

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de cesárea por preeclampsia severa en el servicio de ginecoobstetricia del hospital de Huaral

2022

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería:

Enfermería en Gineco Obstetricia

Autores:

Silvana Aquilina Pariasca Quineche

Carmen Beatriz Castañeda Contreras

Asesor:

Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, 11 de abril de 2024

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, Katherine Mescua Fasanando, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE POST OPERADA DE CESÁREA POR PREECLAMPSIA SEVERA EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE HUARAL 2022”** de los autores Silvana Aquilina Pariasca Quineche y Carmen Beatriz Castañeda Contreras tiene un índice de similitud de 20% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 11 días del mes de abril del año 2024



Mg. Katherine Mescua Fasanando

**Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de
cesárea por preeclampsia severa en el servicio de
ginecoobstetricia del hospital de Huaral 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad
Profesional de Enfermería: Enfermería en Gineco Obstetricia



Mg. Sofia Dora Vivanco Hilario
Dictaminador

Lima, 11 de abril de 2024

Tabla de Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción.....	3
Marco Teórico.....	6
Preeclampsia	6
Perfusión Tisular Periférica	13
RC Síndrome de Hellp.....	16
Teorías de Enfermería.....	19
Metodología.....	20
Diseño del Estudio.....	20
Sujeto de Estudio.....	20
Ámbito y Periodo de Estudio.	20
Procedimiento de Recojo de Información	21
Procesamiento de los datos	22
Resultados.....	23
Planificación	2
Ejecución	14
Evaluación	16
Discusión	21
Limitaciones	23
Conclusiones.....	23

Referencia.....	25
Apéndices	32

Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de cesárea por preeclampsia severa en el servicio de ginecobstetricia del hospital de Huaral 2022

Silvana Aquilina Pariasca Quineche^a y Carmen Beatríz Castañeda Contreras^a

Mg. Katherine Mescua Fasanando^b

^aAutoras del Trabajo Académico, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú

^bAsesora del Trabajo Académico, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Lima, Perú

Resumen

Introducción: La preeclampsia severa es un trastorno caracterizado por la presión alta (hipertensión) que puede presentarse durante el embarazo y el post parto, siendo uno de los principales problemas de salud pública y la segunda causa de la mortalidad materna.

Objetivo: Determinar los cuidados de enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa, los factores de riesgo de complicación y el tratamiento específico.

Metodología: El estudio fue de enfoque cualitativo con diseño de caso clínico único que se basa en el método del proceso de atención de enfermería aplicando la guía de valoración de los 11 patrones funcionales según Marjorie Gordon a una paciente post cesareada inmediata de 34 años **Resultados:** De acuerdo a los patrones alterados, se formularon 8 diagnósticos de enfermería y mediante la red de razonamiento se consideró como diagnóstico principal a (00204) Perfusión tisular periférico ineficaz y como Riesgo de complicación el síndrome de Hellp. Los cuidados de enfermería se planificaron con la Taxonomía NANDA, NOC, NIC, los problemas de complicación se priorizaron basándose en la red de razonamiento y usando el enfoque AREA. Las actividades se ejecutaron a tiempo y oportunamente, la evaluación fue mediante la diferencia de las puntuaciones inicial y diana de cada indicador. **Conclusión:** La enfermera brinda cuidados de enfermería basados en conocimientos científicos, habilidades y destrezas adquiridas a lo largo del tiempo de servicio que luego los aplica de acuerdo con la patología que se presente, cuyo fin es la recuperación y reincorporación de la paciente a su ámbito social.

Palabras Claves: Proceso de atención de enfermería, paciente, preeclampsia severa

Abstract

Introduction: Severe preeclampsia is a disorder characterized by high blood pressure (hypertension) that can occur during pregnancy and postpartum, being one of the main public health problems and the second cause of maternal mortality. **Objective:** Determine nursing care in a post-cesarean patient due to severe preeclampsia, risk factors for complications and specific treatment. **Methodology:** The study had a qualitative approach with a single clinical case design that is based on the method of the nursing care process, applying the assessment guide of the 11 functional patterns according to Marjorie Gordon to a 34-year-old immediate post-cesarean patient. **Results:** According to the altered patterns, 8 nursing diagnoses were formulated and through the reasoning network, (00204) Ineffective peripheral tissue perfusion was considered as the main diagnosis and Hellp syndrome as the risk of complication. Nursing care was planned with the NANDA Taxonomy, NOC, NIC, complication problems were prioritized by calculating in the reasoning network and using the AREA approach. The activities were executed on time and opportunely, the evaluation was through the difference between the initial and target evaluation of each indicator.

Conclusion: The nurse provides nursing care based on scientific knowledge, skills and abilities acquired throughout the time of service that are then applied according to the pathology that is presented, the purpose of which is the recovery and reintegration of the patient to their home. ambit. social.

Keywords: Nursing care process, patient, severe preeclampsia.

Introducción

Una de las principales causas de enfermedad y muerte materna neonatal a nivel mundial es la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2019a) menciona que la incidencia de preeclampsia en el 2018 varió de 2 a 10% del total de embarazos y en el 2019, siendo considerada la segunda causa de muerte en el mundo, con un 14%. En Estados Unidos, se le considera la cuarta causa de mortalidad materna. En América Latina la preeclampsia es la primera causa de muerte materna, en un 25,7% de los casos (Velumani et al., 2021a). Por otra parte, en Chile representa la segunda causa de muerte materna, con un 16.3% (Flores & Garmendia, 2021).

En Perú hace 30 años los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran dentro de las dos primeras patologías que producen mayor morbimortalidad materna complicando el 22% de los embarazos. Las principales causas de muerte materna son las hemorragias obstétricas con un 48.8%, trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio 23.3%, aborto 10.9% y por complicaciones no obstétricas 10% (Ministerio de Salud, 2019).

En Perú la preeclampsia fue la primera causa de muerte materna en el 2018 con un 22%. Al iniciarse la pandemia, se registraron 439 muertes maternas, la cifra más alta de los últimos ocho años por problemas de preeclampsia o hemorragias, otros factores que agravaron más el problema fueron la suspensión de controles prenatales y falta de personal (Guevara, 2021a).

Tingal (2020) realizó un estudio en el Hospital Regional Docente Cajamarca en una muestra de 154 pacientes con diagnóstico de preeclampsia. De acuerdo al tipo de preeclampsia el 31.8% presentó preeclampsia sin criterio de severidad y el 68.2% preeclampsia con criterio de severidad, según los signos y síntomas 89.6% presentó hipertensión arterial, 45,5% edema, 50% cefalea intensa, 91,1% visión borrosa, referente a

los resultados de laboratorio, 89,6% tuvo proteinuria en orina de 24 horas; 37% enzimas hepáticas elevadas y según las complicaciones; 10,4% presentó síndrome HELLP y 26% eclampsia, el parto culminó por cesárea un 70,1% y 29,9% vía vaginal, las pacientes en su mayoría pertenecieron al grupo de menores de 20 años con un 22,7% y el 52,6% fueron primíparas.

La preeclampsia es una de las complicaciones que se puede presentar durante el embarazo, parto o puerperio, lo que conlleva al incremento de la morbilidad materno perinatal y neonatal, estas patologías son las primeras causas de muerte materna en el país y a nivel mundial (Velumani et al., 2021b).

Conociendo los antecedentes que ocasiona la preeclampsia como daño a diferentes órganos, afectación a la madre y al feto, además de ser responsable de un alto porcentaje de muertes maternas y perinatales (Guevara, 2021b). De no ser controlada la preeclampsia conlleva a complicaciones como el síndrome de HELLP, eclampsia, rotura hepática e insuficiencia renal (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, 2019).

En la preeclampsia el tratamiento de elección es la interrupción del embarazo mediante la cesárea de emergencia, la administración de antihipertensivos ayudará a disminuir la presión arterial y no deberá alterar la lactancia materna, otros fármacos como el sulfato de magnesio ayudan a prevenir las convulsiones. (Burga, 2021). El tratamiento es individual para cada paciente y varía de acuerdo con criterios de severidad. La preeclampsia no es criterio de cesárea y su práctica dependerá de factores obstétricos generales (Suárez et al., 2019).

Según Valle et al. (2021) el rol de la enfermera asume ser integrante del equipo multidisciplinario de salud en una paciente de 34 años, en su primer día del posoperatorio inmediato, atendida en el servicio de gineco obstetricia, recibió monitoreo constante de sus

funciones vitales y administración de tratamiento farmacológico. Se procedió a ejecutar cada etapa del PAE: para la valoración se aplicó la guía con los once patrones funcionales de Marjory Gordon. Se identificó ocho diagnósticos enfermeros priorizándose tres:

Primero, (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad e/p hipertensión 160/100 mmhg, visión borrosa y cefalea.

segundo, (00132) Dolor agudo r/c agentes lesivos biológicos y físicos m/p expresiones verbales y gesticulaciones de dolor de herida operatoria. EVA 8 /10.

Tercero, (00206) Riesgo de sangrado r/c complicaciones del proceso del embarazo y post parto (deterioro de la función hepática). Luego se valoró el problema de colaboración (PC) Preeclampsia y el RC Síndrome de Hellp.

La aplicación de la metodología científica del PAE permitió cumplir con la ejecución de cada una de las etapas, especialmente la administración de los cuidados especializados para el caso de preeclampsia severa previniendo el síndrome de Hellp, Los cuidados fueron analizados, priorizados, específicos que ayudaron a disminuir, controlar y estabilizar la hemodinámica corporal mediante la priorización de la intervención (4162) manejo de la hipertensión, para detectar a tiempo signos y síntomas de crisis hipertensiva (cefalea, náuseas, mareos, vómitos, cambios en la visión, confusión, nerviosismo, alteración en el nivel de conciencia, dolor torácico y convulsiones), así como intervenciones que la han protegido de otros riesgos de complicación que pudieron haberse presentado en cualquier momento.

El presente estudio de caso se ha desarrollado aplicando el PAE, tiene una vinculación con el proceso de investigación científica, que la enfermera aplica en su quehacer de atención al paciente, aplicando guías, protocolos, procedimientos basados en principios científicos, que demuestran resultados efectivos, eficaces y de calidad, logrando en la paciente un grado de independencia de mejoría progresiva encaminada a la autonomía en sus propios cuidados de salud, que solo el profesional de enfermería puede lograr.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los cuidados de enfermería en un paciente post cesareada por preeclampsia severa del servicio de gineco obstetricia en el hospital de Huaral.

Objetivos Específicos

Identificar las características clínicas manifestadas en paciente post cesareada por preeclampsia severa.

Describir los factores de riesgo de complicación en paciente poscesáreada por preeclampsia severa

Destacara el rol de enfermería exponer el tratamiento específico de la preeclampsia severa.

Elaborar un plan de cuidados a una paciente poscesáreada por preeclampsia severa. según la taxonomía NANDA I, NOC, NIC priorizando los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración según el Modelo Bifocal de Lynda Juall Carpenito.

Marco Teórico

Preeclampsia

Concepto

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que se presenta durante el embarazo, puerperio y postparto, afecta a la madre y al feto (OMS, 2019b).

Es un síndrome multisistémico de severidad variable durante el embarazo, se presenta una reducción en la perfusión sistémica como consecuencia del vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación, aparece después de las 20 semanas de gestación, en el momento del parto o dos semanas después de la misma, con presión arterial sostenidas por arriba de 140//90 asociado a proteinuria (Herrera, 2020).

Dulay (2022) consideran la preeclampsia como una complicación del embarazo, la elevación de la presión arterial después de la segunda mitad del embarazo que se acompaña

de proteinuria o de signos de alarma como: trombocitopenia, complicaciones renales, función hepática alterada (enzimas hepáticas elevadas), edema pulmonar, síntomas cerebrales o visuales (visión borrosa).

Fisiopatología de la Preeclampsia

Normalmente en la placentación las células del trofoblasto invaden la capa muscular de las arterias espirales produciendo el remodelado de la arteria espiral, la cual se convierte en un vaso grande de esta manera se asegura una buena perfusión útero placentaria. Durante la preeclampsia sucede lo contrario, la inadecuada invasión de las células del trofoblasto de la arteria espiral no se modifica, continúa siendo un vaso pequeño con una gruesa capa muscular, por ello se contrae y genera insuficiencia placentaria (Reyna-villasmil et al., 2021).

La alteración del endotelio vascular puede ser generalizada y ocasiona la permeabilidad y edema capilar creciente que llevaría a la hipoxia cerebral y convulsiones de la eclampsia, necrosis peri portal del hígado y daño del parénquima, produciendo un aumento de las enzimas hepáticas, hemólisis, proteinuria y compromiso de determinados órganos (Valdivia, 2023).

Clasificación de la Hipertensión en el Embarazo

Hipertensión Crónica. Se considera cuando el PAS es ≥ 140 mmhg. y/o PAD ≥ 90 mmhg. antes del embarazo y anterior a las 20 semanas de gestación, persistiendo aún después de las 12 semanas del parto. El 90% de las embarazadas corresponden a una hipertensión primaria y el 10% a causas secundarias como mayores de 35 años, hipertensión grave hipocalcemia, aumento de la creatinina o albuminuria (Marín et al., 2021a).

Hipertensión Gestacional. Se considera cuando el PAS es ≥ 140 mmhg. y/o PAD ≥ 90 mmhg. después de las 20 semanas de gestación en una mujer que previamente tuvo

presión arterial normal. En algunos casos desarrolla proteinuria u otra disfunción de órgano compatible con el diagnóstico de preeclampsia (Guevara & Meza, 2022a).

Hipertensión Transitoria del Embarazo. Presencia de hipertensión arterial durante el embarazo, pero no proteinuria (Marín et al., 2021b).

Hipertensión Arterial Crónica con Preeclampsia Sobreagregada. De las pacientes hipertensas crónicas llegan a desarrollar preeclampsia durante la gestación un 20 a 50%, este riesgo se incrementa en mujeres obesas, fumadoras y que tienen una presión diastólica >100 mmhg. hipertensión arterial mayor de 4 años, antecedentes de preeclampsia en embarazos anteriores y falla de algún órgano blanco (Luna & Martinovic, 2023).

Preeclampsia Severa. La preeclampsia severa se presenta como una complicación del embarazo, la gestante muestra presión arterial alta y otras afecciones, algunas mujeres con preeclampsia presentan convulsiones. Se diagnostica preeclampsia severa cuando la gestante tiene presión sistólica mayor o igual a 160 mmhg o presión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmhg en dos oportunidades con una diferencia de por lo menos 6 horas, se controla la presión arterial dos veces con un intervalo de 4 horas teniendo en cuenta que la paciente se halla en reposo (Rojas et al., 2019).

Signos y Síntomas

Para Rojas et al. (2019) los signos y síntomas de la preeclampsia son los siguientes: incremento de la presión arterial, escotomas, edema, tinitus, náuseas o vómitos, exceso o pérdida de proteínas en la orina, cefalea intensa y persistente en región frontal u occipital, dolor abdominal en el hipocondrio derecho.

Factores de Riesgo

Según Velumani et al. (2021c) los factores de riesgo están asociados a los siguientes antecedentes: Edad (mujeres menores de 20 años o mayores de 35 años), obesidad, primer embarazo, hipertensión crónica, embarazo múltiple, fertilización in vitro, intervalo entre

embarazos, antecedentes de enfermedad renal o proteinuria, preeclampsia en anteriores embarazos, historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas, antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial, trombofilia, enfermedades de nefropatía, enfermedad colágeno, trofoblástica del embarazo e infecciones en el embarazo.

Diagnóstico

El diagnóstico de preeclampsia se da teniendo en cuenta los siguientes criterios: Embarazo después de las 20 semanas de gestación excepto en embarazo molar, Presión arterial mayor a 140/90 mmHg, dos controles con un intervalo de 6 horas y Proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas (Guevara & Meza, 2022b).

