

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Cuidados de enfermería a paciente postcesareada por preeclampsia severa del
servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional de Lima, 2022**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título Segunda Especialidad Profesional de Enfermería:

Enfermería en Gineco Obstetricia

Por:

Mercedes Felicita Pillaca Tineo

Asesor (a):

Mg. Katherine Mescua Fasanando

Lima, 5 de junio 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: **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTE POSTCESAREADA POR PREECLAMPSIA SEVERA DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE LIMA, 2022”** del autor Mercedes Felicita Pillaca Tineo 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 5 días del mes de junio del año 2024.



Mg. Katherine Mescua Fasanando

**Cuidados de enfermería a paciente postcesareada por preeclampsia
severa del servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional de
Lima, 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, 5 de junio de 2024

Tabla de Contenido

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Marco Teórico.....	8
La Preeclampsia Severa.....	8
Etiología	8
Fisiopatología	9
Clasificación Preeclampsia	9
Factores de Riesgo.....	10
Diagnóstico	10
Tratamiento	10
Cuidados de Enfermería en Preeclampsia Severa	12
Medidas Preventivas	15
Complicaciones	15
Tratamiento	16
Metodología.....	17
Diseño del Estudio	17
Sujeto del Estudio	17
Ámbito y Período del Estudio	17
Procedimiento de Recojo de Información.....	18
Fuente de Información	18
Técnica de Recolección de Datos.....	18

Procedimiento de Información.....	18
Resultados.....	21
Valoración.....	25
Planificación.....	38
Ejecución.....	51
Evaluación.....	53
Discusión	56
Apéndices	67

Cuidados de enfermería a paciente postcesareada por preeclampsia severa del servicio de gineco obstetricia del Hospital Nacional de Lima, 2022

^aLic. Mercedes Felicita Pillaca Tineo y ^bMg. Katherine Mescua Fasanando

^aAutora del trabajo Académico Unidad de post grado de Ciencias de la salud, Universidad Peruana Unión Lima, Perú.

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

Resumen

La preeclampsia severa constituye una complicación del embarazo, después de las 20 semanas de gestación, caracterizada por la alta presión arterial y daños multisistémicos. La cesárea permite extraer el feto para disminuir la morbi mortalidad materno infantil. El objetivo fue describir los cuidados de enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa. Metodología: de tipo cualitativo y diseño caso clínico único, se empleó como método el proceso de atención de enfermería (PAE), se emplearon como instrumento la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon a una paciente de 41 años de edad con diagnóstico de post cesareada por preeclampsia severa. Se identificaron 08 diagnósticos de enfermería, priorizando la (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370mg y plaquetopenia de 64,000 se definieron intervenciones de enfermería con respuestas favorables en el control de la hipertensión. Ante el PC periodo post parto y RC hipertensión los resultados aún son impredecibles por el tiempo de atención brindada. Conclusiones: Se identificaron las características definitorias en la paciente en relación a la preeclampsia severa, así como los factores de riesgo que favorecen la aparición de las complicaciones, se aplicaron cuidados de enfermería preventivos para controlar la hipertensión asociado a la preeclampsia severa, en base al PAE identificando problemas y riesgos principales en un plan de cuidados para brindar atención oportuna y de calidad.

Palabras claves: atención de enfermería, post cesareada, preeclampsia severa.

Abstract

Severe preeclampsia is a complication of pregnancy, after 20 weeks of gestation, characterized by high blood pressure and multisystem damage. Caesarean section allows the fetus to be removed to reduce maternal and child morbidity. The objective was to describe nursing care in a patient after cesarean section due to severe preeclampsia. Methodology: qualitative type and single clinical case design, the nursing care process (PAE) was used as a method, the assessment guide of Marjory Gordon's 11 functional patterns was used as an instrument for a 41-year-old patient with diagnosis of post cesarean due to severe preeclampsia. Results: 08 nursing diagnoses were identified, prioritizing (00204) Ineffective peripheral tissue perfusion r/c arterial hypertension e/p headache, nausea, proteinuria of 370 mg and plateletopenia of 64,000 nursing interventions were defined with favorable responses in the control of the hypertension. In the postpartum period CP and hypertension CR, the results are still unpredictable due to the time of care provided. Conclusions: The defining characteristics of the patient in relation to severe preeclampsia were identified, as well as the risk factors that favor the appearance of complications. Preventive nursing care was applied to control hypertension associated with severe preeclampsia, based on the PAE identifying main problems and risks in a care plan to provide timely and quality care.

Keywords: attention of nursing, post cesarean, preeclampsia severe.

Introducción

La preeclampsia severa constituye una dificultad del embarazo, se caracteriza por el incremento de la presión arterial y está asociada con altos niveles de proteínas en la orina que dan una alerta de un marcado daño renal, y puede generar mayores y serias complicaciones, incluso puede ser mortal tanto para la madre como para el bebé sustentó el especialista Dr. Caballero (EsSalud, 2023).

Para Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) la preeclampsia severa se define como aquel trastorno hipertensivo que se desarrolla durante el transcurso del embarazo o durante el postparto teniendo consecuencias tanto para la madre como para el embrión.

Es preciso indicar que, en Latinoamérica, el índice de morbilidad perinatal se da entre el 8 al 45%, del mismo modo, la mortalidad se muestra entre el 33%; incidiendo en el 40% de las mujeres con enfermedad renal crónica o trastornos vasculares. Básicamente, la enfermedad de la preeclampsia y eclampsia configuran una de las cuatro causas más comunes de mortalidad después de los abortos, hemorragias e infecciones, que se dan en la madre y en el hijo (Castañeda, 2021).

En el México de 100 gestantes de entre 17 y 43 años, 90 de ellas concluyeron el embarazo mediante la cesárea indicada por crisis hipertensivas (Vázquez-Rodríguez et al., 2021). Por otra parte, en Ecuador, las complicaciones maternas neonatales mostraron preeclampsia leve (26%), grave (74%), sufriendo complicaciones maternas, un 30% de hipotonía uterina transitoria, el 27% con eclampsia, el 23% con hemorragias obstétricas, el 6% con síndrome de Hellp, el 8% con edema agudo de pulmón y el 6% con daño renal (6%) (Castro & Velasco, 2021).

En Colombia, se consideran como trastornos hipertensivos y una causa recurrente de morbi-mortalidad materna y perinatal; se evidenciaron un índice de 12.7% de trastornos

hipertensivos. La etiología de los trastornos hipertensivos más común ha sido la preeclampsia en un 62.7%, con una marcada frecuencia del 8.0%, y un 37.3% de hipertensión gestacional y una recurrencia del 4.7% (Romero et al., 2022).

En el Perú, el 2018 la preeclampsia constituyó la primera causa de muerte materna con un 28,7%. Por otro lado, entre el 2007 y 2018, el Instituto Nacional Materno Perinatal señaló 97 frecuencias de muerte materna, siendo la causa primera del 44,3%. Del mismo modo, entre el 2012 y el 2018 se presentaron 1870 casos que fueron atendidos por morbilidad materna extrema, siendo la primera causa los trastornos hipertensivos del embarazo con un índice del 56,6% entre preeclampsia severa, síndrome HELLP y eclampsia (Guevara-Ríos, 2019). En año 2022, se obtuvo una prevalencia de 13% y una incidencia de 4.+ de las enzimas hepáticas, teniendo como desenlace un parto prematuro culminando con el fallecimiento del feto (MINSA, 2023).

Asimismo, Mendoza (2018) menciona que el Instituto Materno Perinatal de Arequipa señaló a la preeclampsia como la complicación obstétrica de mayor frecuencia, representando el 43% de situaciones fatales de muerte materna en dicho hospital.

Ramos (2022) En Piura, encontró que a mayor índice de masa corporal y si el IMC está en rango de obesidad aumenta hasta 5 veces la posibilidad de padecer los trastornos hipertensivos del embarazo, los cuales representan cerca del 30% de muertes por causa directa y el 12% por la preeclampsia severa.

Por otro lado, se realizó un estudio analítico – retrospectivo en el Hospital II-Tarapoto en una población de 54 madres gestantes y 54 gestantes para el grupo de control; dando como resultado que el 37% mostró preeclampsia leve, el 63% mostró preeclampsia severa y que los factores de riesgo más asociados a preeclampsia según el historial familiar, el lugar de procedencia con mayor prevalencia fue la zona rural, las gestantes nulíparas, los antecedentes

personales y finalmente el periodo intergenésico (Campos & Yesquen, 2022).

De la Puente (2021) manifiesta la importancia del cuidado de enfermería, el personal de enfermería que en el proceso de su formación recibieron las competencias necesarias sobre la atención de la mujer durante la maternidad, en el Boletín Oficial del Estado se indica que los requisitos para la práctica de la Enfermería. Por ello, en esta profesión se da vital preponderancia al uso de la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

La preeclampsia severa constituye una enfermedad de causa no conocida que daña el endotelio y se evidencia con elevadas presiones arteriales y proteinuria, y después de la 20^a semana de gestación. Del mismo modo, es un síndrome con falla multiorgánica que va acompañada a veces de hipertensión y/o proteinuria y que pone en riesgo de muerte a la madre y al feto (Muñoz et al., 2020).

La etiología de esta enfermedad es todavía desconocida, se han señalado diversas teorías que indican como alteraciones de la implantación placentaria, del mismo modo como la invasión del trofoblasto (Velasco & Whiteman, 2023).

Según Herrera (2018), en la fisiopatología se observa un defecto en la placentación y una falencia en la reorganización de las arterias espirales lo que genera a la liberación de elementos tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad.

Los signos y síntomas de la preeclampsia severa, presentan presión arterial con valor sistólica ≥ 160 mm Hg y valor diastólica ≥ 110 mmhg, proteinuria ≥ 5 g en recolección de orina de 24 horas, dificultades visuales y/o cerebrales, oliguria, edema pulmonar y/o cianosis, dolor

epigástrico y/o de cuadrante superior derecho, función hepática no normal, trombocitopenia, disminución de crecimiento intrauterino (Cruz-Pavlovich et al., 2023).

La preeclampsia severa se relaciona con un riesgo mayor de complicaciones perinatales. Aunque el nivel de complicaciones es bajo en las mujeres con preeclampsia leve, no se puede predecir quién tiene riesgo de generar las complicaciones, y poder controlarlas más oportunamente en caso necesario (Moncloa et al., 2018).

Por otro lado, Burga (2021), señala que en la enfermería se aplica cada etapa del PAE con la finalidad de brindar cuidados individualizados y que permanentemente se actualicen los planes de cuidados en base a la valoración de enfermería según la guía de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, evidenciando los cambios en las puntuaciones de la valoración ejecutada.

Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que es prioritaria la atención gestacional que debe ser comprendida en la atención sanitaria y empleada como estrategia básica para mejorar el proceso del embarazo, dando lugar a la prevención de las complicaciones y más aún evitar la mortalidad materna y perinatal.

Según Gutierrez (2021) el personal de enfermería cumple un rol fundamental e importante en el cuidado de pacientes con preeclampsia, los conocimiento y habilidades son competencias necesarias para predecir, atender y evitar las complicaciones en la madre y/ producto. Asimismo, el quehacer de enfermería se basa en la aplicación de la taxonomía de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros (NANDA), la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) y la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

Objetivos

Objetivo General

Describir los cuidados de enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa del servicio de Gineco-Obstetricia de un Hospital nacional, 2022.

Objetivos Específicos

Describir a la preeclampsia severa, los factores de riesgo, tratamiento y complicaciones.
Redactar los cuidados de enfermería en el manejo de la paciente con preeclampsia severa.

Describir los cuidados preventivos de la hipertensión en la paciente post cesárea por preeclampsia severa del servicio de Gineco-Obstetricia de un Hospital nacional, 2022.

Proponer un plan de cuidados a aplicar en pacientes post cesárea por preeclampsia severa a través de la taxonomía NANDA Internacional, NOC, NIC del servicio de Gineco-Obstetricia de un Hospital nacional, 2022.

Marco Teórico

La Preeclampsia Severa

La preeclampsia severa constituye una enfermedad del embarazo, tiene su inicio durante la vigésima semana de la gestación, y tiene como característica principal la elevada presión arterial y daños multisistémicos que se presentan en el hígado y riñones.

La preeclampsia severa es una situación grave del embarazo y constituye un peligro de alto riesgo porque muchas de sus señales previas no son evidentes, mientras que otros síntomas se muestran como los signos normales del embarazo sobre el organismo (Araujo et al., 2022).

La preeclampsia severa constituye una de las enfermedades muy frecuentes del embarazo y generan a la morbilidad tanto de la madre como del neonato, se muestran en el 5 al 20% de los embarazos y pueden generarse en preeclampsia y eclampsia que conduce a un incremento de la morbilidad materna y perinatal (Condo-Baque et al., 2018).

Síntomas

Según Sandoval (2020) se produce por el incremento de la presión arterial, por la disminución de proteína en la orina, escotomas, edema, incremento de proteínas en la orina, dolor frontal de la cabeza, náuseas o vómitos, tinnitus, dolor abdominal o en el hipocondrio derecho y dolor en el hombro derecho e irritabilidad.

Etiología

Se desconoce la causa real y objetiva de la preeclampsia, enfermedad que se presenta entre un 3% a 7% de todos los embarazos. La etiología de la preeclampsia no es muy precisa, pero está asociada a la naturaleza de placentación alterada que interactúan con factores maternos que se ven afectados por factores ambientales (Sandoval, 2020).

Fisiopatología

La preeclampsia es una complicación que tiene múltiples factores sistémicos que evidencia una lesión endotelial. Del mismo modo, muestra 2 fases en el proceso de la enfermedad: a) Alteración de la invasión trofoblástica de las arterias espirales maternas que dan lugar a una deficiencia placentaria, b) Hay daño endotelial que genera síntomas clínicos de la enfermedad. También en el sistema inmunológico de la madre hay un acomodo inapropiado de los alelos fetales de origen paternal, lo que se evidencia en la invasión del trofoblasto. Al haber una hiperactivación fisiológica puede haber un severo deterioro en la placenta, lo que conduce a un deterioro endotelial. Los elementos externos que la generan pueden ser la dieta, los elementos internos como factores predisponentes que originan daño endotelial. En otras situaciones el progreso de la patología se debe a varios factores (Alarcón & Díaz, 2023).

Clasificación Preeclampsia

Según la Gravedad. Según Sánchez & Aviles (2022) puede ser:

Preeclampsia Leve. Según esta forma clínica no existe de forma clara daño de órgano blanco; con una presión arterial diastólica ≥ 90 mmhg y una presión diastólica menor a 110 mmhg.

Preeclampsia Severa. La presión arterial sistólica debe ser mayor o igual a 160 mientras que la tensión diastólica debe ser mayor igual a 90 mmhg con uno o más de los siguientes criterios, concentraciones séricas de creatinina mayor a 1.1 mg/dl o sin historia de patológica renal, elevación de las enzimas hepáticas al doble de su valor basal.

Síndrome de HELLP. Es un desorden multisistémico, el cual se discurre una forma grave de preeclampsia que se determina por la elevación de las enzimas hepáticas, trombocitopenia

Factores de Riesgo

Según Gaus et al. (2019), los factores de riesgo más comunes son los siguientes:

Edad > 40 años, embarazo con reproducción asistida, intervalo entre embarazos mayor de 7 años, antecedentes familiares de preeclampsia, mujeres nacidas pequeñas para la edad gestacional, obesidad / diabetes gestacional, embarazo de gemelas, preeclampsia en embarazo previo, antecedentes de alto riesgo obstétrico, restricción del crecimiento fetal, desprendimiento de la placenta, muerte fetal, condiciones médico-genéticas previas, hipertensión arterial crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus tipo 1 (insulino - dependiente), síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

Diagnóstico

La preeclampsia se inicia pasadas las 20 semanas de la edad gestacional (tensión arterial [TA] $\geq 140/90$ mm Hg) empieza después de las 20 semanas de edad gestacional más proteinuria (> 300 mg/24 horas o una asociación entre proteína/creatinina en orina de $\geq 0,3$) (Zúñiga, 2018).

