



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza.
Facultad de Ciencias de la Salud.

GRADO DE ENFERMERÍA.

Curso académico 2016/2017.

Trabajo de fin de grado

**Plan de cuidados dirigido a mujeres con
eclampsia y preeclampsia durante el
embarazo.**

Autor/a: Teresa Muñoz Iñigo.

Tutor/a: Ana Belén Subirón.

Co-tutora: Delia González de la Cuesta.

ÍNDICE:

1. RESUMEN	.....	PAG 3.
2. INTRODUCCIÓN	.....	PAG 5.
3. OBJETIVOS	.....	PAG 8.
4. METODOLOGÍA	.....	PAG 8.
5. DESARROLLO	.....	PAG 10.
- Presentación del caso	.....	PAG 10.
- Antecedentes Familiares y Personales	.....	PAG 11.
- Valoración	.....	PAG 11.
- Diagnósticos y planificación	.....	PAG 13.
6. EJECUCION Y EVALUACION	.....	PAG 16.
7. CONCLUSIONES	.....	PAG 17.
8. BIBLIOGRAFIA	.....	PAG 18.
9. ANEXOS	.....	PAG 20.

RESUMEN.

Introducción: La preeclampsia es una enfermedad exclusiva de las mujeres, de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto. La OMS estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencia es del 5-10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo. Uno de los principales problemas en el manejo y prevención de esta entidad es el desconocimiento de su etiología. Por ahora, la prevención consiste en identificar los factores de riesgo para la preeclampsia y tomar medidas para abordar esos factores. En los casos más graves la preeclampsia puede evolucionar en enfermedades como eclampsia y el síndrome de HELLP.

Objetivo: Diseñar un Plan de cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia durante el embarazo.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica para obtener la información necesaria y actualizada sobre la preeclampsia y la eclampsia. Se ha realizado un plan de cuidados estandarizado, siguiendo la metodología enfermera según Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Conclusiones: Seguir un plan de cuidados estructurado y organizado garantiza una atención integral y permite el seguimiento adecuado de las pacientes y la consecución de los objetivos previstos para recuperar la salud o conseguir la mejor calidad de vida posible.

Palabras clave:

Preeclampsia, epidemiología, incidencia, tratamiento, etiología, factores de riesgo, signos y síntomas.

ABSTRACT.

Introduction: preeclampsia is an exclusive disease of the human being, with an unknown and multifactorial origin and whose definitive treatment is the birth. The OMS estimates that there are annually over 166,000 deaths due to preeclampsia. Its incidence is about 5 to 10% of the pregnancies, but the mortality is about 5 to 9 times higher in developing countries. One of the main problems in the handle and prevention of this disease is the unknowledge of its etiology. By now, prevention consists in identifying risk factors for preeclampsia and taking measures to approach those factors. In the most serious cases, preeclampsia can evolve in diseases such as eclampsia and HELLP syndrome.

Objetive: design a nursering caring Plan for women with eclampsia and preeclampsia during the pregnancy.

Methodology: a bibliographic revision has been made to obtain the necessary and updated information about preeclampsia and eclampsia. An standardized caring Plan has been made, following the nursing methodology according to Virginia Henderson and taxonomy NANDA-NIC-NOC.

Conclusions: Following a structured and organized care plan guarantees an integral care and allows the adequate follow-up of the patients and the achievement of the objectives for recovering health or achieving the best quality of life possible.

Key words:

Preeclampsia, epidemiology, incidence, treatment, etiology, risk factors, signs and symptoms.

INTRODUCCIÓN:

La hipertensión, o la presión arterial alta, pueden causar problemas de salud en cualquier momento de la vida ^{1, 2}. Los trastornos hipertensivos durante el embarazo son causa importante de morbilidad, discapacidad crónica y muerte entre las madres y los fetos ³.

Hoy en día, la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Mueren en todo el mundo unas 830 mujeres cada día por complicaciones relacionadas con el embarazo o con el parto ⁴. Entre los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, la eclampsia y la preeclampsia sobresalen como causas principales de morbilidad y mortalidad ³. La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que existen anualmente más de 166 mil muertes por preeclampsia. Su incidencias es del 5-10% de los embarazos, pero la mortalidad es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo ⁵⁻⁷.

