



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

*Tesina*  
*Caso Clínico: Proceso de Enfermería en una*  
*Paciente con Preeclampsia*

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

Presenta:  
LE. María de los Ángeles Uroza Molina

Junio, 2020.



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

*Tesina*  
*Caso Clínico: Proceso de Enfermería en una*  
*Paciente con Preeclampsia*

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

Presenta:  
LE. María de los Ángeles Uroza Molina

Director de Tesina:  
ME. Adriana Rosalía González Hernández

Junio,2020.

**Tesina:** Proceso de Enfermería en una paciente con Preclampsia

**Número de registro:** Número de Registro SIEP/EECI/060/20

**Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

ME. Adriana Rosalía González Hernández  
Presidente

---

ME. Francisco Adrián Morales Castillo  
Secretario

---

ME. Alejandro Torres Reyes  
Vocal

---

ME. Miguel Ángel Zenteno López  
Vocal

---

ME. Adriana Rosalía González Hernández  
Director de Tesina

---

MCE. Erika Pérez Noriega  
Directora

---

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

## Resumen

Candidata para el Grado de	Enfermera Especialista con Opción
Fecha de Graduación	Terminal en: Cuidados Intensivos
Universidad	Junio 2020
Facultad	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Título de las Tesina	Facultad de Enfermería
Número de páginas	Proceso de Enfermería en un Paciente con Dálisis Peritoneal
LGAC	36
	Situaciones de Cuidado en los Procesos Crónicos

**Introducción:** El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. En México, la preeclampsia constituye la principal causa de muerte materna en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. el aporte científico a través de los cuidados que la enfermera especialista en cuidados intensivos puede otorgar a una persona con dicho estado de salud es indiscutible. **Objetivo:** Diseñar y aplicar un plan de cuidados especializado a una paciente adulta con diagnóstico de preeclampsia, por medio de la implementación del Proceso Enfermero. **Metodología:** se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases a datos de guías de práctica clínica, revistas científicas y artículos encontrados en internet, se implementó la metodología del proceso de enfermería. **Resultados:** se logró observar que los datos de buena práctica en las guías coincidieron con las intervenciones realizadas y analizadas en este proceso de enfermería. **Discusión:** Realizar un plan de cuidados estandarizado para una paciente con el diagnóstico de preeclampsia resultado de un proceso de enfermería puede lograr el objetivo de la mejoría en el estado de salud. **Conclusión:** El manejo de una enfermera especialista debe ser oportuno, partiendo de una valoración integral que aseguren el bienestar, impartiendo cuidados en relación a los protocolos establecidos en cada unidad de salud. **Palabras Clave:** proceso de enfermería, patrones funcionales, preeclampsia.

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

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	4
Objetivo del Caso Clínico	6
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del Caso Clínico	7
Proceso Enfermero	
Valoración	8
Diagnóstico	15
Plan de Cuidados de Enfermería	18
Ejecución y Evaluación del Cuidado	
Capítulo III	32
Discusión	
Conclusiones	
Referencias	33
Apéndice A.	

## Capítulo I

### Introducción

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define actualmente la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multisistémico. Se presenta generalmente después de las 20 semanas de gestación, más cerca del término, y se puede superponer a otro trastorno hipertensivo (Pacheco-Romero, 2017).

Epidemiológicamente se logra afirmar que la preeclampsia es una patología con una prevalencia a nivel mundial de 10% de los embarazos. Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas (Herrera-Sánchez, 2018).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) informa que según datos de la Preeclampsia Foundation, la preeclampsia afecta entre el 2 al 10% de los embarazos a nivel mundial siendo la principal causa de muerte materna. Puede causar parto prematuro siendo responsable por 20% de admisiones a unidades de cuidados intensivos neonatales. En un estudio realizado por la Organización Mundial de Salud y publicado en el 2014, los trastornos hipertensivos son responsables por aproximadamente 22% de la mortalidad materna en América Latina, 16% en África y 12% en Asia (OPS, 2019).

En México, la preeclampsia constituye la principal causa de muerte materna en las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Se presentan 2.1 millones de embarazos cada año y cerca de 250 000 a 300 000 tienen complicaciones, en consecuencia, cada año 30 000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las

convierten en discapacitadas. Sin embargo, aunque el 85% de las defunciones maternas son prevenibles, en promedio, aún fallecen anualmente 1000 mujeres (De Jesús-García, et al 2018).

Aun la etiología no está totalmente clara, el principal mecanismo descrito que la explica es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas (Herrera-Sánchez, 2018)

En los criterios para dar el diagnóstico de preeclampsia se encuentran: embarazo mayor a las 20 semanas de gestación excepto en los casos de embarazo molar, presión arterial mayor a 140/90mmHg en al menos dos tomas distintas con 6 horas de diferencia, proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas. Dentro de los criterios de severidad se encuentran: presión arterial mayor a 160/110mmHg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas diferencia más dos de los siguientes: proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas, creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl, dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente, oliguria menor a 500 ml en 24 horas, trombocitopenia por debajo de 100 000, alteración en las pruebas de función hepática con valores que doblan su nivel normal, trastornos visuales caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acufenos, cefalea, edema pulmonar (Herrera-Sánchez, 2018).

