



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

**Caso clínico de una gestante hospitalizada por
preeclampsia severa**

**Clinical case of a pregnant woman hospitalized because of
severe preeclampsia**

Autor/es

Inés Lallana Garcia

Director/es

Pablo Jorge Samitier

Facultad de ciencias de la Salud
2016

ÍNDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Definición.....	4
Epidemiología.....	4
Etiología y Factores de riesgo.....	4
Diagnóstico.....	5
Clínica.....	5
Tratamiento.....	5
Papel de enfermería.....	5
	6
Objetivos.....	
Metodología.....	7
Caso del paciente.....	7
Proceso enfermero.....	8
Valoración.....	9
Diagnóstico	9
Planificación	11
Ejecución	12
Evaluación.....	12
	18
Conclusiones.....	
Bibliografía.....	21
Anexos.....	22
	24

RESUMEN:

Introducción: La preeclampsia es un síndrome sistémico del embarazo, de etiología desconocida, que ocurre a partir de la 20 semana de gestación hasta 2-4 semanas postparto. La incidencia de preeclampsia a nivel mundial oscila entre 2-10% de los embarazos. Cada año 10 millones de mujeres desarrollan preeclampsia y unas 76.000 mujeres fallecen a causa de ella.

Objetivos: Efectuar un abordaje del problema que mejore la situación severa de la paciente y comparar los resultados obtenidos con otros planes similares.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica para obtener la información necesaria y actualizada sobre la preeclampsia severa así como de trabajos realizados por enfermería para la comparación de los resultados obtenidos. Se ha elaborado un plan de cuidados siguiendo la metodología enfermera según Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

Conclusiones: Con un adecuado seguimiento y control se puede estabilizar una preeclampsia severa y conseguir alargar el momento del alumbramiento. En la mayoría de los casos las gestantes presentan una serie de diagnósticos comunes, lo cual induce a pensar que sería posible desarrollar un plan de cuidados estandarizado para gestantes con preeclampsia severa.

Palabras clave: Preeclampsia severa, plan de cuidados, enfermería, caso clínico

ABSTRACT:

Introduction: Preeclampsia is a pregnancy systemic syndrome, of unknown etiology, which occurs from week 20 of pregnancy to 2-4 weeks after labour. Incidence of preeclampsia all over the world varies between 2-10% of gestations. Each year 10 million women have preeclampsia and about 76.000 women die because of it.

Objective: make an approach of the problem that improve the severe situation of the patient and compare the results obtained with other similar plans.

Methodology: It's been carried out a bibliographic review to obtain necessary and actualized information about severe preeclampsia and also projects made by a nursing team to compare obtained results. It's been made a professional care following the methodology of Virginia Henderson and NANDA-NIC-NOC taxonomy.

Conclusions: With an adjusted following and control severe preeclampsia can be stabilized y it can be achieved to extend the moment of birth. Most of the cases expectant women present some common diagnoses; this induces to think it could be possible to develop an standardized professional care to severe preeclampsia patients.

Key words: Severe Preeclampsia, professional care, nursing, clinical case

INTRODUCCIÓN

Durante el embarazo, la definición de HTA se modifica.

HTA crónica es la TA elevada >140/90 mmHg previa al embarazo, que se objetiva antes de la 20 semana de gestación o que persiste tras 12 semanas de parto.

Hipertensión gestacional se define como HTA (> 140/90 mmHg) tras la 20 semana gestacional sin proteinuria ni otros signos o síntomas que acompañan a la preeclampsia. Las cifras tensionales retornarán a valores normales en las primeras 12 semanas postparto. Una cuarta parte desarrollarán proteinuria, progresando a preeclampsia. ^(1,2)

La preeclampsia es un síndrome sistémico del embarazo, de etiología desconocida, que ocurre a partir de la 20 semana de gestación hasta 2-4 semanas postparto. ⁽¹⁾

Se caracteriza por un comienzo de proteinuria (>1+ en sedimento o >300mg en muestra de 24 horas) e HTA (TAS>140 mmHg o TAD >90mmHG), se asocia con una morbilidad y mortalidad significativa tanto en madres como en fetos. ⁽³⁾

El deterioro de la preeclampsia se denomina síndrome HELLP (Hemolysis, elevated liver enzymes, low platelet count). ⁽³⁾

Epidemiología

- La incidencia de preeclampsia a nivel mundial oscila entre 2-10% de los embarazos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que es 7 veces mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados. ⁽⁴⁾
- En América Latina la preeclampsia es la causa número 1 de muerte materna.
- Cada año 10 millones de mujeres desarrollan preeclampsia. Unas 76.000 mujeres y unos 500.000 bebés fallecen a causa de la preeclampsia. ⁽⁵⁾
- La incidencia de eclampsia en los países desarrollados es similar (5 a 7 casos / 10.000 partos), mientras que en países en desarrollo, entre 1 caso por cada 100 embarazos / 1.700 embarazos. ⁽⁴⁾

Etiología y Factores de riesgo:

La etiología y patogenia de la preeclampsia son desconocidas. Está empezando a ganar peso la teoría que atribuye un origen inmunológico al deterioro de la formación placentaria. ⁽²⁾

(Anexo 1)

La preeclampsia se origina en la placenta, que comienza con una invasión citotrofoblástica y finaliza con una extendida disfunción del endotelio materno. Con producción de factores placentarios anitangiogénicos que pasan a circulación materna y provocan su clínica. ⁽²⁾