El aumento de accesibilidad a una atención sanitaria de calidad ha conllevado que la mortalidad materna sea un hecho esporádico en los países desarrollados, pero aun así cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante su embarazo, parto y puerperio ⁸. La matrona es el profesional que más cerca se encuentra de la gestante sobre todo durante el parto, por lo cual deberá tener muy en cuenta la posibilidad de que surjan complicaciones, reconocer los signos, saber responder y ser lo bastante diligente en dicha respuesta ⁹.

La revisión frecuente de las enfermedades hipertensivas del embarazo, especialmente la preeclampsia, es de suma importancia en el mundo por las consecuencias maternas y perinatales que ocasionan ^{10, 11}. Esta enfermedad no solo afecta a la madre, sino que también afecta al feto, ya que, debido a la hipertensión, el flujo sanguíneo se ve alterado y es a través de éste como se le provee al feto de los nutrientes y el oxígeno que necesita. Cuanto más tiempo perdure la enfermedad sin ser tratada, mayores serán los efectos sobre el feto ¹². Este trastorno hipertensivo se ha asociado con un retraso en el crecimiento fetal, ruptura de placenta y otros daños en el feto ¹³.

La preeclampsia es una enfermedad exclusiva de las mujeres y solo se da en la especie del ser humano, de origen desconocido y multifactorial cuyo tratamiento definitivo es el parto ^{5, 14}. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las dos primeras semanas después de dar a luz. El cuadro clínico se caracteriza por una hipertensión arterial ($\geq 140/90$ mmHg) y de proteinuria ($>300\text{mg}/24\text{h}$), en mujeres hasta entonces normotensas, o en la aparición de proteinuria en gestantes que ya presentaban hipertensión arterial con anterioridad ^{10, 13, 15, 16}. Algunos otros criterios diagnósticos de la preeclampsia incluyen oliguria, trombocitopenia o alteraciones visuales ¹³. Con frecuencia la preeclampsia cursa sin síntomas en sus fases más iniciales, las manifestaciones clínicas empiezan a aparecer en estados avanzados de la enfermedad. Por ello son tan importantes las consultas obstétricas prenatales ¹⁷.

Uno de los principales problemas en el manejo y prevención de esta entidad es el desconocimiento de su etiología ¹⁸. Aunque existen diferentes teorías para explicar su origen, no está clara todavía cuál es su causa y quizás por ello no es posible prevenirla eficazmente ⁵. Las investigaciones sobre la etiología de la preeclampsia nos inducen a pensar que en la enfermedad hay una invasión anormal de las arteriolas espirales por el citotrofoblasto, es decir, ocurre un defecto en la implantación y como consecuencia una disfunción endotelial y reducción de la perfusión uteroplacentaria ¹⁰.

Aunque todavía se desconoce la causa exacta, se ha establecido un grupo de riesgo que incluye los siguientes casos; antecedentes de preeclampsia o trastornos hipertensivos, primer embarazo, embarazos múltiples, obesidad, diabetes, problemas renales, trastornos de coagulación, edad menos de 20 años y mayor de 35 ^{2, 17}.

En la actualidad no hay pruebas de detección que puedan pronosticar si una mujer tendrá preeclampsia durante el embarazo. Por ahora, la prevención consiste en identificar si tiene factores de riesgo para la preeclampsia y tomar medidas para abordar esos factores ³.

En los casos más graves la preeclampsia puede evolucionar en enfermedades como eclampsia, en la que se producen convulsiones maternas y la madre puede entrar en coma ¹⁷. Y El síndrome de HELLP

(hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets), que se caracteriza por un aumento de las enzimas hepáticas, un descenso del número de plaquetas y una hemolisis que se refleja por un aumento de los niveles séricos de LDH y bilirrubina total ¹³.

En pacientes con diagnóstico de PES (Preeclampsia severa), la presencia de epigastralgia y elevación de las transaminasas son fuertes predictores de desarrollo de síndrome de HELLP, por tal razón en este grupo de pacientes se debe controlar activamente la alteración de estos parámetros ²⁰.

