



Embarazada con preeclampsia y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Propósito de un caso

Pregnant with preeclampsia and application of the Nursing Care Process. Purpose of a case

Gestante com pré-eclâmpsia e aplicação do Processo de Assistência de Enfermagem. Objetivo de um caso

Brenda Nicole Velásquez-Morocho ^I
bvelasque1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-7783-0972>

Michelle Adriana Toro-Toledo ^{II}
mto2@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-8494-4812>

Marlene Johana Chamba-Tandazo ^{III}
mchamba@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-6687-4569>

Correspondencia: mchamba@utmachala.edu.ec

Ciencias técnicas y aplicadas
Artículo de investigación

***Recibido:** 05 de julio de 2020 ***Aceptado:** 20 de agosto 2020 * **Publicado:** 01 de septiembre de 2020

- I. Investigador Independiente, Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- II. Investigador Independiente, Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.
- III. Licenciada en Enfermería, Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Técnica de Machala, El Oro, Ecuador.

Resumen

Los trastornos hipertensivos que complican el embarazo, se presentan en la preeclampsia y en la eclampsia como causas principales de morbilidad materna y perinatal; especialmente en los lugares de escasos recursos económicos. La forma más común es la preeclampsia, una patología hipertensiva que se produce a partir de las 20 semanas de gestación con una tensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg con presencia de proteinuria ≥ 300 mg en 24 horas sin/con criterios de gravedad. Los factores que pueden causar este problema son la obesidad, antecedentes familiares de hipertensión, diabetes, nuliparidad, embarazo adolescente, edad materna, hiperplacentación, estrés y control prenatal deficiente. El objetivo de este estudio es analizar las diferentes situaciones clínicas que presenta la embarazada con preeclampsia leve, además brindar los cuidados de enfermería de una manera integral, humanística que incluye la comunicación, la parte espiritual y emocional por la recuperación y el mejoramiento de su calidad de vida. El método utilizado para el desarrollo del análisis de caso clínico es de investigación científica, analítico, descriptivo, explicativo; se evidencia un contraste entre la recopilación bibliográfica revisada de artículos científicos, así como la revisión y valoración de la historia clínica, especificando los aspectos principales que surgieron en el transcurso del estudio de caso. De acuerdo al seguimiento realizado a la paciente se observa una evolución favorable, teniendo conocimiento de los riesgos futuros en próximas gestaciones. Es responsabilidad de los profesionales de enfermería brindar acompañamiento y garantizar cuidados de calidad en las gestantes para menguar las muertes maternas y fetales.

Palabras Claves: Embarazo; preeclampsia leve; proceso de atención de enfermería.

Abstract

Hypertensive disorders that complicate pregnancy occur in preeclampsia and eclampsia as the main causes of maternal and perinatal morbidity and mortality; especially in places with limited economic resources. The most common form is preeclampsia, a hypertensive disease that occurs after 20 weeks of gestation with a blood pressure $\geq 140/90$ mm Hg with the presence of proteinuria ≥ 300 mg / 24 hours without / with severity criteria. The factors that can cause this problem are obesity, family history of hypertension, diabetes, nulliparity, adolescent pregnancy, maternal age, hyperplacentation, stress, and poor prenatal control. The objective of this study is to analyze the different clinical situations presented by the pregnant woman with mild preeclampsia, in addition to providing nursing care in a comprehensive, humanistic way that includes communication, the spiritual and emotional part for the recovery and improvement of

its quality of life. The method used for the development of the clinical case analysis is scientific, analytical, descriptive, explanatory research; a contrast is evidenced between the revised bibliographic compilation of scientific articles, as well as the review and assessment of the clinical history, specifying the main aspects that emerged during the case study. According to the follow-up of the patient, a favorable evolution is observed, having knowledge of future risks in future pregnancies. It is the responsibility of nursing professionals to provide support and guarantee quality care in pregnant women to reduce maternal and fetal deaths.

Keywords: Pregnancy; mild preeclampsia; nursing care process.