Se ha estudiado la influencia de una serie de factores de riesgo en la aparición de la patología. ⁽⁶⁾ (ANEXO 2)

Diagnóstico:

- El diagnóstico requiere de dos medidas separadas de la TAS 140mmHg y una TAD 90mmHg en el mismo brazo.
- Se confirma la preeclampsia cuando se detectan 300mg de proteínas en orina de 24 horas. ⁽⁷⁾

Clínica:

- Proteinuria > 300mg/24h
- Insuficiencia Renal
- Enfermedad hepática
- Problemas neurológicos
- Alteraciones hematológicas
- Menor crecimiento fetal

El deterioro de la preeclampsia (síndrome HELLP) se caracteriza por:

- TA > 160/110 mmHg
- Proteinuria > 2g/24h
- Creatinina sérica > 1,2mg/dl
- Plaquetas < 100.000/mm³. ⁽⁸⁾
- Cefalea persistente
- Alteraciones visuales
- Dolor epigástrico
- Náuseas y Vómitos
- Oliguria
- Sensación disneica. ⁽¹⁾

Tratamiento

El tratamiento médico se centra en el control de la TA, prevención de las convulsiones, profilaxis en caso de parto prematuro y control de líquidos con fluidoterapia y diuréticos en caso necesario. ^(7,9,10)
(ANEXO 3)

Papel de enfermería

La enfermería juega un papel vital, ya que es una patología susceptible de empeorar y requerir cuidados continuos y generalizados. Además de que requiere de actividades encaminadas a la educación para la salud y un control frecuente de las constantes vitales. La matrona como encargada del seguimiento del embarazo es, en la mayoría de los casos, la primera en detectar los signos. ⁽¹¹⁾

Preeclamsia leve: Las pacientes diagnosticadas de no requieren normalmente ingreso hospitalario. En este caso, en el momento del alta se le informará de:

- Pautas de tratamiento.
- Control de la toma de TA dos veces al día.
- Mantener un ambiente relajado y tranquilo.
- Dieta normocalórica, normoprotéica y normosódica
- Explicar los valores tensionales en lo que debe acudir a urgencias.

Preeclamsia grave

- Valorar los niveles de tensión arterial
- Canalizar vía periférica y cursar analítica de sangre y orina
- Control del bienestar fetal
- Disminución del nivel de ansiedad
- Medidas farmacológicas, tratamiento hipertensivo: TA <160/110 mmHg.
- Prevención de las convulsiones: Administración MgSO₄. Las convulsiones eclámpicas pueden producirse antes, durante o después del parto.
- Valorar el agravamiento del cuadro hipertensivo. Valoración continua de la aparición de nuevos signos y síntomas.⁽¹²⁾

OBJETIVOS:

Generales:

- Identificar y denominar los diagnósticos más habituales en esta paciente, usando la taxonomía NANDA-NIC-NOC.
- Efectuar un abordaje del problema que mejore la situación severa de la paciente
- Comparar los resultados obtenidos con otros planes similares

Específicos:

- Identificar las necesidades reales y potenciales de la paciente
- Establecer un plan de cuidados individualizado.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas.
- Explicar a la paciente y familia las medidas higiénico-dietéticas

METODOLOGÍA:

La siguiente tabla muestra las bases de datos consultadas para la realización del trabajo y también páginas web y libro, así como las palabras clave empleadas y la cantidad de artículos seleccionados tras la búsqueda.

La búsqueda de artículos se ha enfocado en dos objetivos principales:

- Revisión bibliográfica sobre la preeclampsia con el fin de plasmar un conocimiento básico sobre la patología a tratar
- Búsqueda de planes de cuidados a pacientes con preeclampsia severa con el objetivo de contrastar la información obtenida en el trabajo.

La segunda tabla hace referencia a la bibliografía y metodología empleadas para el desarrollo del PAE.

BASE DE DATOS	NÚMERO DE ARTÍCULOS	PALABRAS CLAVE
Cuiden	7	Cuidados preeclampsia: 5 Preeclampsia matrona: 1 Preeclampsia AND proceso AND enfermería: 1
Pubmed	2	Preeclampsia cares: 1 Managment AND preeclampsia: 1 (Acotando fecha y texto completo)
Scielo	2	Amenaza parto prematuro: 1 Epidemiología preeclampsia: 1 (Acotado por fecha)
Science Direct	2	Preeclampsia prenatal care: 1 Preeclampsia Hellp syndrom: 1
Otros	3	Libro de cuidados intensivos WEB

VALORACIÓN	<u>Necesidades de Virginia Henderson</u>
DIAGNÓSTICO	<u>NANDA</u>
PLANIFICACIÓN	<u>NIC y NOC</u>
EJECUCIÓN	Actividades de acuerdo a lo planificado
EVALUACIÓN	Revisión objetivos

DESARROLLO:

Caso del paciente

Mujer, de 29 años primigesta de 26⁺⁴, que acude a planta de alto riesgo con cifras tensionales elevadas, edemas generalizados en miembros inferiores y superiores y zona facial, cefaleas, sensación nauseabunda y cansancio al esfuerzo moderado. Sin antecedentes personales previos. A su llegada presentaba: Signos vitales:

- Presión arterial: 160/95 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 86 (l/min).
- Frecuencia respiratoria: 20 (r/min).
- Temperatura: 36,4° C.
- Peso: 73 kg.

