

Categoría: Congreso de la Fundación Salud, Ciencia y Tecnología 2024

ORIGINAL

Nursing care in patients with severe preeclampsia.

Cuidados de enfermería en paciente con preeclampsia sever.

Nancy Espiritu-Gozar¹, Flor M. Heredia-Garay¹, María Teresa Cabanillas-Chavez¹, Wilter C. Morales-García¹.

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

Citar como: Espiritu-Gozar N, Heredia-Garay FM, Cabanillas-Chavez MT, Morales-García WC. Nursing care in patients with severe preeclampsia. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations. 2024;2:214.

Recibido: 16-12-2023

Revisado: 24-02-2024

Aceptado: 04-04-2024

Publicado: 07-04-2024

Editor: Rafael Romero-Carazas 

ABSTRACT

Introduction: Preeclampsia is a pregnancy and postpartum complication characterized by high blood pressure, being one of the most important public health problems; multisystem pathology of great variable severity, which may not present symptoms at the beginning; however, it can cause serious and even fatal complications for the mother and fetus. **Objectives:** To know the nursing care in patients with severe preeclampsia. **Methodology:** Qualitative study, with a single case design based on the nursing care process method, applying the functional pattern assessment guide according to Marjorie Gordon to a 34-year-old primiparous pregnant woman with data from the clinical history, the interview, physical examination, and taxonomies (NANDA, NOC, NIC) that were used to formulate care plans. **Results:** 9 nursing diagnoses with altered patterns were found, only one main diagnosis was prioritized: ineffective peripheral tissue perfusion r/c insufficient knowledge of the disease process with a problem associated with hypertension evidenced by edema, were the interventions performed satisfactory in the pregnant woman, before the CP gestational hypertension and the CR malignant hypertension, being the results defined by the time of intervention and evaluation. **Discussion:** To conclude as specialist professionals we must make a good assessment and avoid any risk of complications in the pregnant woman. Due to the care provided in the gynecological emergency to the maternal-fetal binomial, a progressive evolution is observed with the preparation to be referred to the operating room. **Conclusions:** Nursing care in clinical practice is very important when applying the nursing process that strengthens the autonomy of nursing in patients with severe preeclampsia, since the professional specialist in obstetrics and gynecology provides quality standards.

Keywords: Nursing care, patient, severe preeclampsia.

RESUMEN

Introducción: La preeclampsia es una complicación del embarazo y del post parto caracterizada por la presión arterial elevada, siendo uno de los principales problemas para la salud pública; patología multisistémica de gran severidad variable, que posiblemente no presenten síntomas al inicio; sin embargo, puede ocasionar complicaciones serias incluso mortal para la madre y el feto. **Objetivos:** Conocer los cuidados de enfermería en paciente con preeclampsia severa. **Metodología:** Estudio cualitativo, con diseño de caso único que se basa en el método del proceso de atención de enfermería, aplicado con la guía de valoración por patrones funcionales según Marjorie Gordon a gestante primigesta de 34 años con datos de la historia clínica, la entrevista, examen físico y las taxonomías (NANDA, NOC, NIC) que sirvieron para formular planes de atención. **Resultados:** Se encontraron 9 diagnósticos de enfermería con patrones alterados, solo se priorizo un diagnóstico principal: Perfusión tisular periférica ineficaz r/c conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión evidenciada por edema, fueron las intervenciones realizadas satisfactorias en la gestante, ante el PC hipertensión gestacional y el RC hipertensión maligna, siendo los resultados definidos por el tiempo de intervención y evaluación. **Discusión:** Para concluir como profesionales especialistas debemos hacer una buena valoración y evitar que se presente algún riesgo de complicación en la gestante. Debido a los cuidados que se brinda en emergencia ginecoobstetricia al binomio materno-fetal, se observa una evolución progresiva con la preparación para ser referida a sala de operaciones para la terminación del embarazo. **Conclusiones:** El cuidado de enfermera en la práctica clínica es muy importancia al aplicar el proceso enfermero que fortalece la autonomía de la enfermería en la paciente con preeclampsia severa ya que el profesional especialista de ginecoobstetricia brinda los estándares de calidad.

Palabras claves: Cuidados de enfermería, paciente, preeclampsia severa.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una complicación del embarazo y del post parto caracterizada por la presión arterial elevada, siendo uno de los principales problemas en salud pública de mayor importancia; patología multisistémica de gran severidad variable, que posiblemente no presenten síntomas al inicio; sin embargo, puede ocasionar complicaciones serias incluso mortal para la madre y el feto (Anderson & Schemella, 2017).

Según la Organización Mundial de la Salud la tasa de mortalidad materna ha disminuido en los últimos 20 años a nivel mundial; entre los años 2000 y 2017, se redujo a un 38%, gracias a la ejecución de los Objetivos del Desarrollo del Milenio que sigue fomentando su práctica conforme a los acuerdos de las estrategias propuestas desde el año 2015 con el plan de desarrollo sostenible. (Bermejo, 2017).

En el año 2014 se reportó que casi 800 mujeres murieron por día en el mundo debido a complicaciones en el embarazo y parto; siendo la primera causa de mortalidad, las hemorragias y en segundo lugar la hipertensión inducida por el embarazo. (Macas Chuncho, 2017).

Entre los años 2000 al 2017 en Bolivia se redujo la tasa de mortalidad a un 46% y 42% en Venezuela, países con las tasas más alta de mortalidad materna en comparación a Uruguay con un 35% y Chile en 41%, países con menores tasas de mortalidad. (Bermejo, 2017).

Según el boletín epidemiológico (2020), en el Perú es la segunda causa de mortalidad materna directa son los trastornos hipertensivos del embarazo, en los últimos tres años el departamento de Piura ha presentado la tasa más alta; mientras que en Ucayali ha disminuido la tasa de mortalidad. (Guevara, 2020)

En Lima a nivel de institutos públicos del sector salud, el Ministerio de Salud ha reportado un descenso en las defunciones maternas a 60.7% hasta el año 2021, para los últimos tres años, y en Es salud se incrementó un 15.8% de muertes maternas.

Desde el inicio de la pandemia por COVID19, los cambios producidos en el acceso y atención a los servicios de salud afectó el control prenatal ya sea por el distanciamiento sanitario o por la pérdida de su continuidad, así como el incremento de la morbimortalidad materna lo que obliga al replanteamiento de intervenciones. (Cipirán, 2021)

Según Flores (2017) el factor predisponente de la preeclampsia es la edad materna de 35 años a más de 40 años con un riesgo relativo de 1.7%, representando un claro incremento y el 1.2% en gestantes menores de 18 años, considerando las primíparas y múltiparas que desencadenan dicha patología. También resalta Pereira, et al (2020) que el sobrepeso y la obesidad antes del embarazo, son factores de riesgo para el desarrollo de la preeclampsia por medio de una alteración metabólica y disfunción vascular en la unidad útero placentaria.

Mendoza (2019), determina el inicio de esta enfermedad en dos eventos, el primero involucra la defectuosa invasión placentaria en el miometrio uterino, como en la vasculatura de la misma, que generalmente es asintomática y el segundo evento, es debido al defecto en la remodelación de las arterias uterinas que se caracteriza por tener menor calibre y mayor resistencia vascular provocando aumento de la presión arterial sistémica materna, afectando los lechos vasculares renal, cerebral, pulmonar y hepático; así como también la alteración del crecimiento fetal por insuficiencia útero placentaria.

Es oportuno mencionar que Encalada (2021) refiere que los cambios fisiológicos del embarazo en el sistema cardiovascular, renal de la madre, y el sistema de circulación placentaria son estructurales, hemodinámicos para lograr cumplir con las demandas metabólicas asegurando una óptima circulación placentaria y crecimiento fetal.

De acuerdo con este proceso fisiopatológico, es necesario priorizar la perfusión tisular periférica ineficaz, como diagnóstico principal en la paciente en estudio, haciendo uso a la vez de protocolos, fármacos según el nivel de severidad para el cuidado oportuno y evitar complicaciones que degeneren en la aparición de la hipertensión maligna en la diada madre y feto. (Bejarano y Alarcón 2018).

Teniendo en cuenta a Encalada (2021) para el tratamiento de la preeclampsia severa se recomienda culminar con el embarazo, tomando énfasis el manejo farmacológico con sulfato de magnesio y otros antihipertensivos para mejorar el bienestar materno y mantener al feto en las mejores condiciones.

Desde el punto de vista el cuidado del profesional especialista en gineco obstetricia es de carácter único de enfermería en la gestante, como la identificación de los factores de riesgo, la magnitud de criterio de severidad de la preeclampsia y el tratamiento oportuno en el entorno sanitario, destacando así la valoración física, control de síntomas, administración de tratamientos, orientación a los familiares, cuidados relacionados con la higiene, alimentación, preparación de la gestante para las intervenciones a seguir, actualizar la historia clínica, todas estas actividades requieren de conocimientos científicos y de habilidad práctica para garantizar un buen procedimiento según los protocolos institucionales para lograr un buen desarrollo.