Resumo

Os distúrbios hipertensivos que complicam a gravidez aparecem na pré-eclâmpsia e na eclâmpsia como as principais causas de morbimortalidade materna e perinatal; especialmente em lugares com recursos econômicos limitados. A forma mais comum é a pré-eclâmpsia, uma doença hipertensiva que ocorre após 20 semanas de gestação com pressão arterial $\geq 140/90$ mm Hg e presença de proteinúria ≥ 300 mg / 24 horas sem / com critérios de gravidade. Os fatores que podem causar esse problema são obesidade, histórico familiar de hipertensão, diabetes, nuliparidade, gravidez na adolescência, idade materna, hiperplacentação, estresse e mau controle pré-natal. O objetivo deste estudo é analisar as diferentes situações clínicas apresentadas pela gestante com pré-eclâmpsia leve, além de prestar cuidados de enfermagem de forma integral e humanística que inclui a comunicação, a parte espiritual e emocional para a recuperação e melhoria de sua qualidade de vida. O método utilizado para o desenvolvimento da análise do caso clínico é a pesquisa científica, analítica, descritiva e explicativa; evidencia-se um contraste entre a compilação bibliográfica revisada de artigos científicos, bem como a revisão e avaliação da história clínica, especificando os principais aspectos que emergiram durante o estudo de caso. De acordo com o seguimento da paciente, observa-se uma evolução favorável, havendo conhecimento dos riscos futuros em futuras gestações. É responsabilidade dos profissionais de enfermagem dar suporte e garantir assistência de qualidade às gestantes para redução do óbito materno e fetal.

Palavras-chave: Gravidez; pré-eclâmpsia leve; processo de cuidados de enfermagem.

Introducción

La preeclampsia es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones

habituales del embarazo incrementando los índices de morbimortalidad tanto materna como perinatal, afectando más a las mujeres vulnerables de escasos recursos en los países en vías de desarrollo como América Latina (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2016) (Windows, Corporation, Hori, & Sakajiri, 2016).

La preeclampsia leve, la podemos definir como el aumento de la presión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg, proteinuria mayor a 300 mg /24 horas y creatinina sérica elevada (>30 mg/mmol) a partir de las 20 semanas de gestación (Romero-Arauz, Carranco-Salinas, Leños-Miranda, & Martínez-Rodríguez, 2014). Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden evidenciarse por signos y síntomas maternos propios de esta patología del embarazo, parto y puerperio, se manifiesta por hipertensión arterial con tensión arterial (TA) \geq 140/90 mm Hg y proteinuria después del quinto a sexto mes de embarazo (Lapidus, 2015).

Se clasifica en dos tipos: (preeclampsia leve TA \geq 140/90 mm Hg con presencia de proteinuria \geq a 300 mg/24 horas sin criterios de gravedad) y (preeclampsia grave TA \geq 160/110 mmHg, con proteinuria positiva y asociada a alteraciones visuales – hepáticas – hematológicas – renales - neurológicas, etc (Zapana Villanueva, 2018).

A nivel mundial, en este caso el 20% de las muertes maternas son por complicaciones en el embarazo (preeclampsia/eclampsia), primera causa de morbi-mortalidad materna y perinatal en países en vías de desarrollo y en América Latina (Ecuador con 31 muertes maternas por trastornos hipertensivos) (Gladys Ester, Antonio Ulises, & María Delasnive, 2020).

Según estadísticas arrojadas del Ministerio de Salud Pública para el año 2020 notifican en la gaceta epidemiológica un aproximado de 6 muertes maternas en la Provincia de El Oro (Machala 1, El Guabo 1, Pasaje 1, Santa Rosa 1, Huaquillas 2) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

Aquellas madres con preeclampsia empiezan las alteraciones en la placentación al comienzo del embarazo, seguida de inflamación generalizada y daño endotelial progresivo. Entre los múltiples factores asociados al desarrollo de la preeclampsia tenemos: obesidad, antecedentes familiares de hipertensión y diabetes, nuliparidad, embarazo adolescente, edad materna >35 años, hiperplacentación, embarazo gemelar, estrés, control prenatal deficiente, bajo nivel socioeconómico, consumo de sustancias nocivas, hipomagnesemia e hipocalcemia (Sánchez, 2015).