Valoración física/exploración:

Gestante, en decúbito lateral izquierdo, consciente y orientada temporoespacial con signos de ansiedad.

Respiratorio: tórax simétrico, expansible. No ruidos respiratorios.

Abdomen: feto en posición cefálica. Monitorización cardio-fetal (NST) con frecuencia cardíaca de 131 l/min.

Extremidades: edemas generalizados con signos de fóvea.

Genitales: meato urinario permeable. Examen ginecológico y ecográfico: sin cambios en el cuello uterino, sin sangrado. Bolsa íntegra.

La paciente queda ingresada en la planta con diagnóstico de preeclampsia grave para control materno-fetal, controlar las cifras de presión arterial, prevenir el riesgo de eclampsia y alteraciones neurológicas.

Proceso enfermero

Valoración

OXIGENACIÓN

Frecuencia Respiratoria: Normal (12-20 rpm). Utiliza el tórax para ventilarse

Presenta **disnea**, no se auscultan ruidos respiratorios
Existe riesgo de edema agudo de pulmón

No fumadora

TA antes de preeclampsia: 110/60mmHg

Actualmente: HTA+ Edema generalizado

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Talla: 1,62 m

Peso previo al embarazo: 64 kg

IMC previo al embarazo: 24,42

Perímetro abdominal previo al embarazo: 72 cm

Peso actual: 73kg

IMC actual: 27,86

Perímetro abdominal actual: Variable dependiendo de la eliminación de líquidos

Hábitos alimentarios: Dieta equilibrada excepto por:

- Una pieza de fruta máximo al día
- Consumo excesivo de refrescos
- Abundante sal en las comidas
- Abuso de bollería industrial

Alimentación actual:

Dieta normal sin sal /dieta absoluta

La ingesta de líquidos está limitada POM a máximo un vaso de 200cc diario. La reposición de líquidos se realiza IV

Actualmente refiere náuseas, vómitos y falta de apetito

ELIMINACIÓN

Patrón de eliminación miccional previo: Sin incidencias

Patrón de eliminación miccional actual: Retención de líquidos, control exhaustivo de diuresis, portadora de sonda vesical

Patrón de eliminación fecal previo: Normal una deposición diaria

Patrón de eliminación fecal actual: Refiere dificultad para ir al baño

MOVERSE Y MANTENER POSTURAS ADECUADAS

Actividad física previa: Caminaba 1h diaria, vida bastante activa

Desde hace semanas se ha reducido por ausencia de energía

Actividad física actual: Cama-sillón

Nivel funcional para la actividad: Actualmente incapaz de actividad física

<p>DESCANSO/SUEÑO</p>	<p>Hábitos de sueño previos: Descanso efectivo Hábitos de sueño actualmente: Descansa mal, le cuesta conciliar el sueño y se despierta mínimo dos veces cada noche Cambios en el patrón del sueño Sensación subjetiva de descanso al levantarse: Refiere no sentirse descansada al levantarse</p>
<p>USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS</p>	<p>Previamente: Sin incidencias Actualmente: Presenta aspecto deteriorado y ligera carencia de limpieza. Dificultad para el vestido y arreglo</p>
<p>TERMORREGULACIÓN</p>	<p>No alterada</p>
<p>HIGIENE E INTEGRIDAD DE LA PIEL</p>	<p>Higiene general y estado de la piel previos: Ducha diaria, piel hidratada y sin alteraciones Higiene general actual: Deteriorada ,precisa de ayuda para el aseo, en la cama con ayuda Estado actual de la piel: Edema generalizado por retención de líquidos con fóvea y palidez Circunstancias que influyen en el estado de su piel y en su higiene: Patología actual → Preeclampsia</p>
<p>EVITAR PELIGROS</p>	<p>Medidas de salud que lleva a cabo: Control periódico del embarazo Refiere ansiedad e incertidumbre por su actual estado Existencia de cambios importantes recientes en su vida: diagnóstico de preeclampsia y hospitalización Presenta cefaleas con mucha frecuencia</p>
<p>COMUNICARSE</p>	<p>Expresa deseo de conocer más sobre su problema y los cuidados que requiere Núcleo del hogar: comparte el hogar con su marido, cuidador principal Embarazo</p>
<p>VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES</p>	<p>Describe su estado de salud como un deterioro repentino que la preocupa ya que no sabe cómo acabará Su situación actual ha alterado su vida porque ella tenía mucha ilusión puesta en su primer hijo y actualmente no sabe muy bien que sentir al respecto Temor expreso</p>

OCUPARSE Y REALIZARSE

Repercusión de su actual situación de salud en las diferentes áreas de su vida y de su núcleo familiar
Participación en decisiones que le afectan como una posible cesárea de urgencia

PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Previamente: Paseaba, quedaba con sus amigos, visitaba a su familia, pintaba etc.
Actualmente: No las realiza

APRENDIZAJE

Refiere desconocer muchos aspectos sobre su estado de salud
Tiene interés por aprender y resolver problemas lo manifiesta con preguntas y participación activa
Desea más información sobre cómo va avanzando cada día su estado y su bebé

