

ORIGINAL

Nursing care for patients with severe preeclampsia in the Obstetrics and Gynecology Department of a national hospital in Chimbote

Cuidados de enfermería a paciente con preeclampsia severa del Servicio de Gineco Obstetricia de un hospital nacional de Chimbote

Carla López Baca¹, Tania Zelada Juárez¹

¹Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión. Lima, Perú

Citar como: López Baca C, Zelada Juárez T. Nursing care for patients with severe preeclampsia in the Obstetrics and Gynecology Department of a national hospital in Chimbote. AG Salud. 2023;1:6. <https://doi.org/10.62486/agsalud20236>

Enviado: 27-08-2023

Revisado: 04-11-2023

Aceptado: 22-12-2023

Publicado: 23-12-2023

Editor: Prof. Dr. Javier González Argote 

ABSTRACT

Preeclampsia is a complication of the third trimester of pregnancy that affects the maternal-fetal dyad, which is the reason for the patient's admission to the service. The objective was to describe the nursing care of a pregnant woman with preeclampsia with severity criteria in a hospital in Chimbote, 2022. The study had a qualitative approach, single case type, the methodology was the nursing care process, which included the patient of 25 years of age, in which all the stages of the Nursing Care process were followed: the assessment stage was carried out through the assessment framework of Maryori Gordon's 11 functional patterns. Nine altered patterns were found, prioritizing four: Nutritional/metabolic, perceptive/cognitive, sexuality, reproduction and activity/exercise, the diagnostic stage was formulated using the NANDA I classification, eight nursing diagnoses were identified, one of them being prioritized through the reasoning network; Likewise, the planning stage was carried out taking into account the NOC NIC Taxonomy, in the execution stage the care was administered and the evaluation was given by the difference in start and end scores respectively. In conclusion, the nursing care process made it possible to provide humanized, individual and quality care to the patient in a systematic, logical, orderly manner, with favorable results.

Keywords: Nursing Care, Preeclampsia, Obstetrics Gynecology.

RESUMEN

La preeclampsia es una complicación del tercer trimestre del embarazo que afecta la diada materno fetal, motivo de ingreso de la paciente al servicio. El objetivo fue describir el cuidado de enfermería a una gestante con preclamsia con criterios de severidad en un hospital de Chimbote, 2022. El estudio tuvo un enfoque cualitativo, tipo caso único, la metodología fue el proceso de atención de enfermería, que incluyó a paciente de 25 años de edad, en el que se siguió todas las etapas del proceso de Atención de Enfermería: la etapa de valoración, fue realizada a través del marco de valoración de los 11 patrones funcionales de Maryori Gordon, Se hallaron nueve patrones alterados, priorizándose cuatro: Nutricional/metabólico, perceptivo/cognitivo, sexualidad reproducción y actividad/ejercicio, la etapa diagnóstica se formuló mediante la clasificación NANDA I, se identificaron ocho diagnósticos de enfermería, priorizándose uno de ellos mediante la red de razonamiento; asimismo la etapa de planificación se realizó teniendo en cuenta la, Taxonomía NOC NIC, en la etapa de ejecución se administraron los cuidados y la evaluación fue dada por la diferencia de puntuaciones de inicio y final respectivamente. En conclusión, el proceso de atención de enfermería permitió brindar un cuidado humanizado, individual y de calidad al paciente de forma sistemática, lógica, ordenada, con resultados favorables.

Palabras clave: Cuidados de Enfermería; Preclampsia; Ginecoobstetricia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la preeclampsia es considerada un problema de salud pública, debido al número de casos en aumento en las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] cada año en diez millones de mujeres se presenta la preeclampsia durante la gestación alrededor del mundo. Los informes a nivel mundial nos dicen que 76 mil mujeres embarazadas mueren a causa de la preeclampsia y los trastornos hipertensivos relacionados a ésta, así como por sus complicaciones. Se cree que el número de neonatos que mueren al año por estos trastornos es de 500 000 casos. Y cabe recalcar que en América Latina, la cuarta parte de las muertes maternas están relacionadas con este tipo de complicaciones.⁽¹⁾

En países en vías de desarrollo, una mujer tiene siete veces más probabilidades de desarrollar preeclampsia que las que viven en un país desarrollado y terminan en muerte materna de 10 y 25 % de los casos probables.⁽²⁾

En el Perú, la preeclampsia, es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21 % de muertes, las prevalencias en Hospitales de Lima fluctúan entre 14,2 % a 10 % los desórdenes hipertensivos leves a severos han sido encontrados en 4,8 %, 5,36 %, 6,6 %, hasta 7,31 %, en gestantes que acuden a hospitales.⁽³⁾

La preeclampsia es una complicación del embarazo, que provoca aumento de la presión arterial, también niveles altos de proteína en la orina que indiquen daño renal (proteinuria), además otros problemas sistémicos como lo es el dolor de cabeza, dolor en la zona abdominal superior y visión borrosa. Generalmente, este síndrome, comienza luego de las 20 semanas de embarazo, incluso en mujeres cuya presión arterial ha estado dentro de los valores normales hasta ese entonces.⁽⁴⁾

La preeclampsia tiene una expresión fenotípica clínica muy variable. Hay al menos dos subtipos principales diferenciados por la remodelación defectuosa o no de las arteriolas espirales uterinas por invasión trofoblástica endovascular.⁽⁵⁾

El origen de la preeclampsia con exactitud aún se desconoce, pero la prevención juega un papel principal para evitar la muerte por esta anomalía, para ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y autocuidado que permitan la detección y el control oportuno, así como también identificar los riesgos.⁽⁶⁾

Los trastornos hipertensivos del embarazo son causa de morbilidad, discapacidad crónica y muerte entre la gestante, así como del lactante. La preeclampsia es una enfermedad exclusiva del embarazo humano caracterizada primordialmente por el incremento de la presión arterial, proteinuria y edema.⁽⁷⁾

Por otro lado, a pesar de lo ya mencionado, muchos de sus signos no son evidentes, es por ello que puede pasar desapercibido al comienzo, incluso algunos pacientes detallan que la sintomatología era similar a un embarazo común. Aun así, los síntomas más frecuentes que son asociados a la preeclampsia son hipertensión, edema, cefalea y epigastralgia severa⁽¹⁾

Sabiendo que los conocimientos y capacidades de los licenciados en enfermería, tienen mucha insignificancia en relación con el trabajo que se realiza para la recuperación de un paciente. Si podríamos realizar observaciones en retrospectiva de la historia de enfermería se podría ver que el profesionalismo de enfermería se dio inició en los campos de guerra de Crimea con Florence Nightingale, se pudo observar una realidad crítica con ausencia de insumos de ayuda y manejo de los pacientes que en su gran mayoría morían por falta de higiene de sus heridas como secuelas de la guerra, y el punto más importante eran los pocos profesionales de la salud para tener un resultado favorable y así disminuir las pérdidas humanas.⁽⁸⁾

El objetivo principal de este estudio es describir el cuidado de enfermería proporcionado a pacientes con preeclampsia severa en un hospital de Chimbote. Para ello, se plantean objetivos específicos que incluyen la identificación de las características clínicas de la preeclampsia severa, la exposición del tratamiento recomendado, la evaluación de los riesgos de complicaciones utilizando el modelo de Carpenito Lynda Juall, y la elaboración de un plan de cuidados de enfermería utilizando la taxonomía II de la NANDA-I, NIC y NOC. Estos objetivos buscan mejorar la comprensión y la calidad del cuidado ofrecido a estas pacientes en el entorno hospitalario mencionado.