El tratamiento está orientado al control de la presión arterial, disminuyendo en lo posible futuras complicaciones, permite la conducción efectiva de la gestación, hasta lograr el tratamiento definitivo, que es la culminación del embarazo. En preeclampsia sin criterios de severidad, se indicará reposo relativo y dieta normocalórica, normoproteica y

normosódica. No está indicado el uso de antihipertensivos. El tratamiento definitivo de la preeclampsia es culminar la gestación. Si la gestante tiene 37 semanas o más, se debe culminar la gestación por vía vaginal o por cesárea. Si la gestante tiene menos de 37 semanas y no hay afectación materna o fetal, se puede tener una conducta expectante, continuando con las medidas generales y una estricta vigilancia materna y fetal. Si a pesar del manejo no se controla la hipertensión arterial o la enfermedad progresa a preeclampsia severa, o existe pródromos de eclampsia o signos de sufrimiento fetal, de disfunción hematológica, renal, hepática, pulmonar o neurológica, se finalizará la gestación inmediatamente, independiente de la edad gestacional, por vía vaginal o por cesárea (Guevara-Ríos y Meza-Santibáñez, 2014)

En el año 2015 Carmona-Guirado, Escaño-Cardona y García-Cañedo realizaron en España un proceso de enfermería en una paciente con preeclampsia grave ahora catalogado como con criterios de severidad obteniendo los siguientes diagnósticos: Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109) r/c pérdida músculo-esquelético, m/p incapacidad para tener un buen aspecto satisfactorio, Ansiedad (00146) r/c preocupación de su bienestar físico y estancia hospitalaria, m/p expresión de nerviosismo, incertidumbre y cambios en sus hábitos diarios, Exceso del volumen de líquidos (edemas en miembros inferiores) (00026) r/c compromiso de los mecanismos reguladores, m/p edemas y alteración en los electrolitos, Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078) r/c cuidados específicos del embarazo y m/p verbalización de dificultades y seguimiento inexacto de las instrucciones, Riesgo de alteración de la diada materno-fetal (00209) r/c complicaciones del embarazo y compromiso del transporte de 02 (hipertensión, convulsiones, parto prematuro), la conclusión de este trabajo fue que

debido a los frecuente ingresos de pacientes diagnosticadas con preeclamsia y que solían evolucionar a eclampsia se incentivó a realizar procesos enfermeros para tener planes de cuidado e identificar los factores de riesgo y saber actuar ante ellos (Carmona-Guirado, Escaño-Cardona y García-Cañedo, 2015).

En este contexto es importante mencionar que la atención de pacientes con preeclamsia es compleja y multidisciplinaria, ya que en ella participan ginecólogos, intensivistas, anestesiólogos, nutriólogos, radiólogos, rehabilitadores, endocrinólogos, internistas, enfermeras especializadas.

De esta manera la importancia que cobra el aporte científico a través de los cuidados que la enfermera especialista en cuidados intensivos puede otorgar a una persona con dicho estado de salud es indiscutible.

Resaltando este aspecto vale la pena recordar que la enfermería es una profesión y como tal, profesa una vocación con una misión. Esta es, proveer el cuidado del paciente, cumpliendo los mejores estándares de calidad y seguridad en salud disponibles. La gestión y ejecución de los cuidados de enfermería deben estar sustentadas y justificadas en evidencia científica y por lo tanto, se hace necesario que las enfermeras(os) desarrollen investigación, para contribuir en los fundamentos de su quehacer (Castro y Simian, 2018).

## Marco de Referencia

La herramienta más importante con la que cuenta el profesional de enfermería para lograr el objetivo de la contribución a la mejoría del estado de salud es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) el cual es un método científico, sintomático y organizado, utilizado por los profesionales de enfermería durante la práctica, que permite al profesional identificar necesidades del paciente para otorgar los cuidados demandados, de forma estructurada, homogénea, lógica y priorizada, tratando a la persona como un ser holístico, que tiene necesidades centradas en su persona y no únicamente en su enfermedad.

Como todo método, el PAE, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque se estudien por separado todas las etapas se superponen.

La *valoración* es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente. Se puede hacer basándonos en distintos criterios, siguiendo un orden "cabeza a pies", por "sistemas y aparatos" o como en este caso se utilizaran los 11 "patrones funcionales de salud", esto debido a que la persona a quien se realizara el proceso de enfermería se encuentra consciente y con disponibilidad para responder preguntas haciendo así más interactivo el proceso e intentando obtener mayor confianza de parte de la paciente. Se recogen los datos, que han de ser validados, organizados y registrados. Con estos datos obtenidos llegamos a la segunda etapa que es el *diagnóstico* el cual es el enunciado del problema real o potencial del paciente, que requiera de la intervención enfermera para disminuirlo o resolverlo. Una vez realizado el diagnóstico llega la etapa de *planificación* en la cual se realiza una organización del

plan de cuidados, se deben establecer prioridades, plantear objetivos según la taxonomía NOC, elaborar las intervenciones y actividades de enfermería según la taxonomía NIC, y proceder a su documentación y registro.

Posterior a esto se inicia la *ejecución* en la que llevaremos a la práctica el plan de cuidados. Se realizarán las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. Llegando finalmente a la *evaluación*: Última fase del proceso. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería son: la eficacia y efectividad. Una característica de esta etapa es continua, pueden resolverse los diagnósticos establecidos o bien surgir otros nuevos, se tendrán que ir introduciendo modificaciones en el plan de cuidados para que la atención resulte más efectiva.

### **Objetivo**

Diseñar y aplicar un plan de cuidados especializado a una paciente adulta con diagnóstico de preeclampsia, por medio de la implementación del Proceso Enfermero.