Tratamiento

Herrera (2018) presentó un esquema de tratamiento para los tipos de preeclampsia:

Preeclampsia Severa. Canalizar vías periféricas de gran calibre y colocar sonda Foley para medir diuresis. Hidralazina con bolo inicial de 5mg IV con bolos de 5 a 10mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30mg. Labetalol: 20mg IV seguido de 40 a 80mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220mg. Nifedipina: 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg.

Preeclampsia No Severa. Metildopa en dosis de 250 a 500mg por día o dosis de hasta 2g cada día. Tratamiento de primera línea. Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. (Por riesgo

de hipotensión). Labetalol en dosis de 100 a 400 mg o dosis hasta 1200mg al día. No debe evitarse en pacientes asmáticas o insuficiencia cardíaca y en mujeres en labor de parto ya que puede generar bradicardia fetal. Nifedipina dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.

Control de Crisis Convulsiva. Se emplea como neuro protección el sulfato de magnesio en dosis de 4g diluidos en 250cc de solución glucosada a pasar en 20 minutos y luego dosis de mantenimiento a 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%. En caso de producirse intoxicación por magnesio, determinada por hiperreflexia, se administra 1g de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos.

Culminación del Embarazo. La culminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. Debe terminarse el embarazo con preeclampsia que presente criterios de severidad o en embarazos que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar.

Complicaciones

Según (Araujo et al. (2022) la preeclampsia sufre complicaciones por los siguientes factores:

- ✓ Retraso del desarrollo fetal que obstruye las arterias que posibiliten el ingreso de la sangre a la placenta, el feto puede recibir un nivel insuficiente de sangre y oxígeno, y nutrientes.
- ✓ El nacimiento prematuro puede producir el parto antes de la semana 37.
- ✓ Síndrome de HELLP es la eliminación de los glóbulos rojos en el interior del aparato circulatorio y elevación de las enzimas hepáticas y plaquetas bajas.
- ✓ Desprendimiento de la placenta que genera la separación de la placenta de las paredes internas del útero antes del parto.

- ✓ Eclampsia, da lugar a convulsiones y coma, sin síntomas de preeclampsia.
- ✓ Daño a diversos órganos, este deterioro puede ocurrir a nivel renal, hepático, pulmonar, ocular, coronario y hasta cerebral, Enfermedad cardiovascular, a futuro, también puede haber aumento del riesgo de enfermedades cardíacas y de los vasos sanguíneos.

Cuidados de Enfermería en Preeclampsia Severa

Los cuidados de enfermería deben orientarse y seguir rigurosamente el control y el correcto registro de los signos vitales, valoración céfalo caudal de la paciente, descanso absoluto, monitoreo hemodinámico, electrocardiograma (ECG), nivel de conciencia, masaje uterino, valoración del dolor, Controlar las hemorragias (Leticia, 2018).

Perfusión Tisular Periférica Ineficaz

Es la decremento de la circulación sanguínea periférica y que puede tener Fuertes incidencia de la salud (Herdman et al., 2023).

Características Definitorias

Carencia de pulsos, descompensación de la función motora, cambios con alteración de las características de la piel (color, elasticidad, vello, hidratación, uñas, sensibilidad, temperatura), trastornos de la presión arterial en las extremidades, decaimiento, no se recuperan el color de las extremidades inferiores ,retardo en la cicatrización de las heridas periféricas, lentitud del pulso, edema, dolor en las extremidades, parestesia, palidez de la piel (Ramírez & Ramírez, 2022).

Factores Relacionados

Según, NANDA señala que los componentes relacionados con la perfusión tisular periférica son los siguientes: “Escaso conocimiento del proceso de enfermedad, poco conocimiento de los

factores modificables, sedentarismo, excesiva ingesta de sodio y exceso de tabaquismo” (Espíritu & Heredia, 2022).

Problemas Asociados

La preeclampsia se asocia a la diabetes mellitus, procedimientos intravasculares, hipertensión, traumatismo (Herdman et al., 2023).

Intervenciones de Enfermería

El personal de enfermería debe realizar diferentes intervenciones como: Monitorización de la perfusión tisular para la reanimación y ejecutar acciones que puedan generar un impacto positivo en el pronóstico de la gestante, realizar acciones de oxigenoterapia, ejecutar la medición de los signos vitales cada 2 horas, realizar el tratamiento de acuerdo con las indicaciones médicas, brindar una dieta hiposódica, recepción de información, educación y brindar consejos al paciente para su mejor autocuidado (Luya & Santiago, 2021).

Rol de Enfermería

De acuerdo con Gaona (2021) el desempeño de enfermería en caso de preeclampsia severa en gestantes debe orientarse a los cuidados directos y oportunos, y de prevención mediante los canales educativos, debe además brindar asesoría con relación a los primeros signos y síntomas de alarma, debe capacitar sobre el estricto cumplimiento de los chequeos prenatales, y en el rol asistencial, el personal de enfermería debe realizar la recepción de las gestantes con preeclampsia severa y realizar el control apropiado, oportuno y eficiente de la presión arterial; deberán ayudar en las acciones de autocuidado y deberán crear y brindar un ambiente favorable a la gestante, debe estar pendiente de la administración de los medicamentos prescritos tal como lo dictan las guías de tratamiento y manejo de la preeclampsia severa.

RC Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que no se trasmite, es mortal y que pocas veces se la puede identificar en sus primeras etapas, siendo considerada como una patología multifactorial. La hipertensión arterial es identificable cuando los parámetros de la presión arterial alcanzan o superan los 140/90 mmhg (Álvarez et al., 2022).

Fisiopatología

El organismo tiene la necesidad de mantener una presión de perfusión adecuada a nivel celular, para ello, el organismo realiza varios mecanismos de control que trabajan interrelacionados para mantener en estado normal la presión arterial. Hay muchos sistemas que interactúan adecuadamente en la regulación de la presión arterial, siendo uno de ellos el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), que según Wagner constituye un sistema cuya desregulación genera el aumento de la presión arterial y genera y condiciona los elementos humorales y neuronales del organismo. La HTA se evidencia por la presencia de una disfunción endotelial, cuando existe una ruptura en el equilibrio entre los factores que estabilizan los vasos sanguíneos (óxido nítrico) y las funciones vasoconstrictoras (endotelinas). Sin embargo, si existe presencia de HTA se evidencia la disminución del nivel del endotelio (Álvarez et al., 2022).

Factores de Riesgo

Se han clasificado los factores de riesgo de la hipertensión en dos grupos que constituyen los factores de riesgo semejantes, el primero son las características demográficas y parámetros de laboratorio, entre ellos se encuentran los factores como la edad, sexo, dislipidemia, tabaquismo, hiperuricemia, DM2, sobrepeso y obesidad, antecedentes familiares de ECV, antecedentes de HTA en la familia, actividad física, sedentarismo, factores psicológicos y la FC. El siguiente nivel controla el daño orgánico asintomático, en los que se establecen factores como rigidez

arterial, índice tobillo brazo, hipertrofia ventricular izquierda y retinopatía (Chalco & Zhingre, 2023).

Sintomatología

Entre los síntomas más frecuentes se encuentra la cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones, hemorragia nasal, zumbido de oídos, percepción visual de pequeñas lucecitas, visión borrosa, dolor en el pecho y/o lumbar, tobillos hinchados (Martínez et al., 2022).

Medidas Preventivas

Disminuir la hipertensión previene infartos, impactos fatales cerebrovasculares y daños renales, entre otros problemas de salud. Limitar el consumo de sal (menos de 5 g diarios), comer más frutas y verduras, desarrollar actividades físicas con cierta regularidad, no fumar ni tomar bebidas alcohólicas, disminuir la ingesta de alimentos con exceso de grasas saturadas de la dieta (Carbo et al., 2022).

Complicaciones

Según Huamán (2021), las complicaciones de la HTA son las siguientes:

Arteriosclerosis. Engrosamiento de los vasos sanguíneos haciéndolos poco flexibles y generando cúmulos de grasas que se movilizan en la sangre; lo que obviamente afecta al riñón.

Cardiopatía Hipertensiva. La arteriosclerosis daña los vasos sanguíneos que irrigan y alimentan a la fibra muscular y el corazón produciendo una sobrecarga, incrementando el tamaño del músculo cardíaco, haciéndolo rígido y reduciendo su función.

Enfermedad Renal. El flujo sanguíneo en el riñón disminuye, segregando mayor cantidad de renina, que genera la constricción arterial, elevando la TA al momento de restaurar el flujo renal adecuado, produciendo un mal funcionamiento renal. 4. Ictus. Engloba a todos los

ACV, que se producen por el bloqueo sanguíneo a alguna zona del cerebro debido a una trombosis.

Tratamiento

El tratamiento de la hipertensión arterial requiere de educación y medidas preventivas y de control para promover hábitos saludables, realizar actividades físicas con frecuencia, poca incurrancia de hábitos nocivos como consumir alcohol y cigarrillo (tratamiento no farmacológico).

Del mismo modo, está el tratamiento farmacológico, que son medicamentos que contribuyen al control de la tensión arterial del paciente. Entre los medicamentos más frecuentes están: los IECAS (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina), ARAS (antagonistas de los receptores de angiotensina), diuréticos, beta bloqueadores entre otros. En la paciente hipertensa debe registrar un buen control de la presión arterial para evitar las complicaciones más recurrentes de esta enfermedad. Asistir oportuna y mensualmente a los controles médicos para el control de peso y la ingesta rigurosa de sus medicamentos (Cerde & León, 2023).

Teorías de Enfermería

Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson sostiene en su teoría que una persona sana o enferma, es considerada como un todo (sistema holístico) y que muestra catorce necesidades básicas que deberá cumplir en lo posible, practicando los cuidados adecuados y oportunos, esto consiste en realimentar la autonomía de la persona para la atención y resarcimiento de sus necesidades; indicando que la finalidad básica de enfermería es contribuir en el enfermo a recuperar y consolidar su independencia, ayudando en satisfacer las necesidades que por sí sola no pueda cumplir como ocurre por lo general durante las etapas del trabajo de parto, para conservar su

salud física y psicoemocional (Tovar et al., 2023).

Teoría de Callista Roy

El modelo de Adaptación propuesto por la enfermera Callista Roy se basa en las vivencias de la paciente en todo el periodo de enfermedad y recuperación, donde se adapta a los cambios físicos y psicológicos. Enfoca el cuidado desde un principio holístico, considera al ser humano como un sistema adaptativo, que es capaz de interactuar con su medio, a fin de promover su salud y bienestar (García, 2023).

Metodología

Diseño del Estudio

En este estudio se aplicó el enfoque cualitativo, siendo a su vez, un estudio típico de caso clínico único para afirmar los objetivos formulados sobre hipertensión y perfusión tisular periférica ineficaz en un paciente post cesareada por preeclampsia severa.

Sujeto del Estudio

En el presente estudio, como sujeto del estudio se consideró a una mujer de 41 años elegida por conveniencia de la autora de la investigación, con diagnóstico médico de preeclampsia severa, poscesareada inmediata de dos horas, manifestando dolor, vulnerable a presentar hipertensión arterial. La paciente ingresó al servicio de ginecoobstetricia (UCEGO) procedente de sala de recuperación con diagnóstico postcesareada por preeclampsia severa.

Ámbito y Período del Estudio

La investigación tuvo su inicio en el Servicio de ginecoobstetricia B2 (UCEGO), de un Hospital Nacional de Lima, en el período comprendido del 2 al 3 de abril del 2023.

Procedimiento de Recojo de Información

Fuente de Información

En el presente estudio se ha considerado como fuente de información primaria a la paciente, y como fuente secundaria se utilizó los registros de la historia clínica. El instrumento de recolección de datos, fue la guía de valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, los que estuvieron validados por expertos profesionales del área.

Como otras fuentes de información se emplearon la observación y valoración directa a la mujer gestante, lectura y análisis de los registros de evaluación médica y de enfermería y examen físico general y regional de la paciente. Así también, las técnicas de la entrevista y observación.

Además, se efectuó la revisión de estudios científicos en las siguientes bases de datos: Elsevier, Science direct, Medline, Scielo, asimismo, se han consultado documentos procedentes de entidades oficiales (OMS, American Cancer Society), Guías de práctica clínica y protocolos, Tesis Magistrales y libros publicados para enfermería.

Técnica de Recolección de Datos

Se efectuó una entrevista interrelacionada y dialogada con la paciente para obtener datos de primera fuente; luego, se realizó la observación de la paciente dentro de una ambiente favorable y cordial, en la que no hubo necesidad de intervenir o alterar el ambiente en la que se desarrolló el dialogo.

Procedimiento de Información

Para efectuar la recolección de datos, la paciente de 41 años de edad y el jefe de servicio autorizaron este procedimiento, asegurando la protección y confidencialidad de los datos brindados durante toda la entrevista, afortunadamente no se tuvo problemas de identificación El recojo de la información se realizó en 3 etapas:

La primera fase se efectuó con la minuciosa revisión de la historia clínica de la paciente para obtener los datos clínicos como los datos demográficos de la paciente y de su familia, objetivo de la consulta, resultados de los exámenes previos, de los diagnóstico médico y clínico desarrollados, del mismo modo, el desarrollo de la atención. Estas acciones se efectuaron con el objetivo de tener una descripción detallada y completa del estudio de caso.

La segunda fase, el diagnóstico y la evaluación de enfermería, se realizó mediante una entrevista a nivel personal, aplicando la guía de valoración con los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon, logrando la identificación y el reconocimiento de los resultados de los diagnósticos de enfermería para proponer un plan de cuidados personal y específico.

En la tercera fase, se estructuraron tres seguimientos realizados a la paciente para conocer su evolución, y finalmente se realizó una revisión global e integral de las evidencias científicas, señalando los límites abarcando el año 2023 en su totalidad. Se aplicaron las bases de datos: Medline, Medigraphic, Google academic, Scielo, y Sciencedirect.

Procesamiento y Análisis de los Datos

Una vez obtenidos los datos fueron analizados y sistematizados con los procedimientos siguientes:

El análisis y procesamiento de los datos se realizaron sobre la base del enfoque de enfermería.

El primer momento, se efectuó un procedimiento de una atención de calidad por enfermería basado en el modelo Área de Pesut & Herman (1999), el cual consiste en efectuar una evaluación y valoración muy exhaustiva a través de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, posteriormente según los datos logrados en la valoración se aplicaron los diagnósticos enfermeros con la taxonomía NANDA (Herdman et al., 2023), luego se efectuó una

interrelación entre los diagnósticos para identificar el diagnóstico principal. Seleccionado el DxE principal se determinaron los resultados deseados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC), del mismo modo, tanto para el diagnóstico principal como para el riesgo de complicaciones en base al manual de Carpenito-Moyet (2020).

En el segundo momento, se realizó un análisis muy exhaustivo de la evidencia científica generada en esta investigación, tomando como base los objetivos diseñados según la taxonomía NOC (Moorhead et al., 2018) y priorizándolo con el modelo AREA (Pesut, 1999), con el propósito de obtener el NOC principal del diagnóstico de enfermería principal; esto ha influenciado en la preparación de un plan de cuidados con base en la taxonomía NIC (Butcher, et.al, 2018).