Preeclampsia

La preeclampsia representa en la actualidad un problema de salud pública, debido al incremento de casos que se evidencia en muertes maternas, ha llegado a ocupar el segundo lugar en el Perú, por tratarse de un problema de salud pública que afecta tanto a la madre como al feto, se necesita cuidados permanentes para evitar obstáculos a futuro, una base vital para prevenir u controlar la preeclampsia es la capacidad del autocuidado que debe poner en práctica cada gestante. Ya que la meta es que cada embarazo y parto terminen satisfactoriamente madre e hijo.⁽⁹⁾

La preeclampsia es una enfermedad peculiar del embarazo humano. Emerge a partir de la veinteava semana e inclusive el día 30 posparto, y se puede determinar por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria. La preeclampsia así mismo se asocia a edema, aunque no es requisito imprescindible para diagnosticar la patología.⁽³⁾

Clasificación de la preeclampsia

En las gestantes se puede complicar esta enfermedad y desarrollarse en una eclampsia o un síndrome de hellp, o también en hemorragias cerebrales. Preeclampsia leve, la presión arterial se ubica en valores a partir de 140/90 mmHg, o se ha reflejado en un ascenso de 30 mmhg en la tensión arterial sistólica y de 15 mmhg en la tensión diastólica. La proteína en orina es más de 300 mg en 24 horas, y no hay vasoespasmo (contracción de los vasos sanguíneos).⁽¹⁰⁾

Preeclampsia severa; se caracteriza por la misma triada con la cual se caracteriza la preeclampsia leve, pero en este caso, La presión arterial es de 160/110 mmHg o superior, la proteinuria es mayor de 5 gramos en 24 horas y se acompaña de edema, cefalea, acúfenos y fosfenos.⁽³⁾

Fisiopatología

La fisiopatología de la preeclampsia implica factores maternos, placentarios y fetales, que determinan dos alteraciones fisiopatológicas fundamentales; una invasión anómala del trofoblasto y una disfunción endotelial secundaria, que explica la microangiopatía producida en la preeclampsia, con el riesgo latente de daño a órganos diana como el corazón, cerebro, riñón, hígado, placenta y sistema hematológico. Las alteraciones precoces que se producen en el crecimiento de los vasos placentarios dando lugar a una hipo perfusión relativa de ésta, seguida de hipoxia e isquemia, que produce liberación de factores anti angiogénicos hacia la circulación materna, produciendo una disfunción endotelial sistémica, que causa la hipertensión y las manifestaciones clínicas de la preeclampsia y sus complicaciones.⁽¹¹⁾

En un embarazo fisiológico, las células del cito trofoblasto migran a través de la decidua e invaden a las arterias espirales de la madre, hasta el tercio interno del miometrio para sustituir inicialmente a las células del endotelio y después de destruir la capa muscular de la túnica media de estos vasos, que son las ramas terminales de la arteria uterina, encargadas de perfundir a la placenta y al feto. La transformación de estas arteriolas se empieza al final del primer trimestre y se completa entre las 18 y 20 semanas de embarazo. Los cambios que ocurre en las arterias espirales, musculares y de pequeño diámetro, a vasos de mayor calibre y con disminución de su capa muscular, permiten crear una circulación útero placentaria de baja resistencia y alta capacitancia, para facilitar el flujo de sangre hacia la placenta y permitir la liberación de sustancias vasodilatadoras que actúan a nivel local y sistémico.⁽¹²⁾

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la preeclampsia son hipertensión (aumento de la presión arterial) , proteinuria (proteínas en la orina) , edema (retención de líquidos) , incremento excesivo de peso, náuseas, vómitos , epigastralgia (dolor en la zona del epigastrio) , cefalea (dolor de cabeza) , alteración en la visión, hiperreflexia (estimulación de los reflejos osteotendinosos), pulso aumentado , incluso confusión mental en casos más severos y ansiedad constante.⁽¹³⁾

Factores de riesgo de preeclampsia

Frente a las maternas nos encontramos en casos de concepciones de edad materna menor de 20 años y mayor de 35 años, raza negra, embarazos anteriores con preeclampsia, presencia de algunas enfermedades crónicas de la madre como la hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus, resistencia a la insulina, enfermedad renal, neurofibromatosis, síndrome antifosfolípido y dislipidemia.⁽¹⁴⁾

También tenemos los relacionados con la misma gestación en los casos de primera gravidez o como en los embarazos de un nuevo compañero sexual, además sobre distensión uterina ya sea por embarazo gemelar o polihidramnios, como por embarazo molar en nulípara, mientras que en los factores ambientales se encuentra la malnutrición por defecto o por exceso, por escasa ingesta de calcio previa y durante la gestación, hipomagnesemia y deficiencias de zinc y selenio, además casos de alcoholismo durante el embarazo.⁽¹⁵⁾

Complicaciones hipertensivas en la gestante

Eclampsia

La eclampsia es una de las complicaciones más frecuentes, se denominan así a las convulsiones similares a una crisis epiléptica aparecidas en el contexto de una preeclampsia e hiperreflexia. Generan un riesgo vital y pueden ocurrir antes, durante o después del parto.⁽³⁾

Síndrome de Hellp

El síndrome Hellp, conocido por sus iniciales SH, es una complicación severa del embarazo, se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia. Muchos autores concluyen que es una de las complicaciones más graves del embarazo, provocando tasas elevadas de morbimortalidad maternoperinatal. La complicación más frecuente en una paciente con síndrome de Hellp es la hemorragia, llegando a ser clave la transfusión de sangre o hemoderivados para corregir la hipovolemia, anemia o coagulopatía, siendo la

complicación más catastrófica el hematoma hepático espontáneo.⁽¹⁶⁾

Modelo de Dorothea Orem aplicado en la gestante: Autocuidado

Al respecto ⁽¹⁷⁾ sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción preconcebida e intencionada que se encuentra determinado por el conocimiento y la colección de habilidades de cada individuo. Dorothea Orem sostiene que la capacidad de autocuidado no es innata por lo contrario se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene la persona de acuerdo con el grupo social al que pertenece. En este caso la capacidad de autocuidado se relaciona con algunos requisitos, los cuales tiene como propósito promover las condiciones necesarias para la vida y prevención de condiciones adversas o aplacarlas. Esta teórica plantea tres requisitos:

El primero son los requisitos universales, los cuales representan los comportamientos básicos para el desarrollo de cada ciclo vital, el embarazo es un estado fisiológico natural de cambios, modificaciones del organismo que sufre cada mujer, durante el transcurso de la gestación hasta su término, sin embargo durante la gestación; tanto la madre como el feto, se contraponen a diferentes elementos de riesgos, si la madre no lleva un buen autocuidado en su embarazo, se puede presentar la preeclampsia ocasionando un gran daño en el binomio madre feto.⁽¹⁸⁾

El segundo lo abordan los requisitos del desarrollo, que vienen a ser las condiciones que garantizan el crecimiento y desarrollo en situaciones específicas de cada ciclo vital, como el embarazo es sinónimo de reproducción, es donde la gestante debe tener un buen autocuidado para que no se genere la preeclampsia y esta afecte a su vida y a la del nuevo ser y logre preservar el buen estado de salud.⁽¹⁹⁾

El tercero son los requisitos derivados de la desviación de la Salud, engloba los comportamientos necesarios para personas enfermas, lesionadas o discapacitadas. Durante la gestación la mujer experimenta diversos cambios, modificaciones requiriendo necesidades de autocuidado y en oportunidades déficit de autocuidado que deben ser restablecidos el autocuidado, para mantener o conservar el buen estado de salud. Por ello las mujeres embarazadas deben ser influenciadas e instruidas, para realizar acciones de autocuidado, tanto en alimentación control prenatal, monitoreo de presión arterial u otras acciones que eviten los factores de riesgo que presenta la preeclampsia.⁽¹⁸⁾

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

En el presente estudio de caso se aplica el enfoque metodológico de la investigación cualitativa, porque abarca el proceso de investigación en todas sus etapas, desde la definición del tema hasta el desarrollo de la perspectiva. Así mismo, se centra en recolectar información donde se puedan obtener datos claves.

Es un caso clínico único para dar respuesta a los objetivos formulados en el estudio acerca de los cuidados de enfermería en embarazo ectópico complicado.

Sujeto de estudio

Mujer de 21 años de edad seleccionada a conveniencia de las investigadoras, diagnosticada como preeclampsia con signos de severidad.

