Dominio: Familia

Clase: Cuidados de un nuevo bebé

Intervención: **Cuidados del lactante prematuro**

- Se informó sobre los signos de alarma del recién nacido que establece la NOM-007-SSA2, los cuales son estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia; así como vigilar la succión e ingesta adecuada, micción y evacuación que de acuerdo a la GPC
- Se le hace las recomendaciones y la importancia del contacto piel a piel y se le muestra la técnica de mamá canguro
- Se le indico los beneficios del uso de nidos y se le mostro la manera de hacerlo
- Se le instruyo sobre la importancia de reducir ruidos y luz ambiental para evitar la sobreestimulación del recién nacido y favorecer el descanso
- Se le informo sobre las consultas de revisión del recién nacido que establece la NOM-007-SSA2, la primera consulta es entre los 3 y 5 primeros días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

- Se le informo la importancia de realizar el tamiz auditivo y se le oriento sobre el estudio
- Se oriento sobre la importancia de la aplicación de vacunas y cumplimiento del esquema de vacunación para la prevención de enfermedades

Dominio: Familia

Clase: Cuidados de crianza de un nuevo bebé

Intervención: **Enseñanza seguridad del lactante (0-3 meses)**

Actividades:

- Se recomendó a la madre sobre los cuidados y vigilancia del recién nacido al dejarlo solo en la cama, debiendo quitar la colchas o sábanas holgadas y almohadas para evitar la asfixia
- Se recomienda vigilar y cuidar la ligadura del muñón umbilical para detectar y prevenir sangrado, así como mantener limpio y seco el muñón umbilical para evitar infecciones
- Se recomienda mantener en vigilancia al recién nacido para evitar riesgo de caídas
- Se recomienda no agitar, sacudir o balancear al recién nacido para evitar lesiones
- Se recomienda mantener animales domésticos a una distancia prudente del recién nacido
- Se recomienda mantener higiene de manos de la madre antes de estar en contacto con el recién nacido, antes de alimentarlo y después de realizar cambios de pañal

Capítulo III

Discusión

A partir de los hallazgos encontrados en la aplicación del proceso de enfermería presentado que tuvo como objetivo implementar en una persona con preeclampsia un plan de cuidados especializados con enfoque integral y sistemático haciendo uso de las taxonomías NANDA, NOC y NIC, así como de la mejor evidencia científica, se puede decir que durante cada etapa que incluye el proceso, comprendió la aplicación del conocimiento científico y se afirma que, mediante los elementos utilizados, es posible dar una atención especializada a pacientes en estado crítico de manera integral.

En la etapa de valoración se pudo detectar en la paciente manifestaciones clínicas que describe García et al en el año 2018 y guarda relación con una de las principales características clínicas que menciona en la mujer embarazada con preeclampsia, las cifras mayores de 140/90 mmHg, y se confirma que el riesgo obstétrico es más alto de presentar preeclampsia y complicaciones que ponen en riesgo la vida de la mujer y el feto si en el embarazo previo presentó preeclampsia, esto es acorde con este caso se haya, la paciente nuevamente muestra signos y síntomas de preeclampsia, además de hemorragia obstétrica y, que de no ser atendida de la manera adecuada y oportuna, el pronóstico de la paciente no hubiera sido favorable y concuerdo con la recomendación de Meza (2019) que, para el tratamiento de personas en estado crítico, el manejo médico y de enfermería debe ser oportuno, a partir de una valoración integral.

En la etapa de diagnóstico de este caso, se detectan como principales diagnósticos: exceso de volumen de líquidos y déficit de volumen de líquidos, a diferencia de los encontrados por Meza (2019) en su estudio de caso, considero que el proceso de atención de enfermería es un método eficaz de abordar a cada paciente de forma individualizada, ya que las necesidades de

cada paciente son diferentes, como se mostró en los estudios de caso presentados en donde se habla de una misma patología, la preeclampsia, y aunque las pacientes puedan presentar las mismas manifestaciones clínicas, las necesidades de atención pueden ser diferentes, por lo tanto, la valoración de enfermería es primordial para poder abordar de la manera adecuada a cada paciente; no obstante, al igual que Carmona (2015) considero importante el integrar a la paciente en el proceso de la enfermedad a través de la enseñanza; la educación para la salud debe seguir siendo fundamental para favorecer el autocuidado ya que el conocimiento es el camino a la prevención de enfermedades y complicaciones.