Los criterios de severidad son: presión arterial mayor a 160/110 mmHg, dos controles con intervalo de 4 horas acompañado de dos de los siguientes signos y/o síntomas: Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas, creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl, dolor en epigastrio o hipocondrio derecho de forma intensa y persistente, oliguria menor a 500ml en 24 horas, trombocitopenia por debajo de 100.000, alteración en las pruebas de función hepática, los valores normales se ven duplicados, alteraciones visuales principalmente por fosfenos o presencia de tinitus o acúfenos, dolor de cabeza y edema pulmonar (Velumani et al., 2021d).

Tratamiento

Tratamiento en Preeclampsia sin Datos de Severidad. En este caso se trata de mantener los valores tensionales en niveles más cercanos a los normales, la presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y la presión diastólica entre 80 y 105 mmHg.

Los tratamientos utilizados son los siguientes: Metildopa con dosis de 250 a 500mg por día, se puede dar este tratamiento de primera línea inclusive en dosis de hasta 2g por día, Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. Se usa sobre todo en casos de emergencias por el riesgo de hipotensión elevada, Labetalol en dosis de 100 a 400 mg, pero con dosis inclusive

de hasta 1200 mg al día. No es recomendable en pacientes asmáticas o con insuficiencia cardiaca, también en mujeres en trabajo de parto debido a que puede producir bradicardia fetal y Nifedipino dosis de 10 a 20mg hasta 180 mg al día (Herrera, 2020).

Tratamiento en Preeclampsia con Datos de Severidad. En este caso se debe hospitalizar de inmediato a la gestante con monitoreo cardiaco no invasivo en posición de decúbito lateral izquierdo, canalizar vías periféricas de grueso calibre y colocar sonda Foley para cuantificar la diuresis. Dentro del tratamiento farmacológico se utiliza: Hidralazina con bolo inicial de 5mg IV con bolos de 5 a 10 mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30 mg, Labetalol 20 mg IV seguido de 40 a 80 mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220 mg y Nifedipino 10 mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50 mg (Caceres & Ortiz, 2018).

Tratamiento en Crisis Convulsivas. Se hace uso del sulfato de magnesio como neuro protección en dosis de 4g diluidos en 250 cc de solución glucosada que se administra en un tiempo de 20 minutos y luego dosis de mantenimiento a 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%. De presentarse intoxicación por sulfato de magnesio con presencia de hiperreflexia, se administrará 1 g de gluconato de calcio en 100 cc de solución fisiológica en 15 minutos (Herrera, 2020).

Terminación del Embarazo. La culminación del embarazo es el único tratamiento para la preeclampsia con criterios de severidad o que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar deben terminar. Los demás tratamientos son de apoyo con el fin de que el embarazo progrese a una edad gestacional con feto viable (Velumani et al., 2021e).

Complicaciones

Restricción del Crecimiento Fetal. La preeclampsia perjudica las arterias que proveen sangre a la placenta, al no recibir la cantidad suficiente de sangre la placenta, el feto

puede no recibir la cantidad necesaria de sangre, oxígeno y nutrientes, lo que conlleva a un crecimiento lento denominado “restricción del crecimiento fetal” (Belmar et al., 2020).

Nacimiento Prematuro. La preeclampsia puede ocasionar un nacimiento prematuro no planificado (parto antes de la semana 37). El nacimiento prematuro planificado es el tratamiento principal para la preeclampsia. Los riesgos de complicaciones son mayores en un prematuro al respirar, alimentarse, los problemas auditivos, la visión, retraso en el desarrollo y parálisis cerebral. El tratamiento oportuno antes del parto prematuro puede reducir ciertos riesgos (Guevara & Meza, 2022a).

Desprendimiento de la Placenta. El desprendimiento de la placenta es una de las complicaciones de la preeclampsia ocasionando que la placenta se separe de las paredes internas del útero antes del parto. El desprendimiento grave puede provocar sangrado profuso y poner en riesgo la vida de la madre y del feto (Dulay, 2022).

Daño a Otros Órganos. La preeclampsia puede afectar los riñones, hígado, pulmones, corazón, ojos y provocar accidente cerebrovascular o lesión cerebral. El nivel de afectación a otros órganos dependerá de la gravedad de la preeclampsia (Cabrera et al., 2019a).

Enfermedad Cardiovascular. En el futuro la preeclampsia puede incrementar el riesgo de presentar enfermedades cardíacas y vasos sanguíneos (cardiovasculares). El riesgo es mayor si la paciente ha presentado preeclampsia más de una vez o ha tenido parto prematuro (Marín et al., 2021c).

Prevención de los Síndromes Hipertensivos del Embarazo

Las gestantes deben recibir información referente a un estilo de vida saludable, como: conservar una dieta sana, realizar ejercicios con personal especializado, a fin de mejorar la tasa de diabetes gestacional y síndromes hipertensivos del embarazo reportado en mujeres que si consumen alimentos sanos y saludables además mantienen su rutina de ejercicios aun

estando embarazadas. A pesar de ello, no hay intervención que pueda reducir o eliminar el riesgo de preeclampsia, resulta insuficiente el uso de ácido fólico, restricción del sodio, vitaminas C, D, E, la metformina o reposo en cama de la gestante (Garcia & Zugasti, 2020).

El uso de la aspirina a dosis altas de 150mg por día que se inicia entre las 12 y 28 semanas de gestación y que continúa hasta el parto para prevenir la preeclampsia en mujeres con uno de los factores de riesgo alto o con uno o más factores de riesgo moderado con preeclampsia se fundamenta en su inhibición preferencial del tromboxano A₂, parecen ser bajas los efectos adversos y la iatrogenesis de la aspirina, permitiendo una prescripción más frecuente y mejor relación beneficio riesgo. En un 10% de pacientes se presentan síntomas gastrointestinales y efectos adversos graves como hemorragias, según algunos estudios han reportado (Vigil-De Gracia, 2022a).

El suplemento del calcio a dosis altas mayor de 1 gramo por día puede disminuir el riesgo de preeclampsia, específicamente en mujeres con dietas bajas en calcio (Hofmeyr et al., 2018).

Durante el control prenatal se debe realizar las siguientes actividades: administración de suplementos de calcio durante el embarazo en áreas donde el consumo de calcio es bajo (< 900mg/ día); administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (aspirinas, 75 mg) para prevenir la preeclampsia en mujeres que tienen un riesgo alto de desarrollar la enfermedad; antihipertensivos para embarazadas con hipertensión grave. Durante la asistencia posparto: administración continua de antihipertensivos durante el periodo post parto para mujeres tratadas con antihipertensivos durante el control prenatal; antihipertensivos para mujeres con hipertensión post parto grave (Vigil-De Gracia, 2022b).

Cuidado de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia Severa

En caso de pacientes con preeclampsia la enfermera evaluará constantemente a fin de detectar a tiempo los signos de complicaciones que pueden agravar el estado de salud de la

gestante y el feto o también durante y después del parto. El control permanente de los signos vitales, la saturación del oxígeno, nivel de conciencia, balance hídrico, los reflejos tendinosos profundos y el estado fetal si fuese en circunstancias de ausencia de médico. Durante la administración del sulfato de magnesio vigilar la diuresis ya que se excreta por los riñones, la oliguria aumenta el riesgo de toxicidad, las puérperas pueden presentar atonía o hemorragia uterina por su efecto relajante muscular del fármaco (Guevara & Meza, 2022b).

Perfusión Tisular Periférica

Perfusión Tisular

Este parámetro es el más importante para poder estimar el estado de microcirculación, el aporte de sangre y oxígeno a los tejidos. La valoración de la perfusión periférica nos permite la detección precoz y el control del tratamiento en el shock (Garcia-Figueruelo et al., 2023).

Oxigenación Tisular

Es el aporte de oxígeno de acuerdo con la demanda. Esto depende de los requerimientos metabólicos de los tejidos. Ante una lesión aguda la paciente puede presentar disfunción celular secundaria a hipoperfusión e hipoxia a nivel tisular, la inestabilidad hemodinámica agregado a la hipoxia citopática por disfunción mitocondrial en este caso la paciente puede desarrollar disfunción orgánica múltiple de manera progresiva hasta terminar en la muerte. En la actualidad las variables que más se estudian referente a la detección de hipoxia tisular es el lactato en sangre y las saturaciones venosas en sangre (SvO₂ Y SvcO₂) (Baigorri-González & Lorente, 2019).

Los parámetros que se utilizan en la detección de hipoxia tisular y su uso como objetivos en la reanimación hemodinámica son:

Presión Arterial Media. Una adecuada presión de perfusión en el tejido más el oxígeno arterial es necesario para un buen intercambio de gases a nivel tisular. La presión

arterial media está determinada por la resistencia periférica total y el gasto cardiaco. Alguna alteración producirá hipoperfusión y como resultado la insuficiencia orgánica múltiple.

Cuando la PAM está por debajo de 65 mmhg los lechos vasculares pierden su capacidad de autorregulación local. La PAM mayor de 75 a 85 mmHg es lo recomendable en pacientes con hipertensión arterial crónica (Hernández-González & Salgado, 2020a).

Saturación Venosa de Oxígeno (Central y Mixta). Hernández-González y Salgado (2020b) mencionan que los valores menores del 60% -65% en un paciente con enfermedad agudo, nos indica presencia de hipoxia tisular o perfusión inadecuada y debe ser motivo para que se realicen más diagnósticos y acciones específicas. Se dice que las saturaciones venosas de oxígeno valoran de manera indirecta la perfusión tisular al integrar el estado cardiovascular y hemodinámico de los enfermos graves, por ello la saturación es una parte importante de la monitorización en el servicio de cuidados intensivos.

Lactato. Es un metabolito importante en los principales procesos de producción de ATP, siendo un producto del metabolismo anaerobio. Al presentarse una reducción del suministro sistémico de oxígeno (nivel de hemoglobina, saturación de oxígeno y gasto cardiaco). que excede la capacidad de extracción de oxígeno, se genera hipoxia tisular, aumentando el metabolismo anaerobio y los niveles séricos de lactato. El intercambio de oxígeno se lleva a cabo en la microcirculación, las alteraciones en la perfusión micro circulatoria pueden conllevar a una disponibilidad limitada de oxígeno. La concentración sérica normal de lactato oscila en un rango de 0,3- 1,3 mmol/L y generalmente es menor a 2 mmol/L en condiciones fisiológicas. Se elimina por el hígado, los riñones, corazón y el músculo esquelético (Mesquida et al., 2021).

Delta de CO₂. Cerca de 15,000 y 20,000 mmol de CO₂ se producen cada día. La cantidad que produce el metabolismo celular de CO₂ es transportada por la circulación y luego excretada por los pulmones, produciendo un balance, la hipercapnia tisular aumenta

cuando hay falla circulatoria, secundaria a disfunción miocárdica, hipovolemia o sepsis. El CO₂ tiene un flujo arterial y flujo venoso. La diferencia arteriovenosa de pCO₂, ya sea de sangre venosa o de sangre venosa central ha sido considerada un marcador de la capacidad del sistema cardiovascular para eliminar el CO₂ producido en los tejidos periféricos (Pazmiño, 2021).

Intervención de Enfermería en Casos de Perfusión Tisular Periférica

La enfermera debe realizar intervenciones de monitoreo y registro de las funciones vitales, oxigenoterapia para mejorar la perfusión tisular micro circulatoria, cumplimiento del tratamiento según indicación médica, observación constante en búsqueda de signos de alarma, registro de ingresos y egresos, registro de los hallazgos encontrados en las anotaciones de Enfermería (Mesquida et al., 2021).

Perfusión Tisular Periférica Ineficaz. Según NANDA es la disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2021a).

La microcirculación es un sistema de distribución funcional del flujo sanguíneo; cuya función es mantener un balance adecuado entre el aporte y el consumo de sustancias principalmente oxígeno, la sangre y entre los tejidos. La sangre de acuerdo a sus propiedades físicas se encarga de la adecuada perfusión tisular y la correcta microcirculación. Sus componentes convectivo y difusivo son necesarios para un adecuado transporte de oxígeno (Donoso et al., 2023).

Características Definitivas de Perfusión Tisular Periférica Ineficaz. Alteración del funcionamiento motor, ausencia o disminución del pulso periférico, coloración de la piel alterada, índice tobillo-brazo <90, llenado capilar > de 3 segundos, después de un minuto de elevación de las piernas el color no retorna a los miembros inferiores se observa palidez de piel, disminución de la presión sanguínea en las extremidades, retraso en la curación de las heridas periféricas, edema, dolor de las extremidades, soplo femoral (Salazar, 2021a).

RC Síndrome de Hellp

En inglés sus siglas significan hemólisis (la destrucción de los glóbulos rojos) , incremento de las enzimas hepáticas y plaquetopenia. La gravedad con la que se presenta afecta diversos sistemas del cuerpo humano. El síndrome de Hellp pone en peligro la vida de la madre y el feto, también puede provocar problemas de salud crónico en la madre (Cabrera et al., 2019b).

Los signos y síntomas que se presentan son náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor abdominal en la parte superior derecha y sensación de malestar general. En algunos casos se presenta inesperadamente, inclusive previa detección de la presión arterial elevada, así mismo puede desarrollarse sin síntomas (Cabrera et al., 2019c).

Concepto

El síndrome de Hellp es considerada como una complicación grave de la preeclampsia. El 15 a 20 % no presentan hipertensión o proteinuria. La preeclampsia con signos de gravedad y síndrome de Hellp pueden asociarse con disfunción hepática grave, hemorragia, rotura hepática, incluso infarto. La presencia de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia son características presentes en el síndrome de Hellp (Cararach & Botet, 2022).

Etiología

La etiología del síndrome de Hellp tiene teorías propuestas que concluyen que el inicio del proceso de la enfermedad es por el daño en la capa íntima endotelial, ocasionado por mecanismos desconocidos que se asocia a alteraciones en la placentación, complejos inmunes y a la misma hipertensión. Los factores genéticos también son importantes parece que ciertos genotipos maternos y fetales confieren un riesgo aumentado de presentación y desarrollo del Hellp (Oliveira et al., 2021a).

Fisiopatología

En la fisiopatología del síndrome de Hellp se da por diferentes procesos provocando una afectación multisistémica con disfunción endotelial, compromiso neurológico y hemodinámico. Se presenta la triada clásica: disminución de eritrocitos como consecuencia del daño celular por depósito de fibrina provocado por injuria endotelial, lo que produce ruptura de glóbulos rojos del área afectada, generando así la anemia microangiopática. Segundo: enzimas hepáticas elevadas por necrosis periportal con depósitos de fibrina en el espacio sinusoidal, la obstrucción del flujo sanguíneo hepático provoca distensión y tensión en la cápsula de glisson, produciendo dolor en epigastrio o en el hipocondrio derecho. Tercero: la plaquetopenia es consecuencia de un mayor consumo de plaquetas por el daño endotelial (Araya et al., 2022).

Signos y síntomas

Los signos y síntomas a menudo son la hipertensión y proteinuria, dolor epigástrico o dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, dolor de cabeza y malestar general (Pérez et al., 2019a).

Diagnóstico

El diagnóstico de síndrome de Hellp se realiza en la segunda mitad de gestación o puerperio inmediato con dolor epigástrico en el cuadrante superior derecho de reciente aparición, transaminasas hepáticas elevadas en mayor de 70 UI/L, o el doble del límite superior de concentración normal y el recuento de plaquetas < de 100.000 microlitro. La hemólisis puede manifestarse por elevación de la bilirrubina total > 1.2mg/ dL, LDH y AST elevados y hallazgos (esquistocitos) en un frotis de sangre periférica, hematuria, anemia severa y haptoglobina sérica baja (Oliveira et al., 2021b).

Tratamiento

El tratamiento del síndrome de Hellp indica que se debe terminar la gestación, teniendo presente el estado de salud de la madre, cumpliendo actividades importantes como

el monitoreo del estado de salud de la madre y el feto, administración de tratamiento anti hipertensivo severa (PA > 160/1109), profilaxis de la eclampsia con sulfato de magnesio (intraparto), maduración pulmonar fetal con betametasona a menos de 35 semanas de gestación, terminar la gestación de acuerdo a la edad gestacional de acuerdo con el equipo multidisciplinario (ginecólogos y neonatólogos) (Cararach & Botet, 2022).