Fuente de información

La fuente de información fue el instrumento de recolección de datos, el cual constó de una guía de valoración en el marco de los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, validado por profesionales expertos del área.

El procedimiento para recoger la información se ha desarrollado a través de las siguientes fuentes:

- Información verbal proporcionada por la paciente de 21 años
- La observación directa a la paciente.
- Historia clínica de la paciente.
- Los registros de evolución médica y enfermera.
- Examen físico de la paciente.
- La valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.
- La revisión de la evidencia científica.
- La revisión de la evidencia científica se ha llevado a cabo en las siguientes bases de datos: *Science direct*, *Elsevier*, *Medline*, *Scielo*. Además, se han consultado documentos procedentes de entidades oficiales (*OMS*, *American Cancer Society*), guías de práctica clínica y protocolos; actas de congresos; tesis doctorales y libros publicados para enfermería.

Técnica de recolección de datos

La técnica fue la entrevista, siendo de gran utilidad para recabar datos; a su vez la observación del objeto

de estudio dentro de una situación particular, sin necesidad de intervenir o alterar el ambiente en el que se desenvuelve el objeto. Por último, la exploración física a través de una valoración cefelocaudal y enfocada a la clínica del paciente.

Procedimiento de información

Para hacer la recopilación de datos, el paciente de 21 años y el jefe del equipo dieron su aprobación previa, garantizando la seguridad y privacidad de los datos proporcionados al concentrado en el ínterin, casi sin problemas de evidencia reconocibles.

La recopilación de datos se realizó por etapas: la etapa principal se inició con el ingreso a la auditoría de la historia clínica del paciente para separar información clínica como ascendencia individual y familiar, propósitos detrás de la conferencia, consecuencias de las pruebas demostrativas, conclusión clínica esencial, determinación clínica y clínica. giros de los acontecimientos, así como la mejora de la atención. En el segundo, se ayudó a la evaluación de enfermería a través de una reunión individual, siguiendo los 11 modelos útiles de Marjory Gordon, utilizando la prueba distintiva y el reconocimiento de las determinaciones clave de enfermería para promover un arreglo. Los planes de consideración explícitos se centran en investigaciones contextuales. En la tercera etapa, se encontraron tres reuniones posteriores realizadas en el paciente para ver su avance. Además, en la última etapa, se realizó un levantamiento minucioso de la prueba lógica, trazando ciertas líneas según las medidas de fecha, acotando la búsqueda de datos desde 2016 hasta la actualidad. Se utilizaron las bases de datos: Direct Science, Scielo, Elsevier, Google académico, entre otros, utilizando lemas como enfermería, método de enfermería, embarazo, preclampsia.

Procesamiento de los datos

Los datos fueron analizados y organizados en los siguientes procedimientos:

El análisis y procesamiento de datos se realiza con base en el enfoque de enfermería.

Después de evaluar al paciente con base en 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se realizó una red de inferencia con base en el “modelo regional” creado por Pesut y Herman; para seleccionar el diagnóstico primario de acuerdo con la taxonomía NANDA I, luego de la elección diagnóstica, se establecieron los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y actividades correspondientes. Después de la implementación de las actividades programáticas de enfermería, se realizan evaluaciones de estas actividades para verificar la efectividad de las intervenciones implementadas en el plan de atención individual del paciente.

RESULTADOS

Descripción del caso

El siguiente estudio de caso clínico está enfocado en una gestante de 21 años, según refiere con 32 semanas de gestación que acude al área de emergencia por presentar cefalea persistente, escotomas, náuseas, epigastralgia y vómitos en 3 episodios de tipo alimentario, se procedió a la toma de las constantes vitales se evidencio la P/A 171/102 mmHg; FC: 100x´ F.R: 22x´ T° 37,4, diagnosticada de Preeclampsia Severa con signos de Severidad y plaquetopenia. se inicia tratamiento farmacológico de Sulfato de Magnesio, dosis de ataque y de mantenimiento, Nifedipina 10 mg, se coordina con hospitalización para traslado de la paciente a piso, con resultados de laboratorio; Medico de turno indica transfundir 6 unidades de Plaquetas continuas, por resultados de 70 000 plaquetas, de continuar elevada la presión deciden asociar otro medicamento al tercer día de hospitalizada se agrega Alfa Metil dopa 1 gr C/ 12 hrs; y Maduración pulmonar fetal, al 6to día de hospitalizada y debido que el paciente se encuentra refractaria al tratamiento, al final del turno se decide culminar la gestación en una cesaría.

Se observa edemas en miembros superiores e inferiores ++/+++ (Generalizado).

Exámenes complementarios

Glóbulos rojos: 3 700 000/mm³. Hematocrito: 30 %. Glóbulos blancos: 7 500/mm³. Plaquetas: 70 000/mm³. Creatinina: 1,4 mg/dl. Uricemia:49 mg/dl. Glucemia: 87mg/dl. Proteinuria: 333 g/lt. Transaminasas; TGP: 262 mg, TGO: 124 mg

Test de Ácido Sulfasalícilico: +++

Diagnóstico médico: Preeclampsia Severa con signos de severidad.

Valoración

Esta etapa fue desarrollada según los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Descripción de Patrones funcionales de Salud:

Patrón funcional I: Percepción / Manejo de la salud

Paciente de 21 años con 32 semanas de gestación en regular estado general, se encuentra en compañía de

su esposa, el cual es hospitalizada. Tratamiento actual en el servicio (6to día) : Transfusión de Plaquetas: 6 unidades. Sulfato de Magnesio 1gr/ 20 ml = 40 mg en 20 min. / 10 cc /hr. Alfametildopa 2gr / día. Nifedipino de 10mg v.o PRN a PA > 160/100 mm Hg. Betametasona 12,5mg /12 horas .IM. (2dosis). Como antecedente ha sido madre hipertensa, hospitalizada durante su primer embarazo. Con una intervención quirúrgica en el 2019.

Patrón funcional II: Nutricional / Metabólico

Paciente con regular estado de hidratación, temperatura 36,6° C. Refiere nauseas. Presenta los siguientes exámenes de laboratorio: Glóbulos rojos 3,700/mm³, Hematocrito: 30 %, Glóbulos blancos :7 500/mm³, Plaquetas 70 000/mm³, Creatinina:1,8mg/dl, Uricemia: 49mg/dl, Glucemia:87mg/dl, Proteinuria:5g/lt, Transaminasas; TGP: 262 mg, TGO: 124 m. Recibiendo actualmente dieta blanda.

Patrón funcional III: Eliminación

Paciente se encuentra con sonda vesical, eliminando diuresis de características normales con un volumen de 150cc por hora, se recolecta orina en 24 horas. Presenta vómitos de contenido alimenticio en 3 episodios.

Patrón funcional IV: Actividad / Ejercicio

Paciente ventilando espontáneamente, con saturación de oxígeno al 99 %, FC: 100 lat. por minuto, FR:22 respiraciones por minuto, PA:171/102mmhg; con presencia de vía endovenosa periférica en miembro superior derecho y presencia de edema en miembros inferiores.

Patrón funcional V: Sueño / descanso

Paciente con problemas para dormir durante su estancia hospitalaria, sin embargo, refiere no tomar medicamentos para lograr conciliar sueño.

Patrón funcional VI: Cognitivo / perceptivo

Paciente lucida orientada en tiempo y espacio y persona, comunicativa y colaboradora, refiere cefalea de intensidad moderada (EVA 6/10), no presenta problemas de lenguaje, memoria o audición, ni deterioro cognitivo. Refiere además dolor leve en miembros inferiores.

Patrón funcional VII: Autopercepción / autoconcepto

Paciente se percibe como una mujer valiente, pero a pesar de ello no puede evitar sentirse preocupada por las complicaciones de su gestación.

Patrón funcional VIII: Rol / relaciones

Paciente adulta joven refiere vivir con su pareja y cuenta con el apoyo de toda su familia.

Patrón funcional IX: Sexualidad / reproducción

Paciente gestante de 21 años refiere haber tenido un aborto anterior.