Este trabajo es un estudio cualitativo, con el caso único basado en el método del proceso de atención de enfermería, aplicado con la guía de valoración por patrones funcionales según Marjorie Gordon a una gestante primigesta de 34 años con datos de su historia clínica, entrevista, examen físico y el uso de las taxonomías NANDA, NOC, NIC que sirvieron para formular el plan de cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

Objetivo General.

Conocer los cuidados de enfermería en paciente con preeclampsia severa.

Objetivos Específicos.

Estudiar la preeclampsia severa, sus factores de riesgo, tratamiento y complicaciones.

Redactar el cuidado de enfermería en la atención de la perfusión tisular periférica ineficaz en paciente con preeclampsia severa.

Describir la importancia de los cuidados de enfermería en la prevención de la hipertensión maligna tras el diagnóstico de preeclampsia severa.

Elaborar un plan de cuidados de enfermería basado en una paciente con preeclampsia severa utilizando la taxonomía NANDA, NOC NIC y el manual de problemas de colaboración de Lynda Juall Carpenito.

Marco Teórico**Preeclampsia Severa**

Es considerada un trastorno específico del embarazo que generalmente debuta a las 20 o más semanas de gestación y dentro de las 12 semanas del puerperio; manifestado por hipertensión $>140/90$ mm Hg, en dos tomas diferentes con un intervalo de 4 horas y no es necesario presentar una proteinuria patológica de > 0.3 g / 24 h en orina, puede estar acompañado por otros síntomas premonitorios cefalea, edema, escotomas o alteración hepática. (Franco, 2019)

Actualmente el Colegio Americano de Gineco Obstetras define la preeclampsia como una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con afectación multisistémica, que puede presentarse con o sin proteinuria demostrada en su primer momento. (American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins, 2019)

También la preeclampsia puede ser de gran severidad; la diferencia se determina con los signos y síntomas de alarma y marcadores de laboratorio que determinan la severidad. Por ello la cefalea persistente de alta intensidad, oliguria, presión arterial mayor o igual a 160/100 mmHg, dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio derecho, edema pulmonar, alteraciones visuales y trastorno del sensorio; todos ellos son signos y síntomas de fatal severidad e incrementa la morbimortalidad materna y perinatal; lo que amerita buscar atención oportuna en la gestante. (Pereira et al, 2020).

Signos y síntomas

Se considera la sintomatología gradual, pero también pueden ser de presentación súbita con resultados negativos para la madre y el feto, las manifestaciones más frecuentes muestran:

Cefalea: Se puede originar en la zona temporal, frontal, occipital o ser difusa, de tipo punzante, este mecanismo se asocia con edema cerebral e isquemia. (Encalada Rodriguez L. , 2021)

Alteraciones visuales: Se debe a una lesión arteriola de la retina, que incluye visión borrosa, escotomas o sensibilidad a la luz. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020)

Accidente cerebrovascular: Que se manifiestan síntomas premonitorios como cefalea intensa y valores de presión arterial alta. (Herrera Sánchez, 2018)

Hiperreflexia: Es una reacción anormal del sistema nervioso autónomo, resultado de hiperexcitación. (Encalada Rodriguez L. , 2021)

Convulsiones: Aparición de convulsión tónico-clónica relacionado con afección cerebral, evidenciado hemorragia cerebral, petequia, edema. Sanchez, (2018)

Hipertensión: Este es un signo clínico con cifras tensionales $\geq 140/90$ mm Hg, antes de llegar a esos valores suele marcar 135/85 mm Hg una o dos semanas previas. (Encalada Rodriguez L. , 2021)

Epigastralgia: Es un signo cardinal, suele acompañarse de náuseas y vómito, hay un dolor súbito en el hipocondrio derecho o epigastrio, con una distensión capsular, una hemorragia hepática o inflamación, esto se relaciona con el síndrome de HELLP o hematoma subescapular hepático. (Aldo & Meraz Muñoz, 2020)

Edema pulmonar: Se presenta con disnea, dolor torácico, disminución de oxígeno $\leq 93\%$, la causa es asociado al aumento de la presión oncótica plasmática, fuga capilar, insuficiencia ventricular izquierda y la hipertensión grave. (Phipps A, Thadhani Ravi, Benzing , & Karumanchi S, 2020)

Edema periférico: El edema facial es un indicador de la enfermedad debido al aumento de la retención de sodio o extravasación capilar, también es asociado al incremento de peso 2,3 Kg por semana. (Phipps A, Thadhani Ravi, Benzing , & Karumanchi S, 2020)

Oliguria: Se debe a la contracción del espacio intravascular por un vasoespasmo por la retención renal del sodio y agua, es transitoria con $<$ de 500cc en 24 horas. (Phipps A, Thadhani Ravi, Benzing , & Karumanchi S, 2020)

Proteinuria: Es $\geq 0,3$ g de proteína en una muestra de orina de 24 horas o proteína $\geq 2 +$ de 30 mg / dl en una tira reactiva de prueba de orina, lo que indica alteración en la filtración glomerular. (Encalada Rodriguez L. , 2021)

Creatinina elevada: Es un indicador de severidad de la enfermedad, lo que produce una disminución de la tasa del filtrado glomerular y el flujo plasmático renal en menor medida y es el nivel $> 1,1$ mg/dl. (Aldo & Meraz Muñoz, 2020)

Trombocitopenia: Es el resultado de la lesión endotelial microangiopática, formación de trombos plaquetarios y de fibrina, el recuento menor a 150.000/mm³ de plaquetas y en los casos más severos $<$ a 100.000/ mm³. (Phipps A, Thadhani Ravi, Benzing , & Karumanchi S, 2020)

Hemólisis: Se manifiesta por esquistocitos por microangiopatía.

Hemoconcentración: Produce un vasoespasmo y fuga capilar.

Química hepática: Es por el aumento de transaminasas también hay reducción del flujo hepático por ende una posible isquemia y hemorragia peri-portal (Encalada Rodriguez L. , 2021)

Factores de riesgo y causas de la preeclampsia

Contribuyen al desarrollo de los trastornos hipertensivos del embarazo, son los siguientes: Los antecedentes de preeclampsia en embarazo previo, como la edad materna mayor de 35 años o menor de 18 años, primigesta, controles prenatales incompletos, hipertensión arterial crónica, nefropatía, diabetes mellitus, embarazo múltiple, raza negra, malnutrición, antecedente familiar de preeclampsia, ganancia de peso inadecuada durante el embarazo, sobrepeso y Obesidad. (Pereira et al, 2020).

Los hijos de las gestantes que han sufrido algún tipo de trastorno hipertensivo tienen un riesgo de sufrir en el futuro alguna enfermedad cardiovascular durante la infancia y adolescencia. (Macas Chunchu, 2017).

Etiología

Se han descrito muchos mecanismos patológicos en el inicio de la preeclampsia, pero aun la etiología no está totalmente clara. El principal mecanismo hasta el momento es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos, también se ha enunciado que la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y feto-placentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas que puede conllevar. (Herrera Sánchez, 2018).

Fisiopatología

En el embarazo normal, las arterias espirales uterinas maternas son invadidas por el sincitiotrofoblasto, reemplazando su endotelio vascular. Entonces el endotelio vascular tiene propiedades importantes como la liberación de sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadoras, con la regulación de las funciones de anticoagulación, antiplaquetaria y fibrinólisis. Por ello, este proceso de invasión del tejido placentario produce una remodelación de las arterias espirales para mantener un flujo uteroplacentario adecuado, entonces en la preeclampsia la remodelación de las arterias espirales es inadecuada e incompleta, por lo tanto, este flujo es comprometido a la disfunción endotelial sistémica que produce una falla hepática o falla renal. (Rodriguez Benitez, 2020)

Además, Encalada (2021) señala que la fisiopatología de la preeclampsia se ha estructurado en dos etapas. En la primera etapa, ocurre durante las primeras 20 semanas de gestación que se producen defectos en

la invasión de los trofoblastos en las arterias espirales, provocando que no se reemplacen las capas endoteliales y su pérdida de elasticidad de la pared y del control vasomotor, esto finalmente conlleva a una disminución de la perfusión placentaria produciendo hipoxia.