Complicaciones

Las complicaciones provocadas por la hipertensión se inician por insuficiencias de células del citotrofoblasto que provoca estrechez y fibrosis en las arterias espirales, disminuyendo así el flujo placentario fetal, que conlleva a hipoxia y el aumento del factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento placentario, aumento de endotelina, tromboxano A, angiotensina II y disminución de vasodilatadores. Estas alteraciones producen un aumento en la resistencia vascular, mayor agregación plaquetaria, disfunción endotelial y activación de la cascada de coagulación (Cabrera et al., 2019d).

Las complicaciones maternas, fetales y neonatales del síndrome de Hellp, son la eclampsia, insuficiencia placentaria, hemorragia post parto severa, hematoma en herida quirúrgica, coagulopatía y coagulación interna, síndrome de distrés respiratorio agudo, necesidades ventilatorias que afecta al 1% y puede requerir ventilación mecánica, infección y sepsis, insuficiencia hepática, rotura hepática y hematoma hepático y/o muerte materna. Las complicaciones neonatales vendrían como consecuencia de la disminución del funcionalismo placentario con más incidencia de crecimiento intrauterino y prematuridad (Guevara & Meza, 2022).

Cuidado de enfermería en pacientes con síndrome de Hellp

Se considera al Síndrome de Hellp como una de las primeras causas de muerte materna en el mundo y segunda en Latinoamérica, suele aparecer durante el puerperio dentro

de las 48 horas hasta 7 días después de la culminación del embarazo en mujeres con antecedentes de preeclampsia. Su presencia en el post parto es una complicación rara, pero peligrosamente mortal (Pérez et al., 2019b).

El rol de enfermería en gestantes con trastornos hipertensivos debe estar enfocado hacia la promoción, prevención y educación de la salud, fortalecimiento del autocuidado, brindar asistencia de enfermería y evaluar los resultados. En el momento de planificar y ejecutar los cuidados de enfermería tener presente el nivel de conocimiento de la mujer, sus necesidades observadas y experiencias culturales. En el primer nivel de atención de la salud la dirección de los factores de riesgo materno ayuda a determinar una vigilancia estricta del control prenatal, lo sugerido es cada 2 a 3 semanas (Triviño-Ibarra & Acosta, 2022).

En pacientes con preeclampsia severa-eclampsia o que hayan presentado Síndrome de Hellp con hospitalización en la unidad de Cuidados Intensivos, las intervenciones de enfermería especializadas se enfocarán en la detección oportuna de los signos y síntomas de alarma y sus complicaciones posteriores: un buen control de mantenimiento y hemodinámico nutricional, cuidado con los accesos vasculares, el control estricto de las ingresos y egresos (balance hídrico estricto), administración y cumplimiento del tratamiento indicado y otras actividades importantes que realiza la enfermera en la atención de paciente crítico (Guevara & Meza, 2022).

Teorías de Enfermería

La teoría de Watson argumenta la relación enfermera-paciente, habla del binomio cuidar/sanar mediante un cuidado profesional, que produzca sanación conocido como cuidado humanístico. Fomenta la fe y la esperanza, promueve la sensibilidad para favorecer una relación terapéutica auténtica. Es un paradigma de transformación porque las experiencias de salud y enfermedad dejan en el paciente un significado especial, que debe ser guiado por la enfermera durante los cuidados y acompañamiento (Gutiérrez & Gallard, 2019).

La teoría de Virginia Henderson se basa en la satisfacción de las 14 necesidades básicas (fisiológicas, psicológica, moral y espiritual), comunes en personas sanas o enfermas, el paciente debe ser ayudado en las funciones donde solo le faltaría fuerza, voluntad y conocimiento para lograr paulatinamente un grado de independencia para el cuidado de su salud (Pastuña & Jara, 2020).

En el estudio de caso de la paciente post cesárea con preeclampsia ha requerido la asistencia del equipo de salud para su recuperación. El personal de enfermería brindó la atención a la paciente aplicando sus conocimientos científicos y experiencia logrando evitar complicaciones. Se brindó orientación a su familia para el apoyo en la continuación del tratamiento en su casa.

Metodología

Diseño del Estudio

Investigación de enfoque cualitativo, tipo de estudio caso clínico único, se basa en el método proceso de atención de Enfermería (PAE) para dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio a fin de determinar los cuidados de enfermería en un paciente post cesareada por preeclampsia severa de acuerdo a la identificación del diagnóstico principal de enfermería, el tratamiento específico y los factores de complicación.

Sujeto de Estudio

Mujer de 34 años seleccionada a conveniencia de las investigadoras, con diagnóstico médico post cesareada inmediata por preeclampsia severa. De acuerdo a la situación de salud en que se encuentra presenta signos y síntomas de complicación (presión arterial 160/100), visión borrosa). Pruebas de función hepática elevada, proteinuria elevada.

Ámbito y Periodo de Estudio.

El estudio se realizó en el servicio de Ginecoobstetricia del hospital San Juan Bautista de Huaral en el periodo de estudio comprendió del 25 de junio 2022 al 20 de diciembre del 2022.

Procedimiento de Recojo de Información

Fuente de Información

El instrumento para la recolección de datos fue el marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Majory Gordon, validado por profesionales expertos en el área.

La información de los datos requerido en la guía de valoración se recolectó haciendo uso de los siguientes instrumentos:

Información verbal de la paciente G.G.C.O de 34 años.

Observación directa de la paciente.

Historia clínica de la paciente, se obtuvieron datos del registro de la evolución médica, resultados de los medios de diagnóstico y datos de las notas de enfermería.

Examen físico de la paciente

Valoración de enfermería con la aplicación de una guía de recolección de datos con los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon a la paciente.

Revisión de la evidencia científica en páginas virtuales como:

Elsevier Science direct, Scielo, Medline, Revistas de Enfermería. Además, se han revisado información virtual de entidades oficiales relacionadas con salud (OMS, OPS, American Cancer Society), MINSA, Guías de práctica y protocolos, Tesis, y textos de enfermería a través de las palabras claves como: Proceso de atención de enfermería, paciente, preeclampsia severa.

Técnica de recolección de datos

Las técnicas empleadas en el estudio fueron la observación directa, examen físico, información verbal, historia clínica, análisis de los documentos

Procedimiento de información

Para dar inicio a la recolección de datos, se solicitó la autorización previa de la paciente garantizando la confidencialidad de los datos aportados durante todo el proceso de

estudio se informó al personal profesional de enfermería del servicio de ginecoobstetricia del hospital.

Recolección de la información

Se realizó mediante 4 fases:

En la primera fase se accedió a la lectura, análisis e interpretación de la historia clínica de la paciente para obtener datos clínicos, antecedentes personales y familiares, motivo de consulta, diagnóstico médico, resultado de exámenes auxiliares y de laboratorio, evolución e indicaciones médicas, anotaciones de enfermería de SOP, URPA y evolución de cuidados de enfermería.

En la segunda fase se desarrolla la valoración de enfermería mediante la observación, examen físico, entrevista personal siguiendo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, determinando la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico para la paciente.

En la tercera fase se realizaron tres seguimientos para evaluar la evolución de la paciente en mención.

En la cuarta fase se realizó una revisión integral de la evidencia científica, limitando la búsqueda de información desde 2017 hasta la actualidad. Se usaron documentos de organismos oficiales (OMS , OPS) base de datos de Science Direct , Elsevier, Scielo, Google Académico, usando palabras clave como “Proceso de Atención de Enfermería “, Preeclampsia severa y sus complicaciones, síndrome de Hellp, perfusión tisular periférico en formatos pdf, artículos, revistas y libros científicos, tesis.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de datos se ejecutó por método de enfermería. Luego de evaluar a la paciente haciendo uso de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se realizó la Red basada en el modelo AREA desarrollado por Pesut y Herman (1999a) a fin de

seleccionar el diagnóstico principal según taxonomía NANDA (Herdman et al., 2021b). Posteriormente se obtiene un DxEp, luego se genera el resultado NOC (Moorhead et al., 2018a), las intervenciones de enfermería NIC (Butcher et al., 2018a) y sus respectivas actividades, finalmente se busca las posibles complicaciones asociados al diagnóstico principal con el propósito de evitarlas con los cuidados de enfermería. Después de ejecutar las actividades de enfermería de acuerdo a lo programado, se realiza la evaluación y verificación de la efectividad de dichas actividades durante la atención de la paciente.

Resultados

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Descripción del Caso. Paciente Gina Gloria Castillejo Obregón de 34 años de edad procedente de Huaral, con grado de instrucción superior universitario, con ocupación de docente, ingresa por emergencia refiriendo cefalea en región occipital y frontal desde hace 5 horas, sensación nauseosa, con presión arterial de 170/90 mmhg, evaluada por médico de turno quien diagnosticó como gestante de 37 semanas con preeclampsia con signos de severidad, inicia el tratamiento con sulfato de magnesio al 20% (5 ampollas en 1000cc de cloruro de sodio al 9%) a chorro 400 cc. y luego a 30 gotas por minuto .se coloca sonda foley y pasa al ambiente de ARO .Se monitoriza por 5 horas la evolución continua con P/A 160 /110 ,Médico de turno indica preparar a la paciente para su intervención quirúrgica de cesárea. se realiza la preparación prequirúrgica y pasa a sala de operaciones, luego al servicio de recuperación y finalmente al área de ginecobstetricia.

Situación Actual. Paciente ingresa al servicio de hospitalización procedente de sala de recuperación con Dx. post cesárea inmediata a causa de preeclampsia severa con 2 horas de evolución, despierta, lúcida, ventilando espontáneamente, pálida, refiere visión borrosa, abdomen blando depresible a la palpación refiere dolor en herida operatoria, útero contraído,

herida operatoria con apósitos secos y limpios, poco sangrado vaginal, sonda foley permeable y permanente, diuresis color amarillo, vía periférica en ambos miembros superiores.

Primera vía recibe Cloruro de sodio 9% 1000cc + 5 ampollas de Sulfato de Magnesio de 1 gr, 500 cc por pasar; segunda vía recibe Dextrosa 5% + Hipersodio 2 ampolla + oxitocina 30 UI, 800cc por pasar.

Días de hospitalización: 6 días, del 25 al 30/06/2022.

Días de atención de enfermería: 2 días, el día 25/06/2022, turno de noche, el día 26/06/2022, turno 24 horas.

Tratamiento Médico.

- ✓ NPO x 6 horas
- ✓ Dextrosa al 5% 1000cc + Oxitocina 30 UI + Hipersodio 20% 2 ampolla I II a 30 gotas por minuto
- ✓ Cloruro de sodio 9% 1000cc + 5 ampollas de Sulfato de Magnesio de 100 cc/ hr por 12 horas
- ✓ Tramadol 50 mg subcutáneo cada 8 horas
- ✓ Ranitidina 50 mg ev cada 8 horas
- ✓ Metoclopramida 10 mg ev cada 8 horas
- ✓ Dimenhidrinato 50 mg ev condicional a náuseas o vómitos
- ✓ Nifedipino 10 mg vía oral condicional PA \geq 160/110 mmhg
- ✓ Masaje uterino + lactancia materna exclusiva
- ✓ Higiene vulvo perineal
- ✓ Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- ✓ Control de sangrado vaginal
- ✓ Vigilar signos de alarma y de severidad
- ✓ Vigilar signos de intoxicación por sulfato de magnesio

- ✓ Sonda Foley permeable
- ✓ Solicitar set de severidad a las 22 horas
- ✓ Proteinuria de 24 horas
- ✓ Control puerperal en 2 horas
- ✓ Balance hídrico estricto
- ✓ Cualquier eventualidad comunicar a ginecólogo de guardia

Exámenes de Laboratorio.

Leucocitos: 8,700 Cel/uL	(Valores normales: 4,500 – 11,000 Cel/UI)
Hematocrito: 31.5%	(Valores normales: 36 – 43%)
Plaquetas: 117.000 Cel/uL	(Valores normales: 150.000 – 475.000)
Cel/uL) Hemoglobina: 10.8 g/dl	(Valores normales: 12 -16 g/dl)
Creatinina: 1.8 mg/dl	(Valores normales: 0.5 – 0.9 mg/dl)
Urea: 19.67 mg/dl	(Valores normales: 17 - 49 mg/dl)
Proteinuria: 3,949.4 g/dl	(Valores normales: 6.0 – 8.3 g/dl)
TGP: 154.54	(Valores normales: < 32)
TGO: 116.58	(Valores normales: < 28)
Bilirrubina total: 0.63	(Valores normales: 0.3 - 1.0 mg/dl)
Bilirrubina directa: 0.27	(Valores normales: 0.0 - 0.3 mg/dl)
Bilirrubina indirecta: 0.36	(Valores normales: 0.2 - 0.8 mg/dl)
Fibrinógeno: 506 mg/dl	(Valores normales: 200 – 400 mg/dl)
Glicemia: 72.31	(Valores normales: 70 – 100 mg/dl)
SARS-CoV-2 Antígeno: Negativo	
Hepatitis B Antígeno Australiano	(HBsAg): No reactivo
HIV Ac	(Anticuerpos HIV 1-2): No reactivo.
Grupo y Factor: A positivo	

Valoración del Caso. Se procede a valorar a la paciente haciendo uso de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón funcional 1: Percepción Manejo de la salud. Paciente adulta joven post cesareada inmediata de 2 horas por preeclampsia, sin antecedentes personales y familiares de hipertensión, diabetes mellitus, tuberculosis, asma, VIH, cáncer; con antecedente quirúrgico de apendicectomía convencional 202.

Con control prenatal del actual embarazo 3 de 12, ha recibido dosis completa de vacuna antitetánica sin reacción adversa.

Alérgica a nitrofurantoina, no alergia a alimentos u otros.

Niega consumo de tabaco, alcohol y drogas, alimentación balanceada, consume 1 litro y medio de agua diario y buen estado de higiene.

Hemoglobina (Hb) 10.8 g/dl, cuenta plaquetaria (Plaq) 117,000.0 Cel/uL, glucosa 72.31mg/dl, creatinina sérica (Cr) 1.8 mg/dl, ácido úrico (Au) 19.67 mg/dl, deshidrogenasa láctica (DHL) 464 (ui/l)

Grupo sanguíneo A y factor Rh positivo, glucosa 72 mg/dl, prueba de COVID -19 negativo.

Patrón Funcional 2: Nutricional – Metabólico. Paciente con peso de 62 kilos, talla 1.46 cm, índice de masa corporal (IMC) 29.1 sobrepeso, hemoglobina (Hb) 10.8, hematocrito (Hto) 31.5 %.

Piel turgente, mucosas húmedas e hidratadas, palidez moderada, dentadura completa, estado de higiene bucal buena, buen estado de nutrición.

Apetito normal, no vómitos

Abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos (+)

Refiere estados nauseosos intermitentes, a la palpación en zona abdominal presenta útero contraído a nivel de cicatriz umbilical.

Los resultados de los exámenes de laboratorio fueron:

Hematocrito bajo con 31.5% , Plaquetopenia de 117.000 Cel/uL, Hemoglobina leve con 10.8 g/dl, creatinina elevada con 1.8 mg/dl, urea normal de 20.65mg/dl, proteinuria en 24 horas muy elevada con 3,949.4 g/dl, valor elevado de la TGP: 154.54, valor elevado de la TGO: 116.58, Fibrinógeno elevado con 506 mg/dl,

Patrón Funcional 3: Eliminación. Post cesareada inmediata con sonda Foley N° 14 (25/ 05/22) permeable y bolsa colectora con diuresis de 19 horas de 1830 cc, colúrica, deposición después de las 24 horas, balance hídrico estricto + 1303, débito urinario 1.55 ml. Con valor muy alto de proteinuria de 24 horas con 3,949 mg/dl, valor alto de creatinina de 1.8 mg/dl y valor normal de la urea.

Herida operatoria con apósitos secos y limpios.

Patrón funcional 4: Actividad Ejercicio.