El primer tratamiento de la preeclampsia sea cual sea el momento de la gestación es la administración de hipotensores para tratar de disminuir los valores de la tensión arterial, aunque el único modo de resolver la preeclampsia es provocando el parto ²¹. Una vez diagnosticada la preeclampsia hay que ver en qué momento de la gestación se encuentra y evaluar tanto el estado de la madre como del feto.

El tratamiento de la hipertensión gestacional leve se puede realizar en un hospital o de manera ambulatoria, mientras que cuando tiene características graves, es más probable que reciba el tratamiento en el hospital. Si se han alcanzado las 37 semanas de gestación cuando se diagnostica la preeclampsia, se suele recomendar inducir el parto, ya que en ese momento el feto ya debería estar formado y por ello el pronóstico suele ser bueno en la mayoría de los casos ²². Si tiene por lo menos 34 semanas de embarazo a menudo se recomienda también dar a luz al bebé en cuanto se estabilice la situación médica ². Siempre que se pueda, se demorara el parto puesto que solo unos días más de gestación le pueden ser muy útiles al feto a la hora de desarrollarse. En estas situaciones y una vez pasadas las 24 semanas de gestación, se pueden administrar corticoesteroides para promover el desarrollo de los pulmones del feto y a la mujer se le pautan medicamentos para reducir su presión arterial y evitar que presente las convulsiones ¹.

La mejor forma de tratamiento de la preeclampsia es la prevención, y como se ha dicho anteriormente, en la actualidad no hay pruebas de detección que puedan diagnosticar las enfermedades hipertensivas durante el embarazo. Por ello, actualmente la prevención consiste en identificar los

factores de riesgo ^{1, 22}, la realización de unos buenos cuidados prenatales, tomas de tensión arterial semanales, reposo en cama en embarazos de riesgo y la realización de los controles analíticos tanto de sangre como de orina durante todo el embarazo ¹².

OBJETIVOS:

- GENERAL.

Diseñar un Plan de cuidados de enfermería para mujeres con preeclampsia durante el embarazo, que aborde los diagnósticos, resultados e intervenciones necesarios para recuperar o mantener su salud, basado en el conocimiento de la evidencia científica actualizada sobre el tema.

- ESPECÍFICOS.

Describir la actuación enfermera en un caso clínico sobre una paciente con preeclampsia.

Mostrar la relevancia del papel de enfermería en las pacientes con enfermedades hipertensivas durante el embarazo.

METODOLOGIA:

Para la elaboración del plan de cuidados estandarizado (PEC) se ha realizado una revisión bibliográfica durante el período comprendido de febrero a mayo del año 2017, en distintas bases de datos, libros y guías sobre las enfermedades hipertensivas durante el embarazo. La búsqueda bibliográfica se ha restringido a artículos científicos en español e inglés, con un límite de 10 años de antigüedad desde su publicación.

La población diana está formada por todas aquellas pacientes con preeclampsia y eclampsia durante el embarazo.

Para la redacción del plan de cuidados se ha utilizado el modelo conceptual enfermero de valoración de las Necesidades básicas de Virginia Henderson. Posteriormente se ha aplicado la taxonomía enfermera NANDA-NIC-NOC ²⁶⁻²⁸ para la estandarización de diagnósticos de enfermería, criterios de resultados, indicadores, intervenciones de enfermería y actividades.

BASES DE DATOS	Encontrados.	Revisados.	Utilizados.
SCIELO	34	16	7 ^{10,18,19,23,24,25,26}
PUDMED	22	12	3 ^{17,21,22}
ELSEVIER	27	19	4 ^{13,27,28,29}
COCHRANE PLUS	11	7	3 ^{16,9,11}
DIALNET	5	5	1 ²¹
MEDLINE PLUS	7	4	1 ¹²

Otros:

- OMS ^{3,4}.
- Google académico ^{5,7,20}:
 - Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina.
 - American Journal of Hypertension.
- Guía de intervenciones de enfermería en las pacientes con preeclampsia/eclampsia ⁶.
- Guía de Práctica Clínica GPC ¹⁵.

DESARROLLO.

- Presentación del caso.