En el tercer momento, se realizaron las acciones de enfermería establecidas en el Plan y que están programadas, se evaluaron para la comprobación del nivel de eficacia de las intervenciones ejecutadas según el plan de cuidados individualizado de la paciente.

Antes de darle de alta a la paciente se valoraron los resultados logrados a través de la evaluación de indicadores.

Cuando se terminó el Proceso de Atención de Enfermería, se efectuó la revisión bibliográfica sobre el manejo de enfermería en paciente poscesareada por preeclampsia severa.

Resultados

Proceso de Atención de Enfermería

Descripción del caso

A su ingreso paciente de 41 años con iniciales Y. Ch M. G., multigesta de 38 semanas de gestación, con ocupación ama de casa, nivel de estudio secundaria completa, estado civil casada, religión católica, vive con su esposo, es de familia nuclear con crisis hipertensiva, preeclampsia severa, cesareada anterior. Acude refiriendo pérdida de líquido por la vagina hace 5 horas, percibe movimientos fetales, no sangrado vaginal, no cefalea, no escotomas, no tinnitus, no epigastrio, a su ingreso con signos vitales de 216/125 mm/Hg, F. C. de 125/min., F.R. 18/min., temperatura de 36.5 °C, Sat. O₂ 99%, peso 115kg, talla 1.59 metros.

Antecedentes Personales

Paciente sin antecedentes personales de hipertensión, sin alergias a medicamentos ni alimentos. Sin embargo, con antecedentes obstétricos: menarquia: 13 años, inicio de actividad sexual: 17 años; dos gestaciones, un aborto, un parto vaginal y una cesárea.

Tratamiento

Mg. SO₄ 20% 5 amp. +NaCl a 9% 50cc, Nifedipina 10mg VO, diuresis horaria, control PA cada 4 horas.

Situación Actual

Cuadro Clínico en Ginecología (Ucego). Paciente mujer adulta joven de 41 años con Diagnóstico Médico: poscesareada por preeclampsia severa + RPM + cesárea anterior una vez+ estado fetal no tranquilizador + obesidad, se encuentra despierta, Glasgow 15/15, ventilando espontáneamente a un Fio₂ 0.21%, con piel y mucosas orales pálida e hidratada, paciente obesa. se palpa edema en miembros superiores e inferiores, con catéter periférica permeable en

miembro superior izquierda pasando ClNa 0.9 % 500cc I Frasco + 30 UI Oxitocina, en miembro superior derecho con catéter periférica permeable perfundiendo en bomba de infusión sulfato de magnesio 15 ampollas + Cl Na 0.9% 750cc a 30 cc/hr , abdomen b/d doloroso a la palpación, útero contraído , herida operatoria con apósito manchado con secreción serohemático, escaso loquios hemáticos, portador de sonda Foley permeable conectado a bolsa colectora con orina colúrica. Los signos vitales se encuentran con la P. A. 159/76 mmhg: F. C.: 119xm, F.R: 16xm, T:36.5°C, S.po2: 99%. Por otro lado, los exámenes de laboratorio muestran valores con leucocitos: 8.45 k/ul, segmentados: 72.1%, hemoglobina: 6.2 mg/dl, mg/dl, hematocrito: 16,7%, plaquetas:181 fl, DHL: 154.79 u/l, TGO:11.81 u/l, TGP:6.2u/l., Fibrinógeno:495 mg.

Diagnóstico Médico Principal. Post operado por cesárea + preeclampsia severa.

Examen Físico.

- ✓ Piel: hidratada, normo térmica, de aspecto pálido.
- ✓ Cabeza: normocéfalo, sin lesiones ni traumatismos, ojos: pupilas foto reactivas, ligeramente pálidas, boca: mucosas hidratadas.
- ✓ Cuello: sin lesiones ni presencia de adenopatías.
- ✓ Tórax: simétrico, mamas: blandas, simétricas, secretantes y turgentes
- ✓ Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación con escala análoga de eva:6/10, presencia de herida operatoria en hipogastrio cubierta con apósito manchado con secreción serohemático.
- ✓ Útero: Contraído
- ✓ Genitales: Escaso loquios hemáticos. Presenta sonda Foley conectado a bolsa colectora con orina colúrica.
- ✓ Extremidades: presenta vía periférica en miembro superior izquierda pasando

CLNa 0.9% 200cc + 30 UI de oxitocina, en miembro superior derecho con vía periférica permeable perfundiendo en bomba de infusión Braun sulfato de magnesio (Mg SO4 20%) 15 ampollas + CLNa 0.750cc a 30 cc/hr. Sin evidencia de signos de flebitis. En ambos miembros superiores e inferiores se observa edema ++/+++.

- ✓ Aparato respiratorio: Entrada normal de aire en ambos campos pulmonares, sin presencia de estertores ni sibilancias.
- ✓ Aparato cardiovascular: Pulso periférico presente, corazón normodinámico, latido cardiaco normal.
- ✓ Sistema nervioso: Glasgow 15/15, responde a estímulos.

Funciones Vitales.

Presión Arterial: 147/92 mmhg,	VN :90/60-120/80 mmhg
Pulso:115 X´	VN :60-100 x`
Respiración:18x´	VN :16-20x`
Temperatur:36,5	VN :36,5-37,5
SatO2: 94%	VN: 90-100%

Exámenes Complementarios.

Leucocitos: 8.45k/ul,	VN: 4.6- 10.2 K/ul
Segmentados: 72.1%	VN: 40-70 %
Hemoglobina: 6.2 mg/dl	VN: 11,6 a 15 g/dl en mujeres OMS 2021
Hematocrito: 16.7%	VN: 36-48.7%
Plaquetas: 64,000 *10v3/ul	VN: 150-450*10v3/ul
DHL: 154.79 u/l	VN:140-271 u/l

Glucosa basal: 136.9 VN:74-106 mg/dl
Fibrinógeno: 495mg/dl. VN:200-400 mg/dl

Uroanálisis.

Albúmina: 2.92 VN: 3.5-5.2 g/dl
Proteínas:4.65 VN:4.65 g/dl
Urea en sangre: 27.6 VN: adultos 17-42 mg/dl
Creatinina:0.79 VN: Mujer: 0.55- 1.02 mg/dl
Ph:6.0 VN: 5.5- 6.5
Densidad:1.030 VN:1005-1030
Aspecto: Lig. Turbio
Cuerpos cetónicos: Negativo

Perfil Hepático.

TGO: 11.81u/l VN:<35u/l
TGP: 6.2u/l VN: <35u/l
Fibrinógeno:495mg/dl. VN:200-400 mg/dl
Bilirrubina Total: 0.43 VN: Adultos 0.3-1.2 mg/dl
Fosfatasa alcalina: 165.99 VN: 30-120 u/l

Tratamiento Médico.

- ✓ NPO x 6 horas.
- ✓ Cl Na 0.9% x 1000cc + oxitocina 30 ui I y II frasco de Cl Na 0.9%,50cc + sulfato de magnesio al 20% 5 ampollas a un 1g/h en 24 horas.
- ✓ Cefazolina 1 gr ev. c/8 hr.
- ✓ Tramadol 50 mg PRN a dolor.

- ✓ Acido tranexámico 1g. ev. c/8hr.
- ✓ Metamizol 2gr ev. c/8hr.
- ✓ Metildopa 1gr c/8hr.
- ✓ Nifedipina de 10 mg si PA es mayor a 160/110.
- ✓ Sonda Foley permeable.
- ✓ Control de funciones vitales.
- ✓ Control de sangrado vaginal.
- ✓ S/S Hemograma, glucosa, urea, perfil de coagulación, TGO. TGP, DHL, BT, F.

Valoración

La valoración está basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (1982):

Descripción de los Patrones Funcionales de Salud.

Patrón Funcional I: Percepción-Manejo de la salud: (Patrón Alterado). Paciente niega antecedentes de enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus, gastritis, úlceras, tuberculosis y asma, niega alergias a medicamentos y alimentos, asimismo su estado de higiene es regular en cuanto su estilo de vida evidencia tener poca importancia en conductas y practicas saludables como el deporte, paciente con obesidad mórbida, presenta vacunas completas, paciente con antecedentes familiares (madre hipertensa), en el año 2017 fue cesareada una vez por presentar preeclampsia.

Patrón Funcional II: Nutricional – Metabólico Alterado. Paciente con peso: 115kg., talla: 1.59 cm IMC: 45.48 (obesidad mórbida) temperatura T°: 36.5, paciente se encuentra con palidez marcada e hidratada, se observa en miembros superiores e inferiores con edema de ++/+++ , en NPO, con náuseas y vómitos, presenta abdomen blando depresible doloroso a la palpación con escala de EVA de 6/10, útero contraído con presencia de herida operatoria

cubierta con apósito manchado con secreción serohemática en hipogastrio, con presencia de sonda Foley permeable n°14 conectado a bolsa colectora con orina colúrica.

Patrón Funcional III: Eliminación (Alterado). Paciente adulta presenta sonda Foley permeable con diuresis colúrica. Niega deposiciones.

Patrón Funcional IV: Actividad-Ejercicio (Patrón Alterado). Paciente se encuentra ventilando espontáneamente con frecuencia respiratoria de 18 por min. Con saturación de oxígeno 94% a la auscultación en ambos campos pulmonares no se evidencian secreciones y tos, con ruidos respiratorios normales, frecuencia cardiaca: 115x', presión arterial: 147/92mmhg, se evidencia edemas en miembros superiores e inferiores de ++/+++ Presenta dos catéteres periféricos en ambos brazos, en MSD perfundiendo sulfato de magnesio en bomba de infusión Fresenius y MSI, pasando tratamiento indicado, no presenta signos de flebitis. Paciente con grado de dependencia tres, con fuerza muscular disminuido en reposo relativo.

Patrón Funcional V: Sueño-Reposo (Patrón Eficaz). Paciente menciona que no puede dormir por el dolor abdominal que presenta por la herida operatoria.

Patrón Funcional VI: Cognitivo-Perceptivo (patrón alterado). Paciente despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow de 15 puntos, Se encuentra nerviosa y en este momento su mayor preocupación radica en que no ha visto a su recién nacido, ya que debido a su condición de salud y como consecuencia de ello están hospitalizados por separado (ella en UCEGO y su recién nacido en la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal [UCIN], en este mismo hospital). no presenta problemas de visión, audición y lenguaje. Paciente con facies de dolor, abdomen doloroso a la palpación, se realiza escala numérica del dolor presentando una puntuación de 6/10 (EVA).

Patrón Funcional VII: Autopercepción-Autoconcepto (Patrón Alterado). Paciente

despierta, hipoactiva, intranquila, nerviosa su mayor preocupación se centran en su salud y de su recién nacido que se encuentra hospitalizado en la UCIN, y al cual solo le fue presentado de forma protocolar en la sala de operaciones, pero no ha podido abrazarlo.

Patrón Funcional VIII: Rol-Relaciones (Patrón Eficaz). Grupo familiar: Cuatro (esposo, esposa, hija de 5 años, recién nacido (varón), madre refiere soy ama de casa, me llevo bien con mi esposo y la familia de mi suegra.

Patrón Funcional IX: Sexualidad-Reproducción (Patrón Alterado). Al examen físico la paciente presenta las mamas no sensibles, blandas, libre de signos de inflamación, con pezones formados, no se palpan bultos, escasa secreción de calostro, útero contraído, loquios hemáticos en escasa cantidad. Menarquía: 13 años, inicio de actividad sexual a los 17 años; antecedentes obstétricos: gestaciones dos, aborto uno, partos vaginales uno, cesárea uno.

Patrón Funcional X: Afrontamiento-Tolerancia del Estrés (Patrón Alterado). Paciente menciona “Quiero ver a mi bebé ¿a qué hora lo traerán?”, se muestra intranquila con fases de preocupación, temor y tristeza. Cuando se enfrenta a problemas tiene la confianza de conversarlo con su esposo, ya que él es su apoyo y siempre está disponible para escucharla. También se refiere a su mamá como otro apoyo importante en su vida, incluso ahora es una de sus cuidadoras junto con su esposo.

Patrón Funcional XI: Valores-Creencias (Patrón Eficaz). La religión que desempeña la paciente es la católica, aunque se identifica a sí misma como “creyente” ya que no acude a su iglesia regularmente. Lo que ella considera más importante en su vida es su familia. Aunque refiere que casi no acude a su iglesia, asimismo encuentra apoyo en la oración, ya que ello le proporciona seguridad y sentido a su vida.

Plan de Cuidados.

Diagnósticos de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería (DxE) se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejora vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizaron la identificación de los diagnósticos de enfermería se basa en los patrones alterados extraídos de la valoración. Los diagnósticos son la Taxonomía NANDA Internacional (Herdman et al., 2023).

Patrón Funcional V: Actividad – Ejercicios (Patrón Alterado). (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370 mg y plaquetopenia de 64,000.

Definición. “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.

Dominio. 4: Actividad /reposo. (Herdman et al., 2023., pp.328).

Clase. 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares.

Patrón Funcional IV: Actividad – Ejercicios (Patrón Alterado). (00026) Exceso de volumen de líquidos relacionado con compromiso de los mecanismos reguladores e/p edema de miembros superiores e inferiores (++/+++), dificultad para girar.

Definición. “Excesiva retención de líquidos” (Herdman et al., 2023.,pp. 261).

Dominio. 2: Nutrición

Clase. 5: Hidratación.

Patrón Funcional IV: Actividad-Ejercicio (Patrón Alterado). (00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con prescripción de restricción de movimientos, disminución de la fuerza muscular e/p limitación de la amplitud de movimientos, dificultad para girar.

Definición. “Es la limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades” (Herdman et al., 2023, p. 300).

Dominio. 4: Actividad/reposo

Clase. 2: Actividad/ejercicio.

Patrón Funcional VI: Cognitivo – Perceptual (Patrón Alterado). (00004) Riesgo de infección relacionado con herida operatoria y procedimientos invasivos: (vía periférica y sonda Foley).

Definición. “Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud” (Herdman et al., 2023., pp. 488).

Dominio. 11: Seguridad / protección.

Clase. 1: Infección.

Patrón Funcional VI: Cognitivo – Perceptual (Patrón Alterado). (00132) Dolor agudo relacionado con herida operatoria e/p informe verbal del dolor según escala de Eva: 6/10 puntos.

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., 2023., pp. 577).

Dominio. 12: Confort

Clase. 1: Confort físico.

Patrón Funcional IX: Sexualidad – Reproducción (Patrón Alterado). (00206) Riesgo de sangrado relacionado con escaso loquios hemáticos.

Definición. “Susceptible de disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud” (Herdman et al., 2023, pp. 492).

Dominio. 11: Seguridad / protección

Clase. 2: Lesión física.

Patrón Funcional X: Adaptación – Tolerancia al stress (Patrón alterado). (00146)

Ansiedad relacionado con estresores manifestado por expresar ansiedad sobre los cambios en los episodios vitales y nerviosismo.

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., 2023., p. 425).

