

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN GESTANTES CON PRECLAMPSIA  
EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL  
REGIONAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN-  
HUANCAYO, 2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR EL  
TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN  
ENFERMERÍA INTENSIVA**

**CELIA BLANCA ANCHIRAICO OLIVARES**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Celia Blanca Anchiraico Olivares", with a circular flourish at the end.



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA                      PRESIDENTA
- Mg. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA                                SECRETARIA
- Mg. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN    VOCAL

**ASESORA: Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN**

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 323

Fecha de Aprobación de Informe Laboral: 22 de Setiembre del 2017

Resolución Decanato N° 2172-2017-D/FCS de fecha 20 de Setiembre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	29
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	30
3.1 Recolección de Datos	30
3.2 Experiencia Profesional	30
3.3 Procesos Realizados del Informe	31
<b>IV. RESULTADOS</b>	35
<b>V. CONCLUSIONES</b>	38
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	39
<b>VII. REFERENCIALES</b>	40
<b>ANEXOS</b>	44

## INTRODUCCIÓN

La preeclampsia constituye a nivel mundial una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos económicos.

En países en vías de desarrollo, la preeclampsia representa entre el 40% y 80% de las muertes maternas. Además, la mortalidad perinatal se quintuplica en las mujeres con preeclampsia con frecuencia debido a la restricción del crecimiento intrauterino y a los partos pretérminos.

Los cuidados de enfermería describen un conjunto de actividades, destrezas y habilidades inherentes al desempeño profesional, además está encaminada hacia un buen desarrollo científico-técnico, pero cuando existen diferentes limitaciones no hay un cumplimiento de las diferentes intervenciones de enfermería con eficiencia, eficacia y efectividad. Los cuidados de enfermería exigen un ejercicio con calidad, calidez, seguridad, con conocimiento científico y sentido humanitario dirigido a la persona, familia y comunidad y en este caso el cuidado de gestantes con preeclampsia.

Su contenido de presente informe consta de lo siguiente:  
Planteamiento del Problema; Marco Teórico; Experiencia Profesional;  
Resultados; conclusiones; Recomendaciones; Referencias y Anexos:

La autora

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

La salud de la mujer embarazada requiere una atención Minuciosa y control y orientación continua por parte del profesional de enfermería. —La Organización Mundial de Salud (OMS), reconoce el gran aporte de enfermería durante la gestación, constituyendo un componente clave para prevenir y disminuir sus complicacionesll. Según los avances de la ciencia y la tecnología los servicios de salud a través del personal de enfermería deben ofrecer cuidados de calidad, eficiencia, eficacia, pero existen algunas razones, por las cuales se limita esta oferta de calidad oportuna, como es: (1)

La enfermera (o) en pocas ocasiones tiene un acercamiento directo con la embarazada, en tal encuentro la enfermera debería evaluar los problemas reales para elaborar los procesos y modelos de atención de enfermería dirigidos a corregir y aliviar las necesidades de las gestantes con preeclampsia, pero este proceso no se lo realiza en una forma oportuna, debido a la disminución de tiempo, por las diversas multiplicidades de funciones que deben cumplir en cada jornada de trabajo.

## **1.2 Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería en gestantes con preeclampsia en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional docente materno infantil el Carmen- Huancayo, 2014 - 2016

## **1.3 Justificación**

El Servicio de Cuidados Intensivos se caracteriza por ser ambiente preparado para atender pacientes gravemente enfermos, es un componente importante de la asistencia de salud.

El motivo por el que se decidió realizar este informe es por la carencia de estudios sobre el tema, limitando de esta forma, la mejor manera de ejecutar la intervención de Enfermera en gestantes con preeclampsia.

## **II. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

#### **A. Internacionales**

MALACATUS A; realizó en Ecuador en el año 2017 la investigación titulado: Proceso de atención de enfermería en pacientes con Preeclampsia mediante la identificación de los factores de riesgo, quien indica que la pre eclampsia es un trastorno de origen continuo e irreversible que causa daño en diferentes órganos de las gestantes, de origen desconocido, es la causante de muchas hospitalizaciones de manera prolongada. En lo que respecta al índice de muertes maternas, esta patología promueve 50.000 cada año. Según la organización mundial de la salud (OMS) desde 1996 caracterizo a los profesionales de enfermería como el fundamento primordial para llevar a cabo la renovación en lo que respecta a la calidad y la eficiencia de los servicios en la atención obstétrica. Para lo cual el objetivo es dar a conocer la aplicación del proceso de enfermería en pacientes con pre eclampsia, mediante la identificación de los factores de riesgo. La metodología fue descriptiva documental que comprende búsquedas bibliográficas de 17 artículos científicos, revistas y libros. Los resultados fueron, se identificó que la hipertensión arterial en pacientes gestantes es interpretado como un signo de alarma, que conlleva a la preeclampsia, por ende el personal de salud debe educar a la paciente y familiar para que conozcan los debidos cuidados, manteniendo un buen estilo de vida, y lo más



primordial, que durante el desarrollo del embarazo cumpla con los respectivos controles prenatales (2)

FERREIRA M, Silveira C, Silva R, Souza D y Ruiz M; realizaron en Brasil en el año 2016 la investigación Cuidado de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia: revisión integradora; cuyo objetivo fue: Analizar la evidencia disponible en la literatura sobre el cuidado de enfermería de mujeres con preeclampsia y / o eclampsia. El método fue la revisión integrativa de las bases de datos PubMed, CINAHL, LILACS y SciELO. El tamaño de la muestra consistió en 17 estudios primarios publicados entre enero 2000 y diciembre de 2014, agrupados en cuatro categorías: normalización de la presión arterial. Los resultados se basaron en la técnica de medición; entrenamiento con simulación; instrumentos de normalización de cuidado y calidad de la atención Las principales acciones de enfermería fueron: examen físico, detección de signos de preeclampsia / eclampsia, seguimiento de pruebas de laboratorio, evaluación, calificación y formación de profesionales, identificamos la necesidad de normalización de la atención de los instrumentos, protocolos y medición de la presión arterial técnica, la identificación temprana y el tratamiento de la crisis hipertensiva a través de la Protocolos y revisión de casos y procesos de trabajo. Llegando a la conclusión que las mujeres con preeclampsia y/o eclampsia requieren atención de enfermería específica, la cual debe ser guiada por el cuidado (1).

TORUÑO M Y VALLECILLO R, realizaron en Nicaragua en el 2014 la tesis: Abordaje de la preeclampsia grave y eclampsia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Asunción Juigalpa en el periodo de enero a diciembre 2014, cuyo objetivo fue evaluar el manejo terapéutico aplicado en preeclampsia grave y eclampsia en embarazadas ingresadas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Asunción de Juigalpa.

El tipo de investigación fue descriptivo de evaluación de servicio, se estudiaron a 116 embarazadas, de estas a 105 se les diagnosticó preeclampsia grave y 11 eclampsia. Los resultados encontrados fueron: los criterios diagnósticos utilizados fueron la presión arterial, proteinuria en cinta reactiva, y la presencia de convulsiones. En el uso de antihipertensivos prevaleció la hidralazina, la dexametasona se aplicó en todos los casos que ameritaban, el sulfato de Magnesio se utilizó en todos los casos y las horas que se aplicó más frecuentemente fue < 24 horas. La interrupción del embarazo se realizó en el 97.41%, la vía más frecuente fue la cesárea. La complicación predominante fue el Síndrome de Hellp (2).