Actividad Respiratoria. Ventila espontáneamente: frecuencia respiratoria 20 x', superficial, ritmo normal. Saturación de oxígeno (99%)

Actividad Circulatoria. Frecuencia cardíaca 100 x', P. A=160/100 mmhg, pulso 100 x', llenado capilar menos de 2 segundos. Miembros superiores izquierdo y derecho con catéter periférico, miembros inferiores sin edemas.

Actividades de la Vida Diaria. Post cesareada inmediata de 2 horas, grado de dependencia II, fuerza muscular disminuida, reposo relativo e inestabilidad postural al inicio de la deambulación y dolor de herida operatoria.

Patrón funcional 5: Descanso- Sueño. Sueño superficial en las primeras horas de postoperatorio inmediato debido al contacto con recién nacido e inicio de lactancia materna. Así como el llanto de los bebés y el control constante de la presión arterial no permiten que concilie el sueño continuo. Además, se perciben gritos de las gestantes en trabajo de parto que incomoda a la paciente.

Patrón funcional 6: Cognitivo- Perceptivo. Paciente lúcida orientada en tiempo, espacio y persona, con Glasgow de 15 puntos, ansiosa, temerosa, preocupada por su estado de salud y los síntomas que presenta como visión borrosa, sensación de náuseas. También refiere dolor abdominal a la palpación, útero contraído por debajo del ombligo, dolor en la zona operatoria, con valoración de escala de EVA con 8/10 y se administra tratamiento con tramadol 50 mg c/8 horas subcutáneo.

Patrón Funcional 7: Autopercepción- Autoconcepto. Preocupada y manifiesta “veo borroso, ¿cómo será?, ¿mejoraré o no?”.

Patrón funcional 8: Rol- Relaciones. Estudio superior completo, docente y no ejerce su profesión, casada, ama de casa, vive con su pareja, su hijo de tres años y su mamá. El esposo trabaja en maquinarias, mantiene relaciones familiares favorables.

Patrón Funcional 9: Sexualidad- Reproducción. Menarquia a los 11 años, una sola pareja sexual, usa método anticonceptivo de barrera 7 años antes del embarazo. Con solo tres CPN, adulta joven, segundigesta, P 1001; parto vaginal en el 2019 con peso de R.N: 3,200 gr; y actual parto distócico con R.N de 2,440 gr. Fecha última de regla 15/ 09/ 2021, fecha probable de parto 22/06/2022.

Autoexamen de Mamas. blandas, sensibles con presencia de calostro, pezones formados.

Útero contraído, sangrado vaginal en poca cantidad.

Patrón Funcional 10: Adaptación- Tolerancia al Estrés. Paciente ansiosa, temerosa, preocupada por su estado de salud.

Patrón Funcional 11: Valores y Creencias. Religión evangélica; de acuerdo a su creencia no tiene restricción para los procedimientos de salud que recibe de los médicos y enfermeras de la institución.

Plan de Cuidados

Priorización de los Diagnósticos de Enfermería. Se han identificado los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon alterados. Se utilizó NANDA I (2021- 2023).

Patrón funcional 2: Nutricional – Metabólico.

(00233) Sobrepeso. R/c patrones anormales de conducta alimentaria e/p por obesidad I con IMC de 29.10.

Definición. Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo (Herdman et al., 2021c).

Dominio. 2: Nutrición.

Clase. 1: Ingestión.

(00266) Riesgo de Infección de Herida Quirúrgica. R/c procedimiento invasivo, hipertensión arterial y sobrepeso.

Definición. Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos que puedan comprometer la salud (Herdman et al., 2021d).

Dominio. 11: Seguridad / Protección

Clase. 1: Infección

Patrón funcional 4: Actividad – Ejercicio.

(00204) Perfusión Tisular Periférica Ineficaz. R/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad e/p hipertensión 160/100 mmhg, visión borrosa, cefalea y hemoglobina de 10.8g/dl.

Definición. Disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2021e).

Dominio. 4: Actividad/ reposo.

Clase. 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

Patrón funcional 5: Sueño – Descanso.

(00198) Patrón del Sueño Alterado. R/c alteraciones del entorno como: monitoreo constante de presión arterial, perturbaciones ambientales (llanto de los bebés, gritos de gestantes en trabajo de parto), preocupación e/p dificultad para conciliar el sueño, expresión de cansancio.

Definición. Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado (Herdman et al., 2021f).

Dominio. 4: Actividad/ reposo.

Clase. 1: Sueño / reposo.

Patrón funcional 6: Cognitivo – Perceptual.

(00132) Dolor Agudo. R/c agentes lesivos físicos m/p expresiones verbal de dolor y gesticulaciones de dolor, con valoración de EVA de 8 /10.

Definición. Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for the Study of pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses (Herdman et al., 2021g).

Dominio. 12: Confort.

Clase. 1: Confort físico.

Patrón Funcional 9: Sexualidad – Reproducción.

(00227) Riesgo de Proceso de Maternidad Ineficaz. R/c con evaluaciones de control prenatales incompletas (3 de 12), obesidad I y anemia leve.

Definición. Incapacidad para prepararse o mantener un embarazo y proceso de parto saludable, así como los cuidados del recién nacido para asegurar el bienestar (Herdman et al., 2021h).

Dominio. 8: Sexualidad.

Clase. 3: Reproducción.

(00206) Riesgo de Sangrado. R/c complicaciones del proceso del embarazo y post parto (deterioro de la función hepática), plaquetopenia, alteración en el factor coagulación y procedimiento quirúrgico.

Definición. Susceptible de la disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2023).

Dominio. 11: Seguridad /Protección

Clase. 2: Lesión física

Patrón Funcional 10: Adaptación - Tolerancia al Estrés.

(00146) Ansiedad. R/c necesidades no satisfechas e/p preocupación y temor por su estado de salud, sensación nauseosa y visión borrosa.

Definición. Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia (Herdman et al., 2021).

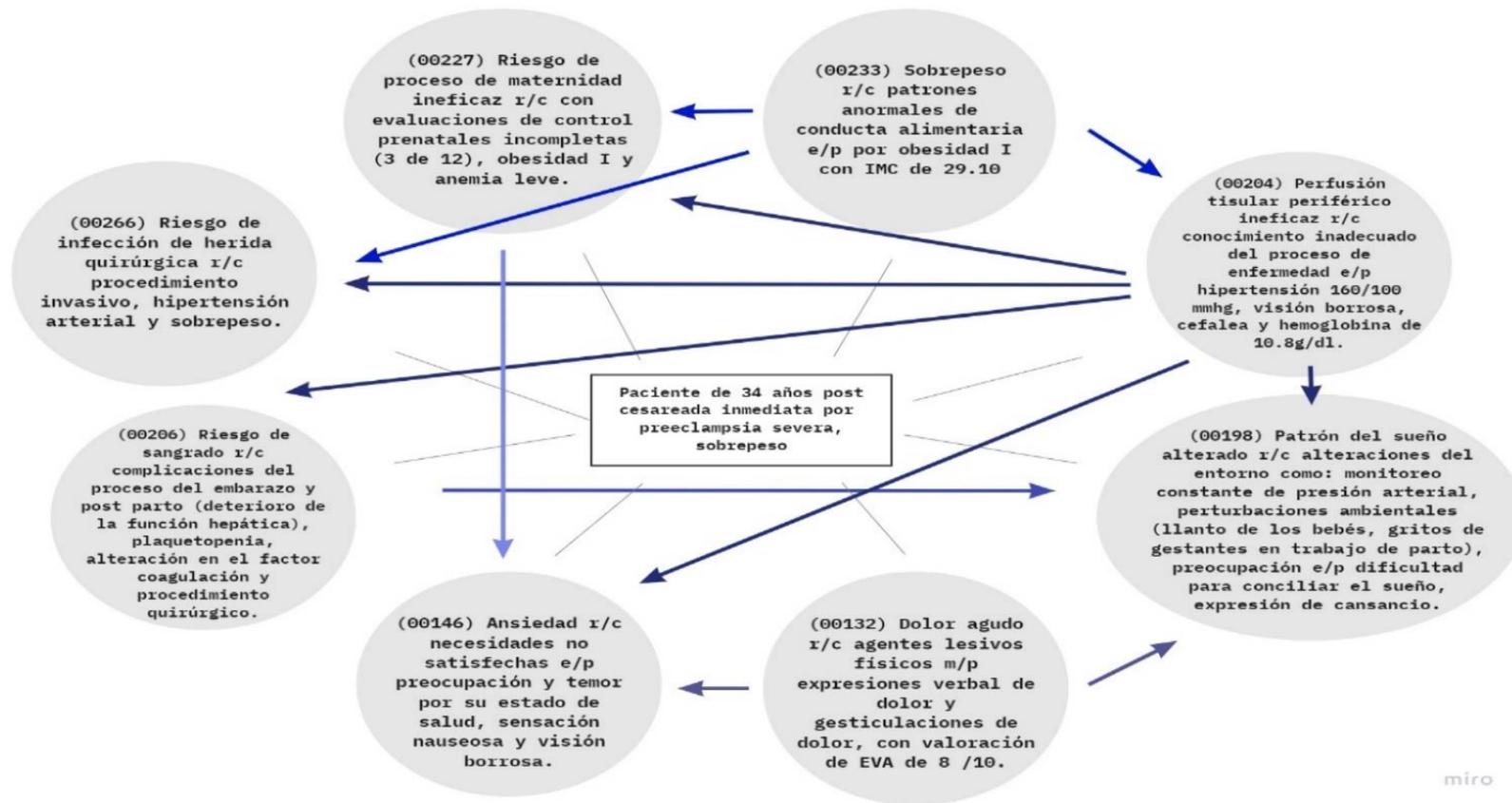
Dominio. 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

Clase. 2: Respuestas de afrontamiento

Priorización del Diagnóstico de Enfermería Principal Mediante una Red de Razonamiento Crítico Basado en el Modelo AREA. Se procede a realizar la priorización del diagnóstico principal de enfermería mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA (Pesut & Herman, 1999b).

Figura 1

Red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA para la obtención del DxEp



Fuente. Elaboración a partir del modelo AREA de (Pesut & Herman, 1999c).

Diagnóstico de Enfermería Principal (DxEp). Después de realizar la red de razonamiento en la Figura 1 para identificar el DxEp se ha obtenido lo siguiente:

(00204) Perfusión Tisular Periférica Ineficaz. R/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad e/p hipertensión 160/100 mmhg, visión borrosa y cefalea, hemoglobina de 10.8g/dl.

Definición. Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2021).

Dominio. 4: Actividad/ reposo.

Clase. 4: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares.

Justificación del DxE Principal. En el presente trabajo de investigación se usará como diagnóstico principal Perfusión tisular periférico ineficaz r/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad e/p hipertensión 160/100 mmhg, visión borrosa y cefalea.

Según la Herdman et al. (2021) la perfusión tisular inefectiva es el estado en el que el individuo presenta una reducción de la concentración de oxígeno y por consiguiente del metabolismo celular, debido al déficit en el aporte sanguíneo capilar lo cual va retrasar la recuperación quirúrgica (cesárea).

Hernández-González & Salgado (2020) expresan que la perfusión tisular periférica ineficaz es un síndrome multisistémico de severidad variable en el embarazo que se caracteriza por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se puede presentar después de las 20 semanas de gestación, durante el parto y puerperio hasta las 12 semanas, los siguientes signos y síntomas característicos son: hipertensión arterial $\geq 140/90$ mmhg con o sin proteinuria, cefalea, tinnitus, edema, dolor abdominal en epigastrio, hemograma alterado y perfil hepático.

Por su parte, Baigorri-González & Lorente (2019) refieren que la perfusión tisular periférica ineficaz en la gestante es de gran severidad debido a la presencia de la presión arterial elevada y la disminución del flujo uteroplacentario, ocasionando daño en la función renal al nivel del sistema renina angiotensina, lo que genera un vasoespasmo en los riñones, cerebro, hígado y corazón, por lo que se necesita que el personal de enfermería cumpla con los cuidados oportunos en base a la valoración y diagnóstico de las pacientes en estado de gestación.

Marín et al. (2021d) señala que el embarazo puede causar cambios patológicos como hipertensión inducida por el embarazo e influir en la exacerbación de condiciones preexistentes como glaucoma o retinopatía diabética. La retinopatía hipertensiva aparece en la hipertensión maligna y la toxemia gravídica y se debe a la arteriosclerosis hipertensiva o engrosamiento arteriolar en respuesta a la hipertensión mantenida. Para determinar si existen o pueden aparecer factores de riesgo es necesario el control durante la gestación.

Los cambios que ocurren en la retinopatía debido a la hipertensión inducida por el embarazo son similares a los cambios presentes en la retinopatía hipertensiva. Las pacientes clasificadas dentro del grupo de alto riesgo en desarrollar preeclampsia son dos veces más propensas a presentar estrechamiento arteriolar retiniano comparadas con el grupo de bajo riesgo. En la hipertensión inducida por el embarazo se observan cambios retinianos y están asociados con la presión sanguínea, proteinuria y la severidad de la enfermedad (Ariph et al., 2019).

El examen del fondo de ojo ayuda a evaluar la severidad de la hipertensión inducida por el embarazo. Las preeclampsia y eclampsia causan síntomas oculares y pueden afectar todo el eje visual. Los estudios sugieren que, en pacientes con preeclampsia severa, el índice de resistencia de la arteria oftálmica está asociado con la evidencia clínica del síndrome de encefalopatía posterior reversible, definido como la presencia de cefalea y visión borrosa. Los

cambios oftalmológicos en la enfermedad hipertensiva del embarazo están relacionados con la severidad y el tiempo de evolución de la hipertensión, puede cursar con alteraciones visuales irreversibles (Turcios et al., 2022).

Velumani et al. (2021) menciona en su estudio que la cefalea es el signo más común y en ocasiones es muy difícil de diferenciar con la cefalea benigna, a menos que aparezcan graves complicaciones.

Los parámetros convencionales como la frecuencia cardiaca, presión arterial media, el estado mental y el gasto urinario son signos importantes que ayudan a evaluar una perfusión tisular disminuida (Mendez, 2019).

Identificación de los Problemas de Colaboración (PC) y sus Riesgos de Complicación (RC). A continuación, se mencionan los probables riesgos de complicación asociado a los problemas de colaboración que podría presentar la paciente para lo cual se ha utilizado el manual de diagnósticos enfermeros de Carpenito (2017).

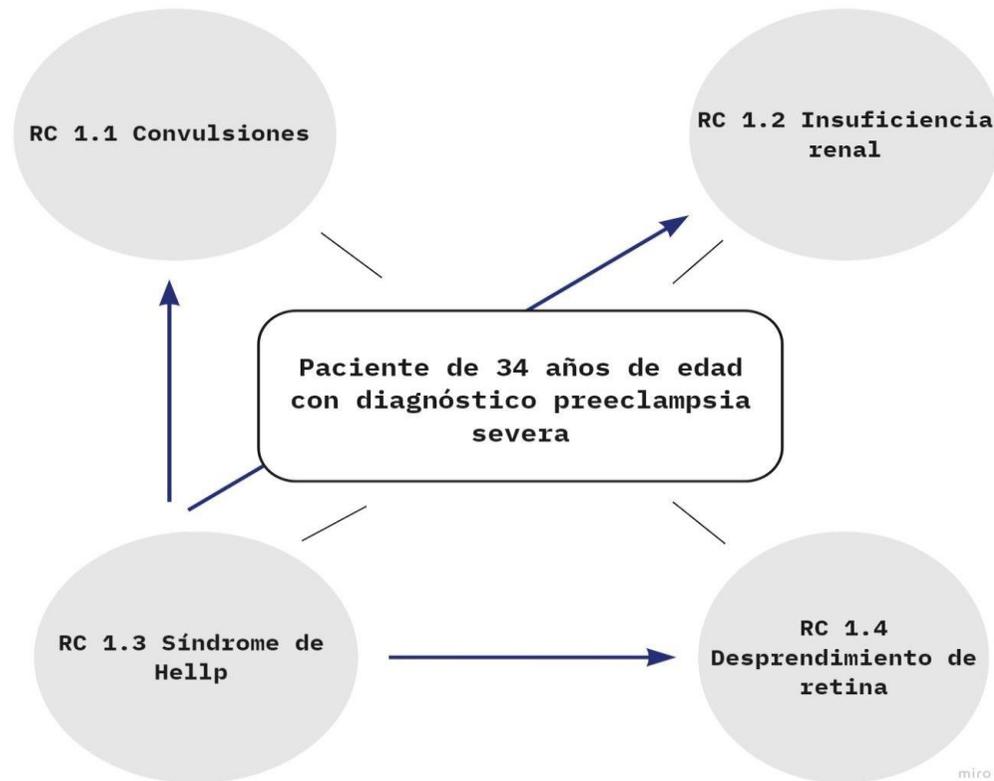
PC 1: Preeclampsia. Los riesgos de complicación son:

- ✓ RC. Convulsiones
- ✓ RC. Insuficiencia renal
- ✓ RC. Síndrome de Hellp
- ✓ RC. Desprendimiento de retina.