Dominio. 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés

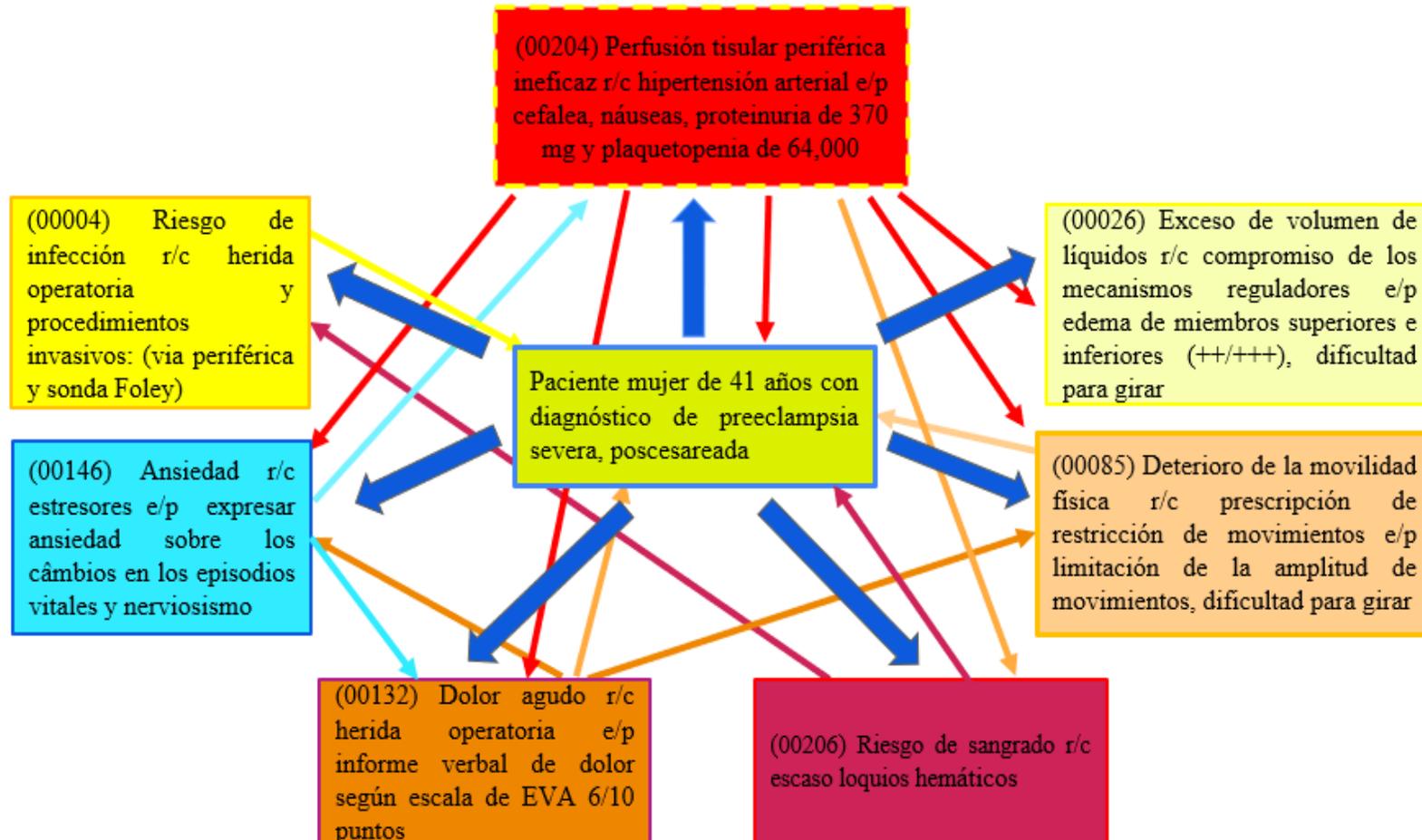
Clase. 2: Respuesta de afrontamiento.

Identificación del diagnóstico de enfermería principal mediante Red de Razonamiento Crítico basado en el modelo AREA

Tras exponer los diferentes diagnósticos enfermeros que tiene mi paciente voy a realizar la priorización del Diagnóstico de Enfermería principal (Dx Ep) mediante una red de razonamiento clínico basado en el Modelo AREA (Pesut & Herman, 1999). Este modelo establece redes de razonamiento crítico, basado en las relaciones que se establecen entre un número elevado de diagnósticos, dando como resultado el diagnóstico más preciso y adecuado a cada caso clínico.

Figura 1

Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la priorización del diagnóstico de enfermería principal



Nota. Elaboración basada en el Modelo ÁREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999).

Diagnóstico Enfermero Principal (DxEp)

Tal como se puede observar en la Red de razonamiento (Figura 1) el diagnóstico de enfermería principal es: (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370 mg y plaquetopenia de 64.000.

Definición. “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.(Herdman et al., 2023.,pp.328).

Dominio. 4: Actividad /reposo.

Clase. 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares.

Justificación del Diagnóstico Principal

Basándose en las evidencias científicas y buscando bibliografías sobre los diferentes diagnósticos, se concluye que el diagnóstico principal es:

La perfusión tisular periférica ineficaz constituye ser una enfermedad multisistémica de inestable severidad en la etapa de gestación, que evidencia una disminución de la perfusión sistémica establecida por vaso espasmo e incremento de los sistemas de coagulación (Espíritu & Heredia, 2022).

Es necesario precisar que el aparato cardiovascular se encarga del flujo sanguíneo hacia todo el cuerpo, por otro lado, la microcirculación realiza una asociación significativa en la distribución adecuada de hematíes y plasma en los órganos vitales. El flujo sanguíneo, dentro de un órgano, se realiza inspeccionado la red de arterias del mismo (vasos de resistencia) antes de que la sangre destile hacia los capilares. Los vasos de resistencia poseen musculatura lisa e impresionable al equilibrio vasoconstrictor y vasodilatador. En todo órgano, la tonicidad muscular regulariza el diámetro de los vasos de resistencia, ejerciendo marcada influencia en el flujo sanguíneo y en la presión de flujo que hasta los capilares. Esto quiere decir, que el tono

vascular inspecciona las presiones sistémicas y pulmonares (Luya & Santiago, 2021).

El daño por perfusión tisular o "choque" constituye una patología fisiológica que evidencia la tentativa del organismo por mantener sus funciones vitales, una herida grave, un fallo en las estructuras fisiológicas, cualquier golpe, contusión o afección que genere un descenso característico de la perfusión, cercano al daño del manejo del oxígeno por las células, nos conducirá a producir un metabolismo anaerobio por hipoxia celular (Espinoza & Rodriguez, 2022).

Por otro lado, la hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades silenciosas y es un factor de riesgo alto para generar enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares. La cardiopatía isquémica y la muerte, son presentadas para el tratamiento, sin embargo, no son las únicas complicaciones a las que se deberá prestar la debida atención, con relación a los altos valores de los niveles de presión arterial (PA), ya que es fundamental reducir el riesgo cardiovascular aplicando los controles adecuados a los pacientes (Chalco & Zhingre, 2023).

La preeclampsia severa que se produce antes de la 34 semana de gestación se relaciona con las elevadas probabilidades de mortalidad y morbilidad perinatal. La gestación interrumpida en estas pacientes si bien constituye ser el único recurso de curación de esta patología, y que evita un alto riesgo de complicaciones (Luque, 2022).

Los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) son una de las causas principales de morbimortalidad materna y perinatal a nivel global o en los países emergentes. Los SHE incluyen hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia e hipertensión crónica y se evidencia por el aumento de la presión arterial y recurrentes alteraciones multiorgánicas que van de leves a graves (Carrión et al., 2022).

Problemas de Colaboración (PC) y Riesgo de Complicación (RC)

Según el Manual de Diagnósticos de enfermeros de Carpenito (2020) los posibles riesgos de colaboración unidos al problema de colaboración. Estos son:

Problema de Colaboración: Período Posparto.

RC 1.1 Hipertensión

RC 1.2 Convulsiones

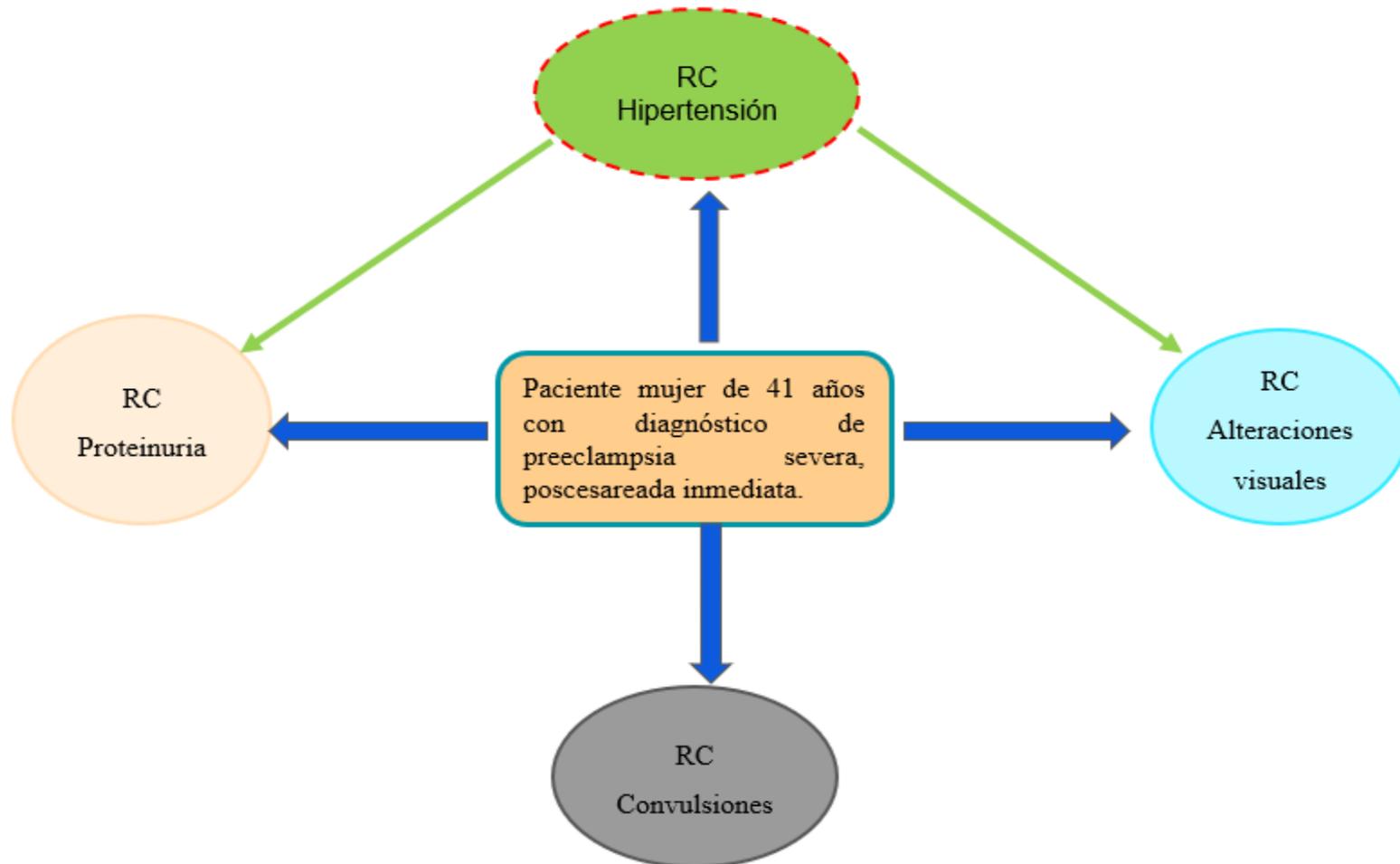
RC 1.3 Alteraciones visuales

RC 1.4 Proteinuria

RC 1.5 Plaquetopenia

Figura 2

Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para obtención del riesgo de complicación principal (RCp)



la

Nota. Elaboración basada en el modelo ÁREA análisis del resultado del estado actual, Pesut & Herman, 1999).

Identificación de Riesgo de Complicación Principal (RCp)

Tras haber realizado la red de razonamiento, se ha identificado como RC principal la “hipertensión” puesto que tiene más relación con los demás, vinculándose con convulsiones y proteinuria.

RCp: Hipertensión.

Definición. La HTA se define como valores ≥ 140 mmhg TAS y/o ≥ 90 mmhg TAD (Dueñas et al., 2019).

Justificación.

Riesgo de Complicación: Hipertensión Arterial. La hipertensión arterial es el aumento continuo de la presión arterial sistémica, constituye el resultado del gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica global. Por otro lado, se la considerado como una enfermedad crónica de gran prevalencia de transición epidemiológica. Diversos factores están incorporados en la regulación a corto y largo plazo de la presión arterial para una apropiada perfusión tisular. Se consideran los siguientes: Gasto cardíaco y volumen sanguíneo circulatorio, calibre vascular, elasticidad y reactividad, mediadores humorales, estimulación neurológica (Torres et al., 2021).

La proteinuria de 24 horas determina una sensibilidad cerca del 85% y para el diagnóstico de preeclampsia con un aproximado del 90%, esta prueba con valores mayores o iguales a 300 mg/día. Los criterios para el diagnóstico de preeclampsia también se pueden cumplir si tiene hipertensión de nueva aparición con trombocitopenia, insuficiencia renal con creatinina sérica mayor a 1,1 mg/dl, edema pulmonar, deterioro de la función hepática o cefalea de nueva aparición que no responde a los medicamentos sin una causa alternativa (Lombeida, 2022).

La preeclampsia constituye ser un proceso patológico complejo que genera alteraciones sistémicas en la madre y en el hijo. La hipertensión constituye la causa primigenia de esta

patología, va acompañada de proteinuria; las próximas complicaciones se presentan ante la presencia de disfunción renal, hemática, cardiopulmonar, hepática, neurológica materna; restricción de crecimiento fetal, óbito fetal. Llega a ser una de las causas de mortalidad materna a nivel mundial, lo que motiva que ante una emergencia hay necesidad de proceder adecuada y oportuna (Escobar & Tapia, 2022).

Llacuachaqui (2021) indica que las emergencias hipertensivas se producen por el incremento de la presión arterial mayor de 180/120 mmhg asociada a daños en el órgano blanco. Entre los factores determinantes están los grupos nombrados como cerebro vascular, como la encefalopatía hipertensiva, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea. Entre los cardiovasculares se consideran la isquemia miocárdica, angina inestable, infarto del miocardio y disfunción ventricular izquierda; en el otro grupo se consideran a la insuficiencia renal aguda, estados con exceso de catecolaminas y/o epistaxis grave. Entre las urgencias hipertensivas, están la presión arterial elevada con síntomas alarmantes sin evidenciar desastres vasculares o fallo orgánico considerada como grave. Del mismo modo, no es necesario el internar a la paciente, debiendo en cambio, suministrarle los medicamentos por vía oral.

Por otro lado, la preeclampsia es severa si la PAS es ≥ 160 mmhg y/o la PAD es ≥ 110 mmhg en dos oportunidades separadas por 4 horas. El síndrome hipertensivo del embarazo involucra diferentes trastornos hipertensivos con manifestaciones clínicas que varían desde pacientes asintomáticas hasta pacientes graves con falla multiorgánica y elevada morbimortalidad materno fetal (Luna & Martinovic, 2023).

Según American Heart Association (2022) las secuelas de la presión arterial alta son: derrame cerebral (consigue producir que los vasos sanguíneos en el cerebro estallen), pérdida de la vista (daño en los vasos de los ojos), insuficiencia cardíaca (la presión alta puede producir a

que el corazón se agrande y que no suministre sangre al organismo), disfunción sexual (se puede producir disfunción eréctil en los hombres o la disminución del deseo sexual en las mujeres), ataque cardíaco (la hipertensión alta daña las arterias logrando que se estrechen y se fortalezca una enfermedad/de insuficiencia renal: logrando dañar las arterias de los riñones y obstruir la capacidad eficaz de filtrar sangre).