## Capítulo II

### Diseño del Caso Clínico

Caso clínico observacional descriptivo, en base a una entrevista no estructurada de fuente directa con el expediente clínico y la paciente, realizado en la unidad de cuidados intensivos, durante una semana a una paciente diagnosticada con Preeclamsia.

*Valoración Inicial 04/11/19 15:00*

*a) Datos de Identificación:* BBAB, femenino de 26 años de edad, secundaria concluida, empleada doméstica, católica, radica en el municipio de Huejotzingo.

*b) Observación del Entorno:* BBAB se encuentra hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto (UCIA) la cual consta de 12 camas con 3 aislados, una central de enfermería la cual es compartida con el área médica, cuenta con tres computadoras y una impresora, dos lavabos para higiene de manos, dos carros rojos, iluminación artificial, un gasómetro, área de ingreso para familiares, la habitación de BBAB es un aislado que cuenta con una toma de oxígeno y una de aire, monitor de signos vitales y cardíaco, bomba de infusión de un canal, cama eléctrica, buro, mesa puente, un tripie, bote de basura municipal y otro de RPBI.

*c) Datos Históricos:* BBAB no tiene antecedentes de enfermedades crónicas, el día 03/11/19 10:00 horas ingresa al servicio de urgencias por trabajo de parto con evolución de 72 horas sin progreso y sufrimiento fetal. Posteriormente a las 15:00 horas pasa al quirófano para realizar cesárea obteniendo un producto masculino de 38 SDG con peso de 2.750 gramos, durante el transoperatorio presentó hemorragia obstétrica menor con pérdida de 500 ml. Pasa al servicio de recuperación y nuevamente presenta hemorragia

obstétrica con pérdida 1000 ml por lo que es reintervenida quirúrgicamente, realizando histerectomía radical más ligamento de arterias hipogástricas por tal motivo el 4/11/19 a las 2:00 horas es ingresada al servicio de UCIA, a su ingreso presenta PAS de 195/105 mmHg, administran nifedipino de 30 mg vía oral, sin embargo al medir PAS pasados 30 min de la primera medición se obtiene 190/95mmhg, administran tres gotas de nifedipino de 10 mg sublingual y se mantiene en vigilancia, 30 minutos después se realiza nueva medición obteniendo 145/85 administraron una primera dosis de metropolol 100mg quedando este con horario de cada 8 horas.

*d) Datos Actuales:*

## **I. Patrones Funcionales de Salud**

*1. Patrón percepción-manejo de salud:* BBAB refiere que antes de ingresar al hospital su salud generalmente ha sido buena, no se enferma frecuentemente ni tiene enfermedades crónicas, no fuma, solo consume bebidas alcohólicas en ocasiones especiales, no se droga y durante su vida solo tuvo un accidente en su infancia del cual no tiene secuelas, para evitar sufrir algún accidente menciona que es muy observadora sobre todo cuando se encuentra en la calle, no está segura del porque sucedieron sus complicaciones asegura que ella procuró llevar un embarazo sano, cumpliendo siempre con sus consultas prenatales tomando sus medicamentos (ácido fólico, hierro y suplementos alimenticios), e inmediatamente cuando inicio a sentir dolores de parto acudió al hospital para recibir atención. Actualmente considera que lo sucedido no estaba en sus manos prevenirlo.

*2. Patrón nutricional-metabólico:* antes de su ingreso, comenta que su desayuno regularmente consumía café de olla, pan tostado en ocasiones con mermelada o pan de

dulce, huevos en diferentes variedades y acompañados de diferentes guarniciones( arroz, frijoles, salsa), fruta variada, tres tortillas, en la comida tomaba agua fresca de sabores naturales o refresco, algún guisado procurando siempre incluir verdura en este, sopa y de tres a cuatro tortillas de maíz, durante la cena era un café de olla pan de dulce y en ocasiones una tortilla con un poco de guisado de la comida, al día tomaba aproximadamente un litro y medio de agua simple. Mientras estuvo embarazada su apetito solo disminuyó los primeros dos meses ya que sentía náuseas sin llegar al vómito, era muy sensible a todos los olores, durante su embarazo consumió suplementos alimenticios (ensure).

Actualmente pesa 70kg y mide 1.58, IMC: 28.11 y se mantiene en ayuno de aproximadamente 24 horas.

*3. Patrón eliminación:* antes de su hospitalización BBAB informa que durante el día tenía regularmente dos evacuaciones sin ningún tipo de complicación las describe como suaves y consistentes; la eliminación urinaria sin datos relevantes. Actualmente sin reporte de evacuaciones, presencia de orina amarilla claro sin sedimentos.

*4. Patrón actividad- ejercicio:* nunca ha realizado ejercicio ya que no tiene tiempo y tampoco le gustan mucho las actividades físicas. Actualmente BBAB se encuentra hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos con indicaciones de reposo absoluto, lo cual la hace sentir sin energía.

*5. Patrón sueño-descanso:* antes de su hospitalización menciona que siempre tuvo energía suficiente para realizar sus actividades diarias (es trabajadora doméstica), dormía aproximadamente seis horas diariamente y con eso era suficiente para sentirse descansada y poder acudir a su trabajo, no tenía ningún problema para conciliar el sueño

ya que regularmente terminaba su día muy cansada y eso era suficiente para dormirse de inmediato. Refiere que durante su hospitalización duerme más de 10 horas no sabe la causa del sueño que presenta, aunque estas horas no son continuas debido a que escucha mucho ruido de alarmas o voces y al mismo tiempo el personal de enfermería y médico ingresan con frecuencia a su habitación y a pesar de dormir mucho no se siente descansada.