En la unidad de maternidad del Hospital materno infantil – Hospital Universitario Miguel Servet, ingresa una mujer llamada María Gracia Parra de 36 años. María está casada, vive con su marido y está embarazada de 38 semanas de gestación de su primer hijo. Trabaja en el departamento de logística de una empresa.

Acudió a su centro de salud el 12 de Abril de 2016, cuando empezó a notar las manos y los pies extremadamente inflamados, tenía cefaleas, e incluso refiere haber tenido alguna alteración visual.

En el centro de salud se le tomo la tensión y tenía 160/110 mmHg. Se le realizo el despistaje antes de recomendarle ir a urgencias, ya que en su historial médico nunca había habido casos de hipertensión y se podía deber a una causa concreta. María tiene unas tensiones parecidas en el resto de medidas. Ante esta situación derivan a María al hospital materno infantil para que sea ingresada y allí puedan seguir mejor su caso.

María ingresa el 15 de Abril de 2016, en el hospital se le realiza una valoración inicial y se le monitoriza a ella y al feto para que los dos estén bajo vigilancia y se les puedan controlar las constantes de manera continua. Se está pendiente de la detección temprana de posibles complicaciones.

Tras la primera impresión diagnosticada por el ginecólogo de guardia, dada la situación de María, se ha decidido que se va a intentar llevar el embarazo a término controlando constantemente los valores de la tensión arterial y con reposo absoluto en cama. Si en algún momento se descontrolaran o aumentaran las cifras de la tensión arterial de María, se le induciría el parto ya que a las 38 semanas de gestación el feto ya está formado y el pronóstico es bueno en la mayoría de los casos.

Antecedentes familiares:

Padre con diabetes mellitus.

Ningún antecedente de HTA en la familia.

Antecedentes personales:

NINGUNO.

▪ Valoración.

Se realiza una valoración a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, a través de las cuales se establecen los diagnósticos de enfermería asociados y revisados por NANDA y se aplican los consiguientes objetivos e intervenciones.

1. Respiración y circulación.

Respira normalmente, tiene una saturación de O₂ de 99%. Refiere que le cuesta respirar al estar decúbito supino y que se fatiga con facilidad, pero todo se atribuye a su situación actual.

2. Nutrición e hidratación.

Es totalmente independiente a la hora de cocinar y comer. Suele cocinar ella, sigue una dieta equilibrada.

3. Eliminación de productos de desecho del organismo.

Sin problemas conocidos. Refiere ser estreñida, pero nunca ha acudido al médico por dicho motivo. Actualmente con el embarazo sí que ha tenido que tomar laxantes ya que su situación se había agravado. Tiene hemorroides debido al embarazo.

4. Moverse y mantener una postura adecuada.

Tiene dolores de espalda y alguna incomodidad al moverse debido al avanzado estado de su embarazo. Se nota más torpe con los movimientos.

5. Sueño y descanso.

No descansa bien desde hace ya unos meses debido a la incomodidad. Cuando se despierta no se siente descansada y conforme avanza el embarazo su situación va a peor.

6. Vestirse y desvestirse.

Se viste sin problemas y adecuadamente para cada situación.

7. Termorregulación.

Es capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.

8. Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.

Hasta el momento sin problemas conocidos.

9. Seguridad.

Evita los peligros del entorno y evita el dañar a los demás.

10. Comunicación.

Se comunica con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones. Se apoya mucho emocionalmente en su marido y en sus tres hermanas.

11. Creencias y valores personales.

Sin problemas conocidos.

12. Trabajar y sentirse realizado.

Está de baja por embarazo desde la semana 30 debido a su puesto laboral. Su marido también trabaja, es cirujano en un gran hospital.

13. Participar en las actividades recreativas.

No realiza ninguna actividad ya que antes no le quedaba tiempo debido a que invertía muchas horas en su trabajo y ahora a que en su estado no se encuentra ni con ganas ni con fuerzas.

14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

Sin problemas conocidos.

▪ Diagnósticos y planificación.