Diagnóstico

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	
Diagnósticos Reales	Déficit de actividades recreativas r/c ingreso hospitalario m/p aburrimiento
	Deterioro de la ambulación r/c debilidad generalizada m/p imposibilidad de caminar sin ayuda
	Ansiedad r/c estado actual de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en los acontecimientos vitales
	Déficit de Autocuidado: Baño r/c debilidad y cansancio m/p imposibilidad de caminar sin ayuda
	Disconfort r/c ansiedad m/p deterioro del patrón de sueño
	Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de los líquidos m/p edema generalizado
	Náuseas r/c preeclampsia grave m/p sensación nauseosa
Diagnósticos de Riesgo	Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c exceso de líquidos
	Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal r/c embarazo de alto riesgo
	Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente
Diagnósticos de Autonomía	Alimentación, autónoma
	Eliminación, suplencia parcial
	Movilización y mantenimiento de una buena postura, suplencia parcial
	Vestido y arreglo personal, autónoma
	Mantenimiento de la temperatura corporal, autónoma
	Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras, suplencia parcial

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Náuseas:

Control de náuseas y vómitos

Disminución de la ansiedad
Manejo de la medicación

- Administración de antieméticos POM
- Control de la dieta
- Reducción de la ingesta de agua

Planificación y Ejecución

NOC	NIC	ACTIVIDADES
(00097) Déficit de actividades recreativas:		
(1209) Motivación	(4480) Facilitar la autorresponsabilidad (4410) Establecimiento de objetivos comunes (4920) Escucha activa (5320) Humor	<ul style="list-style-type: none">- Hablar con ella- Fomentar la lectura- Establecer con la familia condiciones de visita- Enseñar ejercicios y estiramientos para el largo periodo en reposo
(00088) Deterioro de la ambulación:		
(208) Movilidad	(840) Cambio de posición (5612) Enseñanza: Actividad/ejercicio prescrito (6486) Manejo ambiental: seguridad (180) Manejo de la energía (6490) Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none">- Minimizar los obstáculos presentes en la habitación- Proporcionar ayuda cuando precise ir al baño- Sentarla en el sillón fomentando que cada día incremente su aguante- Enseñar a la pareja para que pueda ayudarla
(00146) Ansiedad:		
(1302) Afrontamiento de problemas	(6760) Preparación al parto (6040) Terapia de relajación simple (5820) Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none">- Resolver todas las dudas sobre su estado- Preparar mentalmente a la paciente por si hubiera que finalizar la gestación
(1402) Autocontrol de la ansiedad	(1850) Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none">- Educación en las

	(5900) Distracción (5540) Potenciación de la disposición de aprendizaje (4920) Escucha activa	respiraciones del parto - Explicar por qué se encuentra en dieta absoluta - Sugerir que ingiera escasas cantidades de agua de forma oral y explicar por qué
(00108) Déficit de Autocuidado: Baño :		
(305) Autocuidados: higiene	(1610) Baño (5606) Enseñanza: Individual (6486) Manejo ambiental: seguridad	- Enseñarle a asearse en la cama - Fomentar su colaboración y la de su marido
(301) Autocuidados: baño	(180) Manejo de la energía (6490) Prevención de caídas	- Proporcionarle los medios para que pueda realizarlo por sí misma - Ayudar en sus movilizaciones
(00161) Disposición para mejorar los conocimientos deficientes:		
(1805) Conocimiento: conducta sanitaria	(5520) Facilitar el aprendizaje	- Hacer consciente a la paciente de lo importante que es conocer su patología
(1806) Conocimiento: recursos sanitarios	(5540) Potenciación de la disposición de aprendizaje (5510) Educación sanitaria (5606) Enseñanza: Individual	- Enseñarle a reconocer las señales de alerta en su estado con el objetivo de que nos haga partícipes - Establecer una relación de confianza que potencie su disposición a conocer
(00214) Disconfort:		
	(5230) Aumentar el	

(2008) Estado de comodidad	afrentamiento (4920) Escucha activa (5820) Disminución de la ansiedad (6482) Manejo ambiental: Confort	- Procurar una habitación individual para fomentar la tranquilidad - Sugerir visitas breves y con escasa cantidad de gente
(3007) Satisfacción del paciente/usuario: entorno físico	(6486) Manejo ambiental: Seguridad (4120) Manejo de líquidos (1450) Manejo de náuseas (5270) Apoyo emocional (7110) Fomentar la implicación familiar (4130) Monitorización de líquidos (6680) Monitorización de los signos vitales	- Ofrecer ayuda y favorecer que exprese sus preocupaciones - Hablar con la familia y exponer lo delicado de la situación - Favorecer un balance hídrico negativo - Administración de fármacos antihipertensivos - Medir la temperatura - Controlar las cefaleas - Gestión del apetito - Cuidados de la sonda vesical - Control de la HTA estableciendo ciclos mínimo una vez por turno

(00046) Deterioro de la integridad cutánea:

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	(3500) Manejo de las presiones (4130) Monitorización de líquidos (6610) Identificación de riesgos (4120) Manejo de líquidos (2380) Manejo de la medicación	- Control de los edemas - Revisión de las vías - Cuidado de la flebitis con agua de Burow - Cuidado de la piel con aceite hidratante para evitar UPP - Cambios posturales - Control de la eliminación de líquidos - Administración de diuréticos POM - Medicación, mínimo aporte de líquidos
--	--	---

(00208) Disposición para mejorar el proceso de maternidad:

		- Hablar los riesgos de
--	--	-------------------------

(1607) Conducta sanitaria prenatal	(5246) Asesoramiento nutricional	- su situación actual - Control del perímetro abdominal
(1810) Conocimiento: gestación	(6610) Identificación de riesgos	- Control cíclico de la TA
	(2380) Manejo de la medicación	- Balance de líquidos - Control de la dieta y peso
(2509) Estado materno: parto	(1260) Manejo del peso	- Sondaje vesical
	(6960) Cuidados prenatales	- PC de fluidoterapia
	(6800) Cuidados del embarazo de alto riesgo	- Control de la glucemia
	(6760) Preparación al parto	- Análisis sanguíneos periódicos
	(6982) Ultrasonografía obstétrica	- Observación de los edemas
	(6656) Vigilancia: Al final del embarazo	- Administración de vitaminas y hierro - Administración de BPC de MgSO ₄

(00195) Riesgo de desequilibrio electrolítico:

(601) Equilibrio hídrico	(2395) Control de la medicación	- Administración de diuréticos si balance positivo POM
(1005) Estado nutricional: determinaciones bioquímicas	(2080) Manejo de líquidos/electrolitos	- Control de peso
	(2380) Manejo de la medicación	- Medida diaria de perímetro abdominal
(603) Severidad de la sobrecarga de líquidos	(1450) Manejo de las náuseas	- Control de edemas
	(4130) Monitorización de los líquidos	- Valores de electrolitos sanguíneos y en orina
(2301) Respuesta a la medicación	(4140) Reposición de líquidos	- Administración de la fluidoterapia adecuada a sus necesidades hidroelectrolíticas
	(6650) Vigilancia	

(00209) Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal :

(1607) Conducta sanitaria prenatal

(1837) Conocimiento: Control de la hipertensión

(1810) Conocimiento: gestación

(1808) Conocimiento: medicación

(2301) Respuesta a la medicación

(802) Signos vitales

(6800) Cuidados del embarazo de alto riesgo
(6960) Cuidados prenatales
(6771) Monitorización fetal electrónica: antes del parto
(6680) Monitorización de los signos vitales
(2690) Precauciones contra las convulsiones
(6656) Vigilancia: Al final del embarazo

- Test basales cada mañana para garantizar el buen estado del feto
- Aumento de la frecuencia de las ecografías
- Ingreso en planta
- Administración de BPC de MgSo₄ para evitar las convulsiones
- Control de proteinuria (recogida de orina de 24h)
- Prevención del aumento de bilirrubina y creatinina
- Pronta detección de los pródromos de eclampsia
- Prevención de edema agudo de pulmón mediante el reconocimiento de síntomas y favoreciendo la eliminación de líquidos

Eliminación, suplencia parcial

(310) Autocuidados: Uso del inodoro

(460) Manejo de la diarrea
(450) Manejo del estreñimiento/impactación
(1806) Ayuda con los autocuidados: Transferencia

- Control de la frecuencia y consistencia de las deposiciones
- Intervención si riesgo de estreñimiento
- Ayuda en el desplazamiento al baño

(00015) Riesgo de estreñimiento:

(1802) Conocimiento: dieta		- Administración de laxantes o microenemas si fuera necesario
(1808) Conocimiento: medicación	(1804) Ayuda con los autocuidados: aseo	- Aumento de la fibra si no se encuentra en DA
(204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	(2000) Manejo de electrolitos (450) Manejo de estreñimiento/ impactación	- Favorecer la ambulación cama-sillón
(1902) Control del riesgo	(4130) Monitorización de líquidos (1160) Monitorización nutricional (6650) Vigilancia	- Llevar un control de las deposiciones que realiza la paciente
(600) Equilibrio electrolítico y ácido-base		- Favorecer equilibrio hidroelectrolítico
(2509) Estado materno: parto		
(208) Movilidad		
(1212) Nivel de estrés		

Movilización y mantenimiento de una buena postura, suplencia parcial

(203) Posición corporal: Autoiniciada	(1806) Ayuda con los autocuidados: Transferencia (5620) Enseñanza: habilidad psicomotora	- Ayuda en los cambios de posición - Ayuda en la deambulacion cama-sillón - Terapia de ejercicios para pacientes encamados
--	---	--

Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras, suplencia parcial

(301) Autocuidados: Baño	(1804) Ayuda con los autocuidados: aseo	- Ayudar en desplazamiento al baño
(305) Autocuidados: Higiene	(1801) Ayudada con los autocuidados: Baño/Higiene	- Ayudar en la ducha a aguantar de pie - Arreglo del cabello
(308) Autocuidados: Higiene bucal		- Aseo en cama s/p

Evaluación

La evaluación y observación se han realizado de forma diaria y a pesar de que algunos objetivos son enunciados para un plazo superior a dos semanas (tiempo que estuve en la planta), otros suponen una mejora diaria:

Déficit de actividades recreativas

A pesar de la estancia prolongada en el hospital, durante estas dos semanas la paciente refiere una mejora en su situación debido a que ha aprendido a gestionar sus temores y ha encontrado pequeños entretenimientos.

La mejoría de la paciente ha sido observada diariamente.

De todas formas, debemos seguir trabajando diariamente en este aspecto y fomentando las actividades propuestas para que la situación continúe mejorando.

Deterioro de la ambulación

Los primeros días ya se consiguió un aumento de su independencia en el momento de los cambios posicionales.

Más adelante aumentó su tolerancia a la bipedestación y a mantenerse sentada en el sillón, pero actualmente sigue refiriendo fatiga.

A pesar de los avances la paciente sigue siendo dependiente en sus desplazamientos.

Debido a su evolución favorable al final de la segunda semana se propone un objetivo más ambicioso, conseguir la deambulación completamente independiente, que hasta el momento no se veía factible con su condición.