PIRAY M Y RIOFRÍO S, realizaron en Ecuador en el año 2014 la tesis: Evaluación de los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con pre eclampsia hospitalizadas y sus efectos en la recuperación de la salud en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital provincial general

docente Riobamba de junio – diciembre 2014; cuyo objetivo fue evaluar las características de los cuidados de enfermería en las pacientes embarazadas con preeclampsia hospitalizadas y su repercusión en la recuperación de la salud en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital de Riobamba. El tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo y longitudinal. La información fue recabada mediante la aplicación de encuesta y guías de observación a 16 profesionales de enfermería y a 18 pacientes que ingresaron con preeclampsia al servicio de gineco-obstetricia. Los resultados fueron: entre las causas que contribuyen a la aparición de preeclampsia en las mujeres gestantes encontramos: mujeres menores de 20 años, obesidad y Nuliparidad, la mayoría de pacientes con diagnóstico de preeclampsia tuvieron un nivel escolar bajo, deficiencia de controles prenatales y residencia en el área rural lo que demuestra que el comportamiento de los factores sociales y ambientales son predisponentes para la aparición de preeclampsia, durante y después del embarazo, además se evidencia que más del 50% de los cuidados que reciben las pacientes con preeclampsia son proporcionados por otros integrantes de la salud como son los internos rotativos de medicina y de enfermería así como las auxiliares de enfermería. Llegando a la conclusión que los resultados obtenidos en la investigación se pudo comprobar, que la atención de enfermería organizada y protocolizada si influye en la satisfacción de las necesidades de las pacientes porque

repercute en su bienestar físico, psicológico, espiritual y en la recuperación de la salud tanto para la madre como para el neonato (3).

BARRERA-CRUZ A, MANCILLA-GARCÍA M, ROMÁN-MAEDA S, RODRÍGUEZ-LORETO E Y VILLALÁZ-UREÑA A; realizaron en México en el año 2012 el estudio Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia, quienes indican que la preeclampsia constituye una de las principales enfermedades hipertensivas asociadas; cuyo objetivo fue poner a disposición del personal de enfermería recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible, para identificar factores de riesgo, signos y síntomas de alarma de preeclampsia durante la atención prenatal y el posparto de la paciente con preeclampsia/eclampsia. El tipo de estudio fue descriptiva; el proceso de elaboración de la guía fue mixto —adaptación/elaboración de novo—. La búsqueda de información se realizó en sitios específicos de Guías de Práctica Clínica y en PubMed, limitándose a documentos publicados en los últimos 10 años, en idioma inglés o español. Llegando a la conclusión que la preeclampsia constituye un grave problema de salud pública en México, que incrementa la morbimortalidad materna y perinatal, además ocasiona graves repercusiones socioeconómicas. La identificación oportuna de factores de riesgo materno y ambiental para el desarrollo de preeclampsia/eclampsia, puede disminuir la probabilidad de desarrollar este síndrome y evitar la progresión a formas más graves (4).

VARGAS V, ACOSTA G Y MORENO M; realizaron en Chile en el año 2012 el estudio: La preeclampsia un problema de salud pública mundial. La conclusiones fueron la prevalencia oscila entre 1,8-16,7%. La causa sigue desconocida y se asocia a problemas de salud importantes, existiendo muchos retos para la predicción, prevención y tratamiento. Las medidas profilácticas como dosis baja de aspirina y suplementos de calcio, requieren mayor evidencia para uso rutinario. El control prenatal, diagnóstico oportuno, manejo adecuado, y parto son las medidas más eficaces para disminuir la tasa de mortalidad por esta causa. Los factores sociales y de atención médica oportuna deben prevalecer en la población, sin embargo, estos son limitados en poblaciones marginadas sin acceso a servicios médicos. Podemos concluir que los sistemas de salud de todas las poblaciones deben identificar y asistir médicamente a las mujeres que están en mayor riesgo de desarrollar preeclampsia por la importante carga económica mundial que demanda esta enfermedad (5).

BOLÍVAR D Y PERNÍA D; realizaron en Venezuela en el año 2011 la investigación titulada: Cuidados de enfermería a gestante con preeclampsia severa, fundamentado en la teoría de Dorothea Orem, cuyo objetivo fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería fundamentado en la teoría de Dorotea Orem, a una gestante con diagnóstico de preeclampsia severa, hospitalizada en la unidad de Sala de parto, del Hospital IVSS José María Carabaño Tosta, de la ciudad de Maracay

estado Aragua. La investigación fue un estudio de caso. Para la recolección de la información se aplicó como método la entrevista, mediante la valoración de los patrones funcionales de salud de Gordon, y elaborar planes de cuidados personalizados para cubrir las necesidades o problemas de la usuaria (6).

GONZÁLES S, et al; en el año 2010 en México realizó el estudio: Plan de cuidados estandarizado —PACEII en pacientes con preeclampsia y Eclampsia; cuyo objetivo fue disponer de una herramienta metodológica con bases científicas en el proceso del cuidado enfermero que garantice la mejora de calidad del cuidado y favorezca la seguridad de los usuarios en los servicio de salud de Jalisco. Los materiales utilizados fueron el expediente clínico del paciente y la hoja de evolución o de enfermería. Cuyos resultados fueron homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología estándares relación con los diagnostico enfermeros, intervenciones y resultados (7).

## **B. Nacionales**

GUEVARA E Y MEZA L, en el Perú en el año 2013, realizaron el estudio: Manejo de la preeclampsia/eclampsia, La metodología utilizada fue la revisión de los nuevos aportes en el manejo de la preeclampsia severa y eclampsia y de una de sus complicaciones más graves, como es la rotura

hepática; cuyos resultados indican que la preeclampsia es una enfermedad del embarazo que afecta a la madre y al feto, siendo responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales. Complica de 3 a 22% de los embarazos y es la segunda causa de muerte materna en el Perú, con 32%, y la primera causa de muerte materna en el Instituto Nacional Materno Perinatal, con 43% (8).

JARA-MORI T, realizó el estudio: Cuidados intensivos maternos en el Perú. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo, cuya metodología está referida a la experiencia nacional sobre cuidados intensivos obstétricos, en diversos hospitales del Ministerio de Salud, es poca y disgregada, principalmente por el bajo volumen de pacientes con este tipo de patología. La paciente embarazada gravemente enferma constituye un desafío para el intensivista, pues enfrenta unos estados maternos especiales en cuanto a requerimientos fisiológicos y valores de laboratorio, a unas enfermedades críticas propios o coincidentes con el embarazo y a la presencia de un feto con peculiaridades fisiológicas y riesgos diversos, como el farmacológico. Desde el año 1997 al 2006, las principales indicaciones de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Materno del Instituto Nacional Materno Perinatal han sido trastornos hipertensivos del embarazo (47,5%), sepsis – choque séptico, hemorragia severa – choque hemorrágico, entre otras, siendo ellas las principales causas de muerte materna (9).

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Preeclampsia**

La preeclampsia es un Síndrome específico del embarazo, —secundario a una reducción de la perfusión de órganos múltiples al vaso espasmo y a la activación de la cascada de coagulación, caracterizado por la hemoconcentración, hipertensión y proteinuria. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de este (10).

Otros autores indican que la preeclampsia es un síndrome multisistémico del embarazo y puerperio, en el que se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial  $\geq 140/90$  mmHg y proteinuria, es frecuente que, además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio (11).

La preeclampsia es una dificultad que afecta la salud materna y puede causar la muerte de la gestante, su etiología aun es desconocida, uno de los factores asociados con pre eclampsia es el de las infecciones del embarazo, pero no se ha identificado su papel en cada trimestre de la gestación. En el año 2013 esta patología fue definida por el colegio



Americano de obstetricia y ginecología, por sus siglas en inglés (ACOG) como la presencia de presión arterial mayor a 140/90 mm/hg en dos momentos con cuatro horas de diferencia después de la semana 20 de gestación. En una mujer con una presión sanguínea previamente normal y presencia de proteinuria determinada en orina de 24 horas de 300 mg o la lectura en tirilla de una cruz en orina si otros métodos no están disponibles (12).