Priorización del Riesgo de Complicación Principal Mediante una Red de Razonamiento Clínico Basado en el Modelo AREA.

Figura 2

Red de razonamiento crítico basado en el Modelo AREA para la obtención del Riesgo de Complicación principal (RC)



Fuente. Elaboración a partir del modelo AREA de (Pesut & Herman,1999d).

Justificación del RC Principal. Después de realizar la red de razonamiento para identificar el RCp se ha obtenido como principal el RC 1.3: Síndrome de Hellp.

El síndrome de Hellp es una complicación grave de la preeclampsia y se caracteriza por presentar hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y disminución de las plaquetas o plaquetopenia (Oliveira et al., 2021c).

Araya et al. (2022) refieren que el síndrome de Hellp es un trastorno hipertensivo del embarazo poco común, con severas complicaciones materno-fetales, se manifiesta al presentar cuadro clínico como dolor epigástrico, dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos. Las principales complicaciones son la hemorragia postparto severa, coagulopatía, hemorragia y coagulación intravascular diseminada.

El inicio de esta enfermedad implica mecanismos inmunológicos secundarios a respuestas inflamatorias ocasionadas por procesos de hipoxia/isquemia. Para su diagnóstico se requiere de pruebas de laboratorio (Mondragón, 2018).

En la actualidad no existe un tratamiento específico para el síndrome de Hellp, por ello se considera la interrupción del embarazo como la solución, para lo cual es necesario la estabilidad de los bio parámetros de la paciente, si el estado materno fetal es estable se recomienda inducción del parto vaginal de la edad gestacional y de presentarse la complicación se procederá a la realización de la cesárea (Mayorga et al., 2023).

La preeclampsia independientemente evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome Hellp, que pueden llevar a la muerte de la gestante y del feto o recién nacido. La enfermedad avanza rápidamente, cambiando de leve a grave en días o semanas. Por lo tanto, el manejo debe ser oportuno, multidisciplinario y efectivo con calidad y calidez (Tacuri et al., 2022).

Planificación

Para solucionar el problema del diagnóstico principal se realiza un plan de cuidados de Enfermería, considerando resultados e intervenciones de acuerdo a las necesidades del paciente para lo cual se utilizará el manual de resultado NOC (Sue Moorhead et.al 2018b) y de intervenciones NIC (Butcher et al. 2018b) con sus respectivos indicadores

Siendo el diagnóstico de Enfermería principal:

(00204) Perfusión tisular periférico ineficaz

R/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad e/p hipertensión 160/100 mmhg, visión borrosa y cefalea, hemoglobina de 10.8g/dl.

Definición. Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2023).

Dominio 4. Actividad/ reposo

Clase 4. Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Resultados del NOC del Diagnóstico de Enfermería principal

La taxonomía NOC responde a los resultados para el DxEp (00204) Perfusión tisular periférico ineficaz le corresponde los siguientes NOC

(0401) Estado Circulatorio.

(0406) Perfusión tisular cerebral.

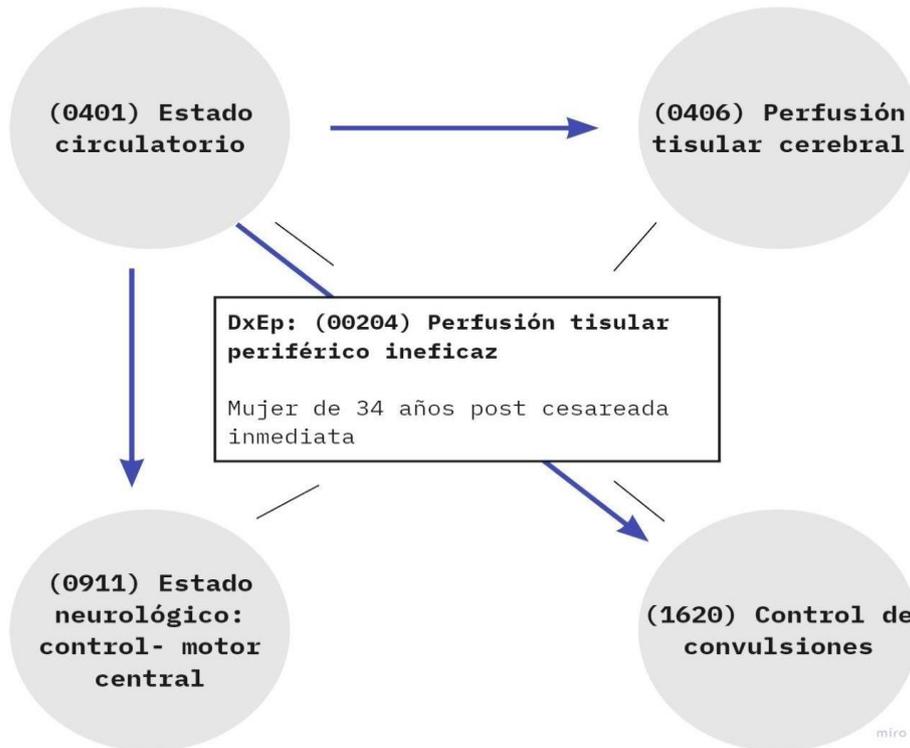
(0911) Estado neurológico control- motor central.

(1620) Control de convulsiones.

Priorización del NOC del DxE. principal mediante la Red Razonamiento crítico basado en el modelo AREA

Figura 3

Red de razonamiento del diagnóstico principal para la obtención del NOC principal



Fuente. Elaboración a partir del modelo AREA de (Pesut & Herman,1999e).

Justificación del NOC principal del Diagnóstico Principal

Se menciona que, de acuerdo a la red de razonamiento, el NOC principal corresponde al que está más relacionado con los otros NOC.

NOC Priorizado del DxE. Principal

(0401) Estado circulatorio

Definición. Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémicos y pulmonar

Dominio. 2: Salud fisiológica

Clase. E: Cardiopulmonar

El sistema circulatorio o sistema cardiovascular, conformado por el corazón y los vasos sanguíneos, transporta el oxígeno y otros nutrientes a todos los órganos y tejidos del cuerpo, elimina el dióxido de carbono y otros productos de desecho. La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias conforme el corazón bombea. La

presión arterial alta puede dañar el corazón y los vasos sanguíneos, así como otros órganos como el cerebro, los riñones y los ojos (Gómez & Martínez, 2019a).

Los cambios fisiológicos cardiovasculares en el embarazo a nivel sistémico y uterino son esenciales para el incremento del flujo sanguíneo uterino, la microcirculación y la circulación se realiza en el espacio intervelloso. Los cambios fisiopatológicos de la circulación uterina y la placentaria están asociados con la preeclampsia y la restricción del crecimiento intrauterino (Gómez & Martínez, 2019b).

Las intervenciones de Enfermería realizadas en la paciente están enfocadas a mejorar el estado circulatorio, el cual se encuentra alterado por el Dx. médico de Preeclampsia severa y sus síntomas de presión arterial 160/100, visión borrosa, cefalea, resultados de laboratorio alterados (TGO, TGP, elevados, proteinuria, plaquetas disminuidas del valor normal).

Tabla 1

Puntuación del NOC principal para el Dx de Enfermería principal, según Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(0401) Estado circulatorio	2	4	24 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018c).

Tabla 2

Indicadores del NOC principal para el Dx de Enfermería principal, según Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

Indicadores del NOC Estado Circulatorio	Puntuación Inicial (P.I)	Puntuación Diana (P.D)	Tiempo
[040101] Presión arterial sistólica	2	4	12 horas
[040102] Presión arterial diastólica	2	4	12 horas
[040140] Gasto urinario	2	4	12 horas

[040153] Deterioro cognitivo (visión borrosa)	2	4	12 horas
[040154] Palidez	2	4	12 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018d).

Intervenciones (NIC) del Diagnóstico Enfermero Principal

Para lograr nuestros objetivos expuestos en los NOC tenemos que realizar intervenciones de Enfermería. Para realizar las intervenciones se usará la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Butcher et al., 2018c).

(4162) Manejo de la Hipertensión

Definición. Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más altas de lo normal

Dominio. 2: Fisiológico complejo

Clase. N: Control de la perfusión tisular

Actividades.

- ✓ (416201) Medir la presión arterial cada hora y llevar control estricto en hoja aparte.
- ✓ (416202) Asegurar una valoración adecuada de los signos y síntomas de hipertensión y preeclampsia.
- ✓ (416203) Monitorear a la paciente de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva ej. (dolor de cabeza severo, mareos, náuseas o vómitos, palidez, sudoración, piel fría, cambios en la visión, epistaxis, confusión, nerviosismo, inquietud, trastornos visuales, alteración del nivel de conciencia, dolor torácico, convulsiones).
- ✓ (416204) Controlar los signos vitales como FC, FR, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre para identificar a tiempo las complicaciones.

- ✓ (416205) Utilizar la terapia farmacológica en forma adecuada, sulfato de magnesio y otros antihipertensivos indicados.

(7090) Interpretación de Datos de Laboratorio

Definición. Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas

Dominio. 6: Sistema sanitario

Clase. Y: Gestión del sistema sanitario

Actividades.

- ✓ (709001) Utilizar los rangos referenciales del laboratorio que está utilizando los análisis (proteinuria en 24 horas) TGP, TGO, recuento de plaquetas, hemograma, creatinina, urea, etc.
- ✓ (709002) Comparar los resultados durante la evolución con valores anteriores obtenidos al momento en que ingresó la paciente al servicio de ginecobstetricia.
- ✓ (709003) Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos.
- ✓ (709004) Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico, especialmente los valores críticos.

(2080) Manejo de Líquidos Electrolitos

Definición. Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos

Dominio. 2: Fisiológico complejo

Clase. G: Control de electrolitos y ácido básico

Actividades.

- ✓ (208001) Asegurarse de que la solución I.V que contenga electrolitos, se administra a un goteo constante según corresponda.

- ✓ (208002) Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
- ✓ (208003) Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos

(7110) Fomentar la Implicación Familiar

Definición. Facilitar la participación de los miembros de familia en el cuidado emocional y físico del paciente

Dominio. 5: Familia

Clase. X: Cuidados durante la vida

Actividades.

- ✓ (711001) Establecer una relación personal con la paciente y la familia que estarán implicados en el cuidado.
- ✓ (711002) Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.

(6930) Cuidados Post Parto

Definición. Proporcionar cuidado a la mujer durante el periodo de 6 semanas que comienza justo después del parto.

Dominio. 5: Familia

Clase. W: Cuidados de un nuevo bebé

Actividades.

- ✓ (693001) Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.
- ✓ (693002) Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación y masajear suavemente el fondo uterino.
- ✓ (693003) Controlar el dolor de la paciente.
- ✓ (693004) Monitorizar la vejiga urinaria incluida las entradas y salidas.

- ✓ (693005) Controlar los apósitos de herida operatoria.

(2300) Administración de Medicación

Definición. Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Dominio. Fisiológico Complejo.

Clase. H: Control de fármacos

Actividades.

- ✓ (230001) Administrar sulfato de magnesio de acuerdo a indicación médica.
- ✓ (230002) Administrar los antihipertensivos analgésicos, antibióticos de acuerdo a indicación médica.
- ✓ (230003) Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación.
- ✓ (230004) Observar los efectos terapéuticos de la medicación en la paciente.
- ✓ (230005) Observar si se producen efectos adversos en el paciente por los medicamentos administrados.

Planificación del Riesgo de Complicación Principal (RCp) Síndrome de HELLP

Resultado (NOC) del Rc principal

Para determinar los cambios en el estado de la paciente se utilizó el clasificador de medición de resultados en la salud, a través del objetivo NOC (Moorhead et al., 2018e).

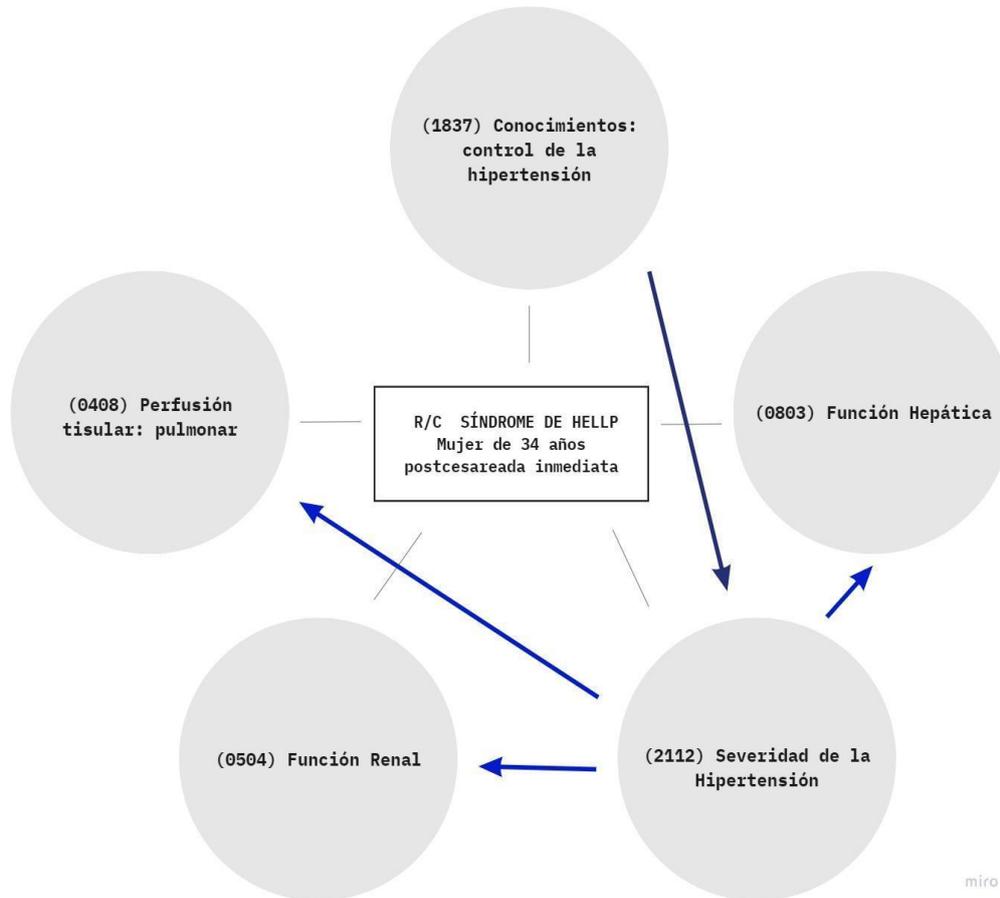
Para RCp Síndrome de HELLP, se considera que el NOC responde a los resultados que deseamos conseguir, estos son:

- ✓ (2112) Severidad de la hipertensión
- ✓ (0408) Perfusion tisular pulmonar
- ✓ (0504) Función renal
- ✓ (1837) Conocimientos control de la hipertensión

✓ (0803) Función hepática.

Figura 4

Priorización Del NOC principal del R/C principal mediante la red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA



Fuente. Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman ,1999f).

Justificación del NOC Principal del R/C Principal

Se identificó como riesgo de complicación principal: (2112) Severidad de la hipertensión.