A continuación, en la segunda etapa sucede a partir de la semana 20 de gestación, debido a la hipoxia y al estrés oxidativo se produce la liberación de factores anti angiogénicos que causan alteración de la función endotelial uteroplacentaria, lo que provoca la activación de la cascada de coagulación, como el incremento de agentes vasopresores, disminución de las sustancias vasodilatadoras y antiagregantes plaquetarios. Este desbalance produce un estado de vasoconstricción con incremento de la resistencia vascular periférica, que conlleva a un aumento de la presión arterial sistémica materna. (Mendoza Majuan s. , 2019)

Clasificación de los Trastornos Hipertensivos

En el periodo del embarazo se presentan:

Hipertensión gestacional: Es la presencia de P/A \geq de 140/90mmHg en 2 tomas con un intervalo de 6 horas, en la última etapa del embarazo, en el trabajo de parto o en las 24 horas post parto, con ausencia de proteinuria y desaparece antes del décimo día del puerperio. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020)

Preeclampsia: Se manifiesta con presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg, acompañada de proteinuria o no puede presentarse, y es diagnosticada después de las 20 semanas de embarazo. (Macas Chunchu, 2017)

Preeclampsia Leve: Presenta \geq 140/90mmHg, en dos tomas con un intervalo de cuatro horas, acompañada de proteinuria \geq a 300mg en 24 horas o no; sin alteración de signos y síntomas de alarma como exámenes de laboratorio que indiquen severidad del diagnóstico de preeclampsia severa. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020).

Preeclampsia Severa: Es la presión arterial \geq 160/110 mmHg, con presencia de proteinuria o no y se asocia a distintas alteraciones en órganos diana, hepáticas, hematológicas, renales y con manifestaciones clínicas de origen neurológicas, visuales, edema. (Macas Chunchu, 2017).

Hipertensión crónica: Presencia de hipertensión arterial \geq de 140/90mmHg antes de las 20 semanas de gestación y que persiste hasta doce semanas posteriores al parto. (Bravo Astudillo & Diaz Castillo, 2020).

Hipertensión crónica más preeclampsia agregada: Ocurre en pacientes con hipertensión conocida antes de la gestación, se agregan datos del síndrome de preeclampsia con proteinuria \geq a 300mg en 24 horas, después de las 20 semanas de embarazo. (Macas Chunchu, 2017).

Eclampsia: Se caracteriza por la presencia de crisis convulsivas, tipo tónico clónicas (Macas Chunchu, 2017).

Síndrome de HELLP: Es una variante donde se evidencia la elevación de las enzimas hepáticas, hemólisis y disminución del recuento de plaquetas, incluso puede ser diagnosticada en pacientes con hipertensión gestacional. (Macas Chunchu, 2017).

Como conclusión anteriormente se clasificaba como preeclampsia leve, moderada y severa pero dentro de la nueva clasificación se determina la preeclampsia con criterios de severidad grave o sin criterios de severidad, esta patología en la mayoría de los casos puede ser asintomática y cuando presenta síntomas por lo general los criterios de severidad son muy importantes, tomar énfasis el control de la presión arterial dentro de los controles prenatales y alteración de un órgano diana. (Herrera Sanchez, 2018)

Tratamiento

Se iniciará tratamiento cuando la presión arterial sea superior a 150/100 mmHg con un objetivo de tensión arterial igual o inferior a 135/85 mmHg. La medicación antihipertensiva que debe emplearse es la misma de la hipertensión arterial crónica: Con labetalol, nifedipino y alfametildopa, si no se controla con estos fármacos, se usa la hidralazina. En casos de hipertensión arterial grave se valora el tratamiento antihipertensivo intravenoso e iniciar neuro protección materna con sulfato de magnesio a un régimen de dosis de 6gr/20 minutos y 2gr/hora como dosis de mantenimiento, en relación con el feto con la

maduración pulmonar con esteroides betametasona 12mg c/24 hora, si la edad gestacional es inferior a 34 semanas. Si no se consigue un control adecuado de la presión arterial se procede a la inducción del parto o el tratamiento definitivo, independientemente de la edad gestacional de la paciente. (Rodríguez Benitez, 2020).

Dentro del tratamiento farmacológico se utilizan, hidralazina con bolo inicial 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, el nifedipino 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg. (Herrera, 2018)

Medidas Preventivas de la preeclampsia severa

Depende de la severidad de la enfermedad para evitar que la paciente llegue a la eclampsia, se administra sulfato de magnesio 4 gr diluido en 250cc de solución salina pasar en 20 minutos y como dosis de mantenimiento 1gr con solución salina al 0.9% por hora.

Para la eclampsia se debe emplear diazepam o fenitoína, así como también sulfato de magnesio a un régimen de dosis de 6gr/20 minutos y 2gr/hora como dosis de mantenimiento, el cual debido a que no es un medicamento antihipertensivo, según protocolo se puede administrar simultáneamente nifedipino, hidralazina y labetalol. (Lacunza y Santis, 2017)

En caso se determine intoxicación por sulfato de magnesio, manifestada en la paciente por hiperreflexia, se administra 1gr de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos. (Herrera Sanchez,2018)

La asociación del Colegio Americano de Gineco Obstetricia en el año 2021 mencionan que el ácido acetilsalicílico en dosis baja < 100mg/ día después de las 12 semanas reduce el 10% de la preeclampsia y el parto prematuro.

Complicaciones de la preeclampsia severa

Se presenta en forma brusca y aguda poniendo en riesgo la vida materno fetal, dependiendo de la circulación materna microvascular comprometida, las complicaciones son las siguientes: hipertensión maligna con ruptura hepática, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, eclampsia y síndrome de HELLP como es la hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, plaquetas bajas. (Bejarano saraguro & Alarcon Villamar , 2018).

La complicación puede conllevar a la restricción del crecimiento fetal, sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de la placenta, óbito fetal, recién nacido prematuro, síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, retinopatía del prematuro, enterocolitis necrotizante, aumentando la necesidad de ingreso a unidades de cuidados intensivos neonatales, retraso en el desarrollo neurológico y muerte fetal. (Gaona Castillo, 2021)

De esta manera se observa que ambas complicaciones aumentan la mortalidad de la madre y el feto, no solo durante el embarazo porque también estos eventos pueden desarrollarse durante el parto y en el puerperio.

Cuidados de enfermería con preeclampsia severa

considera que los cuidados deben ser llevadas a cabo con un fundamento científico, razonamiento crítico, valorando las características de esta patología, la enfermera es el personal de salud indudablemente quien se organiza y analiza en las actividades de forma prioritaria durante la hospitalización: control de signos vitales, monitoreo de la hipertensión arterial, administración de sulfato de magnesio para evitar la convulsión, colocación de sonda Foley para el control estricto de la diuresis tomando énfasis en sus características, efectivizar exámenes de laboratorio: bioquímico, hematológico, perfil de coagulación, perfil hepático , perfil renal como la creatinina, urea y ácido úrico, depuración de creatinina, control de peso, balance hídrico, contracciones uterinas, monitoreo del latido cardiaco fetal, realizar la ecografía Doppler, vigilar los signos de alarma premonitorios de la preeclampsia como son: cefalea, escotoma, tinnitus, valor, dolor abdominal en el epigastrio, lo que determina la probabilidad de un cuadro del

síndrome de HELLP, se valora el afrontamiento de la ansiedad, (Bejarano saraguro & Alarcon Villamar , 2018)

En la compilación es muy importante la posición de decúbito lateral izquierdo porque disminuye la presión sobre la vena cava, aumentando el retorno venoso y el volumen circulatorio, esto mejora la perfusión placentaria y renal; reduce la actividad suprarrenal y puede disminuir la presión arterial.

Es importante que el profesional de Enfermería utilice la taxonomía NANDA, NOC y NIC, como la revisión bibliográfica, siendo importante la aplicación del proceso de atención de enfermería con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado oportuno referente a la patología para reducir el riesgo potencial de complicación y disminuir la tasa de mortalidad materna-neonatal. (Gaona Castillo, 2021)

Perfusión tisular periférica ineficaz.

Según NANDA la define como la “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que compromete la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 254)

La Perfusión tisular es el flujo sanguíneo que llega a un órgano por unidad de tiempo, mediante un proceso fisiológico, regulado, continuo para garantizar el requerimiento energético y la eliminación de producto del desecho. (Correa Martelo , 2017)

Neri (2016), considera que la disminución del flujo uteroplacentario puede producir alteración de la función renal al nivel del sistema renina-angiotensina, lo que produce un vasoespasmo en el riñón, cerebro, hígado, corazón; así como la disminución de la circulación uteroplacentaria del espacio intervuloso , también produce Isquemia e hipoxia tisular generalizada con manifestaciones principalmente en órganos de mayor gasto.

Según NANDA las características definitorias son: “alteración función motora, alteración de las características de la piel, ausencia de pulsos periféricos, claudicación intermitente, disminución de la presión sanguínea en las extremidades, disminución de los pulsos periférica, dolor en las extremidades, edema, el color no retorna a los miembros inferiores después de un minuto de elevación de las piernas ,índice tobillo - brazo < 0.90, distancia en la prueba de caminar durante 6 minutos es inferior a la media (400-700m en adultos), soplo femoral, palidez de la piel a la elevación, tiempo de relleno capilar >3 segundos”. (Herdman & Kamitsuru, 2020).

La sintomatología evidenciada de la perfusión tisular periférica ineficaz de la paciente en estudio fue: signo del edema en los miembros inferiores que se caracteriza por el aumento del líquido en los tejidos, consecuencia de la retención de sodio y agua, pérdida del líquido en el lecho capilar por insuficiencia venoso y disminución de la presión oncótica.