*6. Patrón cognitivo-perceptual:* BBAB considera que su memoria es muy buena, así mismo le resulta fácil tomar decisiones ya que siempre ha sido muy madura, es independiente desde los 16 años. Aprender cosas nuevas le resulta un poco complicado sobretodo tratándose de actividades académicas, menciona que la escuela siempre le resulto muy difícil y por eso no estudio más que la secundaria.

Durante la entrevista mencionó en varias ocasiones que el dolor que presenta en la herida quirúrgica es intenso y solo disminuye durante la administración de medicamentos y el alivio solo le dura unas horas, igualmente menciona cefalea constante, está consciente que de acuerdo a lo que los médicos le han explicado la cefalea es consecuencia de su actual padecimiento sin embargo le resulta muy incómodo y molesto estar casi todo el tiempo con dolor, no considera tener gran tolerancia al dolor y así mismo expresa que siente que es una paciente muy “latosa”.

*7. Patrón autopercepción-autoconcepto:* BBAB se describe como una mujer joven, amorosa, trabajadora, enojona, bonita, buena persona, noble y respetuosa, se siente a gusto con ella misma. Durante su embarazo su cuerpo cambió totalmente así mismo disminuyeron sus capacidades para hacer las cosas con la velocidad que las hacía, lo que le resultó un problema porque para su trabajo ella debe ser muy activa y fuerte para

poder cumplir con todas las actividades que se le encomiendan, sin embargo todos estos cambios no representaron un cambio a los sentimientos de amor hacia su persona ya que estaba consciente de que eran cambios debidos a su estado de embarazo y además eran temporales. Al momento de iniciar con complicaciones sintió mucha tristeza y pensó que tal vez llegará a morir, admite que estaba perdiendo las esperanzas de conocer a su bebe y eso le producía mucha tristeza, se siente enojada principalmente con los doctores que la atendieron ya que considera es culpa de ellos todas las complicaciones que tuvo.

8. *Patrón rol-relaciones:* su familia de BBAB está integrada por su esposo y ahora su bebé, en este caso el rol que desempeña es el de madre de familia, su esposo y ella desde el día en que decidieron vivir juntos acordaron trabajar ambos para no presentar problemas económicos y así mismo decidieron que cualquier inconformidad se hablaría en el momento para evitar mayores problemas los cuales llegara a afectar su convivencia. Durante su hospitalización su cuidador principal es su esposo y su hermana mayor, quienes la visitan y le dan ánimo de seguir adelante, BBAB considera que es afortunada porque aparte de sus familiares tiene amigos que están al pendiente de ella, también algunos vecinos con los que tiene una relación amistosa le mandan saludos y animo, su estado de salud actual le impide estar completamente feliz ya que se siente sola, menciona que las horas de visita son muy cortas y que cuando no está con su esposo o su hermana siente mucho miedo y tristeza.

9. *Patrón sexualidad-reproducción:* BBAB manifiesta no contestar algunas preguntas relacionadas a este patrón. Se realiza exploración de mamas encontrando congestión mamaria, al tacto se palpan calientes y con induración, menciona que le duele mucho al realizarse el masaje por lo que prefiere no hacerlo seguido, además de

notar que es muy poca la leche que se extrae al mismo tiempo considera que la leche de lata es igual de nutritiva y no considera que haya diferencias importantes en cuanto al tipo de leche que consuma el bebé.

*10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés:* BBAB considera que este año había sido muy bueno y estaba muy feliz esperaba que su bebé naciera y estar pronto en su casa juntos esperando la navidad, siente que el hecho de no estar con su bebé va a ocasionar que el niño no esté tranquilo y eso le preocupa, le gusta mucho platicar de sus miedos con su hermana, a su esposo prefiere no preocuparlo con sus inquietudes ya que no quiere que él resulte afectado, en el estado de salud actual se siente muy tensa ya que no sabe cuándo podrá irse a su casa con su hijo y su esposo, menciona que todo el tiempo tiene ganas de llorar por que no quiere que haya más complicaciones, sin embargo no sabe que otras enfermedades o alteraciones le pueden ocurrir en estos días que se encuentra hospitalizada, así mismo le produce mucho miedo escuchar tantas alarmas en el área donde porque no identifica sí son de ella o de algún otro paciente, lo que le ha causado mucha tristeza y llanto es el hecho de que por las complicaciones presentadas le hayan hecho una histerectomía ya que su bebé es su primer hijo y a ella le hubiera gustado tener una familia grande, tiene miedo de que su esposo la abandone por esta misma situación.

*11. Patrón valores-creencias:* BBAB predica la religión católica, sin embargo en este momento siente que dios no está de su lado o que se olvidó de ella.