Las manifestaciones clínicas evidentes: proteinuria >5g/24h; alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen; alteraciones hematológicas (trombocitopenia <100.000/mm³), hemólisis,

coagulopatía intravascular diseminada); alteraciones de función renal (creatinina sérica $>0,9$ mg /dL, oliguria de <50 mL/hora); alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad, psicomotriz, alteración del sensorio - confusión); alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia, papiledema); restricción del crecimiento intrauterino; oligoamnios, desprendimiento de placenta; cianosis (Lacunza Paredes, Julcamoro Asencio, & Sulca Cerván, 2017).

Sus complicaciones más frecuentes son: hemorragia cerebral, lesión renal, insuficiencia y ruptura hepática, desprendimiento placentario, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada que conlleva a una eclampsia, que lo convierte en un síndrome progresivo polisintomático, complicando el binomio madre - hijo (Montiel-Jarolín, Nuñez, & Moran, 2014).

Es importante mencionar, las mujeres con trastornos hipertensivos (PAS: igual o mayor de 160 mm Hg. y/o PAD igual o mayor de 110 mmHg.) deben recibir sulfato de magnesio como fármaco de primera línea para prevenir convulsiones, mismo que será utilizado durante el parto, transcesárea y manteniendo 24 horas posparto.

La dosis del sulfato de magnesio en preeclampsia, como dosis de impregnación: preparar una solución de 20 mL de sulfato de magnesio al 20 % (4 g), más 80 mL de solución isotónica, y pasar a 300 ml/hora en bomba de infusión o 100 gotas/minuto con equipo de venoclisis en 20 minutos (4 g en 20 minutos). El mantenimiento: colocar 50 mL de sulfato de magnesio al 20 % (10 g), más 450 mL de solución isotónica, esta preparación se debe pasar a 50 mL/hora en bomba de infusión o 17 gotas /minuto con equipo de venoclisis (1 g/hora). En caso de existir, riesgos clínicos por toxicidad debe suspenderse y determinar el nivel de magnesio sanguíneo cada 2 horas y reiniciar el tratamiento antes mencionado, cuando el nivel sérico sea bajo 7 mEq / L (8.4 mg/dL) (Arturo, 2019) (Calderón, 2018).

El control y tratamiento de la patología consiste en reposo relativo, dieta (normocalórica y normosódica), suplementos con calcio y ácido acetilsalicílico en dosis bajas, si tiene alto riesgo de padecer preeclampsia. De acuerdo a la revisión de resultados de investigaciones en estudios científicos previos, el manejo de la preeclampsia se fundamenta: control de presión arterial cada 15 minutos, observar la presencia de reflejos rotulianos y prevenir posibles convulsiones, mantener vías aéreas permeables y oxigenación arterial optimizando volumen intravascular, pruebas diagnósticas, cateterización periférica con catéter N° 18 e iniciar hidratación con solución salina al 0,9% a 45 gotas por minuto, colocar sonda Foley e iniciar control de diuresis horaria, administración de antihipertensivos - convulsionantes y término de gestación por

procedimiento de cesárea (Lapidus, Lopez, & Malamud, 2017) (Ureña, Lic. Armida Villaláz, 2016).

No obstante, es necesario, reconocer que su detección temprana durante el primer control prenatal y los subsiguientes contribuirá a salvar vidas (madre e hijo) (León, Yépez, Gordón, & Armas, 2015).

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye un pilar importante en nuestra profesión ya que permite a los enfermeros prestar los cuidados de una forma humanista, racional, lógica, sistematizada y organizada para alcanzar un objetivo. Cuando el profesional aplica las cinco etapas del PAE como es la valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, demuestra un conocimiento amplio y científico con un juicio clínico, con el fin de mejorar su calidad de vida de las pacientes con preeclampsia, la misma que se centra en diagnósticos e intervenciones oportunas logrando satisfacer las necesidades básicas y una recuperación favorable. Como futuros profesionales debemos forjar alianzas fuertes e inquebrantables frente a los talentos humanos en salud para poder garantizar la seguridad de los pacientes (Mejía & Baquedano, 2018) (Carmona-Guirado, Escaño-Cardona, & García-Cañedo, 2015).