Así mismo, NANDA menciona que los factores relacionados de la perfusión tisular periférica son los siguiente: “Conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad, conocimiento insuficiente de los factores modificables, estilo de vida sedentario, ingesta excesiva de sodio y el tabaquismo”. (Herdman & Kamitsuru, 2020).

Sin embargo, la gestante primigesta en estudio no obtuvo suficiente conocimiento con respecto a su continuidad de los controles prenatales por motivo del aislamiento de la pandemia COVID 19, teniendo un desorden alimenticio, controles de psicoprofilaxis ausentes, desarrollo así la perfusión tisular ineficaz a consecuencia de la presión arterial sistémica y aumento de la resistencia vascular sistémica en varios lechos capilares (renal, hepático, etc.)

Rol de enfermería en la Perfusión Tisular Periférica ineficaz.

El rol de enfermería en la paciente con perfusión tisular periférica ineficaz tiene la finalidad de proteger la diada madre feto, para asegurar la oxigenación en ambos y evitar complicaciones irreversibles en el feto, en este sentido se debe valorar los signos vitales enfocándose en la presión arterial, ya que puede oscilar con frecuencia debido a los efectos del tratamiento y cambiar de vasoconstricción a vasodilatación.

A la vez, es importante tener en cuenta durante los controles a lo largo de la gestación la educación a la paciente sobre el cuidado de su salud y estilo de vida adecuado que ella debe llevar para evitar patología

como los problemas hipertensivos que presenta actualmente. Si se logra un control adecuado de la hipertensión durante el embarazo se lograría prevenir complicaciones tales como eclampsia, accidentes cerebro vasculares en la madre y en el feto. Es importante realizar los exámenes de laboratorio a la gestante periódicamente el monitoreo materno fetal mediante la ecografía Doppler para determinar la velocidad del flujo sanguíneo en las arterias uterinas. (Macas Chunchu, 2017)

Riesgo de complicación de hipertensión maligna.

El riesgo de la presión arterial elevada aparece súbitamente, con evolución tórpida, afectando sistemáticamente los lechos vasculares de los órganos diana renal, hepático, ocular y cerebral. (Naranjo & Manju, 2020)

Esta presión arterial elevada debe ser manejada en minutos y/o horas con estabilización hemodinámica de la gestante para prevenir complicaciones. (Tango, 2019).

Existen múltiples causas de hipertensión maligna en la gestante que incluyen como el incumplimiento de medicación, enfermedades renovasculares, enfermedad renal, lupus, disfunción endocrina, retiro de medicación antihipertensiva (Naranjo & Manju, 2020)

El riesgo de desarrollo de la hipertensión arterial aumenta por el consumo excesivo de sodio, poca actividad física, obesidad y el estrés psicológico que condiciona un aumento de la tensión del sistema nervioso simpático, datos que son similares a la paciente ha presentado en su periodo de embarazo.

Fisiopatología de la hipertensión maligna

Se determina por una elevación rápida y severa de la presión arterial que produce dos eventos el primero es la disfunción endotelial sistémica que provoca disminución de síntesis de agentes vasodilatadores (óxido nítrico y prostaciclina) y el aumento de síntesis en citoquinas y moléculas de adhesión celular. Esto en la microcirculación aumenta más la presión sanguínea y daña el endotelio vascular provocando necrosis fibrinoide y proliferación de la íntima muscular, también provoca isquemia de los tejidos periféricos en los órganos diana.

En el segundo afecta el sistema renina angiotensina aldosterona por la concentración de sal y la osmolaridad plasmática, lo cual aumenta la excreción de sodio por el riñón, ocasionando déficit de volumen intravascular (hipovolemia) que afecta el flujo sanguíneo y como resultado disfunción orgánica terminal.

Además, la destrucción de los eritrocitos es común a medida que atraviesan estos vasos obstruidos, lo que produce anemia hemolítica, una emergencia hipertensiva por la pérdida de la autorregulación en el cerebro, que puede presentarse como encefalopatía hipertensiva. (Naranjo & Manju, 2020)

Sintomatología

Los síntomas más frecuentes reportados son dolor de pecho, alteraciones de la visión, disnea y dolor de cabeza, por ello evaluar los signos y síntomas de los órganos blancos afectados por la elevación severa de la presión arterial, como también los síntomas con menos prevalencia son el mareo, hemorragia conjuntival, tinitus y epistaxis. (Naranjo & Manju, 2020)

Medidas Preventivas

Establecer un estilo de vida saludable, control de peso corporal y evaluación nutricional según IMC, fomentar la actividad física, combinar una dieta baja en sal, consumir frutas, vegetales, legumbres y productos con bajo contenido en grasa y azúcar, evitar el consumo de bebidas alcohólicas y eliminar el hábito de fumar. También considerar las consejerías educativas, orientar sobre los signos y síntomas de alarma en una gestante. (Manuel & Dueñas Herrera, 2008).

Complicaciones

Siempre valorar los factores de riesgo en las gestantes para evitar daño cerebral, daño renal, daño pulmonar, daño cardíaco, angina como el dolor torácico debido al estrechamiento de los vasos sanguíneos y ceguera permanente y a la vez el feto presenta disminución del crecimiento intrauterino. (Sanchez Torrejon, 2016)

Tratamiento

El objetivo es reducir la presión sanguínea con un perfil de seguridad sin comprometer la perfusión de los órganos diana, monitoreo hemodinámico de la gestante y rápido acceso venoso para la administración de medicamentos antihipertensivo (alfametildopa, hidralazina y labetalol) considerando una presión arterial sistólica 160 y una presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg con el objetivo de estabilizar la salud materno-fetal. (Macas Chunchu, 2017)

Teorías de enfermería

El estudio se ve sustentado en las teorías de la adopción maternal de Ramona Mercer y la teoría del autocuidado de Dorotea Orem. Se dedicó al estudio de investigación sobre la salud materno infantil y la familia que establece la Adopción del Rol Maternal que propone la necesidad del entorno familiar, pionera en desarrollar y compartir estrategias de valoración el cuidado durante la gestación, parto y post parto. Mercer plantea la necesidad del profesional especialista en ginecoobstetricia como guía para lograr la disminución de la mortalidad materna y perinatal, identificando e interviniendo oportunamente los riesgos relacionados con el embarazo, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo. (Moreno Mojica, 2015).

Así como en la teoría del Autocuidado de Dorotea Orem está dirigida al abordaje del desarrollo en el período del embarazo y el climaterio para contribuir a la promoción de la salud y prevención de las complicaciones e identificando su autocuidado en la etapa del embarazo fisiológico, para desarrollar un plan de cuidados de enfermería en la satisfacción integral materno perinatal.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El enfoque metodológico; es de estudio cualitativo, el tipo de estudio es un caso clínico único para dar respuesta a los objetivos marcados en el estudio acerca del riesgo de la perfusión tisular ineficaz y la hipertensión maligna en la gestante con preeclampsia severa.

Sujeto del estudio

Mujer de 34 años seleccionada a conveniencia de las investigadoras, con diagnóstico médico gestante con preeclampsia severa, que presenta hipertensión, cefalea, tinitus y esta vulnerable a presentar complicaciones materno - fetal.

Ámbito y Periodo del estudio

El periodo de estudio se realizó en el servicio emergencia de Gineco Obstetricia del Hospital Rebagliati Martins, a horas 22:00 del día 27/02/21, en la fase del contacto se utilizó la entrevista, la observación y recogida de datos clínicos establecidos en la historia clínica.

Procedimiento de recojo de información

Fuente de información

El Instrumento de recolección de datos se estableció el marco de valoración de los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon en la paciente CH.G.H. de 34 años, validado por profesionales expertos del área, dicho procedimiento se ha desarrollado a través fuentes: historia clínica, información verbal, observación directa, examen físico, la valoración de enfermería según los 11 patrones de Marjory Gordon.

Procedimiento de información

Para proceder a la recolección de datos, se solicitó la autorización previa de la paciente y del personal responsable de emergencia del hospital, garantizado el proceso de protección y confidencialidad de los datos aportados para la realización del estudio.

Recolección de información se realizó en 4 fases:

La primera accediendo a una revisión de la historia clínica de la paciente, para extraer datos clínicos como: antecedentes personales, motivo de la emergencia, resultados de los exámenes auxiliares, diagnóstico principal, evolución médica y la evolución de los cuidados de enfermería.

La segunda fase, se realiza una valoración de enfermería a través de una entrevista personal, siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon, utilizándose la identificación y el reconocimiento de los principales diagnósticos de enfermería para la elaboración de un plan de cuidados específico.

En la tercera fase, encontramos los tres seguimientos realizados para ver la evolución de la gestante.

En la última fase, se realizó una revisión exhaustiva de la evidencia científica, fijándose límites según criterios de fecha, limitándose la búsqueda de información del 27 de febrero hasta la actualidad. Se usaron base de datos: Science, direct, scielo, Elsevier, Google académico, videos y palabras claves como: Cuidados de enfermería, paciente, preeclampsia severa.