## **II. Valoración Céfalocaudal**

Paciente femenino de 26 años de edad, cabeza cilíndrica cabello bien implantado, cuero cabelludo sano, ojos simétricos, pupilas isocóricas normorreflexivas, Glasgow de 14, edema palpebral, narinas permeables, boca semihidratada, mucosas semihidratadas, cuello cilíndrico corto con pulso carotídeo palpable con buena intensidad, tórax con expansión visible, con ruidos cardíacos rítmicos con buena intensidad y frecuencia, con electrodos para monitorización en ritmo sinusal, regular, 65 lpm y frecuencia respiratoria de 16 rpm, saturación de oxígeno de 95%, temperatura 36.6°, se palpan glándulas mamarias con sitios de induración y calor al tacto, poca producción de leche materna, miembros torácicos íntegros, edematizados escala de Godet ++, simétricos con presencia de acceso venoso periférico calibre 18 en brazo derecho, infundiendo solución Hartman 1000ml. a 120 ml/h., cloruro de sodio al 0.9% 210ml. más 300mg de midazolam a 5ml/h. brazo izquierdo con brazaletes para medición de PAS 145/98, PAM 113mmhg, abdomen blando, depresible, con presencia de herida quirúrgica limpia, bordes bien afrontados con sutura, sin datos de infección, con presencia de penrose derecho con aproximadamente 30cc de gasto serohemático, sin datos de irritación peritoneal, genitales limpios, con escaso sangrado transvaginal de aproximadamente 10 cc rojo oscuro, con presencia de sonda foley 14fr. en el turno vespertino durante 5 horas gasto de 1500ml. orina amarillo claro sin sedimentos, miembros pélvicos simétricos sin lesiones, con edema escala de godet +++, llenado capilar de 2”

### **III. Resultados de Auxiliares Diagnósticos**

BH: Eritrocitos 3.69, Hemoglobina: 8.64g/dl, Hematocrito: 32.7%, VCM 90, HCM 30.2, CMHC: 32.8, RDW 34.4, Leucocitos: 15.5, Neutrófilos: 9.6, Linfocitos: 66.7%,

Monocitos: 27.4%, Eosinofilos: 5.5%, Basófilos: 0.1%, plaquetas 113, volumen medio plaquetario 9.76

Tratamiento:

Omeprazol	40mg	IV	C/24h.
Cefotaxima	1 gr	IV	C/8h.
Clonixinato de Lisina	100mg	IV	C/8h.
Gluconato de calcio	1gr	IV	C/12h.
Hidralazina	5mg	IV	T/AD>150mm/hg ò TAS >95mm/hg
Nifedipino	10mg	VO	C/8h.
Metoprolol	100mg	VO	C/8h.

#### **IV. Identificación de Patrones Disfuncionales de Salud**

**Día I.** Se identifican los siguientes Patrones Disfuncionales de Salud en la Sra. BBAB

*Patrón nutricional-metabólico.*

*Patrón adaptación-tolerancia al estrés.*

*Patrón autopercepción-autoconcepto.*

*Patrón actividad ejercicio*

## Registro de Diagnósticos de Enfermería

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Diagnóstico de Enfermería 1: Lactancia materna ineficaz *relacionada con* secreción láctea inadecuada *manifestado por* vaciado insuficiente de cada mama, percepción de secreción de leche inadecuada.

Dominio: 2 nutrición

Clase: 5 Hidratación

Diagnóstico de Enfermería 2: Exceso de volumen de líquidos *relacionado con* mecanismo de regulación comprometidos *manifestado por* edema, alteraciones en la presión arterial y disminución de la hemoglobina

Dominio: 4 Actividad/reposo

Clase: 1 Sueño/reposo

Diagnóstico de Enfermería 3: Trastorno del patrón del sueño *relacionado con* ruido ambiental y falta de intimidad *evidenciado por* insatisfacción con el sueño y no sentirse descansado.

Dominio: 12 Confort

Clase: 2 Confort del entorno

Diagnóstico de Enfermería 4: Disconfort *relacionado con* estímulos ambientales nocivos *evidenciado por* cambios en patrón del sueño, intranquilidad con la situación, llanto.

### Plan de Cuidado de Enfermería

Nombre de la persona: BBAB Edad: 26 Fecha de ingreso: 04/11/2019

Servicio/ Contexto: UCI Diagnóstico médico: Preeclamsia

Dominio: Nutrición Clase: 1 Ingestión	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio:4 conocimiento y conducta de salud Clase: S Cognitivo- perceptivo				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Lactancia materna ineficaz <b>00104</b> relacionada con secreción láctea inadecuada manifestado por vaciado insuficiente de cada mama, percepción de secreción de leche inadecuada.	<b>1800 Conocimiento: Lactancia Materna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18001 Beneficios de la lactancia materna(1)</li> <li>• 180013 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos(1)</li> <li>• 180015 Técnicas adecuadas de extracción de la leche materna(1)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ningún conocimiento</li> <li>2. Conocimiento escaso</li> <li>3. Conocimiento moderado</li> <li>4. Conocimiento sustancial</li> <li>5. Conocimiento extenso</li> </ol>	<b>1</b> Ningún conocimiento	1  <b>Aumentar a:</b> 3

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:5 Familia Clase: Z Cuidados de crianza de un nuevo bebé</p> <p>1. Intervención de Enfermería: Asesoramiento en la lactancia materna</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 524403 Corregir conceptos equivocados, mala información e impresiones acerca de la lactancia materna.</li> <li>• 524418 Explicar a la madre los cuidados del pezón</li> <li>• 524420 Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas</li> <li>• 524421 Explicar los signos, síntomas y las estrategias de manejo de la obstrucción de los conductos</li> </ul>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:3 Conductual Clase: S Educación de los pacientes</p> <p>1. Intervención de Enfermería: Potenciación de la disposición de aprendizaje</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 554005 Satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente( hambre, sed, calor y oxígeno)</li> <li>• 554007 Controlar el dolor del paciente</li> <li>• 554008 Evitar el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción del paciente, si es posible</li> <li>• 554013 Vigilar el estado emocional del paciente</li> <li>• 54016 Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes</li> <li>• 554017 Dar tiempo al paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes</li> </ul>

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

*Adaptado: Morales-Castillo y Torres-Reyes/2015*

### Ejecución y Evaluación del Cuidado

<b>Diagnóstico de Enfermería</b>
Lactancia materna ineficaz, relacionada con secreción láctea inadecuada, manifestado por vaciado insuficiente de cada mama, percepción de secreción de leche inadecuada.