Planificación

Planificación del Dx E. Principal. Como prevención para disminuir el problema presentado en la paciente, se han establecido los resultados y se ha seleccionado un conjunto de intervenciones que son parte del plan de cuidados.

Se emplearon los manuales de objetivos o resultados NOC (Moorhead et al., 2018) y de intervenciones NIC (Butcher et al., 2018).

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370 mg y plaquetopenia de 64.000.

Definición. “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud (Herdman et al., 2023.,pp.328).

Dominio. 4: Actividad /reposo.

Clase. 4: Respuestas cardiovasculares / pulmonares.

Resultados (NOC) del Diagnóstico Enfermero Principal (Dx Ep)

La taxonomía NOC responde a los resultados que pretendemos alcanzar en la atención a la paciente en estudio, utiliza códigos de 4 dígitos y en los indicadores 6 dígitos. Para el diagnóstico de enfermería (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370 mg y plaquetopenia de 64,000. Por lo tanto, le corresponde el siguiente NOC:

(0401) Estado circulatorio

(0405) Perfusión tisular: cardíaca

(0406) Perfusión tisular: cerebral

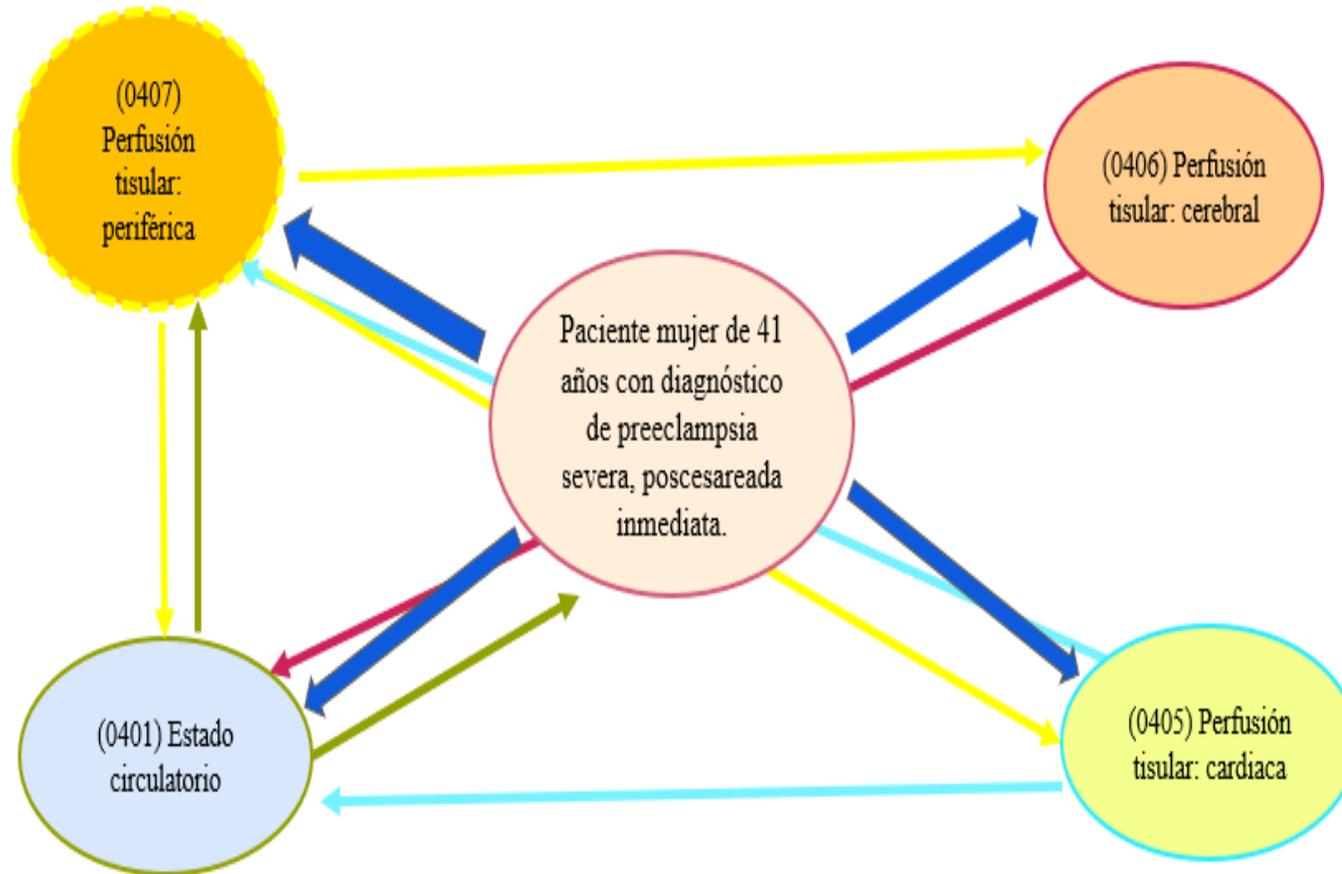
(0407) Perfusión tisular periférica

Priorización del NOC del diagnóstico enfermero principal.

Se realizó el análisis mediante la red de razonamiento crítico, para definir el NOC principal. Según se evidencia en la figura 03.

Figura 3

Priorización del NOC del diagnóstico principal (DxE) mediante red de razonamiento crítico basado en el método AREA.



Nota. Elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman 1999).

Justificación del NOC principal del diagnóstico principal

Podemos observar que según la red de razonamiento crítico el NOC principal corresponde al más relacionado con los otros NOC.

NOC priorizado del Dx E. Principal. (0407) Perfusión tisular periférica.

Definición. “Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular” (Moorhead et al., 2018).

Dominio. 2: Salud Fisiológica.

Clase. E: cardiopulmonar.

Justificación. La perfusión tisular periférica es el acomodamiento de la circulación sanguínea hacia los pequeños vasos de los miembros del cuerpo para proteger la función tisular (De Paz et al., 2022).

La hipertensión arterial es considerada como la causa etiológica principal para generar la insuficiencia cardiaca; hoy día, se acepta la teoría neuro hormonal, que afirma que, al producirse una descarga adrenérgica, por determinado daño cardiaco, el retorno venoso aumenta la actividad del sistema renina angiotensina, asociado con el daño endotelial y permite liberar los mediadores de la inflamación. Esta disfunción endotelial constituye la causa principal de la disminución de la perfusión a los tejidos periféricos, porque la lesión cardiovascular producida genera la disminución de la contractibilidad miocárdica que progresivamente baja el volumen de eyección afectando la perfusión a los tejidos (Rubio & Gonzales, 2022).

Los habituales parámetros hemodinámicos (frecuencia cardíaca, presión arterial, presión venosa central, gasto cardiaco) ofrecen una apreciación global del estado hemodinámico de la paciente y no posibilitan valorar el estado de la perfusión de los órganos y tejidos. En la atención real clínica, la perfusión tisular se valora por parámetros indirectos, como el nivel de

consciencia, la diuresis y el relleno capilar, y por la evaluación del lactato y de la asociación lactato/piruvato, que posibilitan detectar estados ya determinados de hipoperfusión tisular sistémica (Espinoza & Rodriguez, 2022).

Estado de Conciencia

La alteración del estado de conciencia constituye una limitación muy recurrente en la atención en sala de urgencias, lo que es una emergencia neurológica o neuroquirúrgica. La frase “alteración de conciencia” es empleada para dar explicación a la situación de una gestante en relación a su capacidad para interrelacionarse con su contexto y comprender su realidad; su nivel de daño puede generar la pérdida de las funciones psicomotrices conscientes e inconscientes. Referente a la conciencia la paciente puede evidenciar alteración del nivel (estupor, obnubilación, somnolencia, coma, etc.) y complicaciones del contenido como la dificultad para mantener la atención y la orientación (Padilla et al., 2019).

Llenado Capilar

Panchi (2022) el tiempo de llenado capilar (TLC) se considera como el tiempo que demora en volver el color de un lecho capilar externo después de aplicar presión para inducir su blanqueamiento. Fue descrita por primera vez en 1947 y hoy se ha adoptado con amplitud como parte de la valoración circulatoria de pacientes críticos. Constituye un signo que significa hipoperfusión.

Los pacientes muestran alteraciones de la perfusión tisular y la microcirculación; estas complicaciones no estarán asociadas con el estado hemodinámico (hiperdinamia o normodinámica) de la gestante. Con una gasometría arterial y una gasometría venosa central se puede evaluar la perfusión tisular y la microcirculación, midiendo variables como lactato, Δp (v-a) CO₂, Δp (v-a) CO₂/ Δ (a-v) O₂ y ERO₂ sin necesidad de dispositivos complejos. Es

fundamental señalar que el principal factor determinante del flujo sanguíneo tisular es el gasto cardíaco (GC); por disminución del GC (hipoxia isquémica) o aumento de la producción de CO₂ (hipoxia tisular o hipoxia hipóxica) (Pascual et al., 2018).

Tabla 1

Puntuación del NOC principal del DxE principal. Escala de likert (Escala Likert: 1. Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4. Leve 5: Ninguno.)

NOC	Puntuación inicial (PI)	Puntuación diana (PD)	Tiempo
(0407) Perfusión tisular periférica	2	5	24 horas

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(040728) Presión sanguínea diastólica.	2	5	24 horas
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	24 horas
(040740) Presión arterial media.	3	5	24 horas
(040715) Llenado capilar de los dedos de la mano.	3	5	24 horas
(040716) Llenado capilar de los dedos de los pies.	3	5	24 horas

Nota. Elaboración en base a la Clasificación de Resultados de Enfermería NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017).

Intervenciones NIC del Diagnóstico Enfermero Principal. Las intervenciones que a continuación se mencionan fueron extraídas del Manual de Intervenciones NIC (Séptima edición) (Butcher et., al. 2018).

(6680) Monitorización de los Signos Vitales.

Campo. 4: Seguridad.

Clase. V: Control de riesgos.

Definición. “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones” (Butcher et al., 2018.,p.341).

Actividades:

- ✓ (668001) Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
- ✓ (668002) Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- ✓ (668003) Monitorizar la presión arterial mientras el paciente esta acostado, semisentado y al cambio de posición.
- ✓ (668006) Monitorizar la pulsioximetría.
- ✓ (668007) Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- ✓ (668010) Monitorizar la presión arterial después de la administración de la medicación.

(4162) Manejo de la Hipertensión.

Campo. 2: Fisiológico: complejo.

Clase. N: Control de la perfusión tisular.

Definición. “Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más altos de lo normal” (Butcher et al., 2018.,p.286).

Actividades.

- ✓ (416201) Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión.
- ✓ (416202) Asegurar una valoración adecuada de la PA (es decir, considerar la media de dos o más lecturas de PA correctamente medidas, y tomadas en dos o más visitas a la consulta).
- ✓ (416203) Monitorizar para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (p. 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, paro cardíaco).
- ✓ (416203) Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.
 - ✓ (416203) Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan causar aumento de la PA.

(2300) Administración de Medicación.

Campo. 2: Fisiológico: complejo

Clase. H: Control de fármacos

Definición. “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación” (Butcher et al., 2018.,p.55).

Actividades.

- ✓ (230001) Mantener los procedimientos correctos para una administración precisa y segura de medicamentos.
- ✓ (230002) Administrar sulfato de magnesio en bomba de infusión según indicación médica. Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos.
- ✓ (230003) administrar antihipertensivos y analgésicos según prescripción médica.
- ✓ (230005) Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- ✓ (230007) Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.

Planificación del NOC del riesgo de complicación Principal (RCP) Hipertensión

A fin de determinar los cambios en el estado de la paciente, se utilizó el clasificador de medición de resultados en salud a través de objetivos NOC (Moorhead et al., 2018) y en cuanto a la mejora de la calidad de vida de la paciente se aplicó las intervenciones NIC (Butcher et al., 2018). En consecuencia, el riesgo de complicación principal es RC de hipertensión.

Resultado NOC del RC Principal

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente que se desea conseguir, utilizando códigos de 4 dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el RC Hipertensión le corresponde los siguientes NOC:

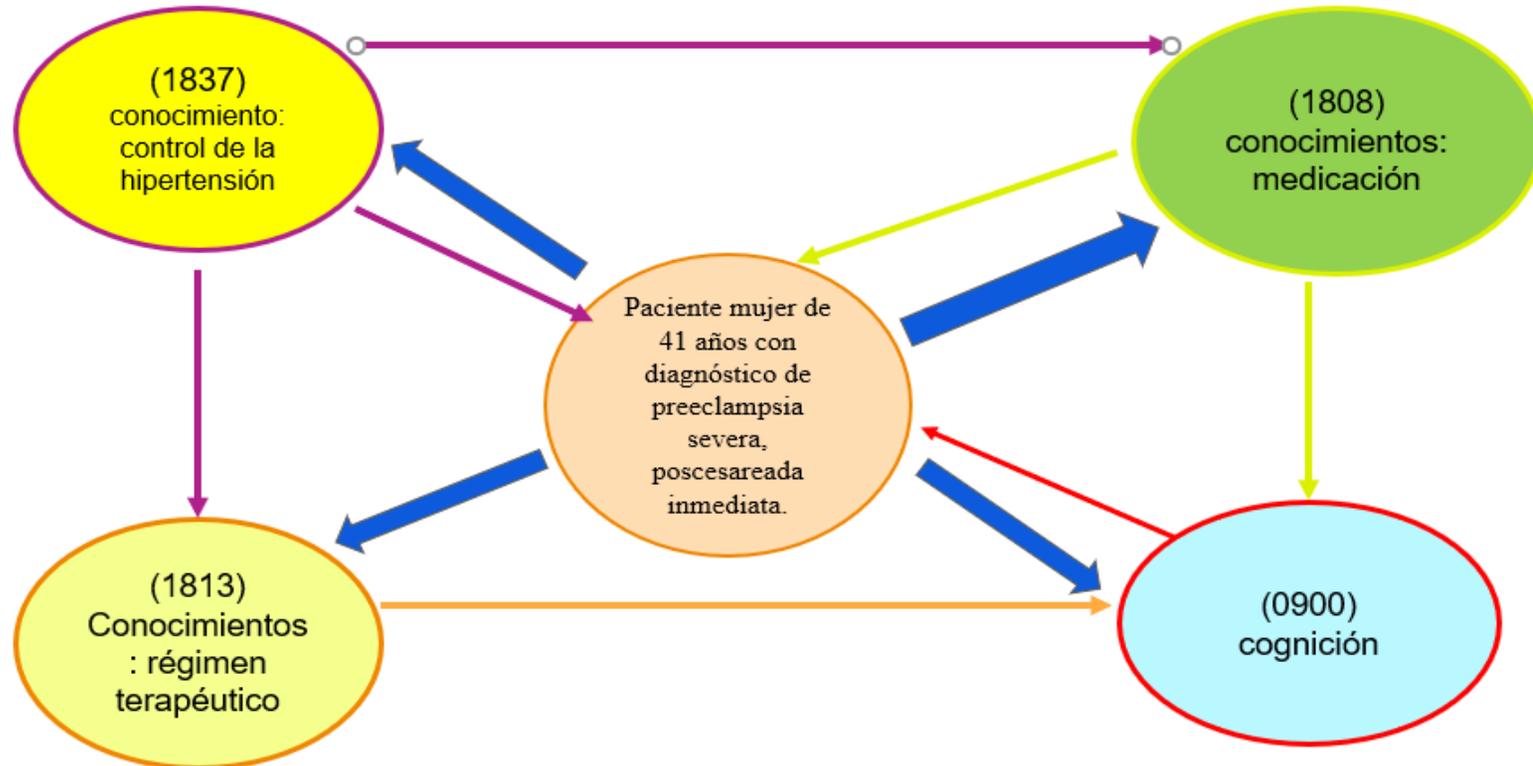
- ✓ (1837) Conocimientos: control de la hipertensión
- ✓ (1808) Conocimiento: medicación
- ✓ (1813) Conocimientos: régimen terapéutico
- ✓ (0900) Cognición.