Patrón funcional X: Adaptación / tolerancia al estrés

Paciente se encuentra con miedo por las complicaciones en su gestación., refiere tener angustia e inseguridad de lo que va pasar al ser intervenida en la cesárea. Se muestra solloza por momentos.

Patrón funcional XI: Valores / creencias

Paciente adulta joven, refiere ser de religión católica, no tiene problemas con su religión.

Plan de cuidados

Diagnóstico de enfermería

Se han identificado los diagnósticos de enfermería de acuerdo con los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon alterado. Se utilizó NANDA I. (2021-2023)

Patrón funcional IV: Actividad - Ejercicio

Etiqueta diagnóstica: (00204) Perfusión tisular periférica ineficaz.

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

Dominio: 4: Actividad/reposo

Clase 15: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Enunciado diagnóstico: Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado a conocimiento inadecuado sobre el proceso de enfermedad y asociado a hipertensión evidenciado por edema generalizado y PA: 171/102 mmhg.

Etiqueta diagnóstica: (00303) Riesgo de caídas en adultos

Definición: Adulto susceptible de experimentar un evento que resuelve en caer inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, que puede comprometer la salud.

Dominio: 4: Seguridad/ Protección

Clase 2: Lesión física.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de caídas en adultos relacionado a disminución de la fuerza en las extremidades inferiores por dolor y edema.

Etiqueta diagnóstica: (00004) Riesgo de infección

Definición: Susceptible a invasión y multiplicación de organismos patógenos que pueden comprometer la salud.

Dominio 11: Seguridad/ Protección

Clase 1: Infección.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de infección asociado a procedimientos invasivos (vía periférica y sonda vesical).

Patrón funcional II: Nutricional metabólico

Etiqueta diagnóstica: (00026) Exceso de volumen de líquidos

Definición: Proceso fisiológico de absorción de agua por parte de las células, tejidos y órganos del cuerpo.

Dominio 2: Nutrición

Clase 7: Hidratación

Enunciado diagnóstico: Exceso de volumen de líquidos relacionado con el compromiso de los mecanismos reguladores evidenciado por edema y oliguria.

Etiqueta diagnóstica: (00206) Riesgo de sangrado

Definición: Susceptible a una disminución del volumen sanguíneo que puede comprometer la salud.

Dominio 11: Seguridad/protección.

Clase 2: Lesión física.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de sangrado asociado a complicaciones en el embarazo y plaquetopenia.

Patrón funcional VI: Perceptivo - cognitivo

Etiqueta diagnóstica: (00132) Dolor agudo.

Definición: Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial.

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 18: Sensación/percepción

Enunciado diagnóstico: Dolor Agudo relacionado a factor biológico evidenciado por informe verbal de dolor calificado en intervalo 6/10 según EVA, cefalea y expresión facial de dolor.

Patrón funcional IX: Sexualidad - reproducción

Etiqueta diagnóstica: (00209) Riesgo de la alteración diada materno fetal

Definición: Se define por una respuesta de «vulnerabilidad a la alteración de la díada simbiótica materno fetal, como resultado de comorbilidad o afecciones relacionadas con el embarazo, que pueden comprometer la salud del feto». Esta situación parte de un riesgo preexistente asociado a comorbilidad por patologías presentes en la madre que pueda predisponer a cualquier tipo de disrupción del proceso de gestación.

Dominio 8: Sexualidad

Clase 29: Sexualidad

Enunciado diagnóstico: Riesgo de alteración de la diada materno fetal relacionado a cuidado prenatal inadecuado y asociado a complicaciones en el embarazo.

Patrón funcional X: Adaptación / tolerancia al estrés

Etiqueta diagnóstica: (00146) Ansiedad

Definición: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

Enunciado diagnóstico: Ansiedad relacionado a estresores secundario al proceso situación de salud actual evidenciado por expresión de angustia, preocupación y se muestra solloza al hablar.

Priorización del diagnóstico de enfermería principal, mediante una red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA

Se realiza la priorización del diagnóstico de enfermería principal mediante una red de razonamiento clínico basado en el Modelo AREA.⁽²⁰⁾ El modelo establece redes de razonamiento clínico, 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.

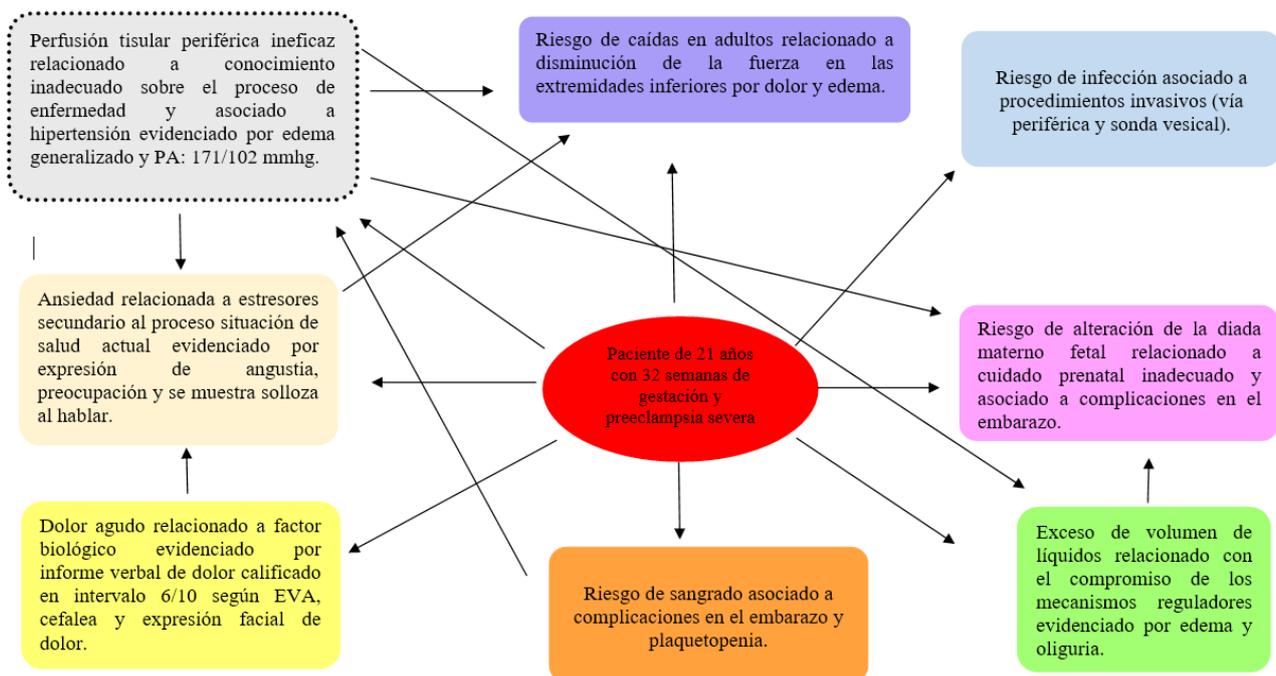


Figura 1. Red de razonamiento crítico, basado en el modelo AREA para la obtención del Dx.E principal. Nota. Elaboración propia basado en el modelo AREA

Diagnostico enfermero principal (DxEp)

Tras realizar una red de razonamiento, se identificó el diagnostico que tiene más influencia en los otros problemas.

(00201) *Perfusión tisular periférica ineficaz relacionado a conocimiento inadecuado sobre el proceso de enfermedad y asociado a hipertensión evidenciado por edema generalizado y PA: 171/ 102 mmhg.*

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

Dominio: 4: Actividad/reposo

Clase 15: Respuestas cardiovasculares/ pulmonares

Justificación del diagnóstico principal

Basándose en las evidencias científicas y bibliografías se intenta analizar el diagnostico principal como prioridad de atención.