Ansiedad

Al inicio se le explicó su situación y cuáles eran las precauciones que debía tener.

A diario se muestra receptiva con el personal de enfermería y pregunta todas las dudas que se le plantean.

Refiere disminución de la ansiedad aunque sigue sintiéndola en ocasiones debido a la preocupación por su estado de salud y el de su hijo.

Se plantearán nuevas actividades y mantenimiento de las actuales para mejorar esta situación:

- Enseñar técnicas de relajación
- Proponer la realización de manualidades
- Fomentar la interacción social
- Favorecer charlas con el psicólogo del hospital
- Sugerir la reproducción de música

Déficit de Autocuidado: Baño

Los primeros días se aseaba en la cama y se sentaba en la silla para el cambio de sábanas.

Conforme ha avanzado consigue mantenerse en pie en la ducha siempre con la presencia de un familiar que esté disponible en caso de pérdida de fuerzas.

Las próximas actividades irán enfocadas a la recuperación completa de su independencia para el baño:

- Proporcionar un taburete para la ducha
- Favorecer la infraestructura de la habitación para alcanzar el baño sin dificultades
- Comenzar de forma paulatina para que la paciente pierda el miedo a la independencia y siempre mostrando tu entera disponibilidad.

Disposición para mejorar los conocimientos deficientes

La paciente se muestra muy colaboradora en este aspecto, existe confianza con el equipo multidisciplinar.

En la medida de lo posible va mejorando los conocimientos que debe poseer debido a su situación.

Desde el primer día pregunta todas las dudas que tiene y se muestra satisfecha en la resolución de las mismas.

Debido a que pueden ir surgiendo nuevas situaciones que desconozca el diagnóstico se mantendrá durante toda la hospitalización.

Disconfort

Se ha conseguido una habitación individual, la paciente lo ha agradecido en varias ocasiones.

Las visitas excepto su pareja acuden en un horario pactado con la paciente (12:00-13:00 y 18:00-20:00) para facilitar su descanso.

La familia está poniendo de su parte para no molestar y son concedores de la situación.

La paciente sigue refiriendo en ocasiones náuseas y cefaleas, problemas que son comunicados inmediatamente al médico para disminuir su disconfort lo más rápido posible.

Se procura medir la TA únicamente durante media hora una vez por turno (en varios ciclos) aunque en ocasiones no es posible debido a que los valores de TA son alarmantes.

El balance hídrico está bastante controlado y salvo excepciones la mayoría de los días se obtiene un balance negativo.

Deterioro de la integridad cutánea

Sigue siendo propensa a flebitis pero su tratamiento con Agua de Burow, desde la primera detección de flebitis, está siendo bastante efectivo.

Los primeros días los edemas no evolucionaban, ni de manera positiva ni de manera negativa. Tras la primera semana han comenzado a disminuir, a pesar de que siguen presentes por lo que se sigue observando la evolución. Tras la segunda semana de observación hay una notable disminución por lo que se mantienen las medidas establecidas y la observación continua.

Se ha conseguido una disminución en el aporte de líquidos desde el primer día de puesta en marcha del PAE.

Los cambios posturales, muy practicados al inicio, están dejando de ser necesarios puesto que la paciente, desde la primera semana, ha mejorado su cantidad de movilizaciones.

Disposición para mejorar el proceso de maternidad

Tras la primera conversación con ella conoce su situación y los riesgos que conlleva.

A raíz de la reducción de los edemas, el perímetro abdominal es menor (siguiendo el crecimiento esperado por la gestación)

Tras los primeros 5 días ha comenzado una dieta blanda que está tolerando adecuadamente a pesar de que refiere poco apetito, se procura la elección de alimentos que sean de su agrado para facilitar su alimentación.

Desde que inició la dieta oral retoma los suplementos de ácido fólico y hierro

Debido a su estabilización a la semana y media se para temporalmente la BPC de MgSO₄ POM.

Siempre vigilando las condiciones de la paciente por si fuera necesario reiniciarla.

Diagnósticos de riesgo

Riesgo de desequilibrio electrolítico: Se mantiene este diagnóstico pero a pesar de su inestabilidad no se ha descompensado el equilibrio electrolítico en ningún momento. Se seguirán tomando las mismas precauciones y llevando a cabo las actividades con el fin de evitar el problema

Riesgo de la alteración de la diada materno/fetal: La paciente continúa en observación pero con menor repercusión de su sintomatología. Se ha parado la BPC de MgSO₄ por disminución del riesgo a pesar de la mejoría no se considera la retirada del diagnóstico. Se continuará con las actividades establecidas.

Riesgo de estreñimiento: Se ha convertido en un diagnóstico real desde los primeros días refiere dificultad para ir al baño y dado que en la situación de la paciente no puede ser tratado de forma aislada, pasará a ser un problema de colaboración. Los médicos prescriben 'duphalac' y observación. Se comunica a la paciente que debe comunicarnos cuando efectúe la primera deposición.

Dado que la paciente deambula y ha iniciado la dieta oral se añadirá fibra a su alimentación y se fomentará el movimiento.

Diagnósticos de autonomía

Eliminación: Necesita de una intervención más eficaz ya que presenta estreñimiento. Tratada en 'Riesgo de estreñimiento'

Movilización y mantenimiento de postura adecuada: Evolución tratada en el diagnóstico 'Deterioro de la ambulación'

Higiene y cuidados de la piel, mucosas y faneras: Evolución tratada en el diagnóstico 'Déficit de Autocuidado: Baño'

CONCLUSIONES

El PAE desarrollado anteriormente permite observar que; con un adecuado seguimiento y control se puede estabilizar una preeclampsia severa y conseguir alargar el momento del alumbramiento hasta fechas más adecuadas para el feto.