La preeclampsia es el estado con presencia de proteinuria e hipertensión significativa lo que ocurre por primera vez después de las 20 semanas de gestación durante el parto o puerperio. En muchas oportunidades la primera manifestación de la enfermedad es la elevación de las cifras tensionales que es generalmente asintomática y es identificada en el control prenatal, en esta patología la mayoría de los casos no excede valores de 160/110 mm/hg (13).

La preeclampsia es una de las dificultades más frecuentes a nivel de la salud pública y una de las principales causas de muerte materna, la prevalencia se aproxima entre 1.8 - 16.7 %. Los tratamientos profilácticos como dosis bajas de aspirina, control prenatal, suplementos de calcio, manejo adecuado, diagnóstico oportuno y parto son las medidas más importantes para disminuir la tasa de mortalidad. En la preeclampsia están presentes signos y síntomas como la hipertensión y proteinuria, además de edema, cuando se presentan convulsiones es diagnosticado como eclampsia (14).

### **2.2.2. Etiología de la preeclampsia**

La preeclampsia es una situación exclusiva del embarazo, los signos y síntomas solo se desarrollan durante el embarazo y desaparecen con rapidez después del parto, salida del feto y la placenta (15).

### **2.2.3. Fisiopatología de la preeclampsia.**

Friedman ha desarrollado una teoría que se basa en el daño a las células endoteliales, que en opinión de los autores aparece en todos los casos de preeclampsia. Se desconoce la causa exacta de dicho daño, pero se piensa que el trofoblasto con deficiencia de riego sanguíneo produce un agente que es tóxico para las células endoteliales (16).

En el embarazo normal las arterias espirales son transformadas en vasos dilatados de baja resistencia, por sustitución de sus elementos endoteliales y musculares por trofoblasto. La primera «ola» de invasión trofoblástica se observa en los segmentos deciduales entre las 10 y 16 semanas de gestación y la segunda se advierte en los segmentos miometriales, entre las 16 y 22 semanas. En la preeclampsia la segunda ola de invasión trofoblástica no se manifiesta, es decir, los segmentos miometriales de las arterias espirales siguen siendo musculares, sin dilatación y aun capaces de vasoconstricción. Por tal razón los vasos placentarios no se transforman en un sistema de alto volumen y baja resistencia. Esto explica la disminución del flujo útero-placentario (16).

La causa por la cual la segunda etapa de migración del trofoblasto no se produce es desconocida. No se sabe si tal invasión no se produce por causas bioquímicas, inmunitarias o genéticas, pero todos los mecanismos mencionados pueden intervenir.

El daño del endotelio vascular ha sido demostrado en la preeclampsia, lo cual activa los mecanismos de agrupaciones plaquetarias, los neutrófilos y el sistema de coagulación. A su vez, la activación plaquetaria y de los neutrófilos aumenta la lesión endotelial. La lesión endotelial se acompaña de disminución importante en la síntesis de prostaciclina.

Como consecuencia de la lesión del endotelio vascular se producirá una disminución de la perfusión tisular en cerebro, hígado, corazón, riñón y vasos deciduales.

La etiología de la preeclampsia se desconoce, no obstante la invasión incompleta del trofoblasto se ha constituido en un punto de confluencia entre las diversas teorías que pretenden explicar su etiopatogenia. El sustrato genético y las alteraciones inmunológicas participan en la formación de un síndrome inflamatorio y metabólico caracterizado por lesión endotelial como centro fisiopatológico que se evidencia clínicamente en la forma de hipertensión, proteinuria, alteraciones de la coagulación e hipoperfusión tisular generalizada, que puede conducir finalmente a la disfunción orgánica múltiple y eventualmente a la muerte materna y/o perinatal.

#### **2.2.4. Epidemiología de la preeclampsia**

La incidencia varía entre hospitales, regiones y países, presentándose en el segundo y tercer trimestre y después de la semana 32. Aunque algunas mujeres pueden presentar signos de Preeclampsia desde la semana 20. Es mucho más común en mujeres con su primer embarazo, hasta el 85% de los casos ocurren en primigestas y frecuentemente la incidencia disminuye considerablemente en el segundo embarazo (17).

La preeclampsia complica al 30% de las gestaciones múltiples, al 30% de los embarazos en mujeres diabéticas previos al embarazo, y al 20% de las gestaciones en las mujeres con hipertensión crónica, enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso en pacientes con trombofilias, insuficiencia renal y mujeres con obesidad.

La morbilidad y la mortalidad materna en la Preeclampsia son el resultado de disfunción terminal de un órgano, hemorragia cerebral y eclampsia; mientras que para el recién nacido son la restricción del crecimiento intrauterino y el bajo peso por prematuridad.

#### **2.2.5. Diagnóstico de la preeclampsia**

El diagnóstico clínico de la preeclampsia varía desde formas leves a severas; en la mayoría de las gestantes, la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico de preeclampsia leve debe ser interpretado como una fase de la patología, esta enfermedad progresa más rápido, cambiando de leve a grave, en días o semanas.

En los casos altamente graves, la progresión puede ser fulminante; con evolución a preeclampsia severa o eclampsia en cuestión de días o incluso horas (18).

La preeclampsia es un síndrome que se caracteriza por hipertensión y proteinuria después de las 20 semanas de embarazo, esta patología puede estar asociada por un conjunto de signos y síntomas entre ellos tenemos: cefalea, alteraciones visuales, vomito, edema, dolor abdominal. Los diagnósticos de preeclampsia incluyen; presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm Hg y presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg, que ocurre después de las 20 semanas de gestación (19).

Para realizar un buen diagnóstico en la paciente con preeclampsia se requiere conocimiento y experiencia por parte del profesional de salud; quien debe detectar la hipertensión arterial o daño vascular en forma clínica: oliguria, hematuria, petequias, alteración de los latidos cardiacos, detención de la altura uterina, sangrado por vía vaginal o por exámenes de laboratorio: plaquetopenia, transaminasemia, proteinuria, anemia hemolítica, restricción del crecimiento fetal, oligohidramnios (20).

## **2.2.6. Clasificación de la preeclampsia**

### **a. Preeclampsia leve**

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después las 20 semanas de gestación; durante el

parto o durante las primeras 6 semanas postparto en una mujer sin hipertensión arterial previa:

- Proteinuria mayor o igual a 300g pero menos de 5 g en una colección de orina de 24 horas, esta se re colecciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl en tiras reactivas.
- Presión arterial 140/90 mm Hg pero menor de 160/110 mm Hg en dos ocasiones en intervalos de al menos 6 horas con la paciente en reposo (21).

#### **b. Preeclampsia severa**

Se presentan uno o más de los siguientes criterios después de las 20 semanas de gestación; durante el parto o en las primeras 6 semanas postparto:

- Dolor en epigastrio o hipocondrio derecho.
- Cefalea intensa
- Restricción en el crecimiento intrauterino
- Edema agudo pulmonar
- Proteinuria de 5 gr en orina de 24 horas
- Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes.
- Sospecha de desprendimiento placentario
- Presión arterial mayor o igual a 160/110 mm Hg. (22)

## **2.2.7. Tratamiento de la Preeclampsia**

### **a. Preeclampsia leve**

Las pacientes con preeclampsia leve se hospitalizan para confirmar el diagnóstico y hacer estudios adicionales; deben recibir una dieta regular sin restricciones de sal, no se indican antihipertensivos, ni sedantes, tampoco diuréticos y la evaluación incluye la toma de la presión arterial cada 4 horas durante el día, vigilar si la paciente presenta edema y también debemos controlar el peso; además debemos tener en cuenta los exámenes de laboratorios, diuresis en 24 horas para determinar las cifras de proteinuria y creatinina; con una frecuencia de 2 veces por semana.