Procesamiento de los datos

El análisis y procesamiento de los datos se ha llevado a cabo en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se procedió a la realización de una red de razonamiento basada en el “Modelo área” gestado por Pesut y Herdman, para la selección del diagnóstico principal según la taxonomía NANDA-I. Seguidamente, tras la elección del DX. E se procedió al establecimiento de los criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC) y las actividades respectivas. Tras la ejecución de las actividades de enfermería programadas, se procedió a una evaluación con el objetivo de comprobar el grado de efectividad de las intervenciones realizadas en el plan de cuidados de enfermería de la gestante.

Resultados**Descripción del caso**

Gestante primigesta de 34 años con 37 semanas de embarazo, referida del hospital de Chíncha, ingresa al servicio de emergencia Ginecológica del hospital Edgardo Rebagliati a horas 22:00 del día 27/02/21 en camilla de posición decúbito lateral izquierdo acompañado por personal de salud y esposo, portando una vía periférica permeable pasando Cl Na 0.9% más sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto, en buen estado de higiene, en LOTEPE, AREG, ventilando espontáneamente al FIO2 21%, afebril, gestante refiere estar preocupada por presentar dolor de cabeza intenso hace 10 días, zumbido de oído, visión borrosa, solo duerme cuatro horas porque percibe mucho calor, no presenta contracciones uterinas, en el carnet de control prenatal se evidencia ausencia de controles y psicoprofilaxis con FPP 18 -03-2021, no obtuvo suficiente apoyo social por la pandemia COVID 19.

Valoración del Caso

A continuación, se realiza la valoración de la paciente en base a los patrones alterados funcionales de Marjory Gordon.

Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

Patrón alterado: Gestante primigesta con 37 semanas por ecografía con diagnóstico médico preeclampsia severa, referida de hospital de Chíncha presenta controles prenatales incompletos, sin psicoprofilaxis por la pandemia COVID 19, no tiene información suficiente acerca de su embarazo, portando vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo con fármaco prescrito CLNA 0.9% más sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto.

Se efectiviza la toma la muestra en emergencia con resultado:

Exámenes complementarios realizados

Hemoglobina 9.7g/dl Valor referencial 12.00-16.00

Hematocrito 29.1% Valor referencial 37.00-47.00

Plaquetas 120k/ul Valor referencial 130.00-400.00

Perfil Hepático:

TGO - transaminasa Glutam O 78.0 Valor referencial 10.00-34.00

TGP - transaminasa Glutam P 38.0 Valor referencial 10.00-49.0

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Patrón Alterado: Gestante con peso 79kg, Talla: 1.58 con un IMC 31.7 en sobrepeso, con palidez facial, con resultado de hemoglobina por debajo del valor normal y presenta edema en miembros inferiores (+) hasta el nivel de la rodilla, por indicación médica se encuentra en NPO la gestante.

Patrón 3: Eliminación

Patrón inalterado: No se evidencia datos en este patrón.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Patrón Alterado: Gestante presenta P/A 150/ 100mmhg, portando una línea invasiva de vía periférica pasando CLNA 0.9% con sulfato de magnesio a 33 gotas por minuto.

Patrón 5: Sueño descanso

Patrón Alterado: No puede descansar por las noches porque percibe mucho calor, solo duerme 4 horas.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual

Patrón Alterado: Paciente presenta dolor de cabeza hace 10 días, refiere zumbido de oído y visión borrosa.

Patrón 7: Auto percepción Autoconcepto

Patrón inalterado: No evaluable en este patrón.

Patrón 8: Rol - Relaciones

Patrón inalterado: No se evidencia.

Patrón 9: Sexualidad- Reproducción

Patrón Alterado: Gestante 37 semanas con sintomatología de preeclampsia severa con FPP: 18 -03-2021.

Patrón 10 Adaptación- Tolerancia al estrés.

Patrón Alterado: Gestante refiere estar preocupada por presentar dolencias desde más de una semana.

Plan de cuidados

Diagnóstico

Los diagnósticos se identificaron por patrones alterados, en riesgo o en disposición de mejor vistos anteriormente en la valoración. Para trabajar los DxE se utilizó la Taxonomía II de NANDA Internacional 2018-2020.

Patrón funcional 1: Percepción- manejo de la salud.

(00099) Mantenimiento ineficaz de la salud R/C recursos insuficientes evidenciado por conocimiento insuficiente sobre las practicas básicas de la salud y apoyo social insuficiente.

Definición: "Incapacidad para identificar, gestionar y/o buscar ayuda para mantener el bienestar". (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 159)

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud

Patrón funcional 2: Nutricional- metabólico.

(00233) Sobrepeso R/C alteración de la conducta alimentaria evidenciado por su IMC en 31.7.

Definición: "Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo" (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 186)

Dominio 2: Nutrición

Clase 1: Ingestión

(00026) Exceso de volumen de líquidos con problemas asociados por mecanismos regulatorios comprometidos evidenciado por la disminución de la hemoglobina, disminución del hematocrito, edema y alteración de la presión arterial.

Definición: "Aumento en el aporte y/o retención de líquidos" (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 201)

Dominio 2: Nutrición.

Clase 5: Hidratación.

Patrón funcional 4: Actividad-ejercicio

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión manifestado por edema.

Definición: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 201)

Dominio 4: Actividad y Reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

(0004) Riesgo de infección con problema asociado a procedimiento invasivo (catéter).

Definición: “Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puedan comprometer la salud”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 404)

Dominio 11: Seguridad y protección

Clase 1: Infección.

Patrón funcional 5: Sueño- descanso.

(00198) Trastorno del patrón del sueño R/C barreras del entorno manifestado con insatisfacción del sueño.

Definición: “Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 230)

Dominio 4: Actividad y Reposo

Clase 1: Sueño/ Reposo

Patrón funcional 6: Cognitivo- perceptivo

(00132) Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos evidenciado por conducta expresiva y auto informé de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor con puntaje de 7.

Definición: “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionado por una lesión tisular real y potencial o descrita en tales términos (International Association for the study of pin), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado previsible y con una duración inferior a 3 meses”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 468)

Dominio12: Confort

Clase 1: Confort Físico.

Patrón funcional 9: Sexualidad- reproducción

(00209) Riesgo de alteración de la diada materno - fetal manifestados por cuidados prenatales inadecuados asociado a complicaciones del embarazo (preeclampsia).

Definición: “Susceptibilidad de una alteración de la relación simbiótica materno/fetal como resultado de comorbilidad o afección relacionada de embarazo que puede comprometer la salud del feto”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 327)

Dominio 8: Sexualidad

Clase 3: Reproducción

Patrón funcional 10: Adaptación-tolerancia al estrés.

(00146) Ansiedad R/C crisis situacional manifestado por su preocupación y aumento de la tensión arterial.

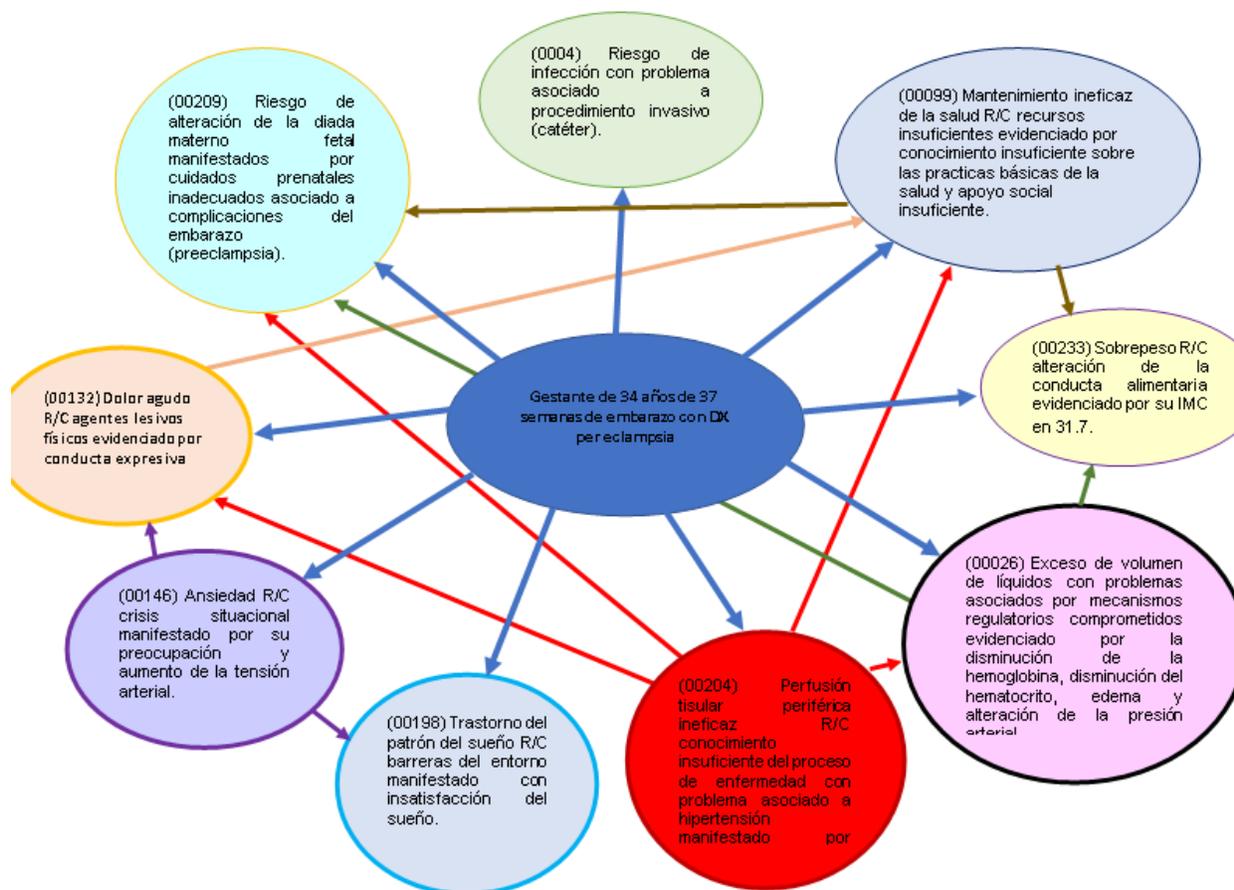
Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza”. (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 352)