Según un artículo por ⁽²¹⁾, el paso inadecuado de fluido del sistema circulatorio hacia los tejidos u órganos del cuerpo hace que llegue el riego con lentitud y en poca cantidad hacia el tejido, ello puede poner en peligro la vida de la paciente. El problema de perfusión tisular periférica ineficaz se hace presente en esta paciente con un antecedente de problema hipertensivo desde antes de la gestación, e incluso presenta antecedentes familiares con problemas hipertensivos en la madre, así como problemas coronarios. Frente a la perfusión ineficaz podemos decir que es el estado en el que una persona tiene el peligro de presentar una reducción de la concentración de oxígeno y, por consiguiente, del metabolismo celular, debido a un déficit en el aporte sanguíneo.⁽²²⁾ Por otro lado, la preeclampsia es una enfermedad sistémica que generalmente acontece desde las 20 semanas de gestación en un embarazo normal, y puede continuar las presiones arteriales elevadas en la etapa del puerperio produciendo una disminución del flujo vascular hacia los órganos y tejidos, comprometiendo la salud y vida de la paciente.⁽¹⁴⁾

Para ⁽²³⁾, esta patología también se debe a una falla en la placentación y a un defecto en la renovación de las arterias espirales, conllevando a presencia de elementos tóxicos circulantes. Esto ocasiona disfunción endotelial, vasoconstricción e hipercoagulabilidad, lo que se conoce como hipertensión arterial. Estas complicaciones pueden iniciar con una lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemólisis, isquemia hepática, isquemia del sistema nervioso central y, finalmente, en eclampsia con convulsiones y retención de líquidos en los espacios vasculares.

Problema de colaboración (pc) / riesgos de complicación (rc)

Paso a mencionar los posibles Riesgos de Complicación asociados a los Problemas de Colaboración que podría tener mi paciente, para ello he utilizado el manual de diagnósticos enfermeros de Lynda J. Carpenito (15º edición).

PC 1: Eclampsia

Los riesgos de complicación son:

- RC 1.1 Convulsiones
- RC 1.2 Plaquetopenia
- RC 1.3 Insuficiencia Renal
- RC 1.4 Síndrome de Hellp
- RC 1.5 Muerte

PC 2: Tratamiento Farmacológico

Los riesgos de complicación son:

- RC 2.1 Efectos Adversos del Sulfato de Magnesio
- RC 2.2 Efectos adversos del tratamiento de Antihipertensivos.

PC 3: Cirugía

Los riesgos de complicación son:

- RC 3.1 Infección de herida operatoria

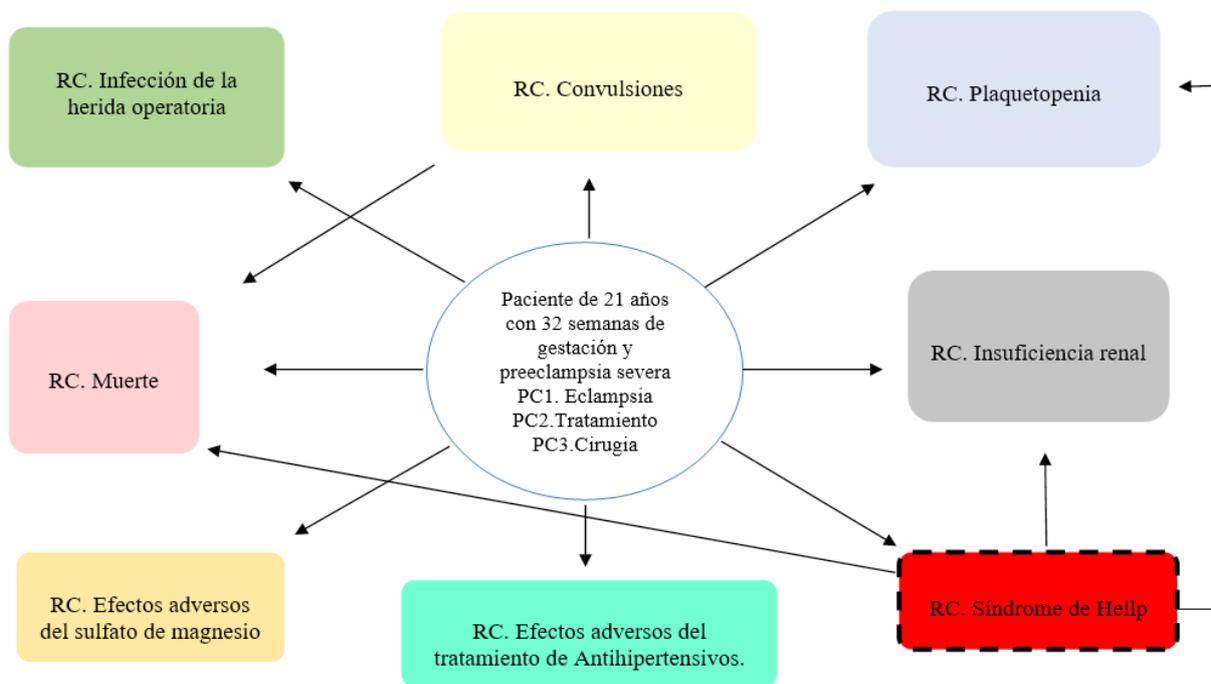


Figura 2. Red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA para la obtención de riesgo de complicación principal (RCp)
Nota: Elaboración propia basado en el modelo AREA

Justificación del RC principal

Después de realizar la red de razonamiento; se ha identificado como Riesgo de Complicación Principal (RC) al Síndrome de Hellp.

El síndrome de Hellp en primera instancia guarda relación con la plaquetopenia, cabe resaltar que es un síndrome multisistémica de severidad variable, específica del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y la activación de los sistemas de coagulación. Además, es la complicación severa del embarazo caracterizado por hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia que vienen hacer un riesgo elevado de sangrado conllevando a una hemorragia.⁽¹⁶⁾

El síndrome de hellp es la traducción de la diversidad biológica de microangiopatías materna que puede ocurrir durante la preeclampsia. Su fisiopatología es aún desconocida, sin embargo, existen estudios que intentan explicarlo, cabe recalcar que supone mecanismos que son difíciles de diferenciar de los de la preeclampsia (de

la cual se considera que es una complicación), ya que los resultados de las pruebas en el síndrome de hellp no son específicos de él y las lesiones útero-placentarias también han sido descritas en enfermedades autoinmunes y genéticas de la madre. En la actualidad hay un creciente interés en el papel de las citoquinas inflamatorias en la patogénesis del síndrome Hellp.⁽²⁴⁾

Por otro lado, analizando su relación a la muerte; la mortalidad materna y la neonatal son dos de los indicadores más importantes de desigualdad social y de inequidad de género en nuestro país, y afectan particularmente a la población de las entidades federativas y de los municipios con mayor rezago socioeconómico. La mortalidad asociada a preeclampsia es de cinco a nueve veces más en los países en vías de desarrollo. Entre las repercusiones perinatales más importantes de la preeclampsia/eclampsia están el nacimiento pretérmino y la restricción del crecimiento intrauterino, que se asocian con el aumento de riesgo de muerte perinatal, retraso del neurodesarrollo y enfermedades crónicas tanto en la infancia como en la vida adulta.⁽²⁶⁾

Así también frente a los efectos adversos tanto del sulfato de magnesio como a los hipertensivos, son parte del tratamiento del manejo de preeclampsia-eclampsia.