Las actividades prioritarias en este presente caso fueron: monitorización de los signos vitales, valoración del estado neurológico, revisión de los resultados de laboratorio, vigilancia de los síntomas cefalea, acufenos y fosfenos, verificar la presencia de reflejos en las extremidades, control de líquidos de las entradas y salidas y revaloración; los resultados fueron favorables, no presentó daño neurológico, se controló la presión arterial y se controló la hemorragia obstétrica evitando complicaciones mayores.

Se recomienda la vigilancia estrecha en la aparición de las manifestaciones clínicas, así como la revaloración periódica, ya que la detección, diagnóstico y tratamiento con oportunidad puede favorecer en el bienestar de la paciente.

Conclusiones

El proceso de atención de enfermería es una herramienta fundamental para el desarrollo de la profesión de tal manera que se pueda atender las necesidades específicas y prioritarias de la persona a quien va dirigido el cuidado. Con lo que se puede concluir que la adecuada valoración, planeación, ejecución y evaluación que incluye el proceso, puede contribuir a la atención específica, ya que las intervenciones de una enfermera especialista realizadas en el momento oportuno, derivado del conocimiento obtenido de la mejor evidencia científica, así como la experiencia adquirida y el razonamiento crítico a que lleva el conocimiento adquirido, puede favorecer en el bienestar de la persona a quien se cuida. En el caso de las emergencias obstétricas como lo es la preeclampsia y hemorragia obstétrica, el papel de la enfermera especializada es actuar de manera inmediata, adelantándose a los hechos para hacer las cosas con anticipación, esto habla de la experiencia y el conocimiento que se tiene y, al brindar la atención oportuna, habla no solo del conocimiento que se tiene sino además del control y dominio ante una situación de emergencia de saber qué hacer y cómo hacerlo para prevenir complicaciones.

A pesar de que los datos estadísticos muestran una disminución en las muertes maternas, es un problema que aún no se ha podido resolver pese a los programas implementados a nivel nacional, la falta de material y de personal capacitado en la atención de pacientes que requieren atención especializada es determinante en la prevención de muertes maternas. De esta manera se puede concluir que la enfermera especialista puede contribuir con el equipo multidisciplinario en la atención de pacientes graves, que requieren atención especializada y en la prevención de las muertes maternas.

Referencias

- Álvarez. J.L., Del Castillo, Fernanda., Fernández, Delia. & Muñoz, M. (2010). Manual de valoración de Patrones Funcionales. Dirección de Enfermería de Atención Primaria. Gijón (Asturias).
- Andrade. R.M., López. J.T. & Venegas. M.L. (2018). El proceso de Atención de Enfermería. México: Trillas.
- Butcher, H., Dochterman, J., Bulechek, G. & Wagner. C. (Eds.). (2018). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) [7ª Ed.]. ELSEVIER. Barcelona España.
- Carmona, A.J., Escaño, V. & García F.J. (2015). Práctica enfermera en Unidad de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 32-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-practica-enfermera-unidades-cuidados-intensivos-S1130239914000923>
- Cecconi, M., De Backer D., Antonelli, M., Beale, R., Bakker, J., Hofer, C., ... Mebazaa, A. (2014). Consensus on circulatory shock and hemodynamic monitoring. Task force of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 40(12),1795-815.
- De Jesús, A., Jiménez, M.V., González, D.G., De la Cruz, P., Sandoval, L. & Kuc, L.M. (2018). Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(4), 256-262. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/468/922

Dirección general de epidemiología, Informe semanal de vigilancia epidemiológica,

defunciones maternas, información al 1° de noviembre, SINAVE, DGE [Internet] 2019.

Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/507126/MM_2019_SE44.pdf

Echeverría, C.A., Sandoval, E., Gómez, E., Vázquez, G.F., Rodríguez, M. & Briones, J.C.(2017).

Reporte de un caso exitoso en la activación del equipo de respuesta inmediata (ERI) en el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 221 “Dr. Emilio Chuayffet Chuayffet” del IMSS y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 40(2), 125-128. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172i.pdf>

Franco, A., Vizcaíno, J., Estelles, D., Villar, E., & Serrano, J. A. (2017). Morbilidad y

mortalidad de pacientes obstétricas en una unidad de cuidados intensivos.