Descripción del caso

Paciente gestante de 22 años de edad, que vive al norte de la ciudad de Machala, un lugar de difícil acceso, de estado civil unión de hecho con un nivel de escolaridad secundario y de bajos recursos económicos, con antecedentes clínicos: madre hipertensa y diabética, cursa primera gesta a término de 40,4 semanas de gestación, embarazo no programado, vacunación antitetánica: 27/07/2019, 30/04/2019, 30/10/2019, con cinco controles prenatales tardíos, es transferida al hospital general de Machala por reportar presión arterial de 140/100 mmHg, taquipnea, eliminación del tapón mucoso en moderada cantidad, proteinuria, cefalea y edema de miembros inferiores con fóvea +; ante cuadro clínico de presiones arteriales elevadas y pruebas diagnósticas realizadas, es ingresada al área de centro obstétrico para procedimiento de cesárea por diagnóstico de preeclampsia leve, se obtuvo producto único vivo, sangrado aproximado de 350 mililitros.

En sala de recuperación postparto hemodinámicamente estable, se continúa realizando el control y masajes de altura de fondo uterino y constantes vitales cada 15 minutos por dos horas, registrando en la hoja #051 historia clínica perinatal presentando facies dolorosas, se registra score mamá con un puntaje de 4 (presión arterial 134/86 mmHg, frecuencia cardiaca 102,

frecuencia respiratoria: 22, temperatura: 37, saturación de oxígeno 98%, estado de alerta y proteinuria +). Con un índice de masa corporal de 35,26 que indica Obesidad tipo II dadas por el peso de 96 kilogramos, y talla de 1,65 metros. Se administra sulfato de magnesio como fármaco de primera línea para prevenir complicaciones (síndrome de hellp). Se realiza control de ingesta y eliminación para valorar la función renal de la paciente donde según los valores contamos con un ingreso de 1568 mililitros menos el egreso de 510 mililitros que fueron eliminados a través de la sonda vesical nos da como resultado un balance positivo de 1058 mililitros durante el turno de la noche que va desde las 19h00 pm hasta las 07h00 am. Además se ejecutaron ejercicios vesicales para retiro de sonda vesical donde se evidencia diuresis de características normales y se realiza aseo vulvar, se valoró herida quirúrgica sin procesos inflamatorios sistémicos con control de apósito. Egresó a sala general de ginecología en buenas condiciones.

Se realizó estudios de exámenes de laboratorio y como resultado: Biometría hemática: leucocitos 24.27 103/ul, neutrófilos 87.9 % 103/ul, linfocitos 6.4 % 103/ul son indicativos de un proceso infeccioso agudo. En cuanto a hemoglobina 9.4 g/dl, hematocrito 30.4 %, CHCM (concentración de hemoglobina corpuscular media) 30.7 % denominándose anemia moderada. El RDW – CV 16,9 % y el VPM (volumen plaquetario medio) 12 fl se relaciona con la variabilidad en el tamaño de las células rojas que llevan al riesgo de preeclampsia y diabetes. Bioquímica sanguínea: presentó urea 14.4 mg/dl, creatinina 0.47 mg/dl, proteínas totales 5,08 g/dl, albúmina 2.68 g/dl; en este caso estos valores bajos en el proteinograma reflejan posibles problemas de malnutrición, hipertensión, diabetes, enfermedad hepática, infecciones por lo cual es recomendable educar acerca de los alimentos ricos en proteínas.

En el sistema de realización para determinar enzimas, la fosfatasa alcalina de 155 U/L indica posible enfermedad hepática u ósea. El LDH (lactato deshidrogenasa) enzima sanguínea de 362 U/L que se debe a anemias, enfermedad renal y cardiaca o a un proceso infeccioso agudo.

Finalmente el PCR en sangre (Proteína c reactiva producida por el hígado) mayor a 6 mg/L ocurre por un proceso infeccioso e inflamatorio grave o también se correlaciona por la obesidad y falta de ejercicio físico.