(21)

### **b. Preeclampsia severa**

El tratamiento antihipertensivo se puede controlar con cualquiera de los siguientes fármacos: labetalol, pindolol, propanolol o hidralacina, calcio antagonistas como son: nicardipina y la nifedipino teniendo como objetivo mantener presión arterial sistólica menos de 160 mm hg y una diastólica no menos de 100 mm Hg. El tratamiento antihipertensivo durante el embarazo en mujeres con hipertensión severa o preeclampsia debe iniciarse en todos los casos el sulfato de magnesio ha demostrado poseer mejor efectividad anticonvulsivante que el diazepam o la fenitoina; la dosis de carga es de 4 a 6 gramos en 20 minutos (22).

### 2.2.8. Cuidado de enfermería

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud-enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico, por este motivo, se consideran distintos estilos de cuidar desde el inicio de la civilización hasta nuestros días, Colliere describe cuatro etapas: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería; estas cuatro etapas, doméstica, vocacional, técnica y profesional, no tienen límites temporales definidos, pero sí se corresponden con distintos períodos de la evolución sociocultural en el mundo occidental y con cuatro concepciones distintas del cuidado. (23)

El cuidado se define —como un acto de interacción humana, recíproco e integral, guía del conocimiento, durante el decenio del Ochenta, surge con más intensidad la preocupación por la indefinición de la enfermería y se diseñan perfiles que tipifican las destrezas profesionales. Meleis plantea: —La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para, causar o facilitar la situación de salud. Meleis: —que la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad y define cuatro etapas: 1.- práctica; 2.- educación y administración; 3.- investigación y 4.-



de desarrollo teóricoll. En esta última etapa considera que se aceptó la complejidad de la naturaleza de enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de diferentes teorías, antes de descartarlas y la idea de aceptar la permanencia de diversos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica. En el decenio del Noventa, el movimiento de reflexión sobre la Conceptualización en enfermería, indaga por los conceptos propios de este campo y se propone precisar cuál es su objetivo o razón social de la enfermería, identificando —el cuidadooll como la función histórica de los profesionales de enfermería. (24)

La primera y mayor contribución para la construcción de una teoría de cuidado surgió con Madeleine Leininger. Su teoría se funda en un modelo transcultural de enfermería denominado —Modelo del sol nacienteil, que abarca la idea del cuidado del universo. De ahí su denominación de Teoría de la diversidad y universalidad cultural del cuidado, también conocida como Teoría del cuidado cultural. (25)

Leininger registra estudios realizados en 54 culturas del mundo occidental y no occidental identificando 175 conclusiones de cuidado con implicaciones usos e interpretaciones específicas. Los patrones de cuidado incluyen acciones y actitudes de asistir, apoyar, capacitar y facilitar, que influyen en el bienestar o estatus de la salud de los individuos, familias, grupos e instituciones, así como en las condiciones

humanas generales, estilos de vida y contexto ambiental. El descubrimiento de las dimensiones culturales del cuidado era, según Leininger, el imperativo para el reconocimiento de la enfermería a fin de establecer una base epistemológica y ontológica. (25)

En el presente estudio se profundizó en los conceptos de Enfermería (Potter, 2003), cuidado humano de Jean Watson y Formación para el cuidado. (26)

La enfermería moderna es un arte y una ciencia, que consiste en aplicar conocimientos y actividades relacionadas con las ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ciencias del comportamiento, éticas, temas contemporáneos y conocimientos de enfermería. (27)

### **2.2.9. Cuidados de enfermería en preeclampsia antes y después del parto**

Entre los cuidados principales que la enfermera debe brindar a pacientes pre eclámpicas incluyen: (28)

1. Nueva valoración materno ya que dentro de la primera semana posparto pueden aparecer nuevas complicaciones graves (eclampsia, síndrome de Hellp aneurisma, etc.). (28)
2. Control y registro correcto de los constantes vitales de forma estricta, mínimo cada 30 minutos hasta llegar a estabilizarlos como: tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura y reflejos

- osteotendinosos (escala de 0 a 5). También se debe evaluar la salud fetal. (28)
3. Valoración del nivel de conciencia: inquietud, memoria, conciencia sensorial, y funcionamiento motor ya que la paciente recibe depresores cerebrales. La alteración de la conciencia en la paciente, es signo de deterioro, que enfermería debe reportar de inmediato para revisión de terapéutica. (28)
  4. “Valorar la presencia de convulsiones, en la paciente pre ecláptica es un indicativo de evolución al estadio más grave de la enfermedad, la ecláptica. El vasoespasmo arterial grave ocasiona rotura del endotelio vascular con hemorragias pericapilares, que generan focos de descargas eléctricas anormales que se generalizan y producen convulsiones. (29)
  5. La enfermera debe evitar situaciones estresantes sin ruido y con luz tenue, además debe restringir las visitas innecesarias, brindando una asistencia individual y especializada para cada paciente. (28)
  6. Educar a la paciente sobre su condición, procedimientos realizados, medicación administrada y responder atentamente a sus preguntas e inquietudes. —La ansiedad incrementa la presión sanguínea. (30)
  7. Brindar apoyo emocional continuo al paciente, a través de un trato cordial y amistoso, con calor humano, que de comodidad seguridad y confianza, que derive en sentimientos de bienestar para el paciente. (31)

8. Constatar si la paciente consume o no una dieta rica en contenido proteico. Por lo general se recomienda restricción de calorías y líquidos. (28)
9. “El reposo y la relajación son importantes; optar por una posición que ayude en el estado materno fetal es fundamental. —El reposo en decúbito lateral izquierdo reduce la presión sobre la vena cava, mejora el retorno venoso, incrementa el volumen circulatorio y el riego placentario y renal. El aumento del flujo sanguíneo renal ayuda a reducir las concentraciones plasmáticas de angiotensina II, favorece la diuresis y reduce la presión sanguínea. (32)
10. Control y registro del peso corporal diario. —Los cambios de peso indican aumento o disminución en la retención de líquidos. (28)
11. Valorar las extremidades para detectar presencia de edema (signo de Godet). —El edema es extracelular y es la primera manifestación del síndrome; el daño endotelial aumenta la permeabilidad vascular, se evidencia por la fóvea especialmente en extremidades superiores e inferiores cuando la paciente es ambulatoria y en la región sacra, si está acostada. (3)
12. Valorar las señales de peligro como: cefalea, hiperreflexia, dolor epigástricos, reducción en la producción de orina y perturbaciones visuales. —Los signos de alarma, indican empeoramiento de la condición de la paciente y el bebé; así, la cefalea y escotomas, son signos de irritabilidad del SNC, además, las alteraciones visuales

obedecen al vasoespasmo a nivel de la corteza occipital, la epigastralgia, es signo premonitorio de convulsión y deterioro de la función hepática; la disminución o ausencia de movimientos fetales, podría señalar hipoxia fetal. (30)

13. Controlar y registrar la ingesta y eliminación y diuresis horaria. —El control de ingesta y su relación con la eliminación, se basa en el hecho de que las pacientes con preeclampsia grave, tienen un considerable exceso de líquidos extracelulares, distribuidos de manera incorrecta entre compartimentos intra y extravascular; la administración de grandes cantidades de líquido durante el parto (prehidratación para anestesia, administración de varias medicaciones en perfusión continua) incrementa el riesgo de edema pulmonar y cerebral. La infusión total de líquidos debe limitarse durante la fase intraparto y posparto a 80 ml/h o 1 ml/kg/h. (33)
14. Colaborar en recolección de muestras de laboratorio clínico: BH, TP, TPT, Plaquetas, grupo sanguíneo y factor Rh, VDRL, con consentimiento informado, EMO (proteinuria en tirilla reactiva) – Urocultivo. La extracción de preferencia se debe realizar antes de la infusión de líquidos. (28)
15. Valorar oximetría del pulso, auscultación pulmonar y síntomas durante al menos 48 horas posteriores al parto. (28)
16. Canalizar una vía intravenosa con catéter 18 para administración de soluciones y medicamentos intravenosos. —La oliguria frecuente en la