Para concluir, referente a las convulsiones, para el síndrome de Hellp es considerada como un tipo de preeclampsia grave en la madre, la gestante con hipertensión, tiene un riesgo de sufrir convulsiones, con signos y síntomas de severidad como es en el caso de estudio, además de presentar alteración en los exámenes sanguíneos, y otros síntomas como dolores de cabeza, cambios en la visión, dolor abdominal y complicación fetal. El síndrome de Hellp dentro de sus complicaciones se considera el sangrado excesivo (hemorragia), edema pulmonar, trastorno de coagulación, insuficiencia renal y hepática.⁽²⁷⁾

Planificación

Después de presentar el DxEp y ser justificado, se realizó la planificación de sus objetivos e intervenciones. Se utilizaron los manuales de objetivos o resultados NOC⁽²⁸⁾ y de intervenciones NIC.⁽²⁹⁾

Resultado (NOC) del diagnóstico enfermero principal (DxEp)

Para el Dx. E.p (00204) perfusión tisular periférica ineficaz, le corresponde los siguiente NOC:

- (0401) Estado circulatorio
- (0407) Perfusión tisular: periférica
- (0802) Signos vitales
- (0600) Equilibrio electrolítico y ácido base

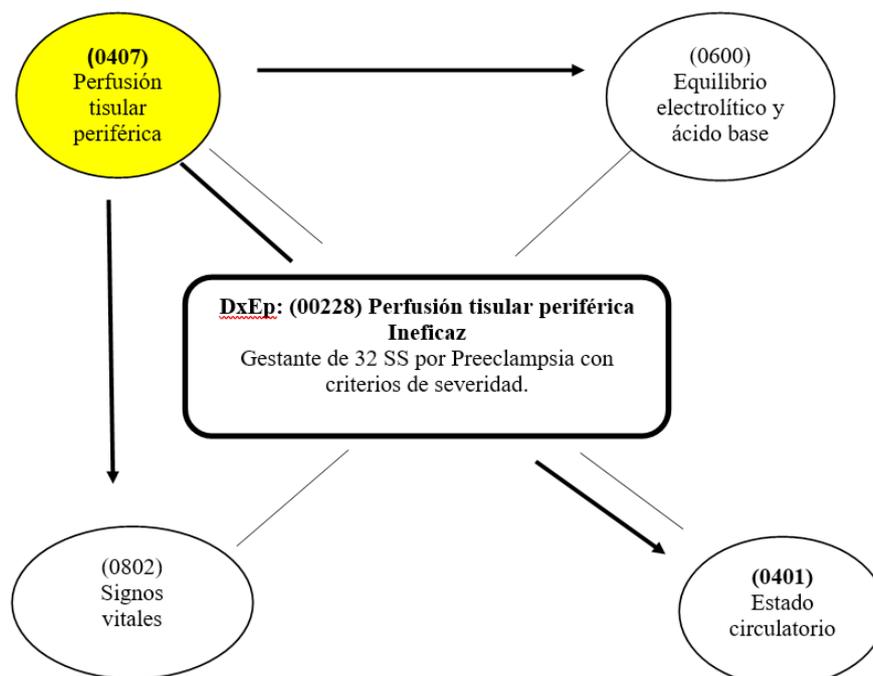


Figura 3. Priorización del NOC del diagnóstico principal (DxE) mediante red de razonamiento crítico basado en el método AREA

Fuente: Elaboración basada en el modelo AREA (Análisis del resultado actual)

Justificación del NOC principal del Diagnóstico Principal

Se puede observar que, según la red de razonamiento crítico, el NOC principal corresponde al que está más

relacionado con los otros NOC.

La Perfusión tisular inefectiva o perfusión ineficaz es el estado en que una persona presenta una reducción de concentración de oxígeno, y resultado de ello reducción del metabolismo celular, debido a un aporte deficiente sanguíneo capilar. Es por ello que la gestante con preeclampsia, requiere en primera instancia una valoración de la severidad de la sintomatología, para clasificar criterios, seguidamente una estabilización hemodinámica y de coagulación, siendo entonces indispensable seguir un esquema de signos vitales objetivo en su perfusión tisular.⁽²¹⁾

Podemos resaltar que la perfusión tisular es uno de los parámetros más importantes para apreciar el estado de la microcirculación, el aporte de sangre y oxígeno a los tejidos, evitando el daño o alteración de la diada materno-fetal; alteraciones vasculares, riesgo de morbilidad o mortalidad fetal por la disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, que puede causar vasoespasmo, restricción del crecimiento, hipoxia y desprendimiento de placenta.⁽³⁰⁾

NOC Priorizado del DxE. Principal.

(0407) Perfusión tisular: periférica

Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular.⁽²⁸⁾

Dominio: II Salud fisiológica.

Clase: E- Cardiopulmonar.

Tabla 1. Puntuación del NOC principal para el DX. enfermero principal

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo (horas)
(0407) Perfusión tisular: periférica	3	5	24 horas
Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno			
Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC.			

Tabla 2. Puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo (horas)
(040727) Presión sanguínea sistólica	3	5	24 horas
(040728) Presión sanguínea diastólica	3	5	24 horas
(040712) Edema periférico	2	5	24 horas
(040743) Palidez	3	5	24 horas
Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC			

Intervenciones (NIC) del DX.E. principal

Para alcanzar nuestros resultados tenemos que realizar intervenciones para poder conseguirlos. Para las intervenciones se utilizará la “Clasificación de Intervenciones de Enfermería”.⁽²⁹⁾

[4062] Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial

Definición: Mejora de la circulación arterial.

Campo: 2-Fisiológico básico

Clase: N-Control de la perfusión tisular.

Actividades:

- [406201] Efectuar una evaluación completa de la circulación periférica en la paciente.
- [406202] Colocar las extremidades inferiores elevadas por encima del cuerpo.
- [406203] Evitar la aplicación directa de calor en las extremidades.
- [406204] Cuidar de la hidratación de la paciente a fin de disminuir la densidad de la sangre.

[4162] Manejo de la hipertensión

Definición: Prevenir y tratar los niveles de la presión arterial anormales.

Campo: 2-Fisiológico básico

Clase: N Control de la perfusión tisular

Actividades:

- [416201] Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes (obesidad, sexo, estilo de vida sedentario, antecedentes familiares de hipertensión).
- [416202] Controlar signos vitales, como la presión arterial cada cuatro horas.
- [416203] Proporcionar información sobre posibles cambios en el estilo de vida necesarios para

evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.

[2300] Administración de medicación

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

Campo: 2 Fisiológico complejo.

Clase H: Control de fármacos.

Actividades:

- [230001] Seguir las cinco reglas de medicación y administración correcta.
- [230002] Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergia de la paciente.
- [230003] Administrar la medicación I.V a la velocidad adecuada.
- [230004] Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

Planificación del Riesgo de Complicación Principal (RC)

En cuanto a mi riesgo de complicación principal RC Síndrome de Hellp, se utilizará la “Clasificación de resultados de enfermería” NOC.⁽²⁸⁾

Resultado NOC del riesgo de complicación principal

La taxonomía NOC responde a los resultados que deseamos conseguir en la paciente:

(1928) Control del Riesgo: hipertensión

(1620) Control de Convulsiones

(1837) Conocimiento: Control de la hipertensión

(2112) Severidad de la hipertensión

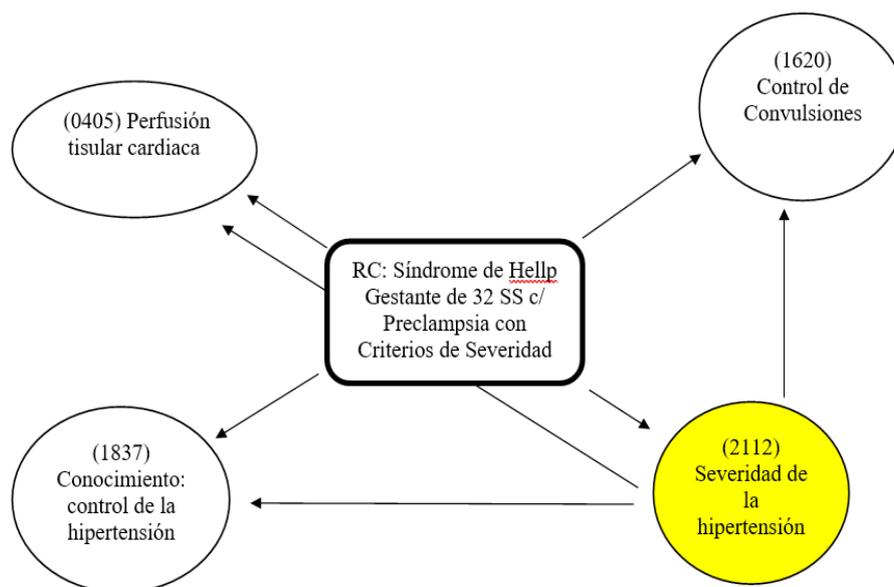


Figura 4. Priorización del NOC principal del RC principal mediante red de razonamiento crítico basado en el modelo AREA
Fuente: Elaboración basado en el modelo AREA (Análisis del resultado del estado actual)

Justificación del NOC principal del RC principal

La hipertensión arterial es la complicación más frecuente durante el embarazo, pudiendo aparecer hasta en el 10 % de las gestantes, siendo responsable de un porcentaje de mortalidad materna y de morbimortalidad perinatal. Al hablar de hipertensión, debemos tener en cuenta la severidad de la sintomatología, considerando que puede ser variable dependiendo de varios factores, de no ser atendido por el especialista y de forma oportuna, podría provocar complicaciones materno fetal y el desarrollo de problemas crónicos.⁽³¹⁾

Se concluye que la severidad de la hipertensión en el embarazo es un problema de salud que se puede controlar y prevenir a través de la detección oportuna, la concientización y educación en estilo de vida saludable durante los controles prenatales, los que deben llevarse periódicamente y las fechas indicadas.