La evolución clínica actual de la paciente y de su hijo fue normal, es decir con buen estado general de salud, loquios normales, útero contraído, peristaltismo y micciones presentes, mamas con buen aspecto y se sienten sanos al tacto iniciando lactancia materna exclusiva, se indica técnicas de amamantamiento y los beneficios esenciales que tiene la leche materna; se procede a indicar los cuidados necesarios en el hogar: signos de alarma del puerperio, fomentar el

vínculo madre – hijo, bienestar psicoemocional de la madre, se valoró herida quirúrgica sin signos inflamatorios locales o sistémicos, controles puerperales a seguir tras el alta hospitalaria, mismos que serán efectuados en el centro de salud más cercano al domicilio en la que se realizará revisión ginecológica postparto, se orienta en planificación familiar y control del niño sano, tamizaje metabólico neonatal y auditivo con estimulación temprana en el recién nacido, vacunación.

Discusión

La preeclampsia leve, complicación del embarazo, parto y puerperio, constituye una de las principales causas de morbi-mortalidad materna - perinatal con alta incidencia y prevalencia a nivel mundial variando desde el 20% a 29%. Patología multisistémica de causa desconocida que afecta principalmente a nulíparas y está relacionado con múltiples factores de riesgo: antecedente familiar de hipertensión, preeclampsia, diabetes, obesidad, enfermedad renal (Mori, 2015) (Condo-Baque et al., 2018). Después de haber efectuado revisión de la historia clínica, indicamos que es su primer embarazo, además en el interrogatorio efectuado mencionó sobre ciertos factores de riesgos reales: condiciones sanitarias deficientes, situaciones insalubres en su comunidad, antecedentes familiares de madre hipertensa y diabética, lo cual se considera percepciones de riesgos para la salud de la gestante.

Un estudio realizado en Perú, menciona que toda gestante con antecedentes personales o familiares de hipertensión, diabetes, sobrepeso u obesidad, desarrollarán preeclampsia leve o severa. Por tal razón, el personal de salud debe valorar exhaustivamente a la embarazada en cada control prenatal y debe tener en cuenta lo siguiente: no es necesario presentar hipertensión y/o proteinuria, ya los antecedentes en si son predictores; por ello, es prioritario elaborar una historia clínica perinatal detallada para establecer acciones preventivas y terapéuticas durante el embarazo y puerperio (Disease, 2019) (Salzberg, Gorbán de Lapertosa, & Falcón, 2016).

En los controles prenatales que se realizó la paciente en el centro de salud sus presiones arteriales se encontraban dentro de los parámetros de normalidad y proteinuria en tiras reactivas negativas pero durante la hospitalización los criterios diagnósticos (presión arterial 140/100 mmHg y proteinuria positiva). Además, en relación a la paciente preecláptica, tuvo como factor de riesgo: obesidad tipo II con un índice de masa corporal 35,26. Cabe mencionar que durante la estancia hospitalaria mantuvo glucosa de 105 - 120 mg/dL, estos valores nos hace pensar revisiones glucémicas continuas y la educación en hábitos saludables (actividad física regular, mantener buenos hábitos nutricionales, no fumar, reducir el consumo de alcohol, evitar

estrés, entre otros.).

Investigaciones realizadas por parte de la Organización Mundial de la Salud, determinan que la antropometría materna (baja estatura <164 cm y el índice de masa corporal alto) junto con los valores séricos (triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad, lactato deshidrogenasa), proteína C reactiva > 6 mg/L como marcadores de riesgo para ocasionar un crecimiento intrauterino adverso o muerte materna – perinatal (Condo-Baque et al., 2018). Durante el análisis e interpretación de los datos obtenidos se encontró que, su estatura es de 1.65 metros y 96 kilogramo encontrándose en un índice de masa corporal alto elevado (obesidad tipo II); por consiguiente, en el valor sérico del LDH (lactato deshidrogenasa o también conocida como enzima sanguínea) su punto de corte 135 - 214, en este caso el valor es 362, lo cual indica que sus niveles altos se deben a una posible patología renal, anemia moderada (hemoglobina 9,4 g/dL) y a un proceso infeccioso agudo (linfocitos 24,27 10³/ul - neutrófilos 87.9%, linfopenia 6.4%), lo que se percibe como un riesgo de una inadecuada oxigenación fetal por tal motivo se procedió a la cesárea. Ante un hallazgo elevado de fosfatasa alcalina (362) y valores normales de aspartato aminotransferasa (AST): 25.7 U/L y alanina aminotransferasa (ALT): 15.9 U/L, las probabilidades de padecer síndrome de hellp y una enfermedad hepática - muscular aumentan.