- preeclampsia y eclampsia y la disminución del volumen sanguíneo fundamentan la administración controlada de líquidos intravenosos, así también se requerirá para la administración del sulfato de magnesio. (33)
17. Administración de medicamentos (alfa metildopa y labetalol). Sulfato de magnesio, hidralazina, etc. Previa prescripción médica y tomando en cuenta efectos secundarios y cuidados de enfermería. Las profilaxis de las convulsiones se mantienen durante las primeras 24 horas del puerperio y las 24 horas siguientes a la última convulsión. (28)
  18. Al administrar sulfato de magnesio para evitar las convulsiones la enfermera debe estar pendiente de los efectos secundarios como la pirosis náuseas y dolor en el sitio de la inyección, a la vez contar con el antídoto para el mismo. (28)
  19. Si se administra sulfato de magnesio se debe vigilar que la frecuencia cardíaca materna, frecuencia respiratoria, y reflejos osteotendinosos estén en parámetros normales, la diuresis debe mantenerse entre 20 y 30 cc/h (2 cc/Kg/hora) esto por la excreción renal que produce el sulfato de magnesio. (28)
  20. La enfermera debe suspender o retardar el sulfato de magnesio si la frecuencia respiratoria es menor a las 16 respiraciones por minuto, si los reflejos osteotendinosos están ausentes o si la diuresis es menor a 30 cc/h durante las 4 horas previas. (28)

21. Si la finalización del embarazo es por cesárea, se debe tomar en cuenta el consentimiento informado. (28)

El enfoque principal del cuidado durante el puerperio es asegurar que la madre sea saludable y esté en condiciones de cuidar de su recién nacido, equipada con la información que requiera para la lactancia materna, apego precoz su salud reproductiva, planificación familiar y los ajustes relacionados a su vida. Que tener un hijo es un acontecimiento feliz para la mayoría de las mujeres pero los cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que comporta hacen que las mujeres sean más vulnerables a cambios en su estado de ánimo en el posparto.

Después del egreso hospitalario, es importante continuar con la monitorización de la presión arterial, la que usualmente se normaliza dentro de las 6 semanas del parto o cesárea.

Las mujeres con preeclampsia deben recibir consejería en relación al riesgo de complicaciones hipertensivas en los embarazos futuros. En general la tasa de preeclampsia en embarazos subsecuentes es de aproximadamente el 25%, con tasas sustancialmente mayores cuando suman otros factores de riesgo.

Por lo tanto es importante recalcar que los cuidados que proporcione la enfermera son determinantes para el mantenimiento y recuperación de la salud materna y fetal.

## **2.3 Definición de términos**

### **Preeclampsia**

Se manifiesta con **¡Error! Marcador no definido.**, retención de líquidos (edemas) y proteínas en la orina (proteinuria) y puede ser leve, moderada o severa, dependiendo de las cifras de presión arterial y de la pérdida de proteínas en la orina.

### **Cuidado de Enfermería**

El cuidado de enfermería está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.

### **Cuidados intensivos**

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma , en el postoperatorio o en la agudización de la insuficiencia renal o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras.

### **Gestantes**

Mujer que lleva en el útero un embrión fecundado o un feto.



### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos del área de logística, archivos e historias clínicas de la Unidad de Cuidados Intensivos del periodo 2014 - 2016. Para la elaboración de tablas y gráficos se hizo uso del programa Excel 2013

#### **3.2 Experiencia profesional**

Egrese de la Universidad el año 2000, mi primera experiencia laboral fue en el Puesto de Salud Villa Dorada – Chanchamayo, el contrato fue por salud básica como personal asistencial y Administrativo, el 2001 me rotaron al Centro de Salud Perene, donde me asignaron como responsable del programa de TBC teniendo a mi cargo 23 establecimientos; por motivos de Salud pedí mi rotación y fui trasladada al Puesto de Salud San Luis de Shuaro – Chanchamayo donde trabajé hasta diciembre del 2002.

Por motivos de maternidad deje de laborar, en febrero de 2004, me realizaron un contrato para laborar en el Centro de Salud de Lampa – Pariahuanca – Junín, ahí realice trabajo asistencial rotando en todos los programas incluido las áreas de tóxico y emergencia.

En setiembre del año 2005, ingreso a laborar al hospital El Carmen, los primeros meses me programaron en los diferentes servicios tales como: medicina general, servicio de cirugía general, servicio de traumatología,

consultorios externos, sala de operaciones y neonatología; por necesidad del servicio fui asignado a trabajar en la UCI del hospital el 1 de abril del 2009.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

El 1 de abril del 2009 Fui programa en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, nombre con el cual fue designado por esas fechas; el trabajo que se realizaba era el cuidado a todo tipo de pacientes con grado de dependencia V; los diagnósticos más importantes eran los traumatismos encéfalo craneano, patologías quirúrgicas, shocks, neumonías, problemas respiratorios graves, etc. de diferentes grupo etareos y diferentes etapas de vida. Con el proceso de especialización de los establecimientos de salud en la región Junín en el año 2011, el Hospital El Carmen enfoca la atención en la salud materno pediátrico, donde se inicia el cuidado de necesidades propias de la mujer y el niño.

Desde el proceso de especialización del —El Carmen‖ se presentaron muchos problemas debido a la no planificación de este proceso por parte de las autoridades de esas fechas; uno de esos problemas fueron el escaso número de profesionales y la escasa provisión de insumos y materiales.

Para el año 2014, el Hospital fue un centro de referencia macro regional pues se recibía referencias de la misma región como también de Pasco y Huancavelica. Uno de los problemas que se detecto fue la falta de

coordinación previa, porque no se tenía prevista cama ni insumos. Otro de los problemas era la pugna por la recepción del paciente en el área de emergencia por parte del profesional de Enfermería y Obstetra, debido que al ser paciente gestante muchas veces fueron hospitalizadas en servicios como ARO 1, ARO 2 servicios que no realizaban monitoreo minucioso y la evaluación de la paciente lo realizaba el interno de medicina o residente de Medicina sin la presencia del Médico asistencial todo esto hacía que la paciente llegue complicada a la Unidad de Cuidados intensivos. En la actualidad el Hospital cuenta con un servicio de UCEO (unidad de cuidados especiales obstétricos) que fue creado en el año 2011 por la especialización del hospital, esta unidad es atendida por profesional Obstetra, donde se ha presentado problemas como un inadecuado monitoreo de la paciente sin embargo los médicos Ginecólogos pese a esto siguen hospitalizando en esta unidad; cuando la paciente se complica en estas áreas la gestante pasa la UCI, los problemas identificados en las historias clínicas es que no había un controlaban minucioso de las presiones arteriales, según las profesionales indican que se encontraban con presiones normales pero cuando se controlaban al ingreso presentaban hipertensión, tampoco había un buen control de diuresis y las pacientes entraban en anuria, todas estas falencias provocaban que las pacientes ingresaran al servicio de UCI con falla Renal, hemorragias, convulsiones, problemas respiratorios que conllevaba al uso de ventilador mecánico. Las pacientes entraban de

frente SOP para dar término el embarazo y de frente pasaban a UCI por todos estos motivos. Y muchas de ellas fallecían tal como se aprecia en los reportes de mortalidad materna.

En la actualidad en la UCI se cuenta con Médicos Uciólogos dos, un médico Internista en el servicio que no se abastece en la atención de la UCI, por lo cual el hospital contrato médicos de EsSalud por terceros. De la misma manera no se cuenta con un protocolo de atención para pacientes con preeclampsia.