NOC priorizado del RC Síndrome de Hellp

(2112) Severidad de la hipertensión

Definición: Gravedad de los signos y síntomas por la presión arterial elevada crónica.

Dominio 5: Salud percibida (V)
Clase C: Sintomatología (V)

Tabla 3. Puntuación del NOC principal del RC hipertensión maligna según escala Likert

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo (horas)
(0407) Severidad de la hipertension	3	5	24 horas

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno
Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC

Tabla 4. Puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Tiempo (horas)
(211207) Cefaleas	3	5	24 horas
(211204) Visión borrosa	3	5	24 horas
(211215) Nauseas	3	5	24 horas
(211214) Convulsiones	5	5	24 horas

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC

Intervenciones para el riesgo de complicación principal (NIC)

Para conseguir nuestros objetivos de los resultados NOC del RCp usaremos la “Clasificación de Intervenciones de enfermería”.⁽²⁹⁾

[5602] Enseñanza: proceso de la enfermedad

Definición: Ayuda al paciente a comprender mejor el proceso de su enfermedad.

Dominio: III conductual

Clase: 5 Educación de la paciente

Actividades:

- [560201] Verificar el conocimiento del paciente sobre su enfermedad
- [560202] Proporcionar información a la paciente acerca de su enfermedad y sus posibles complicaciones
- [560203] Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones
- [560204] Enseñar a la paciente los signos y síntomas que debe notificar al personal de salud según corresponda

[6680] Monitorización de los signos vitales

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

Dominio: IV Seguridad

Clase: V Control de Riesgos

Actividades:

- [668001] Monitorear la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio según corresponda.
- [668002] Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
- [668003] Monitorear la presión arterial después de que el paciente tome las indicaciones si es posible.
- [668004] Monitorear la pulsioximetría.
- [668005] Monitorear y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- [668006] Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.

[6610] Identificación de riesgos

Definición: Probabilidad de aumentar el desarrollo de una enfermedad o una posible complicación.

Dominio: IV Salud Funcional

Clase: VIII Mantenimiento de la energía

Actividades:

- [661001] Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales y anteriores
- [661002] Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
- [661003] Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería, se tuvo en cuenta el turno de 12 horas.

Tabla 5. Cronograma de intervenciones / actividades de enfermería en preeclampsia severa

Fecha	Intervenciones/Actividades	Turnos		
		M 7 am	T 1 pm	N 7 pm
15/12/2020	[4062] Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial			
	Efectuar una evaluación completa de la circulación periférica en la paciente.	→	→	→
	Colocar las extremidades inferiores elevadas por encima del cuerpo.	→	→	→
	Evitar la aplicación directa de calor en las extremidades.	→	→	→
	Cuidar de la hidratación de la paciente a fin de disminuir la densidad de la sangre.	→	→	→
	[4162] Manejo de la hipertensión			
	Evaluar los factores de riesgo asociados y contribuyentes (obesidad, sexo, estilo de vida sedentario, antecedentes familiares de hipertensión).	→	→	→
	Controlar signos vitales, como la presión arterial cada cuatro horas.	→	→	→
	Proporcionar información sobre posibles cambios en el estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.	→	→	→
	[2300] Administración de medicación			
	Seguir las cinco reglas de medicación y administración correcta.	→	→	→
	Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergia de la paciente.	→	→	→
	Administrar la medicación I.V a la velocidad adecuada.	→	→	→
	Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.	→	→	→

Fuente: Elaborado a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (Butcher et al., 2020).

Evaluación

Se estableció un periodo de seguimiento de 24 horas. Se observó el progreso de la paciente 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

NOC	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo (horas)
(0407) Perfusión tisular: periférica	3	5	4	24 horas

Escala Likert: 1-Grave 2- Sustancial 3-Moderado 4-Leve 5-Ninguno

Nota: Elaboración propia, basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

En la tabla 6 podemos observar que la puntuación inicial fue de 3 para el NOC propuesto, como puntuación diana se propuso 5, realizado las intervenciones en un período de 24 horas de permanencia, se logró alcanzar una puntuación de 4 según la escala de Likert.

Tabla 7. Puntuación de los indicadores del diagnóstico principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana	Puntuación alcanzada	Tiempo (horas)
(040727) Presión sanguínea sistólica	3	5	4	24 horas
(040728) Presión sanguínea diastólica	3	5	4	24 horas
(040712) Edema periférico	2	5	3	24 horas
(040743) Palidez	3	5	4	24 horas

Nota: Elaboración propia, basada en la clasificación de resultados de enfermería NOC

Analizando los resultados obtenidos

En relación con los indicadores en la tabla 7, en los indicadores de la presión sanguínea sistólica y diastólica podemos afirmar que el gestante inició con una puntuación de 3, en un periodo de 24 horas siendo atendida en el servicio con los cuidados adecuados y oportunos llegó a una puntuación alcanzada de 4 evitándose alteraciones materno fetal. Por otro lado, el indicador de edema periférico inició con una puntuación de 2, alcanzado posterior a las 24 horas de atención 3 en valor de la escala debido al tratamiento administrado. Por último, el indicador palidez inició con una puntuación de 3, luego de las atenciones brindadas en el turno, a las

24 horas alcanzó una puntuación de 4.

DISCUSIÓN

Este caso clínico se relacionó con la teoría de Dorothea Orem, debido a que está enfocado en el autocuidado que una gestante debe llevar durante el embarazo. Debido a eso, deben tener la responsabilidad de acudir a todos sus controles prenatales y a su ginecólogo cuando sienta alguna molestia o dolor.

La preeclampsia es una patología que tiene alto grado de mortalidad tanto para la mujer embarazada como para el producto. Actualmente el actuar de enfermería es de gran importancia ya que sus acciones e intervenciones se direccionan hacia el cuidado crítico de la paciente, desde el ingreso hospitalario, ingreso a sala de cirugía, y posteriormente en el post parto. Los cuidados de enfermería además se dirigen al cuidado del producto. Es por ello por lo que la literatura indica que aproximadamente el 40 % de los resultados beneficiosos para la madre y el producto son resultados de las intervenciones de enfermería.⁽¹⁴⁾

Las afecciones del embarazo en general, y la preeclampsia en particular, son problemas que habitualmente se tratan en las unidades de urgencias, salas post anestésicas y de hospitalización.

La preeclampsia es la forma más frecuente de hipertensión arterial asociada al embarazo (50 %), que afecta del 7 % al 10 % de las mujeres gestantes. Se define como un síndrome multisistémico del embarazo y puerperio, en el que se presenta una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación.⁽¹⁾

Se presenta un caso clínico de una paciente con diagnóstico Gestante de 32 ss con preclampsia con criterios de severidad tras ser intervenida de cesárea urgentemente, elaborando un plan de cuidados enfermeros basado en los patrones funcionales de M. Gordon y guiado por la taxonomía NANDA-NOC-NIC, donde se identifican 8 diagnósticos de Enfermería, que serán la base de la realización de este proceso enfermero: Perfusión tisular periférica ineficaz, Exceso de volumen de líquidos, Dolor agudo, Riesgo de la alteración diada materno fetal, Riesgo de sangrado, Riesgo de caídas, Riesgo de infección y Ansiedad.