Otro estudio realizado en Cuba por Isabel Jaramillo, Cecilia Vásquez y otros notificaron que la preeclampsia leve aparece con mayor frecuencia en nulíparas jóvenes, siendo 6 a 8 veces más susceptibles que las multíparas, puesto que el primer embarazo constituye el primer injerto inmunológico de antígenos extraños a la placenta, lo cual aumenta la probabilidad de padecer este trastorno hipertensivo. Por lo tanto, la edad materna influye significativamente debido a las condiciones socioeconómicas, educativas, nutricionales (Cardiel, 2016) (Isabel Jaramillo, Cecilia Vásquez, & Alejandro Buitrago-Medina, 2017). La edad de la paciente es de 22 años, nulípara quien acudió a consejería prenatal tardía por limitación del tiempo, dificultad para transportarse, no conocer la importancia de los controles prenatales, por obesidad.

Por otra parte el antecedente de preeclampsia sin criterio de gravedad en el primer embarazo, es 7 veces mayor el riesgo de producirse encefalopatía, enfermedad coronaria posterior, enfermedad renal crónica, enfermedad tromboembólica u otra complicación en futuras gestaciones. Es importante, indicar a las madres que han presentado trastornos hipertensivos durante su embarazo, que sus hijos son propensos a tener infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, etc. (S, 2020) (Espinoza, 2017). Actualmente se ha indicado a la paciente que debe llevar el control del niño sano, ser puntual durante las

inmunizaciones, alimentación materna y complementaria, psicomotricidad, planificación familiar porque manifestó un embarazo no programado, lavado de manos, etc.; es decir aplicar normas de cuidado para prevenir defunciones maternas y perinatales.

Andrea Meza, Patricia Castro; enfermeras de la provincia de El Oro redactan un artículo relacionado al proceso de atención de enfermería en paciente con preeclampsia, ellas indican que las intervenciones a seguir son: controlar la presión arterial cada cuatro horas, latidos cardiacos fetales, contracciones uterinas, control de diuresis, gestión y realización de exámenes de laboratorio (biometría hemática completa, química sanguínea, proteinuria cualitativa diaria, enzimas hepáticas), control diario de peso, control de ingesta - eliminación y administrar dosis de sulfato de magnesio como tratamiento de primera línea para prevenir convulsiones (Andrea Meza, Patricia Castro, Nataly Laguna, 2019).

En cuanto, a las intervenciones enfermeras que ejecutamos para valorar exhaustivamente a la paciente, es factible iniciar recordando el protocolo en manejo de preeclampsia y evitar que llegue a sus formas más graves: toma de constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno), evaluar el estado de conciencia, valorar bienestar fetal, control de peso inicial y diario, cateterizar dos vías venosas periféricas y administración de medicamentos bajo prescripción médica, toma de muestra sanguíneas, colocar catéter urinario para control de diuresis horaria con ingesta y excreta de líquidos administrados, reposo relativo en decúbito lateral izquierdo, mantener informada a la familia, brindar apoyo y confort. Dichos cuidados mencionados anteriormente fueron empleados de manera responsable y óptima por parte del profesional de enfermería.

Conclusiones

Se concluye que la preeclampsia leve forma parte de los trastornos hipertensivos del embarazo, patología de causa desconocida e irreversible con una alta tasa de morbi-mortalidad materna - perinatal convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial y en Ecuador como una de las principales causas de defunciones.

Por lo tanto el profesional de enfermería, ente sanitario encargado de brindar acompañamiento y apoyo permanente a las gestantes desde que ingresa al establecimiento de salud, siempre debe ser cordial, respetuoso y aclarar las dudas que surgen en el primer control prenatal y los subsiguientes indicando signos de alarma, medicación y vitaminas, higiene, no consumo de sustancia psicotrópicas, cambios en su cuerpo, vacunación, lactancia, planificación familiar en intervalos intergenésicos largos, fomentar el autocuidado e involucrar a sus familiares, porque

el embarazo es una experiencia única y un milagro de la vida, cuya finalidad es menguar las mortalidades materno – fetales.