Tras una revisión de varios artículos similares sobre la misma patología se observa que en la mayoría de los casos las gestantes presentan una serie de diagnósticos comunes, lo cual induce a pensar que sería posible desarrollar un plan de cuidados estandarizado para gestantes con preeclampsia severa. (ANEXO 4)

El proceso de enfermería supone una ventaja en el momento de identificar los problemas que presenta la paciente.

Favorece una atención individualizada que incrementa los resultados positivos.

En definitiva, se precisa de más evidencia para establecer que un PAE siempre evolucionará de forma positiva ante un caso de preeclampsia severa, pero se observa un amplio margen de mejora en una paciente en estas condiciones con un plan de cuidados adecuado a la patología y un control exhaustivo de su evolución y de la evolución fetal.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Guerrero JE, Peláez J. Libro de cuidados intensivos. 1º ed. Madrid: Fundación Hospital de Madrid ;2007
2. Dekker GA. Management of preeclampsia. Pregnancy Hypertens An Int J Women's Cardiovasc Heal. International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy.2014;Vol 4(3):246-7
3. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing?. Am J Obstet Gynecol.1990;Vol 162(2):311-6.
4. Vargas VM, Acosta G, Moreno MA. La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Rev chil obstet. ginecol.2012;Vol 77(6): 471-5
5. Fundación Preeclampsia [Internet].Melbourne: Fundación Preeclampsia[citado el 23 marzo 2016] Disponible en: <http://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/149-advocacy-awareness/332-preeclampsia-and-maternal-mortality-a-global-burden>
6. Gracielle C, Oliveira S, Kelve A, Damasceno DC, Pereira MQ. Risk factors for the specific hypertensive pregnancy syndrome among hospitalized women with pre-eclampsia. Cogitare Enferm. 2010;Vol 15(2):250-5
7. Leone M, Einav S. Severe preeclampsia: what's new in intensive care. Intensive Care Med. 2015 ;Vol 41:1343-6.
8. Liu C, Chang S, Cheng P. Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: Implications for continuity and discontinuity of prenatal care. Taiwan J Obstet Gynecol. 2012;Vol 51(4):576-5.
9. Vademecum [Internet]. Madrid: VV; 2010 [citado el 23 marzo 2016]. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>
- 10.Ochoa A, Pérez DJ. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de

membranas. Corioamnionitis. An Sis San Navarra.2009;Vol 32: 105-9

11. Manrique J, Fustero AC, Pérez P. La matrona , fundamental en el diagnóstico precoz de preeclampsia y síndrome de HELLP. Matronas Prof. 2012;Vol 13(2):55-8.
12. Navarro FJ, Barroso A, Peralta AM. Estados hipertensivos del embarazo : actuación de la matrona en urgencias. Cib Rev. 2014; Vol 40[serie en Internet][citado el 23 de marzo 2016] 40 [aprox 9 p.] <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2014/pagina5.html>
13. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E Vínculos de NOC y NIC a Nanda-I y diagnósticos médicos. 3º ed. Barcelona: Elsevier;2012
14. **Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2015-2017.3º ed. Barcelona: Elsevier;2015**
15. Bulechek GM, Butcher HK, Docteman JM , Wagner CM. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5º ed. Barcelona: Elsevier;2013**
16. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería(NOC).4º ed.Barcelona:Elsevier;2013
17. Sosa MR, del Socorro EB, Carrillo MB. PLACE: El cuidado Profesional Independiente de la Paciente con Preeclampsia. Desar Científ Enferm.2010;Vol 18(7): 298-3
18. Freire MI, Brasileiro P, Marisa I, Gomes A, Soares E, Leticia I. Nursing assistance systematization for the patient with preeclampsia. Rev Rene For.2010;Vol 11(4): 66-9

19. Carmona AJ, Esca V, García FJ. Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta. *Enf Int.* 2015; Vol 26 (1):32-5

20. Jimenez NH, Cedillo RF. Proceso de Enfermería a Paciente con Preeclampsia Severa. *Desarro Científico Enferm.* 2007; Vol 15(9):410-4

ANEXOS:

ANEXO 1:

Según esta teoría la preeclampsia comienza con la intolerancia preconcepcional de la madre al semen del padre. Una falta de tolerancia además de un corto intervalo de tiempo entre el primer coito y el coito en el que se produce la concepción aumentan las probabilidades de padecerla (Fase 1). A pesar de que existe poca evidencia debería afectar a la salud y crecimiento del embrión desde la implantación. (Fase 2)

La formación de la placenta comienza tras la semana 8 cuando la circulación uteroplacentaria, que había estado cerrada por el trofoblasto, comienza a abrir los tapones de las arterias espirales.

La formación deficiente de la placenta puede aparecer por apertura prematura y perfusión del espacio intervelloso por sangre arterial oxigenada antes de que la placenta esté preparada para sobrellevar ese estrés. La formación placentaria se extiende hasta la semana 10, cuando es deficiente constituye la fase 3 de preeclampsia.

La fases 4 a 6 ocurren en la segunda mitad del embarazo.

La fase 4 se asocia con exceso o defecto de factores placentarios derivados de la sangre de la madre, secundarios a daño placentario, antes de la aparición de signos clínicos.