Se realizó el análisis en la red de razonamiento crítico, para definir el NOC RC principal.

Según se evidencia en la figura No 4

Figura 4.

Priorización del NOC del RC principal mediante Red de Razonamiento Crítico Basado en el Método AREA.



Nota. Elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 2019).

Justificación del NOC Principal del RC Principal

Se ha identificado como RC principal a la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial (HTA) constituye una de las principales causas de muertes en todo el mundo, esta enfermedad incrementa significativamente los riesgos de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades. Su prevalencia está asociada a países de bajos y medianos ingresos, y se consideran factores de riesgos al estrés, alcoholismo, obesidad, tabaquismo, drogas, alimentación, genética, raza, y ciertas patologías como diabetes mellitus, algunas de ellas consideradas como factores de riesgo modificables y que pueden ser medidas de prevención y control en su tratamiento (Carbo et al., 2022).

algunas de ellas consideradas como factores de riesgo modificables y que pueden ser medidas de prevención y control en su tratamiento (Carbo et al., 2022).

Se concluye los factores no modificables de las enfermedades cardiovasculares son la edad, sexo, historia familia de ECV, historia personal de eventos cardiovasculares, y/cerebrovasculares previos. Del mismo modo, los factores modificables como: Hipertensión arterial, hipercolesterolemia, disminución de los niveles c-HDL, diabetes, obesidad, tabaco, alcohol, sedentarismo, hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad renal, microalbuminuria (Huerta et al., 2023).

A continuación, presentamos el NOC priorizado del RC Hipertensión.

(1837) Conocimiento: control de la hipertensión

Dominio. 4: Conocimiento y conducta de salud

Clase. S: Cardiopulmonar

Definición. “Grado de conocimiento transmitido sobre hipertensión arterial, su tratamiento y la prevención de complicaciones” (Moorhead et al., 2018., p. 195).

Tabla3

Puntuación del NOC e indicadores del RC principal. (Escala Likert: 1. Grave 2: Sustancial 3: Moderado 4. Leve 5. Ninguno.)

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(1837) Conocimiento: control de la hipertensión	2	4	24 horas

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOC principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo
(183701) Rango normal de presión arterial sistólica.	2	4	24 horas
(183702) Rango normal de presión diastólica.	2	4	24 horas
(183705) Complicaciones potenciales de la hipertensión.	2	4	24 horas

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Intervenciones (NIC) para el Riesgo de Complicación Principal (RCp)**(5602) Enseñanza: Proceso de Enfermedad.**

Campo. 3: Conductual

Clase. S: Educación de los pacientes

Definición. “Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico” (Butcher et al., 2018., p.189).

Actividades.

- ✓ (560201) Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- ✓ (560202) Enseñar a la paciente medidas para controlar/ minimizar los síntomas.
- ✓ (560203) Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad.

✓ (560204) Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.

✓ (560205) Describir las posibles complicaciones crónicas.

(5616) Enseñanza: Medicamentos Prescritos.

Campo. 3: Conductual.

Clase. S: Educación de los pacientes

Definición. “Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos” (Butcher et al., 2018., p. 183).

Actividades.

✓ (561601) Instruir a la paciente acerca de la administración adecuada de cada medicamento.

✓ (561601) Informar a la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

✓ (561602) Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación.

✓ (561603) Revisar el conocimiento que la paciente tiene de cada medicación.

(5614) Enseñanza: Dieta Prescrita.

Campo. 3: Conductual

Clase. S: Educación de los pacientes

Definición. “Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita”(Butcher et al., 2018., p,178).

Actividades.

✓ (561401) valorar el nivel de conocimientos de la dieta prescrita.

✓ (561402) Explicar el propósito de la dieta.

✓ (561403) Instruir a la paciente sobre comidas permitidas y prohibidas.

- ✓ (561404) Indicar a la paciente el nombre propio de la dieta prescrita.
- ✓ (561405) Ayudar a la paciente a incluir las preferencias de comidas en la dieta prescrita.
- ✓ (5250) Apoyo en la Toma de Decisiones.
- ✓ (525001) Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección de la paciente.
- ✓ (525002) Establecer comunicación con la paciente al principio de su ingreso.
- ✓ (525003) Facilitar toma de decisiones en la colaboración.
- ✓ (525004) Servir de enlace entre la paciente y la familia.
- ✓ (525005) Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.

Ejecución

Para realizar las intervenciones y actividades de enfermería, el tiempo oportuno para los cuidados fue de 24 horas organizado en 3 turnos de 6, 6 y 12 horas respectivamente; se utilizó el libro de Intervenciones de Enfermería (NIC):

Tabla 5

Cronograma de intervenciones/actividades de enfermería de postcesareada por preeclampsia

Fecha	Intervenciones/ Actividades	M	T	N
2/12/2022	(6680) Monitorización de signos vitales	7am	1pm	7pm
	Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.	→	→	→
	Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.	→	→	→
	Monitorizar la presión arterial mientras el paciente esta acostado, semisentado y al cambio de posición.	→	→	→
	Monitorizar la pulsioximetría.	→	→	→
	Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.	→	→	→
	Monitorizar la presión arterial después de la administración de la medicación.	→	→	→
2/12/2022	(4162) Manejo de la hipertensión	7am	1pm	7pm
	Medir la presión arterial (PA) para determinar la presencia de hipertensión.	→	→	→
	Asegurar una valoración adecuada de la PA (es decir, considerar la media de dos o más lecturas de PA correctamente medidas, y tomadas en dos o más visitas a la consulta).	→	→	→
	Monitorizar para detectar signos y síntomas de crisis hipertensiva (p. 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, paro cardíaco).	→	→	→
	Vigilar al paciente para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita para la hipertensión.	→	→	→
	Instruir al paciente para que reconozca y evite situaciones que puedan causar aumento de la PA.	→	→	→
	(2300) Administración de medicación	7am	1pm	7pm
	Mantener los procedimientos correctos para una administración precisa y segura de medicamentos.	→	→	→
	Administrar sulfato de magnesio en bomba de infusión según indicación médica.	→	→	→
	Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos.	→	→	→
Administrar antihipertensivos y analgésicos según prescripción médica.	→	→	→	
Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.	→	→	→	
Verificar la receta o la orden de medicación antes de administrar el fármaco.	→	→	→	

2/12/2022	(5602) Enseñanza proceso de enfermedad	7am	1pm	7pm
	Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.	→	→	→
	Enseñar a la paciente medidas para controlar/ minimizar los síntomas.	→	→	→
	Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad.	→	→	→
	Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.	→	→	→
	Describir las posibles complicaciones crónicas.	→	→	→
2/12/2022	(5616) Enseñanza medicamentos prescrito	7am	1pm	7pm
	Instruir a la paciente acerca de la administración adecuada de cada medicamento.	→	→	→
	Informar a la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.	→	→	→
	Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación.	→	→	→
	Revisar el conocimiento que la paciente tiene de cada medicación.	→	→	→
2/12/2022	(5614) Enseñanza: dieta prescrita			
	Evaluar el nivel de conocimientos de la dieta prescrita.	→	→	→
	Explicar el propósito de la dieta.	→	→	→
	Instruir a la paciente sobre comidas permitidas y prohibidas.	→	→	→
	Indicar a la paciente el nombre propio de la dieta prescrita.	→	→	→
	Ayudar a la paciente a incluir las preferencias de comidas en la dieta prescrita.	→	→	→
2/12/2022	(5230) Apoyo en la toma de decisiones	7am	1pm	7pm
	Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección de la paciente.	→	→	→
	Establecer comunicación con la paciente al principio de su ingreso.	→	→	→
	Facilitar toma de decisiones en la colaboración.	→	→	→
	Servir de enlace entre la paciente y la familia.	→	→	→
	Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera.	→	→	→

Fuente. Elaborado a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Butcher et al., 2018).

Evaluación

Se optó por un período de seguimiento de 24 horas. Se observó signos de progreso de la paciente: evolución favorable de la preeclampsia, mejoramiento de la perfusión tisular periférica

ineficaz y disminución del riesgo hipertensión, y se determinó que el plan de cuidado fue efectivo respecto a los resultados planificados.

Evaluación del Resultado del Diagnóstico Principal.

Tabla 6

Puntuación del NOC principal del diagnóstico principal. (Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno)

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(0407) Perfusión tisular periférica	2	5	4	24 horas

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Tabla 7

Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(040728) presión sanguínea diastólica.	2	5	4	24 horas
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	4	24 horas
(040740) Presión arterial media.	3	5	4	24 horas
(040715) Llenado capilar de los dedos de la mano.	3	5	4	24 horas
(040716) Llenado capilar de los dedos de los pies.	3	5	4	24 horas

Nota. Elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Como podemos evidenciar, se desea lograr una puntuación diana de 5, en la evaluación inicial se tuvo una puntuación de 2, y tras un período de cuidados en 24 horas, se logró una puntuación final de 4. Por tanto, se ha logrado disminuir significativamente la perfusión tisular periférica en nuestra paciente.

Respecto al indicador (040728) sobre la presión sanguínea diastólica se tuvo una puntuación inicial de 2 al igual que la sistólica llega a una puntuación alcanzada de 4. Llegando a la puntuación propuesta de 5.

Con relación al indicador (040727) sobre la presión sanguínea sistólica, se tuvo una puntuación inicial de 2, siendo la puntuación propuesta 5, llegando a una puntuación alcanzada de 4. Lo cual nos indica que debe mejorarse

Por último, el indicador (040740) sobre la presión arterial media se tuvo una puntuación inicial de 3, siendo la puntuación propuesta 5, llegando a una puntuación alcanzada de 4. Lo cual nos indica que debe mejorarse.

Con relación al indicador (040715) sobre el llenado capilar de los dedos de las manos se tuvo una puntuación inicial de 3, siendo la puntuación propuesta 5, llegando a una puntuación alcanzada de 4. Lo cual nos indica que el tratamiento debe mejorarse

Respecto al indicador (040716) sobre el llenado capilar de los dedos de los pies se tuvo una puntuación inicial de 3, siendo la puntuación propuesta 5, llegando a una puntuación alcanzada de 4. Lo cual nos indica que debe mejorarse

Tabla 8

Puntuación del NOC del RC principal

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo
(1837) Conocimiento control de la Hipertensión	2	4	4	24 horas

Nota. Elaboración basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Tabla 9

Puntuación de los indicadores del riesgo de complicación principal.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo
(183701) Rango normal de presión arterial sistólica.	2	4	5	24 horas
(183702) Rango normal de presión diastólica.	2	4	4	24 horas

(183705) Complicaciones potenciales de la hipertensión	2	4	4	24 horas
--	---	---	---	----------

Nota. elaboración propia basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Análisis de Resultados. Con respecto en la tabla 8 La puntuación Diana propuesta es de 4, a su vez inicia una puntuación de 2., en un lapso de un tiempo de 24 horas. En el cual se alcanzó una puntuación de 4.

En relación con el indicador (183701) Rango normal de presión arterial sistólica tuvo una puntuación inicial de 2, en una duración de un tiempo de 24 horas se obtuvo una puntuación alcanzada de 5.

Respecto al indicador (183702) Rango normal de presión diastólica tiene una puntuación inicial de 2, con una puntuación propuesta de 4 y alcanzada de 4.

Finalmente, el indicador (183705) complicaciones potenciales de la hipertensión tuvo una puntuación de 2 y una puntuación propuesta de 4 y alcanzada de 4.

Discusión

La paciente en estudio, fue atendida en el servicio de gineco obstetricia (UCEGO), con diagnóstico de preeclampsia severa y post operada inmediata, presentando dolor agudo debido a la reciente incisión quirúrgica y con presión arterial elevada no estabilizada debido a la patología. Presentando como DxEp perfusión tisular periférica ineficaz y RC de hipertensión, considerando su caso de alto riesgo.

Gracias a la revisión bibliográfica obtenida sobre la preeclampsia nos ha permitido recopilar una amplia información, partiendo de los datos otorgados por la paciente y la historia clínica, que luego fueron confrontados con la información científica obtenida de las diferentes fuentes bibliográficas, que ayudaron a determinar el rol de enfermería para este caso,

considerando los cuidados de una forma integral y con calidad.

Márquez (2018) elaboró un plan de cuidados individualizado ha permitido una interacción con la paciente y lograr el resultado deseado a través de la administración de actividades específicas para atender las necesidades de la paciente para lograr un favorable proceso de recuperación post operatorio.

El plan de cuidados ha permitido dinamizar y estructurar las actividades de enfermería en base a los problemas y necesidades, a la vez ha permitido evaluarlas constantemente, monitorizarlas y hacerle seguimiento, a fin de que pueda replicarse en otros casos similares. En todo el proceso se ha tomado en cuenta la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson, mostrando un interés apropiado y profundo con empatía y el apoyo por la pronta recuperación de su salud (De la Puente, 2021).

La paciente post operada de cesárea por preeclampsia severa requirió de una atención integral y profesional, que la hizo sentirse valiosa y apreciada, que está al cuidado de enfermeras profesionales de la salud que atendieron en el cuidado de ella hasta el alta (Alva & Huaman, 2018).

Así mismo en este proceso de atención de enfermería se organizó el trabajo de Enfermería para el caso de una preeclampsia severa, logrando la participación directa de la paciente y de la familia en cada uno de las etapas, que permitió determinar el diagnóstico enfermería principal perfusión tisular periférica ineficaz y el riesgo de complicación de hipertensión, elaborando un plan de cuidados individualizado, permitió disminuir los riesgos de complicación y la mejoría progresiva y favorable de la paciente.

Las intervenciones de enfermería se basaron en la teoría de Virginia Henderson que permitieron valorar las 14 necesidades básicas y en la teoría del modelo de adaptación de Callista

Roy que resaltó la capacidad de adaptación a los cambios físicos y psicológicos a consecuencia de la enfermedad a fin de promover su salud y bienestar desde un punto de vista holístico (Camones & Sandaña, 2018).

La relación real y objetiva de las dos teorías y la situación de salud de la gestante se pudo observar después del diagnóstico post cesárea por preeclampsia severa que se presentó durante el segundo trimestre del embarazo con posibilidades de tratamiento curativo que generó el autocuidado en el estilo de vida. La perfusión periférica ineficaz se presentó como resultado de la elevada hipertensión arterial, y también es en esta situación en la que los profesionales de enfermería desempeñan una labor importante en el cuidado y control de la presión arterial con tratamiento farmacológico y no farmacológico (González-Navarro et al., 2015).

La perfusión tisular periférica ineficaz, se presenta como resultado de una disminución de la circulación periférica que daña al organismo, por ello es básica la intervención de enfermería para identificar los signos primarios y prevenir las complicaciones con el riguroso cumplimiento en la administración de los medicamentos y lectura de parámetros y resultados de laboratorio.

El RC hipertensión, se presenta en el momento en el que los valores de la presión arterial son superiores a los valores normales, acompañado de signos y síntomas subjetivos y objetivos. La intervención de enfermería oportuna, con cumplimiento de la medicación y la monitorización de las funciones vitales ayudaron a prevenir daños orgánicos de leves a severos (Muñoz et al., 2020).