Nombre: \_\_\_\_\_ UCIA  
 Edad: \_\_\_\_\_ Servicio/Contexto: \_\_\_\_\_  
 05/11/19 5 pm  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

<b>Intervenciones Realizadas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 524403 Se corrigió conceptos equivocados, mala información e impresiones acerca de la lactancia materna con apoyo de láminas con explicación sobre lactancia materna y sus beneficios.</li> <li>• 524418 Se explico a la madre los cuidados del pezón de forma demostrativa.</li> <li>• 524420 Se explico las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas</li> <li>• 524421 Se explico los signos, síntomas y las estrategias de manejos de la obstrucción de los conductos</li> <li>• 554005 Se apoyó a satisfacer las necesidades fisiológicas básicas del paciente (hambre, sed, calor y oxígeno) verificando la correcta administración de tratamiento ayudando a poner cómoda a la paciente.</li> </ul>

<b>Evaluación</b>
<p><b>Evaluación Cuantitativa</b>            Resultado Esperado: <i>1800 conocimiento: lactancia materna</i>  <b>Puntuación basal: 1</b>  <b>Puntuación pos intervención: 3</b>  <b>Puntuación cambio: 2</b></p> <p><b>Indicadores basales y pos intervención</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18001 Beneficios de la lactancia materna(1)(2)</li> <li>• 180013 Signos de mastitis, obstrucción de los conductos(1)(3)</li> <li>• 180015 Técnicas adecuadas de extracción de la leche materna(1)(3)</li> </ul> <p><b>Evaluación Cualitativa:</b>            Posterior a la explicación demostrativa acerca de todos los beneficios de la lactancia materna así como de los demás puntos BBAB se muestra más entusiasmada con el hecho de en algún momento poder amamantar a su hijo ha mejorado la técnica de extracción de leche así como de la estimulación previa, aun le surgen dudas pero se muestra con confianza para externarlas.</p>

- 554007 Se administró el tratamiento analgésico correspondiente para controlar el dolor del paciente.
- 554008 Se evitó el uso de medicamentos que puedan alterar la percepción del paciente, si es posible
- 554013 Se vigiló el estado emocional de la paciente
- 54016 Se ayudó a fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes
- 554017 Se dio tiempo a la paciente para que realice preguntas y discuta sus inquietudes

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

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

Nombre de la persona: BBAB Edad: 26 Fecha de ingreso: 04/11/2019  
 Servicio/ Contexto: UCIA Diagnóstico médico: Preeclamsia

Dominio: Nutrición Clase: 5 Hidratación	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio:02 Salud fisiológica Clase: G Líquidos y electrolitos				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Exceso de volumen de líquidos <b>00027</b> <i>relacionado con mecanismo de regulación comprometida manifestado por edema, alteraciones en la presión arterial y disminución de la hemoglobina.</i>	<b>0601 Equilibrio Hídrico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 60101 Presión arterial(2)</li> <li>• 60102 Presión arterial media(2)</li> <li>• 60112 Edema periférico(2)</li> </ul>	1.Gravemente comprometido 2.Moderadamente comprometido 3.Sustancialmente comprometido 4. Levemente comprometido 5.no comprometido	<b>2</b> Moderadamente comprometido	<b>Aumentar a:</b> <b>3</b>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:2 Fisiológico: complejo  Clase: N: Control de la perfusión tisular  1.-Intervención de Enfermería: Manejo de líquidos  Actividades:  412003 Realizar un registro preciso de entradas y salidas.  412007 Monitorizar el estado hemodinámico  412008 Monitorizar los signos vitales.  412009 Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención de líquidos  412012 Controlar ingesta de alimentos.  412016 Administrar los diuréticos prescritos  412026 Consultar con el médico, si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.  412029 Administrar los hemoderivados.</p>

<b>Intervenciones de Enfermería GPC</b>
<p>EVIDENCIA: Reducir la actividad física puede ayudar a un mejor control de cifras de presión arterial.</p>

**Diagnóstico de Enfermería**

00027 Exceso de volumen de líquidos, relacionado con mecanismo de regulación comprometidos, manifestado por edema, alteraciones en la presión arterial y disminución de la hemoglobina

Nombre: BBABUCIA

Edad: \_\_\_\_\_

Servicio/Contexto: \_\_\_\_\_

05/11/195:30 pm

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

**Intervenciones Realizadas**

412003 Se realizó un registro preciso de entradas y salidas.  
 412007 Se monitorizo el estado hemodinámico  
 412008 Se monitorizaron los signos vitales.  
 412009 Se observó si había indicios de sobrecarga/ retención de líquidos  
 412012 Se controló ingesta de alimentos.  
 412026 Se mantuvo comunicación con el médico para informar si los signos y síntomas de exceso de volumen de líquidos persisten o empeoran.