El reconocimiento de la hipertensión post parto es importante por el riesgo de complicación materna. El grupo de mayor riesgo son las que presentaron trastorno hipertensivo durante el embarazo, especialmente el severo y con parto pretérmino, por ello es

importante vigilar la presión arterial frecuentemente en el periodo de post parto, la crisis hipertensiva requiere de un reconocimiento oportuno y eficaz, evaluación y tratamiento estandarizado para evitar daño de órgano blanco (Vigil-De Gracia, 2022c).

Los antihipertensivos de primera línea que se debe utilizar durante la crisis son; labetalol, nifedipino, hidralazina. En la hipertensión el medicamento a elegir depende de la experiencia sobre el fármaco que el clínico tenga, no hay fármaco superior a otro y en la lactancia materna la mayoría de los antihipertensivos son considerados de amplio margen de seguridad (Vigil-De Gracia, 2022d).

Se puede observar que el NOC principal del Dx.de R/C es (2112) Severidad de la Hipertensión, el cual se relaciona con los otros NOC como son: (0408) Perfusion tisular pulmonar, (0803) Función hepática, (0504) Función Renal, (1837) Conocimientos control de la hipertensión).

NOC Priorizado del RC, Síndrome de Hellp

A continuación, presentamos el NOC priorizado del RC, Síndrome de Hellp:

(2112) Severidad de la Hipertensión

Dominio. V: Salud Percibida.

Clase. V: Sintomatología

Definición. “Gravedad de los signos y síntomas por la presión arterial elevada crónica” (Moorhead et al., 2018e, 554).

Tabla 3

Puntuación del NOC para el R/C Principal, según la Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo
(2112) Severidad de hipertensión	2	4	24 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018f).

Tabla 4

Indicadores del NOC Severidad de la hipertensión para el R/C Principal, según la Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

Indicadores del NOC	Puntuación Inicial (P.I)	Puntuación Diana (P.D)	Tiempo
[211204] Visión borrosa	2	4	12 horas
[211207] Cefalea	2	4	12 horas
[211214] Convulsiones	5	5	12 horas
[211216] Aumento de la presión arterial diastólica	2	4	12 horas
[211217] Aumento de la presión arterial sistólica	2	4	12 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018g).

Intervenciones (NIC) para el Riesgo de Complicación Principal (RCp)

Para lograr los objetivos de los resultados NOC del RCp se usarán las intervenciones NIC. Para ello se hará uso de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) (Butcher et al., 2018d).

(5602) Enseñanza: Proceso de Enfermedad

Definición. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico

Dominio. 3: Conductual

Clase. 5: Educación de los pacientes

Actividades.

- ✓ (560201) Identificar el conocimiento de la paciente sobre su afección.
- ✓ (560202) Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad (signos y síntomas de preeclampsia severa y las complicaciones).
- ✓ (560203) Comentar los cambios en el estilo de vida que son necesarios para evitar futuras complicaciones.
- ✓ (560204) Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.
- ✓ (560205) Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos de la paciente, según proceda.

(6680) Monitorización de los Signos Vitales

Definición. Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

Dominio. 4: Seguridad

Clase. 5: Control de Riesgos

Actividades.

- ✓ (668001) Monitorear la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.
- ✓ (668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- ✓ (668003) Monitorear la presión arterial después de la administración de los medicamentos.
- ✓ (668004) Monitorear la pulsioximetría.
- ✓ (668005) Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar.

(6610) Identificación de Riesgos

Definición. Análisis de los factores de riesgos potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.

Dominio. 4: Seguridad

Clase. 5: Control de Riesgos

Actividades.

- ✓ (661001) Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales y anteriores.
- ✓ (661002) Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- ✓ (661003) Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.
- ✓ (661004) Aplicar las actividades de reducción del riesgo.

(2680) Manejo de las Convulsiones.

Definición. Cuidados del paciente durante una crisis comicial y el estado postictal

Dominio. 2: Fisiológico complejo

Clase. I: Control neurológico

Actividades.

- ✓ (268001) Vigilar los signos vitales.
- ✓ (268002) Comprobar el estado neurológico.
- ✓ (268003) Administrar la medicación prescrita de ser el caso.
- ✓ (268004) Aplicar oxígeno según corresponda.
- ✓ (268005) Permanecer con el paciente durante la crisis.

(7710) Colaboración con el Médico

Definición. Colaboración con los médicos para proporcionar cuidados de calidad al paciente.

Dominio. 6: Sistema sanitario.

Clase. A: Gestión del sistema sanitario.

Actividades.

- ✓ (771001) Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico.
- ✓ (771002) Alentar una comunicación abierta directa entre médicos y personal de enfermería.
- ✓ (771003) Informar de los cambios en el estado de la paciente, según corresponda.
- ✓ (771004) Participar en las visitas médicas que realizan a la paciente.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de Enfermería, el tiempo previsto para los cuidados fue de 24 horas en 2 turnos de 12 horas, iniciando el día 25 de junio turno noche de 7 pm a 7 am del 26 de junio y luego de 7 am a 7 pm del día 26 de junio.

Tabla 5

Cronograma de Intervenciones / Actividades de Enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa

Fecha	Intervenciones / Actividades	Turnos		
25/06/2022	[4162] Manejo de la hipertensión	pm	am	pm
	Asegurar una valoración adecuada de los signos y síntomas de hipertensión y preeclampsia.	→	→	→
	Utilizar la terapia farmacológica en forma adecuada con sulfato de magnesio y otros antihipertensivos indicados.	→	→	→
	Monitorear a la paciente de riesgo para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva, ej. (cefalea severa, mareos, náuseas o vómitos, sudoración, piel fría, cambios en la visión, convulsiones, etc.)	→	→	→
	Controlar signos vitales: FC, FR, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre para identificar a tiempo las complicaciones.	→	→	→

25/06/2022	[7090] Interpretación de datos de laboratorio			
	Utilizar los rangos referenciales del laboratorio que está utilizando los análisis (proteinuria en 24 horas, TGO, TGP, Recuento de plaquetas, hemograma, creatinina, urea, etc.)	→	→	→
	Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos del momento en que ingresó la paciente al servicio de ginecobstetricia	→	→	→
	Monitorizar los resultados secuenciales de análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos.	→	→	→
	Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico, especialmente los valores críticos.	→	→	→
25/06/2022	[2080] Manejo de Líquidos electrolitos			
	Asegurarse de que la solución I.V. que contenga electrolitos, se administra a un goteo constante según corresponda.	→	→	→
	Llevar un registro preciso de entradas y salidas.	→	→	→
	Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.	→	→	→
25/06/2022	[7110] Fomentar la implicación familiar			
	Establecer una relación personal con la paciente y la familia que estarán implicados en el cuidado.	→	→	→
	Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia.	→	→	→
25/06/2022	[6930] Cuidados Postparto			
	Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos.	→	→	→
	Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación y masajear suavemente el fondo uterino.	→	→	→
	Controlar el dolor de la paciente.	→	→	→
	Monitorizar la vejiga urinaria incluida las entradas y salidas	→	→	→
	Controlar los apósitos de herida operatoria.	→	→	→
25/06/2022	[2300] Administración de medicación			
	Seguir las cinco reglas correctas de administración correcta de medicación.	→	→	→
	Observar efectos terapéuticos de la medicación del paciente.	→	→	→
	Observar si se producen efectos adversos en el paciente por los medicamentos administrados.	→	→	→
	Administrar sulfato de magnesio de acuerdo con indicación médica.	→	→	→
	Administrar los antihipertensivos, analgésicos, antibióticos de acuerdo a indicación médica.	→	→	→
25/06/2022	[5802] Enseñanza del proceso de Enfermedad			
	Identificar el conocimiento de la paciente sobre su afección	→	→	→
	Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad (signos y síntomas de preeclampsia severa y las complicaciones.	→	→	→
	Comentar los cambios en el estilo de vida que son necesarios para evitar futuras complicaciones.	→	→	→
	Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda.	→	→	→
	Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos de la paciente, según proceda.	→	→	→
25/06/2022	[6680] Monitorización de los signos vitales			

	Monitorear la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según como corresponda.	→	→	→
	Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.	→	→	→
	Monitorear la presión arterial después de la administración de los medicamentos.	→	→	→
	Monitorear la pulsioximetría.	→	→	→
	Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar.	→	→	→
25/ 06/2022	[6610] Identificación de riesgos			
	Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales y anteriores.	→	→	→
	Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.	→	→	→
	Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.	→	→	→
25/ 06/2022	[2680] Manejo de las convulsiones			
	Vigilar signos vitales	→	→	→
	Comprobar el estado neurológico.	→	→	→
	Administrar la medicación prescrita de ser el caso	→	→	→
	Aplicar oxígeno según corresponda	→	→	→
	Permanecer con el paciente durante la crisis	→	→	→
25/ 06/2022	[7710] Colaboración con el médico			
	Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico	→	→	→
	Alentar una comunicación abierta directa entre médicos y personal de enfermería.	→	→	→
	Informar de los cambios en el estado del paciente según corresponda	→	→	→
	Participar de la visita médica al paciente	→	→	→

Evaluación

La evaluación de las respuestas de la paciente se realizó comparando los estados iniciales y cómo ha evolucionado durante estos dos días, resaltando la efectividad de los NIC Y NOC planificados.

Evaluación del Resultado del Diagnóstico de Enfermería Principal

Tabla 6

Puntuación del NOC para el Dx de Enfermería principal, según Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
-----	--------------------	------------------	----------------------	--------

[0401] Estado Circulatorio	2	4	3	24 horas
----------------------------	---	---	---	----------

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018h).

Luego de haber aplicado las intervenciones de enfermería durante 24 horas en el servicio de gineco obstetricia en cuanto al NOC [0401] estado circulatorio, se ha logrado alcanzar un puntaje de 3 moderado, de una puntuación 2 sustancial según la escala de Likert, llegando a disminuir la presión arterial, resultados de laboratorio continúan aún alterados.

Tabla 7

Indicadores del NOC para el Dx de Enfermería principal, según Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

Indicadores del NOC Estado Circulatorio	Puntuación Inicial (P.I)	Puntuación Diana (P.D)	Puntuación Alcanzada	Tiempo
[040101] Presión arterial sistólica	2	4	3	12 horas
[040102] Presión arterial diastólica	2	4	3	12 horas
[040140] Gasto urinario	2	4	4	12 horas
[040153] Deterioro cognitivo (visión borrosa)	2	4	3	12 horas
[040154] Palidez	2	4	3	12 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018i).

De acuerdo a los indicadores como podemos observar la puntuación Diana propuesta fue de 4 siendo al inicio una puntuación de 2 por el estado de salud en que se recibió a la paciente; en el transcurso de un periodo de 24 horas seguidas 25/06/22 turno de noche y 26/06/22 turno de día, hemos logrado una evolución favorable estabilizar a la paciente y disminuir el riesgo de complicaciones, logrando alcanzar una puntuación de 3 y 4 respectivamente de acuerdo a lo que indica el cuadro. Por lo tanto,

con los cuidados de enfermería brindados y el tratamiento médico indicado se logró controlar las presiones arteriales elevadas

En relación al (040101) y (040102) Presión arterial sistólica y presión arterial diastólica tuvo una puntuación de 2: sustancial debido a que ingresó con una P/A de 160/100 mmHg, luego de recibir el tratamiento de sulfato de magnesio y antihipertensivos como metildopa 500 mg y captopril 25 mg cada 8 horas y un monitoreo estricto se logró disminuir a 140/80 mmHg. llegando a una puntuación alcanzada de 3, la paciente continúa con tratamiento y se queda internada por 6 días.

Con relación al (040140) Gasto urinario, tuvo una puntuación Inicial de 2, la paciente ingresó con sonda foley diuresis colúrico, se realizó un balance hídrico estricto de ingresos y egresos de líquidos y tratamiento indicado, consiguiendo una diuresis clara y un gasto urinario de 2400 en 24 horas, logrando una puntuación de 4 y aún continúa con sonda foley permanente.

Con relación al (040153) Deterioro cognitivo (visión borrosa), tuvo una puntuación inicial de 2, la paciente refiere visión borrosa y cefalea, pero luego se le solicitó interconsulta con oftalmología y cardiología, se cumplió con las indicaciones médicas y el cuidado de enfermería, logrando una puntuación alcanzada de 3, la paciente refiere que ha disminuido la visión borrosa pero continúa con tratamiento y evaluación constante.

Con relación al (040154) Palidez, tuvo una puntuación inicial de 2 por su (Hb)10.8 (Hto) 31.5% en el límite de los valores normales de post cesareadas y durante su estadía de 24 horas continúa igual pero se le observa más activa y estable por lo que se considera una puntuación alcanzada de 3, además la paciente luego de una orientación sobre estilo de vida saludable y conocimientos sobre medidas de prevención de embarazo con preeclampsia obtuvo conocimientos moderados sobre la enfermedad y los factores predisponentes.

Evaluación del Resultado del R/C principal

La evaluación se realizó comparando el estado de salud inicial de la paciente y la efectividad de las actividades de enfermería realizadas y reflejadas en el estado final de la misma.

Tabla 8

Puntuación del NOC principal para el Riesgo de colaboración principal, según Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
[2112] Severidad de la hipertensión	2	4		24 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018j).

Tabla 9

Indicadores del NOC principal del R/C principal, según Escala de Likert (1: Grave, 2: Sustancial, 3: Moderado, 4: Leve, 5: Ninguno)

Indicadores del NOC Severidad de la hipertensión	Puntuación Inicial (P.I)	Puntuación Diana (P.D)	Puntuación Alcanzada	Tiempo
[211204] Visión borrosa	2	4	3	24 horas
[211207] Cefalea	2	4	4	24 horas
[211214] Convulsiones	5	5	5	24 horas
[211216] Aumento de la presión arterial diastólica	2	4	3	24 horas
[211217] Aumento de la presión arterial sistólica	2	4	3	24 horas

Fuente. Elaboración a partir de la clasificación de Resultados de Enfermería NOC (Moorhead et al., 2018k).

Luego de haber aplicado las intervenciones de Enfermería determinadas para la solución del NOC que es Severidad de la Hipertensión se ha logrado alcanzar un puntaje de

3, que corresponde evolución moderada debido a que los signos y síntomas de severidad continúan pero ha disminuido los valores de Set de Severidad a comparación del ingreso al servicio como son proteinuria 3949 mg en 24 horas, TGO = 116.58 U/L, TGP = 154.54 U/L, creatinina = 1.8 mg/dl, BI = 0.36 mg/l, BD = 0.27 mg/l , DHL = 467 UI/L, plaquetas 117,000 Cel/ul. El siguiente día se observa que los valores del set de severidad han mejorado y nos indica que está evolucionando favorablemente, sus resultados son: TGO = 64 U/L, TGP = 114 U/L, creatinina = 0.98mg/dl, BI = 0.39 mg/l, BD = 0.17 mg /l, DHL = 388 UI/L, plaquetas 131,000 Cel/ul, la visión borrosa continúa. Pero se mantiene en continua observación, control y tratamiento indicado. La paciente se quedó hospitalizada 6 días.

De acuerdo con la evaluación de los indicadores:

[211204] La visión borrosa al inicio tenía una puntuación Diana de 2 pero luego de 24 horas se alcanzó una puntuación de 3, la paciente refiere que mejoró la visión, además inició tratamiento indicado por el oftalmólogo.

[211207] La cefalea al inicio presentó un puntaje de 2 y luego de disminuir la presión arterial refirió la paciente que ha disminuido la cefalea notablemente, logrando la puntuación alcanzada de 3 de acuerdo con el puntaje Diana esperado en 24 horas.

[211214] Las convulsiones inició con un puntaje de 5 y durante las 24 horas con las intervenciones de enfermería y el tratamiento farmacológico oportuno de sulfato de magnesio no ha convulsionado la paciente, logrando un puntaje de 5 de acuerdo con el puntaje Diana esperado.

[211216] [21117] Aumento de la presión arterial diastólica y sistólica con una puntuación inicial de 2 sustancial debido a que llegó con una presión arterial de 160 /100 mmhg. con el tratamiento de sulfato de magnesio, dos antihipertensivos metildopa de 500 mg y captopril de 25 mg cada 8 horas, nifedipino condicional y el cuidado humanizado de enfermería, ha disminuido la presión arterial a 140/80. Por lo tanto, se alcanzó a una

puntuación Diana de 3 (moderado) que se esperaba de 4 puntos (leve) la paciente continúa con tratamiento estricto no presentó ningún evento adverso.