Por otro lado, los signos hipertensivos del embarazo establecen una de las frecuentes causas de morbimortalidad materna y perinatal a nivel mundial. Su etiología es compleja, multifactorial; Se ha demostrado que los síntomas son respuestas a una desmedida condición

inflamatoria que produce daño endotelial generalizado. Del mismo modo, es posible registrar y controlar la presión arterial con medicamentos antihipertensivos y tomar medidas preventivas contra las convulsiones con sulfato de magnesio, por la situación difícil el único tratamiento adecuado para la preeclampsia y la eclampsia es el parto programado, que obviamente es prematuro (Carrión et al., 2022).

Por esta razón, Herrera (2018) indica que es de vital y de gran importancia la prevención, porque la preeclampsia constituye un impacto negativo materno fetal, y pese a que se aplican todas las medidas terapéuticas existentes, se ha tomado como la decisión como concluyente de que el parto es el único tratamiento curativo.

Por último, la necesidad de efectuar una real y objetiva valoración de Enfermería obliga a evitar correr riesgos de complicación, y, obviamente otras consecuencias y secuelas que podrían producirse en algunos casos, como daños irreversibles en la paciente. Los cuidados de Enfermería son importantes y vitales por el conocimiento científico que son recursos favorables para la paciente, brindándole cuidados diarios y considerando a la paciente de una persona holística, buscando mejorar su estado de salud para incorporarla apropiadamente a su familia y sociedad.

Limitaciones

Las limitaciones más objetivas halladas en el desarrollo de la presente investigación fueron las siguientes:

El factor tiempo debido a que la paciente fue dada de alta a los tres días de hospitalizada, decisión clínica que no ocurre en otros hospitales como fue el caso en Huaraz donde el paciente post cesareada por preeclampsia estuvo hospitalizada por 5 días.

Respecto a la recogida de la información de la paciente, se tuvo que realizar el

seguimiento del caso en el hospital por 2 días.

Con referencia a la atención del personal de enfermería, que tuvo que encontrar los diagnósticos y las intervenciones apropiadas para la patología de la paciente debido a que en el NOC no se ubicó oportunamente. Las pacientes gestantes con diagnóstico de hipertensión arterial son consideradas pacientes de alto riesgo, y necesitan ser atendidas en forma integral con un servicio de calidad y profesionalismo en forma holística, individualizada, jerarquizada y continua para lograr su pronta recuperación e integración a la sociedad.

Conclusiones

La hipertensión es un riesgo de complicación que podría ocasionar daño en los vasos sanguíneos periféricos y órganos del organismo. La no atención oportuna puede causar morbimortalidad materna – fetal. Es importante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno para reducir las complicaciones.

La perfusión tisular periférica ineficaz afecta la debida circulación de sangre periférica, que se manifiesta con alteración del llenado capilar, coloración de la piel, sensibilidad e integridad cutánea, por lo que se requiere del estricto cumplimiento de la medicación y controles de exámenes de laboratorio.

El Rol de enfermería para tratar la perfusión tisular periférica ineficaz y el RC hipertensión en el paciente post cesareada por presentar preeclamsia severa con 38 semanas de embarazo, es muy fundamental, ya que ella dependerá mejoría en su evolución, y pronóstico. Por estas razones, fue fundamental consolidar y fortalecer las competencias y destrezas del equipo profesional especialista en gineco obstetricia para ofrecer cuidados de calidad en esta esfera.

La aplicación eficaz y eficiente del proceso de enfermería, en nuestro caso, permitió

identificar como diagnóstico principal (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370mg y plaquetopenia de 64,000, y así planificar actividades para disminuir el RC principal de hipertensión, de no controlarse altera la salud y bienestar de la paciente. La aplicación de un plan de cuidados de enfermería permitió lograr resultados a favor de la paciente atendiendo los problemas y/o necesidades que presentó la paciente.

Referencias

- Alarcón, K., & Díaz, S. (2023). *Factores de riesgo relacionados a la preeclampsia en gestantes atendidas en el servicio de ginecoobstetricia del Hospital de San Juan de Lurigancho - Lima, 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio institucional. <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/13222>
- Alva, R.S., Huaman Enciso, K.L. & Zúñiga Quinde, V.E. (2018). *Calidad de los cuidados de enfermería en el paciente post operado* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/4390>
- Álvarez, R., Torres, L., Garcés, J., Izquierdo, D., Bermejo, D., Lliguisupa, V. del R., & Saquicela, A. (2022). Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 17(2), 129–137. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6662070>
- American Heart Association. (2022). Consecuencias de la presión arterial alta. https://www.heart.org/-/media/files/health-topics/answers-by-heart/answers-by-heart-spanish/what-is-highbloodpressure_span.pdf
- Araujo, J., López, G., Vera, J., & Saldarriaga, M. (2022). Prevención de la preeclampsia y sus complicaciones. *Recimundo*, 6(3), 409–420. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.409-420](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.409-420)
- Burga, J. (2021). *Cuidados en paciente post cesárea por preeclampsia severa bajo el enfoque de Gordon del servicio de gineco obstetricia de un hospital nacional*, Lima, 2021 [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5158>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7ma ed.). Elsevier.
- Campos Carrión, N., & Yesquen Rodríguez, W.J. (2022). *Factores de riesgo asociados a preeclampsia en pacientes atendidas en el Centro de Salud La Tulpuna Cajamarca, 2022* [Tesis de licenciatura,

- Universidad Señor de Sipán]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/10855>
- Carbo, G., Berrones, L., & Gualpa, L. (2022). *Riesgos modificables relacionados a la hipertensión arterial*. 196–214. <https://doi.org/https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0117>
- Carpenito-Moyet, L. J. (2020). *Manual de Diagnóstico de Enfermagem* (13ra ed.). Arned.
- Carrión, F., Ó., O., Romero, S., Mendoza, D., Lahoud, A., & de Marchis, M. (2022). Síndromes hipertensivos del embarazo: pautas actualizadas para la conducta clínica. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 82(02), 242–263. <https://doi.org/10.51288/00820213>
- Castro, T. & Velasco, C. (2021). Complicaciones materno - neonatales asociadas a la preeclampsia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 89 (12), 956-962. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6876>
- Catañeda, D. (2021). *Alteraciones en frotis de sangre periférica en paciente con preeclampsia, como predictor de morbilidad y daño a órgano blanco en el Hospital General de Atizapan del 1 de marzo al 31 de octubre 2019* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma del Estado de México]. Repositorio institucional. <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/110993>
- Cerda, R., & León, M. (2023). *Conocimientos, prácticas y actitudes en pacientes hipertensos en consulta externa en el Centro de Salud de Conchopata, agosto-setiembre, Ayacucho 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad de San Cristóbal de Huamanga]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unsch.edu.pe/items/06d1e46a-6e7f-4866-858b-36ecdf264b8f>
- Chalco Moscoso, M.A. & Zhingre Suárez, A.E. (2023). Hipertensión arterial, un reto farmacológico. *Vive Revista de Salud*, 6(16), 251-263.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432023000100251
- Condo-Baque, C. A., Barreto-Pincay, G. M., Montañó-Parrales, G. M., Borbor-Sánchez, L. X., Manrique-Regalado, G. L., & García-Sigcha, A. J. (2018). Preeclampsia y eclampsia en pacientes atendidas en el área de emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda julio 2016 - junio del 2017. *Dominio de Las Ciencias*, 4(3), 278. <https://doi.org/10.23857/dc.v4i3.810>
- Cruz-pavlovich, S., Francisco, J., Cristofer, A., & Mónica, S. (2023). Preeclampsia:Revisión. *Revista Médica Homeostasis*, 5 (1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/homeostasis/hom-2023/hom231b.pdf>
- De la Puente, L. (2021). Importancia de los cuidados de enfermería en la preeclampsia [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio institucional.
<https://uvadoc.uva.es/handle/10324/47845>
- De Paz-Pérez, Patricia, García-Rodríguez, Rocío, Bobadilla-Hernández, Zuleika, & Herrera-Luis, María Yurena. (2023). Caso clínico: “¿cuándo va a parar?”. *Ene*, 17(1).
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-

348X2023000100010&lng=es&tlng=.

- Dueñas, I., Estévez, P., Rodas, I., Amores, N., Jimbo, G., Galo, F., & Alvear, M. (2019). Guía de Práctica Clínica de Hipertensión Arterial 2019. *Guía de Práctica Clínica de Hipertension Arterial, 1*, 1–70. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
- Escobar-Lucio, D.M. & Tapia-Dávila, M. V. (2022). Preeclampsia con signos de severidad, actualización de la teoría y manejo emergente. *Polo Del Conocimiento, 7*(6), 327–346. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/4103/html>
- Espinoza, M., & Rodriguez, R. (2022). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con insuficiencia cardiaca congestiva, ascitis, trombosis venosa profunda, descartar derrame pleural del Servicio de Emergencia en un hospital de Tocache, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5984>
- Espíritu Gozar, N., & Heredia Garay, F.M. (2022). *Cuidados de enfermería a paciente con preeclampsia severa del servicio de Gineco Obstetricia en un hospital privado de Lima, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5830>
- EsSalud. (2023). *EsSalud advierte que la preeclampsia afecta a 12 % de mujeres embarazadas en el Perú*. <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-advierde-que-la-preeclampsia-afecta-a-12-de-mujeres-embarazadas-en-el-peru-a-nivel-nacional-esta-complicacion-representa-la-primera-causa-de-muerte-materna-segun-el-hospital-almen>
- Gaus, D., Guevara, A., & Herrera, D. (2019). Preeclampsia / Eclampsia. *Práctica Familiar Rural, 4*(1), 1–11. <https://practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/105>
- Gonzales, J. (2011). Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 53*(5). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457744939018>
- González-Navarro P., Martínez-Salazar G.G., García-Nájera O. & Sandoval-Ayala, O.I. (2015). Preeclampsia, eclampsia y HELLP. *Revista Mexicana de Anestesiología, 38*(Sup. 1), 118-127. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58825>
- Gutierrez Prieto, Y.S. (2021). *Cuidados de enfermería en post cesareada por preeclampsia en la Unidad de Recuperación Post anestésica de un hospital nacional, Lima 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5283>
- Herdman, T., Kamitsuru, S., & Takáo, C. (2023). *Diagnósticos de enfermeros: Definiciones y clasificación* (12da ed.), Elsevier.

- Herrera, K. (2018). Preeclampsia. *Revista Medica Sinergia*, 3(3), 8–12.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
- Huerta, N., Itruela, C., Loreto, M., & Tárraga, P. (2023). Impacto de la hipertensión arterial en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. *Current Hypertension Reports*, 14(6), 581–590.
<https://doi.org/10.1007/s11906-012-0283-6>
- Guevara-Ríos, E. (2019). Preeclampsia, problema de salud pública. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 8(2). <https://doi.org/10.33421/inmp.2019147>
- Llacuachaqui, D. (2021). Proceso de atención de enfermería en paciente adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud PROFAM, Lima. *Peru* [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5673>
- Lombeida Torres, K.Z. (2022). *Predictibilidad de la proteinuria de 24 horas en el diagnóstico de preeclampsia en el embarazo de alto riesgo* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad de Chimborazo]. Repositorio institucional. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9025>
- Luna, D. & Martinovic, T. C. (2023). Hipertensión y embarazo: revisión de la literatura. *Revista Medica Clinica Las Condes*, 34(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2023.01.006>
- Luya Castro, L., & Santiago Rodríguez, J.Z. (2021). *Intervenciones de enfermería en paciente post cesárea por preeclampsia del servicio de ginecoobstetricia de un hospital nacional de Ayacucho, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5920>
- Márquez, R. (2018). Plan de cuidados individualizado al paciente laringectomizado. *Ene*, 12 (1).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2018000100011
- Mendoza, E. (2018). *Universidad Católica de Santa María*.
- MINSA. (2023). *INMP : especialistas recomiendan iniciar control prenatal precoz para prevenir preeclampsia*. 13–14. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/764046-inmp-especialistas-recomiendan-iniciar-control-prenatal-precoz-para-prevenir-preeclampsia>
- Moncloa, A., Alegría, E., Valenzuela, G., Larrauri, A., Calderón, San Martín, G., Martín, S., Moncloa, B., Valdívía, A., Rodríguez, V., Larrauri, G., Ca, V., Calderón, U., & Hipertensión, M. (2018). Hipertensión en el embarazo. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 64(2), 191–196.
<https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2077>
- Moorhead, S, Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultados en Salud*. Elsevier.
- Muñoz, L., Estupiñán, A., Yamunaque, A., Torres, Y., & Cacay, K. (2020). Preeclampsia severa y sus complicaciones a propósito de un caso. *Recimundo*, 4(4), 343–352.

- [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.343-352](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.343-352)
- OMS (2019). Día de Concientización sobre la Preeclampsia. <https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia>
- Padilla, H., Ramos, Y., Manjarrez, J., Pereira, J., Pájaro, R., Andrade, A., Corrales, H., & Moscote, L. (2019). Coma y alteraciones del estado de conciencia: revisión y enfoque para el médico de urgencias. *Revista Chilena de Neurocirugía*, 44(1), 83–88.
<https://doi.org/10.36593/rev.chil.neurocir.v44i1.51>
- Palomar-Aumatell, X., Subirana-Casacuberta, M., & Mila-Villaruel, R. (2017). Critical care nursing interventions and the time required for their completion in Intensive Care Units: A Delphi study. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal of the British Association of Critical Care Nurses*, 43, 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.05.001>
- Panchi, M. (2022). Teórica Capillary Refill As a Predictor of Response To Volume in Sepsis . Theoretical Review Article. *Revista Científica Arbitrada PENTACIENCIAS*, 4(2806–5794), 422–435.
<https://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/367>
- Pascual, S., Sánchez, J., Peniche, K., Martínez, N., Villega, J., & Calyeca, M. (2018). Evaluación de la perfusión tisular en pacientes con choque séptico normodinámico versus hiperdinámico. *Medicina Crítica*, 32(6), 344–350. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84339>
- Pesut, D. J. & Herman, J. (1999). *Clinical reasoning. The art and science of critical and creative thinking* (1ra ed.). Delmar.
- Ramírez, G., & Ramírez, P. (2022). *Atención de enfermería a postcesareada por preeclampsia severa del servicio de Gineco Obstetricia de un hospital del Callao, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional.
<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/5742>
- Ramos, A. (2022). *Factores asociados a preclampsia con criterios de severidad en gestantes atendidas en el c.s I-4 La Union, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Nacional de Piura].
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3215669>
- Romero, X. C., Montserrat, U., Porrás-Ramírez, A., Eslava, M., Ramírez, A., Franco, S. R., & Forero, C. A. (2022). Características epidemiológicas de los trastornos hipertensivos durante el embarazo en una población de alto riesgo Ximena. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 22(3), 497–505.
<https://doi.org/10.1590/1806-9304202200030004>
- Rubio Jiménez, Y.N. & Gonzales Custodio, D.E. (2022). *Proceso de atención de enfermería a paciente con crisis hipertensiva e insuficiencia respiratoria de una clínica privada de Iquitos, 2021* [Trabajo académico de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional.