DIAGNOSTICOS	NOC	NIC	ACTIVIDADES.
<p>(00026) Exceso de volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p cambios en la presión arterial.</p> <p><i>Definición: aumento de la retención de líquidos isotónicos.</i></p>	<p>(0603) Severidad de la sobrecarga de líquidos.</p> <p>Indicadores:</p> <p>-(60302) Edema de manos.</p> <p>-(60304) Edema de tobillo.</p> <p>-(60313) Cefalea.</p>	<p>(2300) Administración de medicamentos.</p>	<p>-Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.</p> <p>-Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.</p>

<p>(00011) Estreñimiento r/c embarazo m/p incapacidad para defecar.</p> <p><i>Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de heces excesivamente duras y secas.</i></p>	<p>(2010) Estado de comodidad: física.</p> <p>Indicadores: -(201001) control de síntomas. -(201003) Relajación muscular.</p>	<p>(202) Fomento de ejercicios: estiramientos.</p>	<p>-Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales. -Proporcionar información sobre las opciones de secuencia, actividades de estiramiento específicas, tiempo y lugar.</p>
<p>(00085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida de la condición física m/p disminución de la amplitud de movimientos.</p> <p><i>Definición: limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</i></p>	<p>(0200) Ambular.</p> <p>Indicadores: -(20003) camina a paso moderado. -(20001) soporta el peso.</p>	<p>(6490) prevención de caídas.</p>	<p>-Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. -controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular.</p>
	<p>(0004) Sueño.</p> <p>Indicadores: -(401) calidad del sueño. -(421) dificultad para</p>	<p>(1850) mejorar el sueño.</p>	<p>-Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. -Enseñar al paciente a</p>

<p>(00095) Insomnio r/c malestar físico m/p energía insuficiente.</p> <p><i>Definición: trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.</i></p>	<p>conciliar el sueño.</p>		<p>realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.</p>
<p>(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conocimiento insuficiente.</p> <p><i>Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.</i></p>	<p>(1837) conocimiento: control de la hipertensión.</p> <p>Indicadores: -(183705) complicaciones potenciales de la hipertensión. - (183708) signos y síntomas de la exacerbación de la hipertensión. - (183716) beneficios del autocontrol continuo.</p>	<p>(5240) asesoramiento.</p> <p>(5602) Enseñanza: proceso de la enfermedad.</p>	<p>-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. -Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.</p> <p>-Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada paso. -Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, según corresponda.</p>
<p>(00059) Disfunción sexual r/c alteración de la función corporal a causa del embarazo m/p alteración en la actividad sexual.</p> <p><i>Definición: estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.</i></p>	<p>(1839) conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el puerperio.</p> <p>Indicadores: -(183907) Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo -(183913) modificación de la posición coital para evitar molestias.</p>	<p>(5248) Asesoramiento sexual.</p>	<p>-Hacer saber al paciente que usted está preparado para responder a cualquier pregunta sobre el funcionamiento sexual. -Proporcionar información concreta acerca de los mitos sexuales y malas informaciones que el paciente pueda manifestar verbalmente.</p>

		(6784) Planificación familiar: anticoncepción.	-Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente sobre las opciones de anticoncepción. -Instruir al paciente sobre la fisiología de la reproducción humana, incluidos los aparatos reproductores femenino y masculino, según corresponda.
(00146) Ansiedad r/c grandes cambios m/p preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales. <i>Definición: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</i>	(1302) Afrontamiento de problemas. Indicadores: -Identifica patrones de superación eficaces. -Verbaliza aceptación de la situación. -Adopta conductas para reducir el estrés.	(5240) Asesoramiento.	-Establecer metas. -Practicar técnicas de reflexión y clarificación para facilitar la expresión de preocupaciones.
	(1300) Aceptación: estado de salud. Indicadores: -Reconoce la realidad de la situación de salud. -Se adapta al cambio en el estado de salud.	(5820) Disminución de la ansiedad.	-Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Proporciona información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
(00148) Temor r/c entorno desconocido m/p sentimiento de temor. <i>Definición: respuesta a la</i>	(1402) Autocontrol del miedo. Indicadores: -(140404) Busca	(5250) Apoyo en la toma de decisiones.	-Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma

<i>percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.</i>	información para reducir el miedo. -(140407) utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.		clara y con todo el apoyo. -Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
---	---	--	--

EJECUCIÓN y EVALUACIÓN.