Para finalizar es esencial, que en el primer nivel de atención se difunda y se eduque a toda gestante sobre los factores de riesgos y complicaciones de los trastornos hipertensivos si no es tratada de forma adecuada. Para ello, se debe emplear el componente normativo materno en caso de un diagnóstico temprano de la misma y derivar a la unidad de salud de mayor complejidad para emplear un tratamiento oportuno, es decir: monitorización de constantes vitales cada 15 minutos por dos horas, control de reflejos osteotendinosos y estado de conciencia, control de ingesta y eliminación con diuresis horaria, control del peso, cateterización de dos vías periféricas con administración de medicamentos bajo prescripción médica, gestionar y tener en cuenta exámenes de laboratorio, reposo relativo en decúbito lateral izquierdo, apoyo y confort.

Es responsabilidad del profesional de enfermería garantizar un cuidado de calidad.

Recomendaciones

El personal de Enfermería que labora en el primer, segundo y tercer nivel de atención de salud debe ofrecer una atención individualizada, humanista con enfoque de promoción de salud y prevención de enfermedades. Así mismo, ofrecer acompañamiento y apoyo permanente en cada control prenatal (mínimo 5 veces durante el proceso de gestación). Si detectamos que alguna gestante no acude a los controles prenatales se debe realizar visitas domiciliarias, partiendo de una valoración integral que asegure el binomio madre –feto. Por otra parte es importante recordar que durante el embarazo pueden surgir complicaciones, por ello debes acudir inmediatamente a la unidad de salud más cercana ante sintomatologías que pongan en peligro tu vida y la de tu bebé.

Referencias

1. Andrea Meza, Patricia Castro, Nataly Laguna, D. C. (2019). Proceso de atención de Enfermería en paciente con preeclampsia severa: reporte de caso. Machala-Ecuador. Revista Médica, 9(9), 1–19. Retrieved from <https://revistamedica.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-preeclampsia/>
2. Arturo, R. L. (2019). Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento. Revista Eugenio Espejo, 13(2), 79–91. <https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>

3. Calderón, M. E. C. (2018). Paciente de 14 años con embarazo de 29 semanas con tensiones arteriales elevadas y síntomas de vasoespasmo. Análisis de Caso (Universidad San Francisco de Quito). <https://doi.org/DOI: 00113326>
4. Cardiel, A. (2016). Importancia de la salud de la mujer que desea el embarazo, consejos para un embarazo saludable. Revisión de la patología hipertensiva durante el embarazo. *Revista de Estudios Juventud*, 16(112), 95–105. Retrieved from http://www.injuve.es/sites/default/files/revista112_7.pdf
5. Carmona-Guirado, A. J., Escaño-Cardona, V., & García-Cañedo, F. J. (2015). Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia grave en primigesta. *Enfermería Intensiva*, 26(1), 32–36. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2014.12.001>
6. Condo-Baque, C. A., Barreto-Pincay, G. M., Montaña-Parrales, G. M., Borbor-Sánchez, L. X., Manrique-Regalado, G. L., & García-Sigcha, A. J. (2018). Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. *Dominio de Las Ciencias*, 4(3), 1–16. <https://doi.org/10.23857/dc.v4i3.810>
7. Disease, C. K. (2019). Asociación entre Preeclampsia y Enfermedad renal. *Rev Nefrol Dial Traspl*, 39(3), 1–8. Retrieved from <https://academic.microsoft.com/paper/2974314979/related>
8. Espinoza, T. O. (2017). Aplicacion del proceso de atencion de enfermeria en pacientes con preeclampsia (Universidad Técnica de Machala; Vol. 27). Retrieved from <http://186.3.32.121/bitstream/48000/10800/1/ORTEGA ESPINOZA TANYA DE LOS ANGELES.pdf>
9. Gladys Ester, M.-E., Antonio Ulises, C.-P., & María Delasnieve, I. (2020). Análisis Situacional de Muertes Maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018. *Rev. Salud Publica Parag*, 10(1), 1–13. <https://doi.org/10.8004/rspp.2020.enero.10-22>
10. Isabel Jaramillo, G. R., Cecilia Vásquez, D. G., & Alejandro Buitrago-Medina, D. (2017). Preeclampsia leve y severa: estudio de casos y controles en el Hospital de Chiquinquirá 2012-2014. *Rev. Colomb. Enferm*, 14(33), 1–11. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18270/rce.v14i.2026>
11. Lacunza Paredes, R., Julcamoro Asencio, M., & Sulca Cerván, M. (2017). Hemorragia cerebral en la preeclampsia severa: serie de casos. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(2), 241–245. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v63i1992>