Al ingresar a una paciente con preeclampsia a la UCI es recepcionado según su complejidad, se alista la unidad con ventilador mecánico, bombas de infusión, cardio Q, monitores cardiacos no invasivos o invasivos según la necesidad del paciente y se inicia tratamiento. Si la paciente ingresa con plaquetopenia se administra unidades de plaquetas, plasma y se pasa a chorro poligelina, se administra albumina humana a horario aparte de sus antibióticos, vitamina K. Si hay hipertensión se administra antihipertensivos, albumina humana, poligelina, monitorización continua de presión arterial.

En los casos que se presenta oligoanuria, se realiza monitorización continua de diuresis horaria, inicio de bomba diurética titulable, poligelina y albumina humana en caso se complique se realiza transferencia a los hospitales especializados de la ciudad de Lima para su diálisis.

Desde el ingreso a la Unidad de cuidados intensivos que fue el año 2009. He atendido una infinidad de pacientes tanto gestantes como púerperas con preeclampsia.

- Se atendió pacientes con preeclampsia cuyos daños colaterales fueron cerebrales con Accidente Cerebro Vascular, su atención exclusivamente enfocada a este problema, desde la recepción al gestante a la unidad se enfocaba brindarle un soporte hemodinámico con Glasgow 5, entraban a ventilación mecánica monitoreo invasivo minucioso de funciones vitales su atención fue de calidad atendiendo cada patología o problema que se presentaba.
- En pacientes que presentaban daño en la perfusión renal se realizó un control minucioso del balance hídrico, se iniciaba infusión de bomba diurética titulable según la presencia de diuresis y flujo urinario.
- Otra complicación que he atendido en pacientes con preeclampsia son las alteraciones hematológicas, pacientes que ingresaron con shock hipovolémico, se observaba un sangrado activo por útero que no cedía a nada volvían a entrar a Sala de Operaciones para que se les realiza Histerectomía total, volvían a Cuidados intensivos pero en mal estado con Hemoglobina de 3 mg/dl, se iniciaba transfusiones sanguíneas en varias oportunidades hasta más de 30 unidades de paquetes globulares, se pasaba a la vez Plasma Fresco Congelado y se pasaba unidades de Plaquetas, pese a todo esto hubo presencia de muertes maternas en el servicio de Cuidados Intensivos.
- Se llevó a realizar transferencias de pacientes que requerían atención más especializada y se llevó en varias oportunidades en ambulancia a la ciudad de Lima.

#### IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1

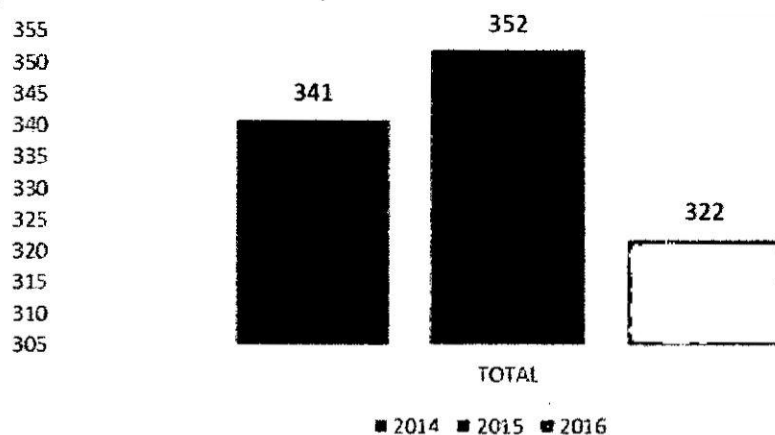
NÚMERO TOTAL DE PACIENTES POR AÑO ATENDIDOS EN UCI,  
PERIODO 2014 - 2016

AÑO	PACIENTES POR AÑO
2014	341
2015	352
2016	322

FUENTE: Registro de estadística de Hospital 2014 – 2016.

GRÁFICO N° 4.1

NÚMERO TOTAL DE PACIENTES POR AÑO ATENDIDOS EN UCI,  
PERIODO 2014 - 2016



FUENTE: Registro de estadística de Hospital 2014 – 2016.

En la tabla y gráfico N° 01 se presenta los resultados del total de pacientes atendidos en la Unidad de cuidados intensivos donde se observa que no existe mucha diferencia de la cantidad de casos atendidos durante los años 2014 – 2016; hubo mayor número de pacientes atendidos (352) en el año 2015 y disminuyó (322) para el año 2016.

**TABLA N° 4.2**

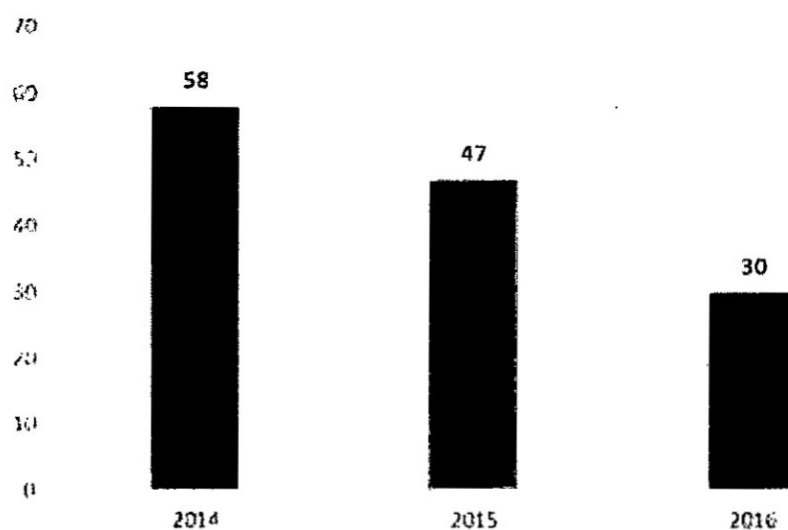
**NÚMERO DE CASOS DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA  
ATENDIDAS EN UCI, PERIODO 2014 - 2016**

<b>AÑO</b>	<b>GESTANTES ATENDIDAS</b>
2014	58
2015	47
2016	30

FUENTE: Registro de estadística de Hospital 2014 – 2016.

**GRÁFICO N° 4.2**

**NÚMERO DE CASOS DE GESTANTES CON PREECLAMPSIA  
ATENDIDAS EN UCI, PERIODO 2014 - 2016**



FUENTE: Registro de estadística de Hospital 2014 – 2016.

En la tabla y gráfico N° 4.2 se presenta los resultados del total de gestantes con preeclampsia atendidos en la Unidad de cuidados intensivos donde se observa que hubo una disminución de personas atendidas durante los años 2014 – 2016; hubo mayor número de gestantes atendidas (58) durante el año 2014 y disminuyó (30) para el año 2016.

**TABLA N° 4.3**

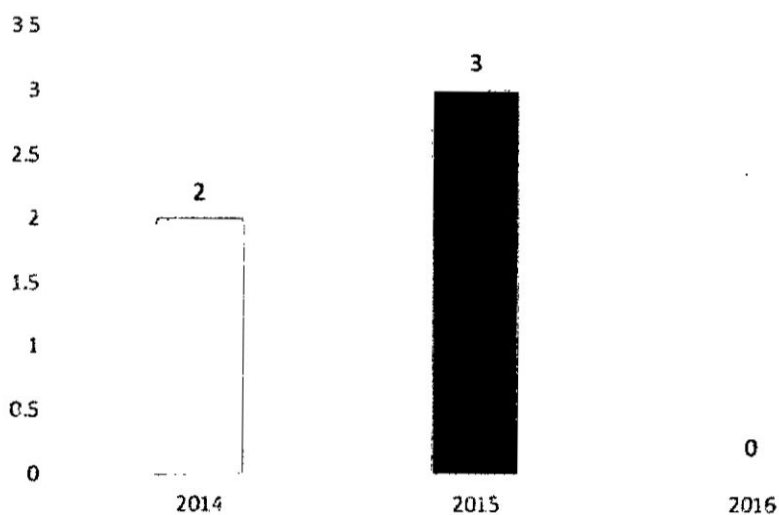
**NÚMERO DE GESTANTES FALLECIDOS CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA PERIODO 2014 - 2016**

<b>AÑO</b>	<b>GESTANTES FALLECIDAS</b>
2014	2
2015	3
2016	0

FUENTE: Registro de estadística de Hospital 2014 – 2016.