<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/6068>

- Sajami, J. (2022). *Relación entre preeclampsia y complicaciones materno-perinatales en gestantes atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha – Pucallpa, Enero - Diciembre 2021* [Tesis de grado, Universidad nacional de Ucayali]. Repositorio institucional. <http://repositorio.unu.edu.pe/handle/UNU/5828>
- Sánchez, M., & Aviles, B. (2022). " *Factores de riesgo que determinan el desarrollo de la eclampsia en mujeres con preeclampsia a partir de la 20 semana de gestación* ".
- Torres, R., Quinteros, M., Pére, M., Molina, E., Ávila, F., Molina, S., Torres, A., & Ávila, P. (2021). Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 16(4), 321–328.
http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_lh/article/view/25531
- Tovar, S., Vásquez, A., Solarter, A., & Mora, B. (2023). Cuidado de enfermería según Virginia Henderson en gestantes durante el parto. Hospital de Turbo, Antioquia 2023. *Revista Médica Sanitas*, 26(4). <https://doi.org/10.26852/01234250.680>
- Vázquez-Rodríguez, J. G., Arellano-Cornejo, K. J., Vázquez-Arredondo, J. G., Del Ángel-García, G., & Gaona-Ramírez, M. I. (2021). Maternal complications during cesarean section in patients with severe preeclampsia. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 89(12), 956–962.
<https://doi.org/10.24245/gom.v89i12.6876>
- Velasco, H., & Whiteman, S. (2023). Preeclampsia severa: manejo conservador vs manejo agresivo. *Revista Médico Científica*, 18(2), 81–85.
<http://www.revistamedicocientifica.org/index.php/rmc/article/view/127>
- Zarate Grajales, R. A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index de Enfermería*, 13(44–45), 109–111. <https://doi.org/10.4321/s1132-12962004000100009>

Apéndice

Apéndice A. Valoración de Enfermería al Ingreso

Valoración de enfermería 11 patrones funcionales de Marjory Gordon - paciente gineco-obstetricia.

<u>DATOS GENERALES</u>	
Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F () M () Historia Clínica: _____ N° Cama: _____ DNI N° _____ Teléfono: _____ Procedencia: Admisión () Emergencia () Consultorios Externos () Otros: _____ Peso: _____ Talla: _____ Perímetro Cefálico: _____ PA: _____ FC: _____ FR: _____ T°: _____ Fuente de Información: Madre: _____ Padre: _____ Familiares: _____ Otros: _____ Motivo de Ingreso: _____ Diagnóstico Médico: _____ Fecha de Ingreso: _____ Fecha de Valoración: _____ Grado de Dependencia: I () II () III () IV () Persona Responsable: _____	
PATRÓN PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD	PATRÓN VALORES-CREENCIAS
Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas: HTA () DM () Gastritis/Ulcera () TBC () Asma () Otros: _____ Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____ Estado de Higiene: Bueno () Regular () Malo () Estilos de Vida/Hábitos: Hace Deporte () Consumos de Agua Pura () Comida Chatarra () Factores de Riesgo: Bajo Peso: Si () No () Vacunas Completas: Si () No () Hospitalizaciones Previa: Si () No () Descripción: _____ Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No () Especifique: _____	Religión: _____ Bautizado en su Religión: Si () No () Restricción Religiosa: _____ Religión de los Padres: Católico () Evangélico () Adventista () Otros: _____ Observaciones: __
PATRÓN RELACIONES-ROL	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS
Se relaciona con el entorno: Si () No () Compañía de los padres: Si () No () Recibe Visitas: Si () No () Comentarios: _____	Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo () Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo () Llanto Persistente: Si () No () Comentarios: _____ Participación Paciente/Familia en las Actividades Diarias y/o Procedimientos: Si () No () Reacción frente a la Enfermedad Paciente y familia: Ansiedad () Indiferencia () Rechazo () Comentarios: _____

<p>Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos () Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si () No () Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Sí () No () Padres Separados: Si () No () Problema de Alcoholismo: Si () No () Problemas de Drogadicción: Si () No () Pandillaje: Si () No () Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p>	<p>PATRÓN SUEÑO-DESCANSO Sueño: N° de horas de Sueño: ___ Alteraciones en el Sueño: Si () No () Especifique: _____ Motivo: _____</p>
<p>PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO Piel: Normal () Pálida () ianótica () Ictérica () Fría () Tibia () Caliente () Observaciones: _ Termorreulación: Temperatura: ___ Hipertermia () Normotermia () Hipotermia () Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría () Rosada () Pálida () Tibia () Caliente () Observación: ___ Hidratación: Hidratado () Deshidratado () Observación: ___ Edema: Si () No () () + () ++ () +++ () Especificar Zona: _____ Comentarios: ___ Fontanelas: Normotensa () Abombada () Deprimida () Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo () alo () Quebradizo () Mucosas orales: Intacta () Lesiones () Observaciones: _____ Malformación Oral: Si () No () Especificar: _____ Peso: Pérdida de Peso desde el Ingreso: Si () No () Cuánto Perdió: _____ Apetito Normal () Anorexia () Bulimia () Disminuido () Náusea () Vómitos () Cantidad: _____ Características: _____ Dificultad para Deglutir: Si () No () Especificar: _____ Alimentación: NPO () LME () LM () AC () Dieta () Fórmula () Tipo de Fórmula/Dieta: ___ Modo de Alimentación: LMD () Gotero () Bb () SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis () Otros: _____ Abdomen: B/D () Distendido () Timpánico () Doloroso () Comentarios adicionales: _____ Herida Operatoria: Si () No () Ubicación: _____ Características: _____</p>	<p>PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO Actividad Respiratoria: FR: _____ Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea () Tiraje () Aleteo nasal () Apnea () Tos Ineficaz: Si () No () Secreciones: Si () No () Características: _____ Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP () Claros () oncantes () Sibilantes () Crepitantes () Otros: _____ Oxigenoterapia: Si () No () Modo: _____ Saturación de O2: _____ Enuresis. Si () No () Comentarios: _____ Ayuda Respiratoria: TET () Traqueostomía () V. Mecánica () Parámetros Ventilatorios: _____ Drenaje Torácico: Si () No () Oscila Si () No () Comentarios: _____ Actividad Circulatoria: Pulso: Regular () Irregular () FC / Pulso Periférico: _____ PA: _____ Llenado Capilar: < 2'' () > 2'' () Perforación Tisular Renal: Hematuria () Oliguria () Anuria () Perforación Tisular Cerebral: Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución () Comentarios: _____ Presencia de Líneas Invasivas: Catéter Periférico () Catéter Central () Catéter Percutáneo () Otros: _____ Localización: _____ Fecha: _____ Riesgo Periférico: Si () No () Cianosis Distal () Frialidad Distal () Capacidad de autocuidado: 0 = Independiente () 1 = Ayuda de otros () 2 = Ayuda del personal () 3 = Dependiente () ACTIVIDADES Movilización en cama Deambula Ir al baño / bañarse Tomar alimentos Vestirse Aparatos de Ayuda: _____ Fuerza Muscular: Conservada () Disminuida () Movilidad de Miembros: Contracturas () Flacidez () Parálisis ()</p>

<p>Apósitos y Gasas: Secos () Húmedos () Serosos () Hemáticos () Serohemáticos () Observaciones: _____ Drenaje: Si () No () Tipo: _____ Características de las Secreciones: _____ Micción Espontánea: Si () No () Características: _____ Sonda Vesical () Colector Urinario () Pañal () Fecha de Colocación: _____</p>	Comentarios: _____
<p>PATRÓN PERCEPTIVO-COGNITIVO</p> <p>Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto () Somnoliento () Confuso () Irritable () Estupor () Coma () Comentarios: _____ Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas () No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas () Midriáticas () Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm () Foto Reactivas: Si () No () Comentarios: _____ Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje () Otros: _____ Especifique: _____ Comentarios: _____</p>	<p>Intestinal: PATRÓN ELIMINACIÓN</p> <p>Nº Deposiciones/Día _____ Características: _____ Color: _____ Consistencia: _____ Colostomía () Ileostomía () Comentarios: _____</p> <p>Vesical: Tratamiento Médico Actual: _____ _____ _____ Observaciones: _____ _____ _____</p> <p>Nombre de la enfermera: Firma: _____ _____ CEP: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
<p>PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</p> <p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No () Especifique: _____ Otras Molestias: _____ Observaciones: _____ Problemas de Identidad: _____ Cambios Físicos: _____ Testículos No Palpables: Si () No () Fimosis: Si () No () Testículos Descendidos: Si () No () Masas Escrotales: Si () No ()</p>	

Fuente: Patrones Funcionales Marjory Gordon. Enfermería creativa [citado 3 marzo 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/galeria/11-patronesfuncionales/>

Apéndice B. Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión

Escuela de Posgrado

UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “**Cuidados de enfermería a paciente post cesareada por preeclampsia severa en el servicio de Gineco- Obstetricia en el Hospital Nacional de Lima, 2022**”. El objetivo de este estudio es describir el cuidado de enfermería en paciente post cesareada por preeclampsia severa en el Hospital Hipólito Unanue, 2023. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Mercedes Felícita Pillaca Tineo, bajo la asesoría de la Dra. 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 dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está 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 dicha posibilidad.

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 he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido: M.G.Y.Ch.

DNI: 45398721

Fecha: 02/04/23

Firma

Apéndice C. Escalas de Valoración

Figura C 1. Escala Visual Analógica – EVA.



Figura C 3. Escala de coma de Glasgow.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARÁMETRO	DESCRIPCIÓN	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTÁNEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXIÓN	3
	EXTENSIÓN	2
	NINGUNA	1

Fuente: Gil M., Garcia M., Ibarra A. Valoración Neurológica. Cp. 119 : (Gil M., 2011)

Puntuación: 15 Normal < 9

Gra

Escala de Coma de Glasgow : 15 puntos.

fo
Lic. María Zúñiga
Cep: 097206.

Apéndice D. Modelo AREA / BIFOCAL

Figura D 1. Modelo ÁREA/ BIFOCAL

Modelo AREA (Modificado)		MARCO							
Persona VALORACION Paciente de 41 años, ingresa por emergencia en silla de ruedas, acompañada de familiar, fue evaluada por el Médico y Dx de poscesareada por preeclampsia severa.	Persona Dx. ENFERMERÍA (00204) Perfüsion tisular periférica ineficaz r/c hipertensión arterial e/p cefalea, náuseas, proteinuria de 370 mg y plaquetopenia de 370 mg y plaquetopenia de 64,000.	Reflexión Profesional: Los resultados planificados del paciente han sido efectuados mediante las interpretaciones alcanzadas y la estabilización y tratamiento de las presiones arteriales y cuidado de enfermería.							
		PLAN DE CUIDADOS			MACO	PI	PD	Tiempo	PA –Evaluación-
		NOCD	Estado/Conducta / Percepción	Estándar de normalidad	(0407) Perfüsion tisular: periférica	2	5	24 horas	Con la atención de enfermería al paciente se logró una puntuación Diana de 5.
		Indicador (040728) Presión sanguínea diastólica.	Desviación leve del rango normal	Disminución progresiva	Indicador (040728) Presión sanguínea diastólica.	2	5	24 horas	Con el cuidado de enfermería a la paciente obtuvo una puntuación Diana de 5.
		Indicador (040727) Presión sanguínea sistólica.	Desviación moderada del rango normal	Recomendaciones de consumo de una dieta rica en hierro	Indicador (040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	24 horas	Con la atención de enfermería al paciente se evidenció una puntuación Diana de 5.
		Indicador (040740) Presión arterial media.	Paciente con hemoglobina de 6.2 mg/dl	Incremento progresivo de la hemoglobina con tratamiento.	Indicador (040740) Presión arterial media.	3	5	24 horas	Con la atención de enfermería al paciente se obtuvo una puntuación Diana de 5.
		Indicador (040715) Llenado capilar de los dedos de las manos.	Desviación leve del rango normal.	Mantener presiones arteriales estables.	Indicador (040715) Llenado capilar de los dedos de las manos.	3	5	24 horas	Con la atención de enfermería el paciente se obtuvo una puntuación Diana de 5.
		Indicador (040716) Llenado capilar de los dedos de los pies.	Desviación leve del rango normal.	Mantener presiones arteriales estables.	Indicador (040716) Llenado capilar de los dedos de los pies.	3	5	24 horas	Con la atención de enfermería al paciente se evidenció una puntuación Diana de 5.
Escala Likert: 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.			Escala Likert 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.						
NIC: (6680) Monitorización de los signos vitales - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. - Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. - Monitorizar el ritmo y frecuencia cardíaca. - Monitorizar la frecuencia y ritmo respiratorio. - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. NIC: (2660) Manejo de la sensibilidad		NIC: (2300) Administración de medicación -Mantener la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. -Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos. NIC: (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad -Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente r/c el Proceso de enfermedad específico. -Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar los síntomas, según corresponda. NIC: (5648) Enseñanza: medicamentos		NIC: (5614) Enseñanza: dieta prescrita -Evaluar el nivel de conocimientos de la dieta prescrita. -Indicar al paciente el nombre propio de la dieta prescrita--- --Explicar el propósito de la dieta. NIC: (5250) Apoyo en la toma de decisiones -Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del -----paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. -Establecer comunicación con la paciente al principio de su ingreso. -Facilitar toma de decisiones en la colaboración.					

Figura D 2. Modelo ÁREA/ BIFOCAL

Modelo BIFOCAL (Modificado)		MARCO									
Persona VALORACION	Persona RC p	Reflexión Profesional: NOC DxEp - Los resultados planificados para la paciente han sido alcanzados mediante las intervenciones ejecutadas en un periodo establecido. La Paciente fue recuperándose con medidas preventivas para evitar posibles complicaciones.									
Persona Paciente de 41 años, ingresa por emergencia en silla de ruedas	RC HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Planificación NOC (DxEp) (0407) Perfusión tisular periférica	PI	PD	Tiempo	PA –Evaluación	Planificación NOC (RCp) (1837) Conocimiento/Control de la Hipertensión	PI	PD	Tiempo	PA –Evaluación-
		Indicador (040728) Presión sanguínea diastólica.	2	5	24 horas	Con el cuidado de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación Diana de 5.	(183701) Rango normal de presión arterial sistólica.	2	4	24 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+5)
		Indicador (040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	24 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación Diana de 5.	(183702) Rango normal de presión diastólica.	2	4	24 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+5)
		Indicador (040740) Presión arterial media.	3	5	24 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente sea logrado una puntuación Diana de 5.	(183705) Complicaciones potenciales de la hipertensión.	2	4	24 horas	Con la atención de enfermería brindada se logró una puntuación Diana de 4, (+5)
		Indicador (040715) Llenado capilar de los dedos de la mano.	3	5	24 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente se obtuvo una puntuación diana 5.					
		Indicador (040716) Llenado capilar de los dedos de los pies.	3	5	24 horas	Con la atención de enfermería administrada a la paciente se obtuvo una puntuación Diana de 5.					
		Escala Likert 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.					Escala Likert 1-Grave. 2-Sustancial. 3-Moderado. 4-Leve. 5-Ninguno.				
<p>NICs para NOCs (DxEp)</p> <p>NIC: (6680) Monitorización de signos vitales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. - Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. <p>NIC:(2660) Manejo de la sensibilidad periférica alterada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay parestesias: entumecimiento, hormigueos, así como el nivel de dolor. - Observar si hay tromboflebitis y tromboembolia venosa. <p>NIC: (2300) Administración de medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar la receta de medicación antes de administrar el fármaco. - Observar las posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos. 						<p>NICs para NOCs (RCp)</p> <p>NIC: (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. - Enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar los síntomas, según corresponda. <p>NIC:(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a la paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. - Informar a la paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender la medicación. <p>NIC: (5614) Enseñanza: dieta prescrita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel de conocimientos de la dieta prescrita -Explicar el propósito de la dieta. <p>NIC: (5250) Apoyo en la toma de decisiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. -Establecer comunicación con la paciente al principio de su ingreso. 					