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia

Clase 2: Ansiedad

Figura N° 1

Priorización de la red de razonamiento para la obtención del diagnóstico enfermero principal



Fuente:

Elaboración propia basado en el método AREA (Análisis del resultado del estado actual) (Pesut & Herman, 1999)

Diagnóstico principal

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión evidenciada por edema

Definición: "Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud" (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 254)

Dominio 4: Actividad y Reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Justificación del diagnóstico principal

Después de la realización de una búsqueda bibliográfica y basándose en las evidencias científicas de los siguientes artículos, se ha obtenido como diagnóstico principal:

(00204) Perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión evidenciada por edema.

Según, Sanchez, (2018) menciona, que es un síndrome multisistémico de severidad variable en el embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vaso espasmo y activación de los sistemas de coagulación.

Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto y puerperio hasta las 12 semanas, se caracteriza por la hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg con o sin proteinuria, cefalea, tinnitus, edema, dolor abdominal en el epigastrio, alteraciones de la hemograma y perfil hepático.

El estudio realizado por Geeta K. Swamy, (2018) menciona que el edema refleja una expansión del líquido extravascular, que esta relaciona con la lesión endotelial y la permeabilidad capilar aumentada que posibilita la difusión del líquido del espacio intravascular al extracelular, en consecuencia, se muestra un aumento del volumen total del líquido corporal, el hematocrito también aumenta como efecto de la hipovolemia relativa y la hemoconcentración, por ello no se aconseja diuréticos. En la preeclampsia, el edema súbito se inicia después de la semana 20 de embarazo se manifiesta en los maléolos, en los dedos de manos, pies, generalizándose después a los miembros inferiores, en el vientre y la cara, también puede producirse cuando el útero esta agrandado comprime intermitentemente la vena cava al acostarse y obstruye el flujo en ambas venas femorales.

Para concluir Yépez C, (2018), señala que la perfusión tisular periférica ineficaz en la embarazada es de gran severidad por la aparición de la hipertensión elevada y la disminución del flujo uteroplacentario produciendo alteración de la función renal al nivel del sistema renina-angiotensina, lo que produce un vasoespasmo en el riñón, cerebro, hígado, corazón, por lo que se requiere que el personal de enfermería cumpla los cuidados oportunos basados en la valoración y diagnóstico de las mujeres en estado de gestación. Siendo una incidencia de complicaciones en el embarazo y fundamental en la atención oportuna en los controles prenatales para evitar muerte materno-perinatal.

Identificación del Problema de colaboración y sus riesgos de complicación

Problema de colaboración: Hipertensión gestacional.

RC de hipertensión maligna.

RC de convulsiones.

RC de proteinuria.

RC de alteraciones visuales.

RC de coma.

RC de insuficiencia renal.

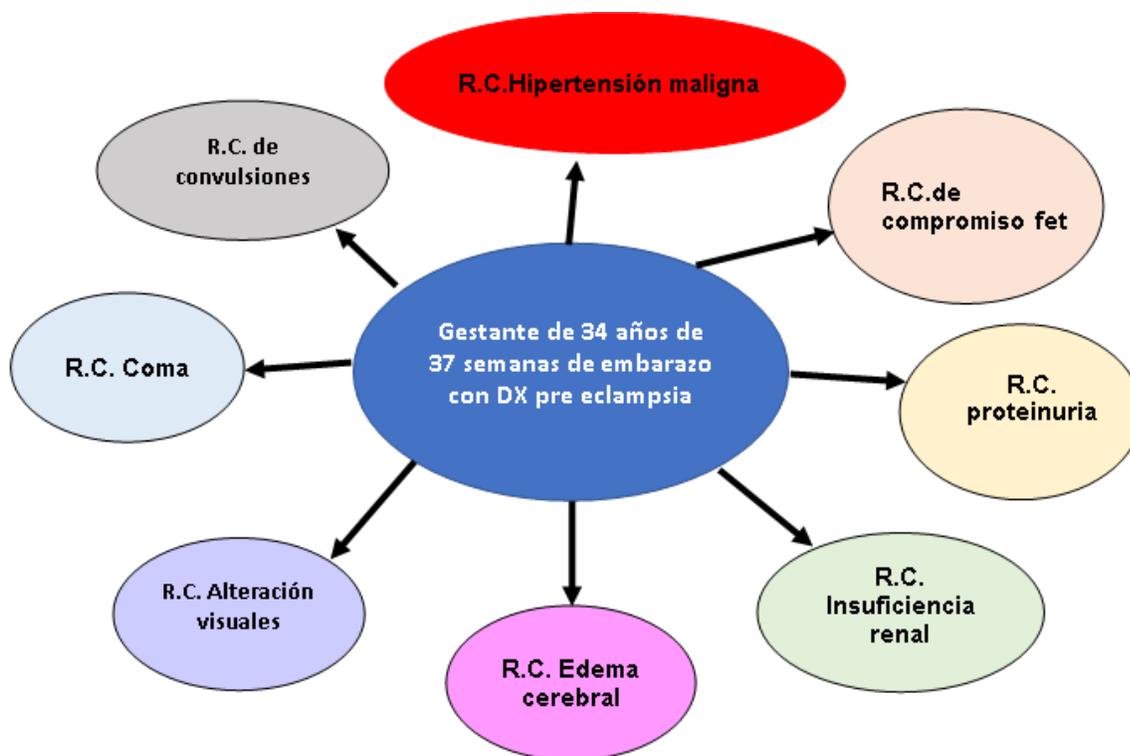
RC de edema cerebral.

RC de compromiso fetal.

La priorización está basada en la red de razonamiento clínico del modelo AREA de Pesut y Herman (1999). Donde hemos identificado como riesgo de complicación principal hipertensión maligna, ya que tiene relación con los demás RC asociado a treves de las fechas y a continuación presentamos:

Figura N° 2

Priorización de la red de razonamiento para el riesgo de complicación.



Fuente:

Elaboración propia basado en el método AREA (Análisis del resultado del estado actual)(Pesut & Herman, 1999)

Identificación del riesgo de complicación principal.

Hipertensión Maligna

Definición

Es la presión arterial muy alta que aparece de manera repentina y rápida, puede ocurrir problemas renales hipertensión inducida por el embarazo. (Sharma, Mathews, & Newton , 2021)

Justificación del RC principal

La hipertensión maligna produce lesiones arteriales como arterioesclerosis hiperplásica, engrosamiento músculo-mucoso de la íntima y necrosis fibrinoide, anemia hemolítica y coagulación intravascular.

Según Tango, (2020) refiere que en la gestante con hipertensión maligna incrementa un alto riesgo de sufrir convulsiones, con signos y síntomas de severidad, alteración en los exámenes sanguíneos, dolores de cabeza, cambios en la visión, dolor abdominal y complicación fetal, como desprendimiento prematuro de la placenta, parto prematuro que conlleva complicaciones en el bebé, accidente cerebrovascular y mortalidad neonatal.

Además, (Lara, Abr 2020) en general nos dice, las convulsiones no controladas durante el embarazo pueden provocar disminución de la frecuencia cardíaca fetal, menor oxigenación del feto, lesión fetal, separación prematura de la placenta del útero o aborto espontáneo, sin embargo, en la actualidad se considera que las convulsiones son una manifestación de una preeclampsia grave.