**GRÁFICO N° 4.3**

**NÚMERO DE GESTANTES FALLECIDOS CON DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA PERIODO 2014 - 2016**



FUENTE: Registro de estadística de Hospital 2014 – 2016.

En la tabla y gráfico N° 4.3 se presenta los resultados del número de fallecimientos de gestantes con preeclampsia durante el periodo 2014-2016, donde para el año 2014 se tiene 2 muertes, para el año 2015 3 muertes y el 2016 no hubo muerte por esta causa. La cantidad de muertes se deberían a los problemas administrativos y de gobierno presentados en el hospital.



## V. CONCLUSIONES

- a) El cuidado de los pacientes con preeclampsia deben estar dirigidos a mejorar la perfusión tisular renal, el intercambio gaseoso, el gasto cardiaco, la integridad tisular y disminuir el riesgo de infección.
- b) La unidad de cuidados intensivos uno del Hospital El Carmen de Huancayo no cuenta con una guía o norma técnica que ayude a fortalecer el cuidado de enfermería.
- c) EL cuidado de las gestantes con Preeclampsia se debe realizar en la unidad de cuidados intensivos y no en otro servicio debido a la complejidad del problema.
- d) La preeclampsia debe ser atendida como un problema prioritario para reducir la mortalidad materna en nuestro Hospital.
- e) El estudio posibilitó la síntesis de los cuidados de enfermería específicos a las mujeres con preeclampsia, los cuales son capaces de reducir las complicaciones y tasas de morbimortalidad.
- f) El cuidado de enfermería en gestantes con preeclampsia se basa principalmente en un examen físico criterioso, seguimiento de exámenes de laboratorio y la formulación de diagnósticos de enfermería.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Elaborar protocolos de cuidado utilizando evidencia Científica de la práctica clínica del enfermero, este documento podría orientar el proceso de toma de decisión y garantizar la prestación de un cuidado de Calidad y humano.
- b) Monitorización apropiada y regular los signos vitales del paciente, especialmente la presión arterial.
- c) Estandarización de la técnica de medición de la presión arterial y el manejo de la crisis hipertensiva.
- d) Las profesionales de enfermería deben capacitarse periódicamente en temas relacionados al cuidado de enfermería gineco-obstétricas.
- e) Normar en nuestro establecimiento el manejo de gestantes con preeclampsia en la Unidad de cuidados intensivos.

## V. REFERENCIALES

1. Ferreira M, Silveira C, Silva R, Souza D y Ruiz M; realizaron en Brasil en el año 2016 la investigación Cuidado de enfermería para mujeres con preeclampsia y/o eclampsia: revisión integradora. *Assistência de enfermagem a mulheres com*. Revista Escola de Enfermagem. 2016; 50(2).
2. Toruño M, Vallecillo R. Abordaje de la preeclampsia grave y eclampsia en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Asunción Juigalpa en el periodo de enero a diciembre 2014. Tesis para optar el grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
3. Piray M, Riofrío S. Evaluación de los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas con pre eclampsia hospitalizadas y sus efectos en la recuperación de la salud en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital provincial general docente Riobamba. Quito - Ecuador: Universidad Cenrral de Ecuador, Facultad de Ciencia médicas; 2014.
4. Barrera-Cruz A, Mancilla-García M, Román-Maeda S, Rodríguez-Loreto E, Villaláz-Ureña A. Guía de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2013; 21(2).
5. Vargas V, Acosta G y Moreno M; realizaron en Chile en el año 2012 el estudio: La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *La preeclampsia un problema de salud pública mundial*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77(6).
6. Bolívar D, Pernía D. Portales médicos. com. [Online].; 2011 [cited 2017 julio 15. Available from: HYPERLINK "<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3882/3/Cuidados-de-Enfermeria-a-gestante-con-preeclampsia-severa-fundamentado-en-la-teoria-de-Dorothea-Orem>"  
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3882/3/Cuidados-de-Enfermeria-a-gestante-con-preeclampsia-severa-fundamentado-en-la-teoria-de-Dorothea-Orem> .

7. Gonzáles S, Et al. Plan de cuidados de enfermería estandarizado "PLACE" en pacientes con preeclampsia y eclampsia. Jalisco: Secretaria de salud de Jalisco, Departamento estatal de Enfermería; 2010.
8. Guevara E, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2013; 12(25).
9. Jara-Mori T. Cuidados maternos en el Perú. Manejo de los trastornos hipertensos del embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2006; 52(4).
- 10 Sánchez P. Enfermedad hipertensiva del embarazo en terapia intensiva. In. Cuba.; 2010. p. 30.
- 11 Instituto Mexicano del seguro social. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. Guía de referencia rápida. México.; Unidad de atención médica; 2012.
- 12 Alejandro J RL. Preeclampsia : su asociación con infecciones periodontales y urinarias según trimestre del embarazo. [Online].; 2016 [cited 2017 07 10. Available from: [HYPERLINK "http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/3402/2591"](http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/3402/2591)  
<http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/3402/2591> .
- 13 Alberto L TC. Revisión. [Online].; 2015 [cited 2017 07 10. Available from: [HYPERLINK "http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1\\_a10.pdf"](http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1_a10.pdf)  
[http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1\\_a10.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rccm/v18n1/v18n1_a10.pdf) .
- 14 Vargas V,AG,MM. La preeclampsia un problema de salud. [Online].; 2012 [cited 2017 07 10. Available from: [HYPERLINK "http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000600013"](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013)  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000600013](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000600013) .
- 15 Mora J. Preeclampsia grave. [Online].; 2012 [cited 2017 07 10. Available from: [HYPERLINK "http://www.monografias.com/trabajos80/preclampsia-grave-caso."](http://www.monografias.com/trabajos80/preclampsia-grave-caso.)  
<http://www.monografias.com/trabajos80/preclampsia-grave-caso.>

- 16 Williams.. Obstetricia. 23rd ed. España: McGraw Hill; 2011.
- 17 Beals Éyo. Estudio Comparativo de la Morbimortalidad del Producto Gestacional en Mujeres Embarazadas con Preeclampsia moderada o severa.. In.; 2009. p. 718-5308.
- 18 Ríos G SM. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Chilena de obstetricia y ginecología. 2012; 77(6).
- 19 Barrera-Cruz A MGMRMSRLE. Guia de práctica clínica. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia / Eclampsia. Revista Enfermería Instituto Mexicano Seguro Social. 2013; 21(2).
- 20 Espinoza L. Factores de riesgo , morbilidad y mortalidad en la preeclampsia severa y eclampsia. Revista Latinoamericana de Perinatología. 2014; 17(4).
- 21 Alverto J. Preeclampsia. [Online].; 2012 [cited 2017 07 11. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf> HYPERLINK <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art6.pdf> .
- 22 Hernández-pacheco J ea. Diagnóstico y Tratamiento de la preeclampsia y eclampsia en el embarazo , parto y puerperio. [Online].; 2013 [cited 2017 07 11. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip134i.pdf> HYPERLINK <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2013/ip134i.pdf> .
- 23 Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill; 1993. [Online].
- 24 Cuidados enfermeros. El cuidado, un poco de historia. [Online].; 2006 [cited 2017 Jun 11. Available from: <http://cuidadosenfermeros.blogspot.pe/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html> HYPERLINK <http://cuidadosenfermeros.blogspot.pe/2006/07/el-cuidado-un-poco-de-historia.html> .
- 25 Vera W. Cuidar: expresión humanizadora del cuidado México: Nueva Palabra; 2008.
- 26 Watson, J. The Philosophy and Science of Caring. E.E.U.U.: Editorial de la Universidad de Colorado; 2008. In.