En la etapa de ejecución se pondrían en práctica las intervenciones planificadas en el tiempo adecuado para lograr los resultados propuestos.

La evaluación dentro del proceso enfermero debe resultar constante para garantizar la prestación de unos cuidados de calidad. Hay que tener en cuenta que la evaluación es un concepto dinámico, por lo que aunque esta etapa aparece en último lugar, en todo momento se iría valorando la necesidad de cambios relacionados con las necesidades específicas y los resultados esperados en cada caso.

En este caso en concreto, la situación de María mejora notablemente no solo gracias a un organizado plan de cuidados sino también a que a la semana de estar ingresada se le provocó el parto ya que había alcanzado la semana 39 de gestación y le seguían subiendo las cifras de la tensión arterial. El parto fue muy bien, el niño nació sano y dentro de los valores normales de talla y peso. Tras dar a luz María, se cumplieron diversos objetivos propuestos entre otros, la mejora de ansiedad, medida a través de la escala de Hamilton (anexo 1), la cual tiene una puntuación de 0 a 56 indicando el nivel de ansiedad. En la valoración inicial María tuvo una puntuación de 24 lo que indica una severidad moderada y en la evaluación tras el parto adquirió una puntuación de 12 siendo su significado un nivel leve de ansiedad. La desaparición del temor fue otro de los objetivos que se cumplió y como consecuencia de estos, la disminución del insomnio. Otros objetivos de los que se habían propuesto, como el exceso de volumen de líquidos y el estreñimiento, no se han cumplido, habrá que seguir evaluándolos a través de los indicadores.

CONCLUSIONES.

Los objetivos propuestos del trabajo se han cumplido satisfactoriamente. Se ha realizado un buen plan de cuidados que nos ha ayudado a realizarle unos cuidados organizados a través de unos objetivos y unas intervenciones, y una mejoría en la salud de la paciente que hemos observado objetivamente a través de la evaluación.

Tras la realización de la valoración a través de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson se logran identificar una serie de diagnósticos referentes a las necesidades afectadas, siendo los diagnósticos clave por su importancia respecto al estado, tanto físico como psicológico, de la paciente: *exceso de volumen de líquidos, estreñimiento, insomnio, ansiedad y temor.*

Con este plan de cuidados resaltamos la importancia del papel de la enfermería en casos de preeclampsia no solo a la hora de la prevención observando y captando a las personas con factores de riesgo, sino también vigilando y evaluando continuamente a las pacientes ya diagnosticadas para evitar las grandes complicaciones de la preeclampsia.

En conclusión, seguir un plan de cuidados estructurado y organizado garantiza una atención integral y permite el seguimiento adecuado de las pacientes y la consecución de los objetivos previstos para recuperar la salud o conseguir la mejor calidad de vida posible.

BIBLIOGRAFIA:

1. La preeclampsia y la presión arterial alta durante el embarazo. ACOG (The American congress of obstetricians and gynecologist). Patient education. The American College of Obstetricians and Gynecologist. 2014.
2. OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. 2011.
3. OMS. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva. Septiembre de 2016.
4. Avena JL, Joerin VN, Doznor LA, Brés SA. Preeclampsia-Eclampsia. Revista de postgrado de la VIa Cátedra de Medicina. Enero-2007; nº165. 20-25.
5. Maeda R, rodriguez E, villaláz A. Guia de intervenciones de enfermería en las pacientes con preeclampsia/eclampsia. 2011; (58).
6. Avena JL, Joerin VN, Doznor LA, Brés SA. Preeclampsia Eclampsia. Revista de postgrado de la Cátedra de Medicina. Enero-2007; nº165. 20-25.
7. Rodriguez-Ferrer R.M, Feijoo-Iglesias M.B, Magdalena-del Rey G, Pérez-Gay M.P, Vivanco-Montes M.L. Revisión sobre mortalidad materna en España. Hospital universitario La Paz, Madrid. 2013.
8. Pacheco J. Preeclampsia/Eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Scielo. Acta Médica Peruana vol23, nº2. Lima mayo-agos. 2009.
9. Burd I, Zieve D, Ogilvie I, Sibai BM. Eclampsia. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. 2016.
10. González A, Alegre E, Monreal I, Mugueta C, Restituto P, Varo N. Estudio bioquímico del embarazo. Principios de bioquímica clínica y patología molecular. España: Elsevier; 2014. Cap 29; p. 295-299.
11. Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de prestaciones médicas. Unidad de atención médica. Coordinación de unidades médicas de alta especialidad. División de excelencia clínica. Guía de Práctica Clínica GPC.