Discusión

La paciente del estudio de caso ingresó al servicio de Gineco obstetricia trasladada del servicio de URPA con Dx médico, poscesareada inmediata de 2 horas por preeclampsia severa con signos y síntomas de severidad, considerando su estado de alto riesgo por presentar RC de síndrome de Hellp.

Después de la revisión bibliográfica se han obtenido estudios sobre los cuidados de enfermería a pacientes con preeclampsia severa, así como los protocolos de manejo del síndrome de Hellp.

El profesional de enfermería tiene un rol esencial en la detección temprana de la preeclampsia, el tratamiento adecuado y referencia en caso de presentar algún factor biopsicosocial alterado. Las pacientes con preeclampsia deben recibir atención desde el punto de vista interdisciplinario y biopsicosocial considerando que las mujeres gestantes se complican del 7 al 10%. (Triviño-Ibarra & Acosta, 2022).

El plan de cuidados de enfermería en una gestante con preeclampsia debe orientarse hacia un seguimiento continuo desde la identificación de la patología hasta finalizar el embarazo, el control periódico del cumplimiento de las indicaciones médicas, los cuidados integrales individualizados, la participación de la familia, son los pilares importantes para prevenir complicaciones y lograr un parto seguro y un producto sano (Guevara & Meza, 2022).

Las teorías de Jean Watson y Virginia Henderson apoyan a las intervenciones de enfermería en pacientes gestantes y puérperas con preeclampsia. Durante el embarazo la mujer experimenta diversos cambios fisiológicos, físicos y psicológicos por lo que se generan diferentes necesidades de salud las cuales deben ser resueltas durante la atención de salud.

Las gestantes deben ser orientadas, motivadas y educadas a realizar acciones de autocuidado. La enfermera debe brindar educación a la gestante, familia y la comunidad encaminada a la comprensión de los factores de riesgo, así como la preparación del parto, la crianza y la aceptación del nuevo rol (Guerrero et al., 2018).

La perfusión tisular periférica ineficaz como diagnóstico principal de enfermería se presenta por la disminución de la circulación sanguínea periférica con presencia de signos de alarma, como: alteración del pulso, alteración de la función motora, alteración de las características de la piel, cambios de la presión arterial en las extremidades etc. El factor importante es el deterioro del transporte de oxígeno. Los cuidados de enfermería en estos casos son: control estricto de los signos vitales, monitorización neurológica, terapia intravenosa, observación del estado de la piel, manejo de líquidos electrolitos, manejo de la sensibilidad periférica (Salazar, 2021b).

El RC Síndrome de Hellp podría presentarse como una variante de la preeclampsia en el post parto, con la triada de síntomas: anemia hemolítica, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. Hay que considerar factores de riesgo para desarrollar este síndrome de Hellp: embarazo previo de síndrome de Hellp, hipertensión arterial, embarazo a temprana edad o en la adolescencia o multíparas (Mayorga et al., 2023).

El manejo de paciente con preeclampsia que podría terminar en un síndrome de Hellp requiere de la atención por un equipo multidisciplinario para evitar o disminuir las complicaciones. La enfermera especialista está preparada para brindar un cuidado adecuado y la administración del tratamiento, asegurar la pronta y exitosa recuperación de la paciente, ejecutando actividades principales como el control de la P/A cada 5 minutos hasta estabilizar, tratamiento con sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones, fluidoterapia, balance hídrico, vigilancia de la sonda vesical, hemoterapia, tratamiento farmacológico, orientación educativa adecuada y oportuna al alta médica asegurando así su asistencia al control

ambulatorio, cumplimiento del tratamiento indicado en casa, exponer los métodos de planificación familiar y estilo de vida saludable (Oliveira et al., 2021d).

En conclusión, la profesional de enfermería realizó una amplia recolección de datos a través de la aplicación de la Guía de valoración de paciente ginecológica, identificó signos de riesgo para evitar o disminuir las complicaciones ya existentes en la paciente y administró los cuidados de enfermería, se evidenció una pronta mejoría en comparación con el plan de cuidados inicial.

Limitaciones

Las limitaciones encontradas en el desarrollo del Proceso de atención de Enfermería al paciente post cesareada inmediata por preeclampsia severa fue el tiempo limitado para los cuidados de enfermería y el seguimiento, debido a que recibió atención de enfermería en un turno de 12 horas, de acuerdo con la programación del rol de enfermería de nuestra institución.

Otra limitación fue la continuidad de casos de COVID 19 por lo que estaban suspendidas las visitas de los familiares evitando su participación en la recuperación de la paciente.

Conclusiones

La preeclampsia es una complicación del embarazo y el post parto, que afecta a la madre y al producto, el signo relevante es la hipertensión arterial, es una de las causas de morbimortalidad a nivel nacional y mundial.

La perfusión tisular ineficaz no tratada a tiempo afectar a la madre y al feto, debido a la disminución de la circulación de la sangre a nivel periférico

El rol de enfermería se basa en brindar cuidados con conocimientos científicos, habilidades y destrezas adquiridas a lo largo del tiempo de servicio que luego los aplica de acuerdo con la patología que se presente, cuyo fin es la recuperación y reincorporación de la

paciente a su ámbito social.

La aplicación del PAE, los resultados NOC y las intervenciones NIC, ayudaron a identificar el diagnóstico de enfermería (00204) Perfusión tisular periférico ineficaz r/c conocimiento inadecuado del proceso de enfermedad e/p hipertensión 160/100 mmhg, visión borrosa y cefalea, para resolver el NOC principal de estado circulatorio, determinándose las siguientes intervenciones NIC: manejo de la hipertensión, que determinaron los cuidados de enfermería a la paciente post cesareada por preeclampsia severa en el servicio de ginecología. Así mismo se identificó los factores de riesgo de complicaciones posteriores como el síndrome de Hellp.

Referencia

- Araya, P., Araya, S., & González Carvajal, C. (2022). Síndrome de HELLP, una triada que puede llegar a ser mortal. *Revista Medica Sinergia*, 7(7), e863.
<https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.863>
- Ariph, A., Sánchez, I., Rodolfo, Á., Castelán, R., Rosendo, J., Medina, S., López, E. M., Martín, J., & Benítez, T. (2019). Cambios oftalmológicos en la enfermedad hipertensiva del embarazo. *Revista de La Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, , 43–47. <https://www.scielo.org.mx/pdf/rammcti/v30n1/v30n1a7.pdf>
- Baigorri-González, F., & Lorente, J. (2019). Oxigenación tisular y sepsis. *Medicina Intensiva*, 29(3), 178–184. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(05\)74225-x](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(05)74225-x)
- Belmar, C., Calvo, A., Carvajal, J., Contreras, C., Farias, M., Fernandez, C., Gonzales, C., Ferrer, F., Kusanovic, J., Leiva, A., Poblete, J., Rioseco, A., Silva, P., Sobrevía, L., Solari, C., Theodor, N., Urbano, N., Vargas, P., & Perez, C. (2020). *Obstetricia. Pautas de manejo* (1ra ed.). Universidad Católica de Chile. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/10/pautas-de-manejo-obstetricia-uc.pdf>
- Burga Gutiérrez, R.M. (2021). Relación entre nivel de información sobre enfoque por competencias y evaluación utilizada por los docentes universitarios [Tesis de maestría, Universidad Femenina del Sagrado Corazón]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/801>
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M. y Wagner, G.M. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (15ta ed.). Elsevier.
- Cabrera, J., Pereira Ponton, M. P., Ollague Armijos, R. B., & Ponce Ventura, M. M. (2019). Factores de riesgo de preeclampsia. *Reciamuc*, 3(1), 1012–1032.
[https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.1012-1032](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.1012-1032)
- Caceres, N., & Ortiz, E. (2018). Violencia familiar y rendimiento academico en el área de

- comunicación en el CEBA N° 34050 del distrito de Salcabamba Tayacaja Huancavelica, 2018 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Huancavelica]. Repositorio Institucional. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2755>
- Cararach, V., & Botet, F. (2022). Preeclampsia y eclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 2(5), 84–92. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8086-334-6.50141-3>
- Carpenito, L. (2017). *Manual de Diagnósticos Enfermeros* (15ta ed.). Volters Klumer.
- Donoso, A., Arriagada, D., Cruces, P., & Díaz, F. (2023). La microcirculación en el paciente crítico. Parte I: Generalidades y fisiología en el paciente séptico. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(1), 83–92. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062013000100011>
- Dulay, A. (2022). *Preeclampsia y eclampsia. Manual MSD versión para profesionales*. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-del-embarazo/preeclampsia-y-eclampsia>
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (2019). ¿Cuáles son los riesgos de la preeclampsia y la eclampsia para la madre? Riesgos durante el embarazo. *NIH*. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/preeclampsia/informacion/riesgos-madre>
- Flores, M., & Garmendia, M. L. (2021). Tendencia y causas de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2018. *Revista Médica de Chile*, 149(10), 1440–1449. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021001001440>
- García-Figueroa, A., Urbano, J., Botrán, M., González-Cortés, R., Solana, M. J., López-González, J., & López-Herce, J. (2023). Evaluación de la perfusión tisular periférica mediante láser Doppler en niños en estado crítico. *Anales de Pediatría*, 78(6), 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.09.019>
- García, M., & Zugasti, A. (2020). Recomendaciones nutricionales para embarazadas con diabetes gestacional. *Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición*, 1–9.

https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/2076/150221_090533_5706642613.pdf

- Gómez, Ka., & Martínez, A. (2019). Modelos De Sistemas Fisiológicos : Sistema Cardiovascular. *Revista de La Facultad de Ingeniería de La U.C.V*, 21, 145–161.
<https://ve.scielo.org/pdf/rfiucv/v21n3/art11.pdf>
- Guerrero, R., Meneses, M., & De la Cruz, M. (2018). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao 2015. *Rev Enferm Herediana.*, 9(2), 127–136.
<http://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
- Guevara, E. (2021). Impacto de la pandemia en la salud materna en el Perú. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 10, 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021230>
- Guevara, E., & Meza, L. (2022). Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 60(4), 385–393.
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v60i163>
- Gutiérrez, Z. D., & Gallard, E. I. (2019). El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica Enfermera. *Conecta Libertad*, 4(2), 127–135.
- Herdman, H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2021-2023 (12da ed.). Elsevier.
- Hernández-González, G., & Salgado, J. (2020). Monitorización de la perfusión tisular en el paciente críticamente enfermo. *Revista Científica Ciencia Medica*, 19(2), 43–47.
<https://doi.org/10.51581/rccm.v19i2.211>
- Herrera, K. (2020). Preeclampsia. *Revista Del Laboratorio Clinico*, 9(2), 8–12.
<https://doi.org/10.1016/j.labcli.2016.04.002>
- Hofmeyr, G., Lawrie, T., Atallah, Á., & Torloni, M. (2018). Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados.

- Cochrane*. [https://www.cochrane.org/es/CD001059/PREG_suplementos-de-calcio-durante-el-embarazo-para-la-prevencion-de-los-trastornos-hipertensivos-y#:~:text=La administraci3n de altas dosis,\(evidencia de baja calidad\).](https://www.cochrane.org/es/CD001059/PREG_suplementos-de-calcio-durante-el-embarazo-para-la-prevencion-de-los-trastornos-hipertensivos-y#:~:text=La administraci3n de altas dosis,(evidencia de baja calidad).)
- Luna, D., & Martinovic, C. (2023). Hypertension and pregnancy: review of the literature. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 34(1), 33–43.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.006>
- Marín, R., Gorostidi, M., & Álvarez, R. (2021). Hipertensi3n arterial y embarazo. *NefroPlus*, 4(9), 21–30. <https://doi.org/10.3265/NefroPlus.pre2011.Jun.10997>
- Mayorga, A., Chaguaro, M., & Paredes, B. (2023). Actualizaci3n sobre el s3ndrome de HELLP. *Rev Ciencias M3dicas*, 27(2023), e5851.
- Mendez, A. (2019). Tratamiento de la hipertensi3n arterial en presencia de enfermedad renal cr3nica. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 12–20.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n3/v56n3a3.pdf>
- Mesquida, J., Borrat, X., Lorente, J., Masip, J., & Baigorri, F. (2021). Objetivos de la reanimaci3n hemodin3mica. *Medicina Intensiva*, 35(8), 499–508.
<https://doi.org/10.1016/j.medin.2010.10.007>
- Ministerio de Salud (2019). Situaci3n epidemiol3gica de la mortalidad materna en el Per3, Bolet3n Epidemiol3gico del Per3 SE 22-2019. *Consolidado. Lima Per3*, 28, 533–536.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/22.pdf>
- Mondrag3n, J. B. (2018). Hipoxia y Cianosis. *Revista Medica Sinergia*, 1(9), 9-12. [Consulta: 26 Julio del 2022]. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/43/89>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M. y Maas, M. L. (2018). *Clasificaci3n de resultados de enfermer3a (NOC): medici3n de resultados en salud* (6ta ed.). Elsevier.
- Oliveira, D., Matos, D., Silva, D., Azevedo, D., & Santo, D. E. (2021). S3ndrome HELLp : estudio de revisi3n para la atenci3n de enfermer3a S3ndrome HELLp : estudo de revis3o

para o cuidado de enfermagem. *Síndrome de Hellp*, 28, 337–345.

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/revision2.pdf>

Organización Mundial de la salud. (2019) *Día de Concientización sobre la Preeclampsia*.

<https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>

Pastuña, R., & Jara, P. (2020). Búsqueda de la autonomía de enfermería desde la mirada de

Virginia Henderson. *Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y*

Gestión, 5(4), 12–17.

<https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/975/906>

Pazmiño, J. (2021). *Diferencia veno-arterial de dióxido de carbono como predictor de*

mortalidad en pacientes en estado de shock, en la Terapia Intensiva Pediátrica del

Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, Marzo-Agosto 2020 [Trabajo de

investigación de licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil].

Repositorio institucional. <http://201.159.223.180/handle/3317/16624>

Pesut, D.J. y Herman, J. (1999). *Razonamiento clínico: el arte y la ciencia del pensamiento*

crítico y creativo (1ra ed.). Delmar Publishers.

Pérez, A., Roche, M., & Larrañaga, C. (2019). Patología médica y embarazo: Trastornos

gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. *Anales Del Sistema*

Sanitario de Navarra, 32. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272009000200013>

Reyna-villasmil, E., Pérez, C. B., & Santos-bolívar, J. (2021). Invasión trofoblástica en el

embarazo normal (II): Placentación profunda. *Avances En Biomedicina*, 4(1), 27–37.

<https://www.redalyc.org/journal/3313/331338651005/html/>

Rojas, L., Rojas, L., Villagómez, M., Rojas, A., & Rojas, A. (2019). Preeclampsia -

eclampsia diagnóstico y tratamiento. *Revista Eugenio Espejo*, 152(12), 508–512.

<https://doi.org/10.37135/ee.004.07.09>

Salazar, J. (2021). Falla de perfusión tisular. *Colombia Médica*, 32(2), 89–94.