Al valorar la complicación, si persiste la hipertensión maligna conduce al daño renal que puede llevar a la insuficiencia renal, daño cerebral (accidente cerebrovascular, convulsiones), daño cardíaco, lo que incluye ataque cardíaco, angina (dolor torácico debido al estrechamiento de los vasos sanguíneos o el debilitamiento del miocardio), perturbaciones del ritmo cardíaco, ceguera permanente, líquido en los pulmones.

Para concluir, mencionamos en cuanto al diagnóstico de la gestante debemos incidir en las medidas de prevención y enseñarle a reconocer los signos de alarma, evitar complicaciones y la muerte materno-perinatal.

Planificación

Planificación del Diagnóstico enfermero Principal (Dx. E. p)

Para solucionar el problema del Dx. principal se realizó un plan de cuidados considerando resultados e intervenciones específicas a las necesidades de la paciente. Se utilizó los manuales de resultados NOC (Moorhead, Swanson, Johnson, & L. Maas, 2019) y de intervenciones NIC (Butcher H., Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018). Siendo el Dx. E Principal:

(00204) Perfusion tisular periférica ineficaz r/c conocimiento insuficiente del proceso de enfermedad con problema asociado a hipertensión evidenciada por edema.

Definición: “Disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud” (Herdman & Kamitsuru, 2020, pág. 254)

Dominio 4: Actividad y Reposo

Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

Resultados NOC del diagnóstico enfermero principal.

La taxonomía NOC responde a los resultados de la paciente utilizando códigos de cuatro dígitos y en los indicadores seis dígitos. Para el Dx. E.p (00204) Perfusion tisular periférica ineficaz le corresponde los siguiente NOC:

(0401) Estado circulatorio.

(0407) Perfusion tisular: periférica

(0802) Signos vitales

(0600) Equilibrio electrolítico y acido base

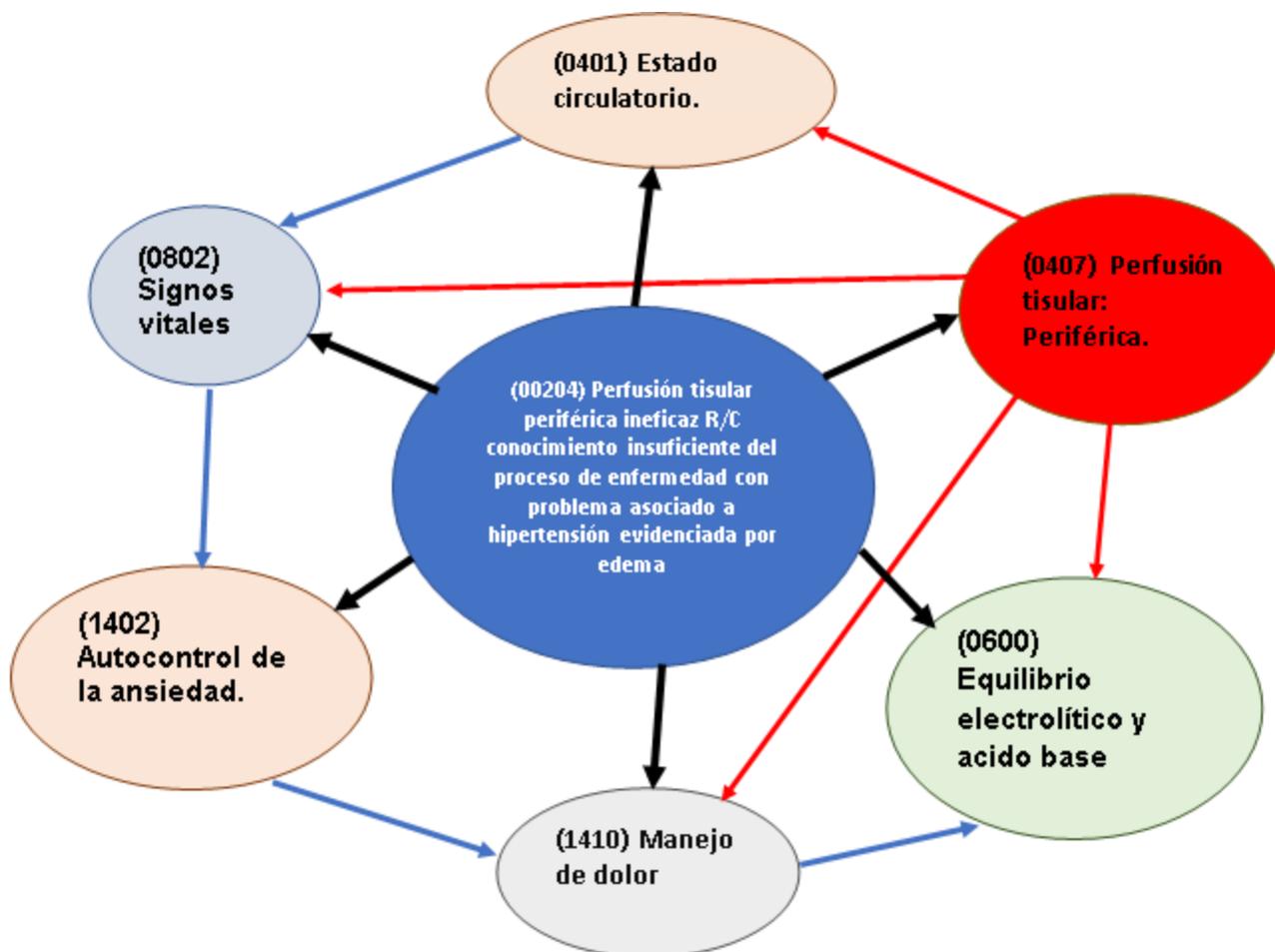
(1605) Control del dolor

(1402) Autocontrol de la ansiedad.

Priorización del NOC del diagnóstico principal.

Figura No 3

Priorización del NOC del Dx. E Principal mediante la Red de Razonamiento Critico basado en el modelo AREA.



Justificación del NOC principal del Dx. E principal.

En la gestante es fundamental el manejo de la perfusión tisular periférica, siendo uno de los parámetros más importantes para estimar el estado de la microcirculación, el aporte de sangre y oxígeno a los tejidos, así evitar daño materno fetal, también alteraciones vasculares, riesgo de morbilidad fetal por la disminución del flujo sanguíneo uteroplacentario, que puede causar vasoespasmo, restricción del crecimiento, hipoxia y desprendimiento de placenta. (Lara, Abr 2020)

(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. 2019, p.483)

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	2	5	2 horas

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de palomar Autell 2017

Tabla 2

Puntuación de los indicadores del NOC principal según escala Likert

INDICADORES	Puntuación inicial	Puntuación diaria	Tiempo (horas)
(040727) Presión sanguínea sistólica	2	5	2
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5	2
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos	3	5	2
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5	2
(040743) Palidez	2	5	2

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de palomar Autell 2017

Intervenciones (NIC) del DX.E. principal.

(6680) Monitorización de los signos vitales.

Definición: “Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones”. (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 341)

Campo 4: Seguridad.

Clase:5 Control de riesgos.

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 después que la paciente tome las medicaciones.

(668004) Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar, según corresponda.

(4162) Manejo de la hipertensión.

Definición: “Prevenir y trata los niveles de presión arterial más alto de lo normal”. (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 275)

Campo: (2) Fisiológico complejo

Clase: (N)Control de la perfusión tisular

Actividades:

(416201) Medir la presión arterial (P/A) para determinar la presencia de hipertensión.

(416202) Monitorizar a la paciente para detectar el riesgo de signos y síntomas de crisis hipertensiva.

(416203) Controlar los signos vitales como frecuencia cardiaca, respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura y análisis de sangre, para identificar precozmente las complicaciones.

(416204) Vigilar a la gestante para detectar signos y síntomas de hipertensión o hipotensión después de la administración de la medicación prescrita.

(416205) Instruir a la gestante sobre las posibles causas de la hipertensión.

(2300) Administración de medicación.

Definición: “Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación”. (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 60)

Campo: 2. Fisiológico: Complejo.

Clase: H. Control de fármacos.

Actividades:

(230001) Seguir las cinco reglas de administración correcta de medicación.

(230002) Tomar nota de los antecedentes médicos y de alergia de la paciente.

(230003) Comprobar posibles compatibilidades entre fármacos y de las soluciones.

(230004) Administrar la medicación I.V a la velocidad adecuada.

(230005) Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

(2080) Manejo de líquidos/ electrolitos

Definición: “Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos” (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 298)

Campo: 2. Fisiológico: complejo

Clase: 2 (N) Control de la perfusión tisular

Actividades:

(208001) Mantener un ritmo adecuado de infusión I.V, transfusión de sangre o enteral, sobre todo si no está regulada por una bomba.

(208002) Llevar un registro del balance hídrico.

(208003) Controlar la respuesta de la paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

(208004) Obtener muestras para análisis de laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados (hematocrito, BUN, proteínas, sodio y potasio) según corresponda.

(208005) Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos (hematocrito, BUN, albumina, proteínas totales, osmolaridad sérica, y gravedad específica de la orina).