La aplicación de este plan de cuidados supone una mejora en la atención al paciente y en la organización del trabajo. Tras terminar este periodo puedo afirmar y decir que me ha encantado poder aprender técnicas en la realización del proceso de enfermería.

Limitaciones

Las limitaciones para el desarrollo del caso clínico de estudio fueron:

En la gestante con preeclampsia severa; el tiempo limitado para el seguimiento del caso, si bien es verdad se atendió a la paciente 24 horas, no se le pudo continuar con el monitoreo.

Debido a la situación de la pandemia, los permisos para el ingreso del familiar fueron limitados, lo que dificultó el acceso de información de una fuente indirecta.

En la aplicación del proceso, en la etapa diagnóstica, tuvimos la dificultad de identificar los PC y RC, así como la utilización del modelo bifocal en la atención, debido a que en nuestro país falta reforzar los conocimientos del uso de dicho método, necesitamos abrir nuestro paradigma y actualizarnos en metodología clínica para el avance de nuestra área científica como enfermería.

CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería permitió brindar un cuidado humanizado, individual y de calidad al paciente.

Debido a la situación de la paciente los cuidados estuvieron orientados básicamente al monitoreo continuo en la detección precoz de posibles complicaciones.

Se reconoce la importancia del manejo de las taxonomías NANDA NOC-NIC, a fin de manejar un mismo lenguaje basado en conocimiento y contribuir a estudios en el campo de enfermería.

REFERENCIAS

1. Rojas Pérez LA, Rojas Cruz LA, Villagómez Vega MD, Rojas Cruz AE, Rojas Cruz AE. Preeclampsia - eclampsia diagnóstico y tratamiento . Rev Eugenio Espejo 2019;13:79-91.

2. Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Actualización en preeclampsia. Rev Médica Sinerg 2020;5:1-13.

3. Velumani V, Durán Cárdenas C, Hernández Gutiérrez LS. Preeclampsia: una mirada a una enfermedad mortal. Rev Fac Med 2021;64:7-18. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.5.02>.

4. Sánchez Herrera K. Preeclampsia. Rev MEDICA Sinerg 2018;3:8-12.

5. Álvarez-Fernández I, Prieto B, Alvarez F. Preeclampsia. Rev Lab Clin 2016;9:2016. <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2016.04.002>.
6. Galarraga Diago D, Espinosa Aguilar A, Elers Mastrapa Y. A Vision about the Pregnant Woman with Preeclampsia from the Nursing Perspective. Rev Cubana Enferm 2023;39.
7. Benites Araujo RA. Proteinuria en Gestantes atendidas en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Chimbote - 2019. Universidad San Pedro , 2019.
8. García CP, Gallegos Torres RM. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. Horiz Enferm 2019;30:271-85. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.30.3.271-285.
9. Guevara Ríos E. La preeclampsia, problema de salud pública. Rev Peru Investig Materno Perinat 2019;8:7-8. <https://doi.org/10.33421/INMP.2019147>.
10. Laveriano WV, Tacchino EH, Limay O. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Rev Peru Ginecol Obstet 2015:417-22.
11. Vasquez J. Prevalencia de preeclampsia en embarazadas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Central d el Instituto De Previsión Social, 2017. Universidad Nacional de Caaguazú, 2018.
12. Peraçoli JC, Borges VTM, Ramos JGL, de Carvalho Cavalli R, de Almeida Martins Costa SH, de Oliveira LG, et al. Pre-eclampsia/Eclampsia. Rev Bras Ginecol E Obstet 2019;41:318-32. <https://doi.org/10.1055/S-0039-1687859/ID/JR19190219-33>.
13. Calle Criollo SS, Cárdenas Heredia FR. Estrategias terapéuticas futuras para la preeclampsia basadas en la reducción del estrés oxidativo. Salud Concienc 2023;2:e36. <https://doi.org/10.55204/scc.v2i2.e36>.
14. Orellana W. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en las pacientes del área del servicio de gineco-obstetricia del Hospital Nacional «Nuestra Señora de Fátima» de Cojutepeque, El Salvador. De enero a junio del año 2018. Universidad Nacional Autonomade Nicaragua, 2020.
15. Aguirre Lipa JG. Fisiopatología que altera el Bienestar Fetal. Universidad Católica de Santa María, 2017.
16. Zapata Díaz BM, Ramírez Cabrera JO. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Rev Peru Ginecol Obstet 2020;66:57-65. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2233>.
17. Vera Quispe J. Nivel de conocimiento sobre autocuidado y su relación con la preeclampsia en las gestantes del servicio de obstetricia del- hospital regional docente de trujillo - 2016. Universidad Cesar Vallejo, 2016.
18. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. Gaceta Médica Espirituana. Gac Médica Espirituana 2017;19:1-11.
19. Meza A, Bolaños S, Solarte D, Narvaez J, Eraso D, Gallardo K. Modelo teórico de Dorothea Orem aplicado a algunas necesidades del paciente. Boletín Inf CEI 2021;8:176-7.
20. Pesut DJ, Herman JA. OPT: Transformation of nursing process for contemporary practice. Nurs Outlook 1998;46:29-36. [https://doi.org/10.1016/s0029-6554\(98\)90022-7](https://doi.org/10.1016/s0029-6554(98)90022-7).
21. Gomez Gonzales AJ. Perfusión, oxigenación tisular, y temperatura periferica de la piel. Universidad de Malaga, 2020.
22. De Paz Pérez P, García Rodríguez R, Bobadilla Hernández Z, Yurena M, Herrera L. Caso Clínico: «¿Cuándo Va a Parar?» Clinical Case: «When Will It Stop?» Rev Ene Enferm 2022;17:1-14.
23. Herrera Sánchez K. Preeclampsia. Rev Meidica Sinerg 2018;3:8-12. <https://doi.org/10.1016/j.labcli.2016.04.002>.
24. Bracamonte Peniche J, López Bolio V, Mendicuti Carrillo M, Ponce Puerto JM, Sanabraís López MJ, Méndez

Domínguez N. Características clínicas y fisiológicas del Síndrome de Hellp. Rev Biomed MX 2018;29:33-41.

25. Rivas Perdomo EE, Mendivil Cíodaro C. Síndrome de Hellp: Revisión Hellp Syndrome: Review. Barranquilla Col 2011;27:259-74.

26. Moreira-Flores MM, Montes-Vélez RS. Incidencia y severidad de la preeclampsia en el Ecuador. Dominio Las Cienc 2022;8:876-84.

27. Cabrera Ruilova JD, Pereira Ponton MP, Ollague Armijos RB, Ponce Ventura MM. Factores de riesgo de preeclampsia. Rev Científica Investig Actual Mundo Las Cienc 2019;3:1012-32. [https://doi.org/DOI:10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.1012-1032](https://doi.org/DOI:10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.1012-1032).

28. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de Resultado en Salud . 2018.

29. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7° Edición. 2018.

30. Cerutti D, Fernández J, Schein I. Relación entre la viscosidad sanguínea y la perfusión tisular. Rev Argent Anestesiología 2020;77:25-43. <https://doi.org/10.24875/raa.20000016>.

31. Wagner-Grau P. Redefinición de la hipertensión arterial. Rev Peru Ginecol Obstet 2018;64:175-84.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Carla López Baca, Tania Zelada Juárez.

Investigación: Carla López Baca, Tania Zelada Juárez.

Metodología: Carla López Baca, Tania Zelada Juárez.

Administración del proyecto: Carla López Baca, Tania Zelada Juárez.

Redacción-borrador original: Carla López Baca, Tania Zelada Juárez.

Redacción-revisión y edición: Carla López Baca, Tania Zelada Juárez.