**Evaluación****Evaluación Cuantitativa**Resultado Esperado: *0601 Equilibrio hídrico***Puntuación basal: 2****Puntuación pos intervención: 3****Puntuación cambio: 1****Indicadores basales y pos intervención**

- 60101 Presión arterial(2)
- 60102 Presión arterial media(2)
- 60112 Edema periférico(2)

**Evaluación Cualitativa:**

Posterior al control de líquidos estricto se logró observar disminución del edema en la paciente.

Nombre de la persona: BBAB Edad: 26 Fecha de ingreso: 04/11/2019  
 Servicio/Contexto: UCIA Diagnóstico médico: Preclamsia

Dominio: Nutrición  
 Clase: 5  
 Hidratación

**Diagnóstico de Enfermería (NANDA)**

Trastorno del patrón del sueño **00198**  
*relacionado con ruido ambiental y falta de intimidad evidenciada por insatisfacción con el sueño y no sentirse descansado.*

<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
Dominio:5 salud percibida Clase: U salud y calidad de vida				
<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
<b>2009 Estado de comodidad: entorno</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200903 Entorno favorable para el sueño(2)</li> <li>• 200910Privacidad(1)</li> <li>• 200916 Control del ruido(1)</li> <li>• 200915 Entorno tranquilo(1)</li> </ul>	1.Gravemente comprometido 2.moderadamente comprometido 3.sustancialmente comprometido 4. Levemente comprometido 5.no comprometido	<b>1</b> Gravemente comprometido	<b>Mantener a:</b> 1  <b>Aumentar a:</b> 2

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:1: fisiológico básico  Clase: E Fomento de la comodidad física  Intervención de Enfermería: 6482 Manejo ambiental Confort  Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 648201 Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.</li> <li>• 648208 Evitar exposiciones innecesarias y permitir periodos de reposo.</li> <li>• 648211 Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura.</li> <li>• 648215 Determinar los objetivos del paciente para manipulación del entorno y una comodidad óptima.</li> </ul> <p>Campo:3: Conductual  Clase: T: Fomento de la comodidad psicológica  Intervención de Enfermería:6040 Terapia de relajación  Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 604001 Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación</li> <li>• 604004 Considerar la voluntad y la capacidad de la persona para participar, preferencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relación determinada</li> <li>• 604007 Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda con los ojos cerrados.</li> <li>• 604009 Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda e imágenes de paz.</li> <li>• 604016 Fomentar la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.</li> </ul>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:1: Fisiológico: Básico  Clase: C: Control de la movilidad  2. Intervención de Enfermería: 0740 Cuidados del paciente encamado  Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 74001 Explicar las razones del reposo en cama.</li> <li>• 74005 Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.</li> <li>• 74009 Subir las barandillas, según corresponda.</li> <li>• 74010 Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano</li> <li>• 74017 Enseñar ejercicios de cama.</li> </ul>

**Diagnóstico de Enfermería**

00198 Trastorno del patrón del sueño, relacionado con ruido ambiental y falta de intimidad, evidenciado por insatisfacción con el sueño y no sentirse descansado.

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Servicio/Contexto: UCIA  
 05/11/19 \_\_\_\_\_ 7 pm  
 Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Intervenciones Realizadas**

- 648201 Se ajustó la iluminación para adaptarse a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos, con gestión para que se mantuvieran luces apagadas cuando no fuera estrictamente necesario tenerlas prendidas o en horarios nocturnos.
- 648208 Se evitó exposiciones innecesarias y se permitió periodos de reposo.
- 648211 Se evaluó la temperatura de la habitación y se mantuvo mantas disponibles para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura.
- 648215 Se logró determinar los objetivos del paciente para manipulación del entorno y una comodidad óptima.
- 604001 Se explicó el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación
- 604007 Se sugirió a la paciente que adoptara una posición cómoda con los ojos cerrados.
- 604009 Se ayudó a inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda e imágenes de paz.
- 604016 Se fomentó la repetición o práctica frecuente de la técnica seleccionada.

**Evaluación****Evaluación Cuantitativa**

Resultado Esperado: *Estado de comodidad: entorno*

**Puntuación basal: 1**

**Puntuación pos intervención: 3**

**Puntuación cambio: 2**

**Indicadores basales y pos intervención**

- 200903 Entorno favorable para el sueño(2)(3)
- 200910 Privacidad(1)(2)
- 200916 Control del ruido(1)(1)
- 200915 Entorno tranquilo(1)(3)

**Evaluación Cualitativa:**

Posterior a las intervenciones realizadas y a pesar de haber puntos que no se pudieron modificar sustancialmente lo principal que se logró fue que BBAB lograra relajarse y disminuir la influencia negativa de los estímulos externos

Nombre de la persona: BBAB Edad: 26 Fecha de ingreso: 04/11/2019  
 Servicio/ Contexto: UCIA Diagnóstico médico: Preclamsia