(Spanish). *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 85(1). Disponible en:

<https://www.proxydgb.buap.mx:2057/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=121516226&lang=es&site=eds-live>

García, A., Valeria, M., González, D.G., De la Cruz, P., Sandoval, J. & Kuc, L.M. (2018).

Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(4),256-262. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2018/eim184e.pdf>

Guasch, E. & Gilsanz, F. (2016). Hemorragia masiva obstétrica. *Medicina Intensiva*,

40(5).298-310. Disponible en: <https://www.medintensiva.org/es-hemorragia-masiva-obstetrica-enfoque-terapeutico-articulo-S021056911630002X>

Heather, H. & Kamitsuru, S. (Eds.) (2018) NANDA Internacional Edición Hispanoamericana
Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. Elsevier: Barcelona España.

Hernández, P., Espino, S., Estrada, A., Nares, M.A., Ortega, V., Mendoza, S.A. & Ramírez, C.D.
(2013). Instrumentos de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la
preeclampsia y eclampsia en el embarazo, parto y puerperio. *Perinatología y
Reproducción Humana*, 27(4), 262-280. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip134i.pdf>

Meza, A.L., Castro, P.E., Laguna, N.G., & Cárdenas, D.J. (2019). Proceso de atención de
Enfermería en paciente con preeclampsia severa: reporte de caso. Machala-Ecuador.
Ocronos-Revista médica y de Enfermería, 2603-8358. Disponible en:
<https://revistamedica.com/wp-content/uploads/2019/09/Anexos-Proceso-de-atenci%C3%B3n-de-Enfermer%C3%ADa-en-paciente-con-preeclampsia-severa.-Caso.pdf>

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swazon, E. (Eds.). (2014). Clasificación de resultados
de enfermería (NOC) [6ª Ed.]. Elsevier. Barcelona España.

Muñana, J.E., & Ramírez, A. (2014). Escala De coma de Glasgow: origen, análisis y uso
apropiado. *Enfermería universitaria*, 11(1), 24-35. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-escala-coma-glasgow-origen-analisis-S1665706314726612>

Organización Mundial de la Salud. (19 septiembre, 2019). Mortalidad materna
[comunicado de prensa]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la Preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención.
Instituto Mexicano del Seguro Social; Ciudad de México, 16/03/2017. Disponible en

<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Suarez, J.A., Santana, Y., Gutierrez, M., Benavidez, M.E. & Pérez, N. (2016). Impacto de la hemorragia obstétrica mayor en la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev Cubana Obstet Ginecoll.* 42(4), 464-473. ISSN 0138-600X. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000400008

Vicente, M.T., Delgado, S., Bandrés, F., Ramírez, M.V., & Capdevila L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4) 228-236. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>

Apéndice A

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado
Consentimiento Informado
(Márquez y González, 2019)

Investigador responsable: Alumna Zurisadaí Márquez Pérez

Se le está invitando a participar en un estudio de investigación, el cual consiste en realizar un proceso de atención de enfermería en una persona con diagnóstico de preeclampsia severa, por lo que se le solicita su consentimiento para realizarle algunas preguntas que son parte de la investigación, antes de decidir si participa deberá leer los siguientes acuerdos:

1. Si acepta participar en el estudio se le solicita su firma de consentimiento informado.
2. Tendrá la libertad de dejar de participar en el estudio en cualquier momento que lo desee sin tener ningún perjuicio a su persona.
3. Se protegerá su privacidad, su nombre y dirección no se usarán en ningún momento durante el estudio ni al presentar los resultados del estudio.
4. Se le hará una serie de preguntas para recabar información respecto a su salud antes, durante el embarazo y sobre su estado actual para poder llevar a cabo el estudio.
5. Con respecto a la información que se genere durante la investigación, se aclara que será publicado en una tesis y únicamente se dará a conocer de manera general no de manera personalizada con fines de estudio, ya que los datos personales que proporcione como nombre y dirección son confidenciales.
6. El estudio no genera beneficios para usted ya que la información será presentada para fines académicos; tampoco le implica ningún costo.

Una vez que haya leído sobre los acuerdos y si usted desea participar, se le pide que firme esta forma de consentimiento.

Consentimiento: Yo, voluntariamente acepto dar información y participar en el estudio.

Firma del participante responsable

Firma del investigador

Fecha: _____