<https://www.redalyc.org/pdf/283/28332205.pdf>

Suárez, J. A., Gutiérrez Machado, M., Benavides Casal, M. E., Sarmiento Benavides, Z., & Noorani Rozan, A. R. (2019). Termination of pregnancy in aggravated preeclampsia far from term and late appearance. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 41(1), 13–22. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n1/gin03115.pdf>

Tacuri, A., Cuadro, M., Rodríguez, K., & Ramírez, E. (2022). Clinical and surgical factors that influence the indication of cesarean section in patients with preeclampsia with signs of severity. *Revista Científica Dom. Cien.*, 8, 1600–1616. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8548182>

Tingal, M. (2020). *Perfil clínico epidemiológico de pacientes con preeclampsia. Hospital regional docente Cajamarca, 2019* [Tesis de bachiller, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3973>

Triviño-Ibarra, C., & Acosta, F. (2022). Preeclampsia y el rol de la enfermería en la activación de la clave azul. *Polo Del Conocimiento*, 7(8), 625–640. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i8>

Turcios, F., Barrera, M., & Vigil- De Garcia, P. (2022). Preeclampsia y eclampsia complicada con desprendimiento de retina. Comunicación de tres casos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 2(5), 84–92. <https://doi.org/10.1016/b978-84-8086-334-6.50141-3>

Valdivia, J. (2023). Disfunción endotelial en la preeclampsia. *Anales de La Facultad de Medicina*, 64(3), 199. <https://doi.org/10.15381/anales.v64i3.1444>

Valle, M., Guerrero, J., Acosta, S., & Cando, M. (2021). Cuidado de enfermería durante el postoperatorio inmediato. *Revista Eugenio Espejo*, 15(2), 18–27. <http://eugenioespejo.unach.edu.ec/index.php/EE/article/view/234/5%0Ahttps://fi->

admin.bvsalud.org/document/view/c9gxa

Velumani, V., Durán, C., & Hernández, L. (2021). Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. *Revista de La Facultad de Medicina*, 64(5), 7–18.

<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>

Vigil-De Gracia, P. (2022). Evidencias del ácido acetilsalicílico (aspirina) en la prevención de la preeclampsia: revisión narrativa. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*,

68(4). <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2453>

Apéndices

Apéndice A. Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PACIENTE DE GINECOBISTETRICIA

DATOS GENERALES

Nombre del usuario: <u>G.G.C.O</u>		Fecha de nacimiento: <u>02.04.1988</u>	Edad: <u>34 años</u>
Fecha de ingreso al servicio: <u>25/05/22</u>	Hora: <u>6pm</u>	Persona de referencia: _____	Tel: _____
Procedencia: Consultorio ()	Emergencia ()	Otro: _____	
Forma de llegada: Ambulatorio ()	Silla de ruedas ()	Camilla (x)	
Fuente de Información: Paciente (x)	Familiar/amigo ()	Otro: _____	
Motivo de ingreso: _____	Dx Médico: <u>Cesárea por preeclampsia con signos de severidad</u>		
Fecha de valoración: <u>25/05/2022</u>	Seguro: Particular () SIS (X) SOAT ()		

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
Antecedentes de enfermedad y quirúrgicas: HTA () DM () Abortos () Gastritis/úlceras () TBC () Asma () VIH () VDRL () Otros _____ Intervenciones quirúrgicas: No () Si (X) (fechas) Apendicectomía convencional 2021 Alergias y otras reacciones: Fármacos: Nitrofurantoina Alimentos: _____ Signos-síntomas: _____ Otros: _____ Factores de riesgo: Consumo de tabaco No (X) Si () Consumo de alcohol No (X) Si () Consumo de drogas No (X) Si () Medicamentos (con o sin indicación médica) ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis Metildopa 500 mgr c/8h Sulfato de Magnesio 5 ampollas + cloruro al 9% 1000cc a 90 mgtx'	Formula Obstétrica: G2 P 1001 EG: N° CPN: FUR: 15/09/21 FPP: 22/06/22 Mamas: sensibles () No sensibles (x) Pezones: Formados (x) planos () invertidos () Útero: Altura Uterina: _____ Dinámica uterina: Frecuencia: _____ Tono: _____ Intensidad: _____ Movimientos Fetales: Si (x) No () LCF: _____ Perdidas Vaginales: Líquido amniótico () Sangrado Vaginal: Si (x) No () Secreciones Vaginales: Si () No (x) Características: Sangrado vaginal poca cantidad Comentarios adicionales: _____
Estado de higiene Buena (x) Regular () Mala () ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? Signos y síntomas de severidad de preeclampsia desde el embarazo P/A 170/90 mmHg ¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad? Refiere cefalea a predominio en región occipital y frontal de inicio hace 5 horas, sensación de náuseas	PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO T: 36.7 °C Peso: 62kg Talla: 1.46cm Glucosa: 72gr Hbto g/dl Piel: Coloración: Normal () Pálida (x) Rubicunda () Cianótica () Ictérica () Hidratación: Seca () Turgente (x) Integridad: Intacta () Lesiones () Especificar: palidez moderada Cavidad bucal: Dentadura: Completa (x) Ausente () Incompleta () Prótesis () Estado de higiene bucal: Mala () Regular () Buena (x) Hidratación: Si (x) No () Cambio de peso durante los últimos días: Si (x) No () Obesidad: () Bajo peso: () Otros _____ Especificar: _____ Apetito: Normal (x) Disminuido () Aumentado () Dificultad para deglutir: Si () No (x) Náuseas (x) Pirosis () Vómitos () Cantidad: _____
PATRÓN DE RELACIONES - ROL Ocupación: Docente Estado civil: Soltera () Casada (x) Conviviente () Divorciada () ¿Con quién vive? Sola () Con su familia (x) Otros Esposo _____ Fuentes de apoyo: Familia (x) Amigos () Otros _____ Comentarios adicionales: _____ Abdomen grávido: Normal () Distendido () Doloroso (x) Ruidos hidroaéreos: Aumentados () Normales (x) Disminuidos () ausentes () Comentarios adicionales: _____	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS Estado emocional: _____

<p style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; margin: 0;">PATRÓN DE ACTIVIDAD – EJERCICIO</p> <p>ACTIVIDAD RESPIRATORIA FR: 20x' Respiración: superficial(x) profunda () Disnea: En reposo() Al ejercicio () Se cansa con facilidad: No (x) Si () Ruidos respiratorios: Normal _____ Tos ineficaz: No(x) Si () Reflejo de la tos: Presente() Ausente() Disminuido() Secreciones: No () Si () <input type="checkbox"/> Características: _____ O2: No () Si () <input type="checkbox"/> Modo: _____ l/min _____</p> <p>ACTIVIDAD CIRCULATORIA Pulso periférico: 100x' Edema: x No Si Localización: _____ + () ++ () +++ () Presencia de líneas invasivas: Catéter periférico: no</p> <p>EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO 1= Independiente 3= Totalmente dependiente 2= Parcialmente dependiente x</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Movilización en cama</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Deambula</td> <td style="text-align: center;">no</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ir al baño/bañarse</td> <td style="text-align: center;">no</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tomar alimentos</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">x</td> </tr> <tr> <td>Vestirse</td> <td style="text-align: center;">x</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Aparatos de ayuda: ninguno() S. ruedas() Otros: _____ Movilidad de miembros: Conservada(x) Flacidez() Contracturas() Parálisis() Fuerza muscular: Conservada(x) Disminuida() Comentarios adicionales: <u>No se moviliza por referir visión borrosa y sensación de mareos</u></p>		1	2	3	Movilización en cama	x			Deambula	no			Ir al baño/bañarse	no			Tomar alimentos			x	Vestirse	x			<p>Tranquila () ansiosa(x) Negativa() Temerosa () Irritable () Indiferente() Depresiva () Preocupaciones principales/comentarios: Por los síntomas de pre eclampsia como visión borrosa, sensación de nauseas</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; margin: 0;">PATRÓN DE ELIMINACIÓN</p> <p>Hábitos intestinales Nº de deposiciones/día: _____ Normal (x) Estreñimiento () Diarrea () Incontinencia()</p> <p>Hábitos vesicales Frecuencia: _____ / día Polaquiúria () Disuria () Nicturia () Proteinuria: 3949 Albumina en orina: _____ Otros: _____ Comentarios adicionales: Fibrinógeno 506 V.N: 200 - 400 Plaquetas 171000 150000 - 475000 D.C 3863 TGP 100.73 TGO 67.66</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; margin: 0;">PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO</p> <p>Horas de sueño: 8h Problemas para dormir: Si () No(x) Especificar: _____ ¿Usa algún medicamento para dormir? Si () No(x) Especificar: _____</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; margin: 0;">PATRÓN DE VALORES – CREENCIAS</p> <p>Religión: Evangelica Restricciones religiosas: _____ Solicita visita de capellán: Si () No(x) Comentarios adicionales: _____</p> <p>Nombre del enfermero: C.C.C y S.P.Q Firma: _____ CEP: _____ Fecha: _____</p> <p>TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL: - Dextrosa 5% AD + Hiposodio 2 ampollas + Oxitocina 30 U.I a 30 gotas x' I y II -N.P.PO x 6 horas -Metildopa 500 gr c/8h</p> <p>PRUEBAS DE BIENESTAR FETAL: NST: TST: ECO: Perfil biofísico:</p>
	1	2	3																						
Movilización en cama	x																								
Deambula	no																								
Ir al baño/bañarse	no																								
Tomar alimentos			x																						
Vestirse	x																								
<p style="text-align: center; background-color: #e0f0ff; margin: 0;">PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO</p> <p>Orientado: Tiempo(x) Espacio(x) Persona () Presencia de anomalías en: Audición: Normal Visión: Borrosa Habla/lenguaje: no Otro: _____ Dolor: No () Si (x) Localización: H.O predominio en hipogastrio Cefalea () Dinámica Uterina() Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Otros:</p>																									

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería a paciente post operada de cesárea por preeclampsia severa en el servicio de ginecobstetricia del hospital de Huaral 2022”, El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente de iniciales **G.C.O.** El presente trabajo académico está siendo realizado por las licenciadas: Silvana Pariasca Quineche y Carmen Castañeda Contreras, bajo la asesoría de la Mg. Katherine Mescua Fasanando, la información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha expresado que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico asociado con este trabajo académico. Pero, como se obtendrá alguna información personal, existe la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar este hecho.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto, antes que el informe esté finalizado sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y habiendo escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y Apellido: _____

D.N.I: _____

Fecha: _____

Firma.

Apéndice C: Tablas de Valoración

Tabla 1. Clasificación del estado nutricional según IMC, por James, Ferro-Luzzi y Waterlow y la OMS.

A. ESTADO NUTRICIONAL POR IMC SEGÚN JAMES, FERRO-LUZZI, WATERLOW

Estado nutricional	IMC (kg/m ²)
Normal	20 a 25
Peso bajo	18,5 a 19,9
DCE I	17 a 18,4
DCE II	16 a 16,9
DCE III	< 16

B. ESTADO NUTRICIONAL IMC SEGÚN LA OMS

Estado nutricional	IMC (kg/m ²)
Peso bajo	< 18,5
Normal	18,5 a 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad I	30 a 34,9
Obesidad II	35 a 39,9
Obesidad III	> 40

Tabla 1: Criterios de Forma y Clasificación del Síndrome HELLP

Forma	Clase	Criterios
Completa	I	Plaquetas menos de 50.000 mm ³
	II	Plaquetas entre 50.000 e 100.000 mm ³ AST ≥ 70UI/l LDH ≥ 600UI/l Bilirrubina ≥ 1,2mg/dl
Parcial	III	Pre-eclampsia grave + ausencia de hemólisis (ELLP); elevación de los marcadores hepáticos (EL). Plaquetas entre 100.000 mm ³ e 150.000 mm ³

Fuente: adaptado de Montenegro e Rezende Filho, 2008⁽⁶⁾, Tedesco, 1999⁽⁷⁾.

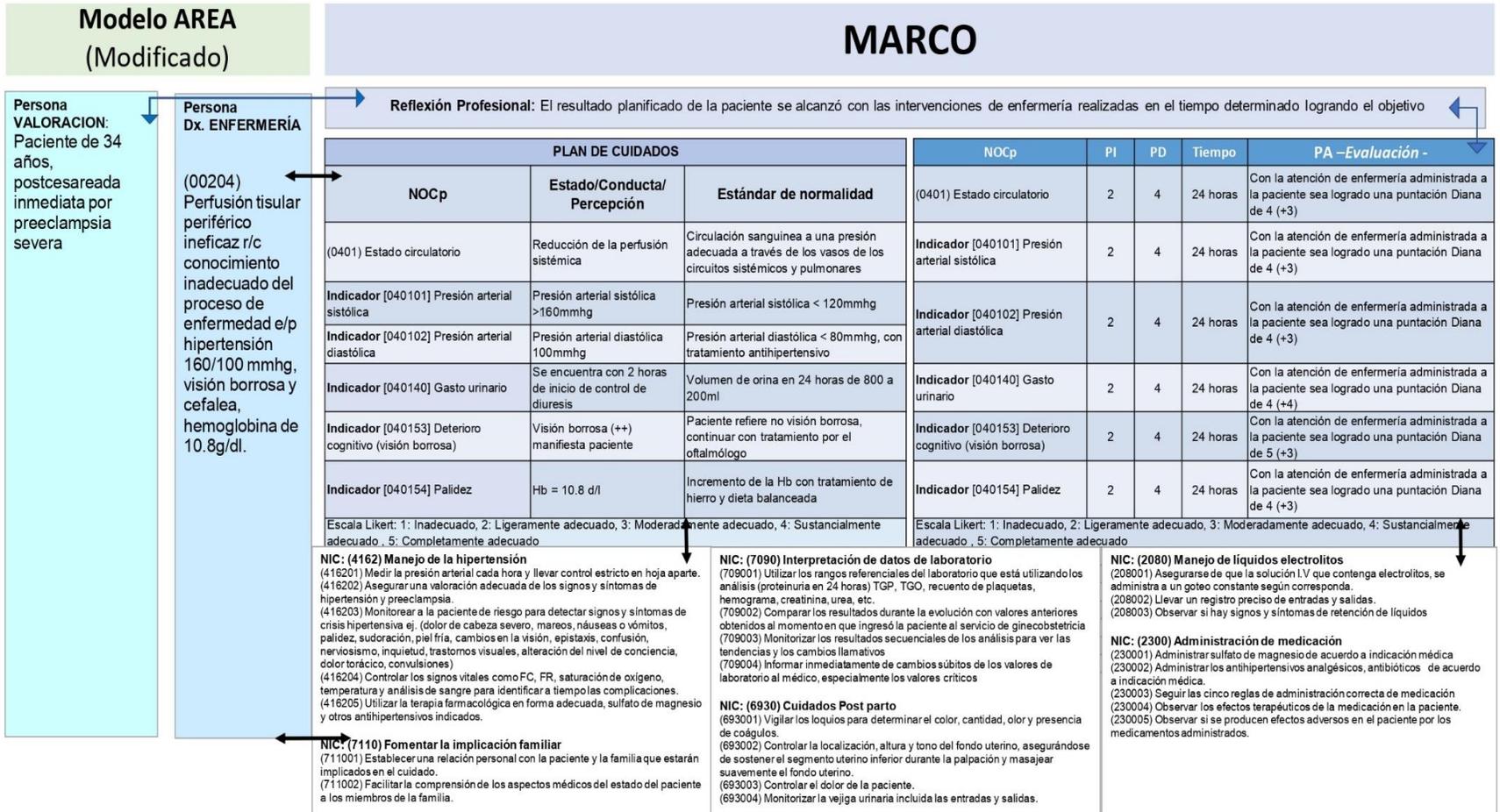
Tabla 4
Criterios diagnósticos de la preeclampsia grave

1. Presión arterial: \geq 160 mm Hg de sistólica o \geq 110 mm Hg de diastólica en dos ocasiones separadas por lo menos por 6 horas mientras la paciente está en reposo
2. Proteinuria: \geq 5 g en una muestra de orina de 24 horas
3. Oliguria: volumen de orina $<$ 500 ml en 24 horas
4. Alteraciones del sistema nervioso central: cefalea, visión borrosa, alteración de conciencia
5. Gastrointestinales: dolor epigástrico
6. Hepáticos: ruptura hepática
7. Hematológicos: trombocitopenia
8. Pulmonares: edema de pulmón
9. Uteroplacentarios: restricción del crecimiento fetal

Tabla 2
Afectación multiorgánica en la preeclampsia

1. Cambios cardiovasculares
2. Cambios hematológicos
3. Cambios endocrinos y metabólicos
4. Cambios respiratorios
5. Cambios hepatorenales
6. Cambios neurológicos
7. Cambios en el flujo sanguíneo uteroplacentario

Apéndice C: Modelo AREA



Apéndice D: Modelo AREA/BIFOCAL