Dominio: Nutrición Clase: 5 Hidratación	<b>Resultados Esperados (NOC)</b>				
	Dominio:02 Salud fisiológica Clase: G Líquidos y electrolitos				
<b>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</b>	<b>Resultado</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Puntuación Basal</b>	<b>Puntuación Diana</b>
Disconfort <b>00214</b> <i>relacionado con estímulos ambientales nocivos evidenciado por cambios en patrón del sueño, intranquilidad con la situación, llanto.</i>	<b>2008</b> <i>Estado de comodidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 200801 Bienestar físico(2)</li> <li>• 200804 Entorno físico (2)</li> <li>• 200806 Apoyo social de la familia(4)</li> </ul>	1.Gravemente comprometido 2.Moderadamente comprometido 3.Sustancialmente comprometido 4. Levemente comprometido 5.No comprometido	<b>2</b> Moderadamente comprometido	<b>Aumentar a: 3</b>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:3 Conductual Clase: T Fomento de la comodidad</p> <p>2. Intervención de Enfermería: 5820 Disminución de la ansiedad</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 582003 Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</li> <li>• 582005 Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</li> <li>• 582009 Administrar masajes en la espalda</li> <li>• 582012 Escuchar con atención</li> <li>• 582015 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>• 582023 Instruir al paciente sobre el uso de técnicas d relajación.</li> </ul>

<b>Intervenciones de Enfermería NIC</b>
<p>Campo:3 Conductual Clase: R Ayuda para el afrontamiento</p> <p>3. Intervención de Enfermería: 5380 Potenciación de la seguridad</p> <p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 538002 Mostrar calma</li> <li>• 538003 Pasar tiempo con la paciente</li> <li>• 538013 Animar a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente.</li> <li>• 538019 Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera</li> </ul>

**Diagnóstico de Enfermería**

00214 Disconfort relacionado con estímulos ambientales nocivos, evidenciado por cambios en patrón del sueño, intranquilidad con la situación, llanto.

Nombre: BBAB

26 años

UCIA

Edad:

Servicio/Contexto:

05/11/19

5 pm

Fecha:

Hora:

**Intervenciones Realizadas**

- 582003 Se explicó todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- 582005 Se proporcionó información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- 582009 Se administró masajes en la espalda
- 582012 Se escuchó con atención
- 582015 Se animó la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- 582023 Se instruyó al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- 538003 Se pasó tiempo con la paciente
- 538013 Se animó a la familia a que proporcione objetos personales para el uso o disfrute del paciente.
- 538019 Se respondieron a las preguntas sobre su salud de una manera sincera

**Evaluación****Evaluación Cuantitativa**

Resultado Esperado: ***2008ESTADO DE COMODIDAD***

**Puntuación basal: 2**

**Puntuación pos intervención: 3**

**Puntuación cambio: 1**

**Indicadores basales y pos intervención**

- 200801 Bienestar físico(2)(3)
- 200804 Entorno físico (2)(3)
- 200806 Apoyo social de la familia(4)

**Evaluación Cualitativa:**

Posterior a las intervenciones realizadas apoyadas entre material visual y explicaciones verbales se observó mejoría en la paciente y mejor disposición para cooperar en el tratamiento.

## Capítulo III

### Discusión

Realizar un plan de cuidados estandarizado para una paciente con el diagnóstico de preeclamsia resultado de un proceso de enfermería no es en definitiva algo sencillo debido a que como toda alteración de salud la preeclamsia afecta de manera biopsicosocioemocional a la persona que la padece; sin embargo es invaluable la detección de los patrones funcionales que se encuentran alterados considerablemente y así realizar las intervenciones de forma pertinente, durante el tiempo que sea posible debido a que ofrecer una atención integral durante la estancia hospitalaria siempre tendrá un grado de limitación, de forma que al identificar y priorizar las necesidades de la persona se puede lograr el objetivo de la mejoría en el estado de salud, como se puede observar en el caso clínico anteriormente descrito hay padecimientos que a pesar de tener alteraciones en la salud física también tienen alteraciones graves en la salud psicológica de la personas.

### Conclusión

El manejo de enfermería y principalmente de una enfermera especialista debe ser oportuno, partiendo de una valoración integral que aseguren el bienestar, impartiendo cuidados en relación a los protocolos establecidos en cada unidad de salud, al conocimiento científico y a las necesidades del usuario, de tal manera que conozcan los factores potenciales, pero principalmente reales y así intervenir anticipándonos a las complicaciones.

## Referencias

- Bulechek, G., Butcher, H. McCloskey, J. (2014). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* [6ª Ed.]. Elsevier-Mosby: España.
- Carmona-Guirado, Escaño-Cardona y García-Cañedo. (2015). Práctica enfermera en Unidades de Cuidados Intensivos Maternales. Preeclampsia Grave en Primigesta. *Enfermería Intensiva*, 26, 32-36.
- Castro & Simian. (Mayo-Junio 2018). La Enfermería y la Investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29, 301-310.
- De Jesús-García A, Jiménez-Baez MV, González-Ortiz DG, De la Cruz-Toledo P, Sandoval-Jurado L, Kuc-Peña LM. Características clínicas, epidemiológicas y riesgo obstétrico de pacientes con preeclampsia-eclampsia. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2018;26(4):256-62.
- Guevara-Ríos y Meza-Santibáñez. (2014). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 1, 385-393.
- Herrera-Sanchez. (Marzo 2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3, 8-12.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. & Swazon, E. (2014). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)* [5ª Ed.]. Elsevier-Mosby: España.
- Heather, H. (2012-2014) *NANDA Internacional Edición Hispanoamericana Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación*. Elsevier Mosby: España.
- Pacheco-Romero, (2017). Introduction to the Preeclampsia Symposium. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(2), 199-206. de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000200007&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200007&lng=es&tlng=en).

Vega-Morales, Torres-Lagunas, Patiño-Vera, Ventura-Ramos, Vinalay-Carrillo. (2016).

Vida cotidiana y preeclampsia: Experiencias de mujeres del Estado de México.

Enfermería universitaria, 13, 12-24.