- 27 Potter, P., Perry, A. Fundamentos de Enfermería. Volumen I. 5ta . edición. España: editorial Océano; 2004.. In.
- 28 Lowdermilk D, Perry S, Bobak I. Enfermería Materno Infantil España: . Harcourt/ Oceano; 2003.
- 29 Arias F. Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo . Madrid - España: Elsevier; 2011.
- 30 Burroughs A, Leifer G. Enfermería Materno infantil México: Mc Graw . Hill Interamericana; 2003.
- 31 Tejedor J, Etxabe P. Guía Práctica de informes en enfermería en salud . mental España: Glosa; 2007.
- 32 Villanueva L. Conceptos actuales sobre la preeclampsia y eclampsia. . Manejo de las pacientes con preeclampsia en el servicio de ARO. [Online].; 2010 [cited 2017 julio 16. Available from: HYPERLINK "http://revista.anacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem\_vol3N1\_investigacion.pdf." [http://revista.anacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem\\_vol3N1\\_investigacion.pdf.](http://revista.anacem.cl/pdf/vol3/revistaanacem_vol3N1_investigacion.pdf)
- 33 Botero J. Obstetricia y Ginecología Biológicas Cpl, editor. Colombia; . 2004.
- 34 Nanda. Libro Nanda. [Online].; 2015 [cited 2017 7 12. Available from: . HYPERLINK "file:///C:/Users/Usuario/Downloads/LIBRO%20NANDA%202015-2017%20(COMPLETEO).pdf" [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/LIBRO NANDA 2015-2017 \(COMPLETEO\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/LIBRO NANDA 2015-2017 (COMPLETEO).pdf) .
- 35 Malacatus A; realizón en Ecuador en el año 2017 la investigación . titulado. Proceso de atención de enfermería en pacientes con Preeclampsia mediante la identificación de los factores de riesgo. Machala: Universidad Técnica de Machala, Unidad académica de Ciencias Químicas y de la salud.; 2017.
- 36 Vera W. Cuidar: expresión humanizadora del cuidado. Edit. Nueva . Palabra, México; 2008)..

# **ANEXOS**

**CUADRO N° 01**

**PLAN DE CUIDADO EN PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

DIAGNOSTICO (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	(INTERVENCIONES) NIC
DOMINIO (4) ACTIVIDAD REPOSO CLASE (4) RESPUESTAS CARDIOVASCULARES S/ PULMONARES (00239) Riesgo de deterioro de la función cardiovascular R/C Hipertensión (34).	DOMINIO (II) Salud fisiológica clase ( E ) cardiopulmonar (0414) ESTADO CARDIOPULMONAR 04140 presión sistólica (3) desviación moderada del rango normal 041402 presión arterial diastólica (3) desviación moderada del rango normal 041403 pulsos	Campo (4) seguridad Clase (v) control de riesgos (6680) monitorización de los signos vitales -Control de signos vitales, principalmente la presión arterial. -Controlar y registrar la presión arterial cada 2 horas. -Administración de antihipertensivos. -Control de ingesta: disminución de sal y grasas.



	periféricos (3) desviación moderada del rango normal 041406 frecuencia respiratoria (3) desviación moderada del rango normal 041414 intolerancia a la actividad (3) desviación moderada del rango normal	-control de ingesta y excreta. -control de exámenes de laboratorio. - control de ingesta y excreta .
--	--	---

CUADRO N° 02

PLAN DE CUIDADO EN PACIENTE CON EDEMA

DIAGNOSTICO (NANDA)	(RESULTADOS) NOC	(INTERVENCIONES) NIC
<p>DOMINIO 2: NUTRICIÓN CLASE 5: HIDRATACIÓN (00026) Exceso de volumen de líquido R/C ingesta excesiva de sodio E/P alteraciones de la presión arterial (34).</p>	<p>II Salud fisiológica  CLASE (F) Eliminación FUNCIÓN RENAL (0504) (050401) ingesta adecuada de líquidos (3) moderadamente comprometido (050402) Equilibrio de la ingesta y el gasto en 24 horas (3) moderadamente comprometido (050404) creatinina serológica (3)</p>	<p>Campo (4) seguridad  Clase (v) control de riesgos (6680) monitorización de los signos vitales - Control de signos vitales de manera especial la presión arterial. -Mantener los miembros inferiores elevados. - controlar en la disminución de potasio - control de ingesta y excreta -control de exámenes de</p>

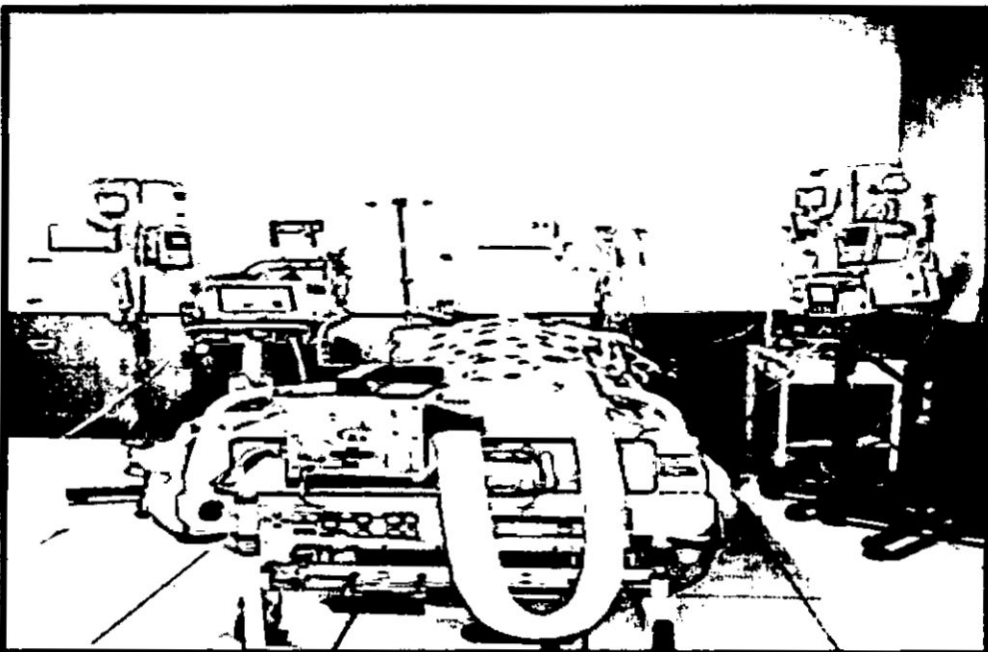
	<p>moderadamente comprometido (050406) color de orina (3)</p> <p>moderadamente comprometido (050407) proteínas de la orina (3)</p> <p>moderadamente comprometido (050408) PH de la orina (3)</p> <p>moderadamente comprometido (050412) electrolitos Serológicos (3)</p> <p>moderadamente comprometido (050414) hematuria (3)</p> <p>moderadamente comprometido (19).</p>	<p>laboratorio sobretodo en proteinuria.</p> <p>-control de diuresis</p> <p>-mantener a la paciente en reposo</p> <p>- control de líquidos(20</p>
--	---	---

**ANEXO**

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL EL CARMEN**



**UNIDAD DE PACIENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
DEL HOSPITAL EL CARMEN**



**EQUIPO PARA MANEJO DE PACIENTE EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL EL CARMEN**



**CUIDADO DE PACIENTE CON PREECLAMPSIA EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL EL CARMEN**