12. Osikoya O, Jaini PA, Nguyen A, Valdes M, Goulopoulou S. Effects of low-dose aspirin on maternal blood pressure and vascular function in an experimental model of gestational hypertension. *Pharmacological reserach* 2017 Apr 12. Pii: S1043-6618(16)31108-2. Doi: 10.1016/j.phrs.2017.04.012
13. Salviz Salhuana M, Cordero Muñoz L, Saona Ugarte P. Pre-eclampsia: Factores de riesgo. Estudio en el hospital Nacional Cayetano Heredia. *Scielo. Revista Médica Herediana* vol 7, nº 1. Lima ene. 2016.
14. Garcia V, Echevarria L.G, Ardilla R, Gutiérrez J. Hallazgos clínicos y de laboratorio que surgieron tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa. *Scielo. Rev.chil.obstet.ginecol.* vol.79. nº 1. 2014.
15. Grotegut CA. Prevention of preeclampsia. *The Journal of clinical investigation.* *Pudmed.* 2016 Dec 1; 126(12): 4396-4398.
16. Crombaq NM, Laimain-de Ruitter M, Kwee A, Schielen PC, Bensing JM, Visser GH, Franx A, Koster MP. Perspectives, preferences and needs regarding early prediction of preeclampsia in dutch pregnant women. *Pudmed. BMC pregnancy and childbirth.* 2017 Jan 7;17 (1):12.
17. Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; 14.
18. Mher S, Duley L. Reposo durante el embarazo para la prevención de la preeclampsia y sus complicaciones en mujeres con presión arterial normal. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 nº4.
19. Nabhan A, Elsedawy M. Control de la hipertensión gestacional no proteinúrica o preexistente leve a moderada. *Cochrane Database of Dystematic Reviews* 2011 Issue 7.
20. Fernández I, Prieto M.B, Álvarez F. Preeclampsia. *Dialnet. Revista del laboratorio clínico.* Vol 9, nº2, págs 81-89.
21. Muñoz-Hernandez R, Medrano Campillo P, Macher HC, Praena-Fernández JM, Vallejo-Vaz AJ, Dominguez Simeon MJ. Total and Fetal Circulating Cell-Free DNA, Angiogenic, and Antiangiogenic Factors in Preeclampsia and HELLP Syndrome. *American journal of Hypertension.* 2017 Feb 25.

22. Farnot U, Rios N.E. Mortalidad materna en las primeras décadas del siglo XX. Scielo. Revista Cubana salud pública vol 39, nº 1. La Habana Jan/Mar. 2013.
23. Delgado J, Reyes E, Amador A, Garcia M, Cubero O, Quesada F, Veranes M. Malonildialdehido y peso al nacer en la preeclampsia. Breve revisión y asociación entre ambos. Scielo. Revista Cubana Ginecol vol 34, nº 3. Ciudad de la Habana sep-dic, 2008.
24. Rosell Juarte E, Brown Bonora R, Hernández A.P. Factores de riesgo de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Scielo. Revista Archivo Médico de Camagüey vol 10, nº 5. Camagüey sep-oct, 2009.
25. Lacunza Paredes R.O, Pacheco-Romero J. Implicancias neurológicas de la preeclampsia, más que solo eclampsia. Scielo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia vol 61, nº 4. Lima oct-dic. 2015.
26. Herdman TH. Diagnosticos enfermeros (NANDA): definiciones clasificación 2012-2014. Barcelona Elsevier; 2012.
27. Butcher HK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
28. Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

ANEXOS.

ANEXO 1.

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1 Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2 El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4 La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	

3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración y la memoria	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	

	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.		

	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	

12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14 Conducta durante la entrevista	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	