12. Lapidus, D. A. (2015). Guía para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión en el embarazo. In D. N. de M. e Infancia (Ed.), Rev. Hosp. Matern. Infant. Ramon Sarda (Dra.Alicia). Retrieved from <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000241cnt-g11.hipertension-embarazo.pdf>
13. Lapidus, D. A., Lopez, N., & Malamud, J. (2017). Estados hipertensivos y embarazo. Nidia López; Julio Malamud; José Nores, 56(4), 1–21. Retrieved from http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf
14. León, W., Yépez, E., Gordón, M., & Armas, D. (2015). Control Prenatal. Guía de Practica Clínica. In D. E. Y. Dr. Wilfrido León (Ed.), Ministerio de Salud Pública del Ecuador (Dirección, Vol. 25). [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70634-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70634-0)
15. Mejía, N. L., & Baquedano, M. V. (2018). Cuidados de enfermería en pre-eclampsia leve en el Hospital Mario Catarino Rivas, I semestre, 2018. Rev. Cient. Esc. Univ. Cienc. Salud, 5(2), 32–41. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0002-0616-0043>
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. In La Caracola Editores (Ed.), Progresos en Obstetricia y Ginecologia (Dirección, Vol. 50). [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73212-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73212-0)
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). Gaceta Epidemiológica de Muerte Materna SE 27 Año 2020. Retrieved from <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/07/GACETA-SE-27-MM.pdf>
18. Montiel-Jarolín, D., Nuñez, Á., & Moran, A. (2014). Adolescente gestante con infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST como complicación de una eclampsia. Revista Virtual de La Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 1(2), 54–60. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2014.01\(02\)54-060](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2014.01(02)54-060)
19. Mori, T. J. (2015). Trastornos hipertensivos del embarazo. Progresos En Obstetricia y Ginecologia, 12(4), 1–4. [https://doi.org/10.1016/S0304-5013\(07\)73212-0](https://doi.org/10.1016/S0304-5013(07)73212-0)
20. Romero-Arauz, J. F., Carranco-Salinas, C., Leños-Miranda, A., & Martínez-Rodríguez, Ó. A. (2014). Preeclampsia atípica. Reporte de un caso. Ginecologia y Obstetricia de Mexico, 82(5), 354–360. Retrieved from <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/gom145j.pdf>
21. S, G. V. (2020). Preeclampsia y enfermedad cardiovascular : un enfoque integral para detectar las fases subclínicas de complicaciones obstétricas y cardiovasculares. Revista

- Chilena de Obstetricia y Ginecología, 85(2), 185–200.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000200185>
22. Salzberg, S., Gorbán de Lapertosa, S., & Falcón, E. (2016). Guías De Diagnóstico Y Tratamiento De Diabetes Gestacional. *Revista de La Sociedad Argentina de Diabetes*, 50(3), 117. <https://doi.org/10.47196/diab.v50i3.45>
23. Sánchez, S. E. (2015). Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 1–12.
<https://doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v60i155>
24. Ureña, Lic. Armida Villaláz, L. A. B. L. (2016). Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia. *Guía de Práctica Clínica (C. N. de E. T. en Salud, Ed.)*. <https://doi.org/IMSS-586-12>
25. Windows, M., Corporation, M., Hori, K., & Sakajiri, A. (2016). Trastornos hipertensivos del embarazo. *Guía de Práctica Clínica (Dirección; E. T. EP, Ed.)*. Retrieved from https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf
26. Zapana Villanueva, F. A. (2018). Factores de riesgo y complicaciones asociados a preclampsia en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, 2017 (Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann). Retrieved from http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3277/1329_2018_zapana_villanueva_fa_facs_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y