El diagnóstico de la preeclampsia se puede realizar una vez que la fase 5 ha comenzado.

La fase 6 afecta a menos de la mitad de las mujeres con preeclampsia. Consiste en una superposición de dos lesiones (aterosis aguda) en la arteria espiral, con características similares a la ateroesclerosis.

Su gravedad reside en que, a la larga, reduce la perfusión uteroplacentaria y predispone a la trombosis de la arteria espiral, lo que constituye la base de los infartos placentarios.²

ANEXO 2:

- La primera gestación está asociada a un mayor estrés
- La edad materna:
 - Una gestación en edad avanzada es considerada de riesgo para preeclampsia
 - Una gestación entre 15-21 años también
- Condiciones socioeconómicas desfavorables como baja escolaridad o baja renta familiar, están asociadas con estrés y por tanto, con riesgo gestacional
- Antecedente familiar de HTA: Ocurre con mayor frecuencia en mujeres que están genéticamente predispuestas
- Antecedente personal de nefropatía o diabetes
- Consumo de alimentos como carbohidratos, arroz y pasta, fritos y sal
- Carencia de proteínas, calcio y B6
- Obesidad ⁶

ANEXO 3:

- Prevenir la HTA y proporcionar soporte al fallo orgánico son las prioridades del tratamiento.
- La terapia más urgente es o bien labetalol IV y nifedipino oral o nicardipino IV. Son recomendables dosis altas de diazóxido y nitroprusiato de sodio para la HTA refractaria en la UCI.⁷
- El MgSO₄ bloquea la transmisión neuromuscular por lo que desciende la acetilcolina y previene las convulsiones. La dosis recomendada es un bolo de 4g IV seguido de una perfusión de mantenimiento de 1-2g/h. Hay que tener en cuenta que el 90% de la dosis administrada de MgSO₄ es excretada por la orina en las siguientes 24h.
- Se debe considerar la administración de corticoesteroides antenatales en la preeclampsia instaurada <34 semanas o si se espera el alumbramiento en un periodo inferior a una semana.
- La fluidoterapia deberá ser administrada únicamente tras la instauración de la azotemia prerrenal aunque solo la mitad de las mujeres con preeclampsia severa y oliguria responderán a la fluidoterapia.^{7, 9, 10}

LABETALOL	Disminuye la presión sanguínea por bloqueo de receptores alfa-adrenérgicos arteriales periféricos y bloqueo concurrente de receptores β-adrenérgicos, protege el corazón de una respuesta simpática refleja
NIFEDIPINO	Inhibe el flujo de iones Ca al tejido miocárdico y muscular liso de arterias coronarias y vasos periféricos
NICARDIPINO	Bloquea la entrada de iones Ca a través de receptores en membrana del músculo liso vascular y cardiaco, actuando como vasodilatador de arteriolas periféricas y reduciendo el consumo cardiaco de oxígeno.

<p>DIAZÓXIDO</p>	<p>Es una benzotiadiazina, que carece de acción diurética. El diazóxido provoca un descenso de la presión arterial por disminución de la resistencia vascular periférica, debido a la vasodilatación arteriolar directa por depresión de la musculatura lisa; mientras que la cardioestimulación es secundaria</p>
<p>NITROPRUSIATO DE SODIO</p>	<p>Vasodilatador de acción que desarrolla un potente efecto sobre el sistema arterial. Produce vasodilatación por acción directa sobre el músculo liso arterial y venoso, sin efecto sobre el músculo liso uterino y duodenal o la contractilidad del miocardio. Reduce la resistencia periférica y el gasto cardíaco ⁹</p>
<p>CORTICOIDES</p>	<p>Se debe administrar en gestantes de entre 24-34 semanas, con riesgo de parto pretérmino que no precisen extracción fetal urgente. El efecto máximo se consigue entre las 24 horas y los 7 días después de haber comenzado la administración. El tratamiento de menos de 24 horas también tiene efectos beneficiosos, ya que se asocia con una disminución de la mortalidad neonatal, distrés respiratorio y hemorragia intraventricular.</p> <p>No existe evidencia para recomendar dosis repetidas de corticoides semanales en mujeres en las que persiste el riesgo de parto prematuro ¹⁰</p>

ANEXO 4:

Confirmando lo expuesto anteriormente, *M.R. Sosa, E.B. del Socorro, M.B. Carrillo*, proponen unos diagnósticos y actividades generalizadas aplicables a cualquier mujer hospitalizada de preeclampsia, también sugieren que algunas de estas medidas se estandaricen para cualquier intervención en mujer con preeclampsia severa. ⁽¹⁷⁾

Por otro lado, el estudio elaborado por *M.I. Freire, P. Brasileiro, I. Marisa, A. Gomes, E. Soares, I. Leticia* busca, en un conjunto de mujeres con la misma patología, comprobar que los diagnósticos escogidos son aplicables a la mayoría de ellas, comprobando finalmente que si lo son. ⁽¹⁸⁾

Por su parte *AJ Carmona-Guirado, V Esca. Relaizan* un PAE aplicado a una gestante en particular con evolución y resultados similares a los obtenidos en este trabajo. ⁽¹⁹⁾

Jimenez NH, Cedillo RF, plantean una serie de diagnósticos que a pesar de ser diferentes a los planteados en este caso clínico, podrían adaptarse a las necesidades de la paciente. ⁽²⁰⁾