(208006) Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos.

(208007) Pesar a diario y valorar la evolución.

(5820) Disminución de la ansiedad.

Definición: “Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto” (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 163)

Campo: 3. Conductual.

Clase: T. Fomento de la comodidad psicológica.

Actividades:

(582001) Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.

(582002) Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

(582003) Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

(582004) Crear un ambiente que facilite la confianza.

(582005) Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.

(1410) Manejo del dolor

Definición: “Alivio o reducción del dolor a un nivel aceptable para la paciente en el periodo inmediatamente posterior al daño de los tejidos, traumatismo, cirugía o lesión”. NIC (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 306)

Campo:1 Fisiológica: básica

Clase: 2 (E) Fomento de la comodidad física.

Actividades:

(141001) Preguntar a la paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarla apropiadamente, intentando mantenerla en un nivel igual o inferior.

(141002) Asegurar que reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen.

(141003) Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya: localización, aparición, duración, frecuencia e intensidad, así como los factores que lo alivian y agudizan.

(141004) Seguir los protocolos del centro en la selección de analgésicos y dosis.

(141005) Notificar al médico si las medidas de control de dolor no tienen éxito.

Debido a la situación que se encuentra la gestante se ha logrado estabilizar hemodinamicamente, evitando el compromiso fetal, se efectuara su intervención quirúrgica oportuna y finalmente, con el plan de cuidados de continuidad que se ejecutara en SOP logrando así el mayor beneficio posible materno.

Planificación del Riesgo de Complicación Principal (RC) Hipertensión maligna

NOC

Para determinar los cambios en el estado de la paciente, luego de las intervenciones se utilizó el clasificador de medición de resultados en salud, a través de objetivos NOC

(Moorhead, Swanson, Johnson , & L. Maas, 2019) y para mejorar la calidad de vida de la paciente se hizo uso de las intervenciones NIC (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018).

Resultado NOC del riesgo de complicación principal

La taxonomía NOC responde a los resultados que deseamos conseguir en la paciente, se utiliza códigos de 4 dígitos e indicadores de 6 dígitos.

(1822) Conocimiento: Salud materna en la preconcepción

(0401) Estado circulatorio.

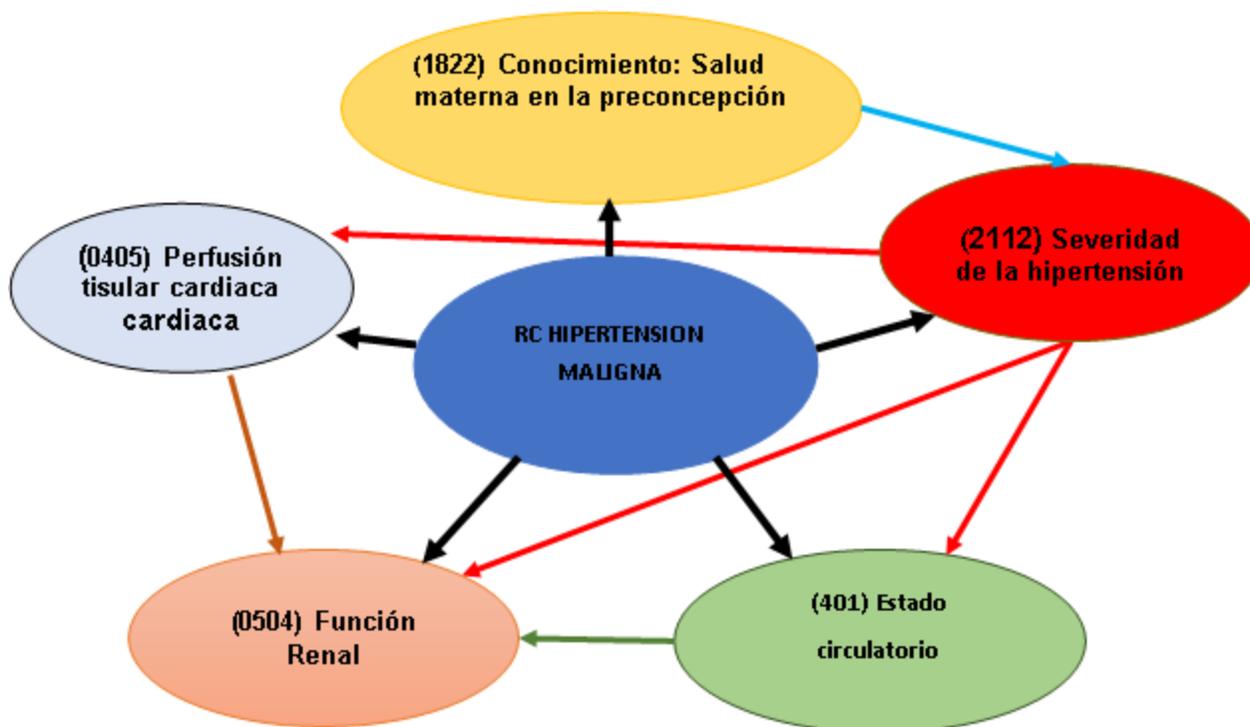
(0405) Perfusión tisular cardiaca

(2112) Severidad de la hipertensión

(0504) Función Renal

Figura N° 4

Priorización del NOC principal del RC principal mediante red de razonamiento critico basado en el modelo AREA.



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

Justificación del NOC principal del RC principal

La severidad de la hipertensión en la hipertensión gestacional es variable dependiendo el grado de la severidad de la paciente y los factores que podrían desencadenar el problema como por ejemplo el sobrepeso, hábitos sedentarios, alimentación no adecuada al régimen del embarazo, todo lo mencionado si no es atendido de manera oportuno y de forma asertiva podría provocar complicaciones materno fetal y el desarrollo de problemas crónicos.

Se concluye que la hipertensión gestacional es un problema de salud comunitaria que se puede prevenir a través de la educación y estilo de vida saludable aprendidos en los controles prenatales, los que deben llevarse periódicamente y las fechas indicadas. Así mismo se resalta monitorizar los factores de riesgo en el embarazo y evitar complicaciones de severidad materno fetal.

NOC priorizado del RC hipertensión maligna

(2112) Severidad de la Hipertensión

Definición: "Gravedad de los signos y síntomas por la presión arterial crónica". (Moorhead, Swanson, Johnson, & L. Maas, 2019, pág. 554)

Dominio: IV Salud percibida

Clase: Sintomatología (V)

Como se puede observar en la red de razonamiento, nuestro NOC principal del riesgo de complicación es severidad de la hipertensión, el cual está relacionado con (0401) estado circulatorio, (0405) perfusión tisular cardiaca, (0504) función renal, (1822) conocimiento salud materna en la preconcepción.

Tabla 3

Puntuación del NOC principal del RC hipertensión maligna según escala Likert

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo (horas)
(0407) Perfusión tisular: periférica	2	5	2

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Tabla 4

Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC hipertensión maligna.

Indicadores	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Tiempo (horas)
(211207) Cefalea	3	5	2
(211212) Tinnitus	3	5	2
(211214) Convulsiones	5	5	2
(211216) Aumento de P/A sistólica.	3	5	2
(211217) Aumento de la P/A diastólica	3	5	2

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017)

NIC

Intervenciones para el riesgo de complicación principal

Por otra parte, consideramos las intervenciones en la paciente a seguir en el área de emergencia:

(6200) Cuidados en la emergencia

Definición: “Realizar la evaluación y aplicar medidas terapéuticas en situaciones urgentes”. (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 150)

Campo: 4 Seguridad: Cuidados que apoyan contra daños

Clase:(U) Control en caso de crisis

Actividades:

(620001) Activar el sistema de emergencia médica.

(620002) Monitorizar signos vitales de hipertensión.

(620003) Proporcionar seguridad y apoyo emocional al paciente.

(620004) Ayudar con el tratamiento proporcionando información sobre la situación potencial.

(2680) Manejo de convulsiones

Definición: “Cuidados del paciente durante una crisis comicial y el estado postictal”. (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 295)

Campo:2 Fisiológico: complejo

Clase: (I) Cuidados del paciente durante una crisis comicial y el estado postictal.

Actividades:

(268001) Vigilar los signos vitales.

(268002) Mantener la vía aérea permeable.

(268003) Poner en decúbito lateral izquierdo.

(268004) Administrar la medicación prescrita, si es el caso.

(268005) Comprobar el estado neurológico.

(268006) Aplicar oxígeno, según corresponda.

(6771) Monitorización fetal electrónica: antes del parto

Definición: “Evaluación electrónica de la respuesta cardiaca fetal al movimiento, estímulos externos o contracciones uterinas durante la prueba anterior al parto”. (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 343)

Campo:5 Familia.

Clase: (W) Cuidados de un nuevo bebe

Actividades:

(677101) Revisar el historial obstétrico, si estuviera disponible, para determinar los factores de riesgo obstétrico o medico referente al estado fetal que requieran la realización de pruebas previas al parto para comprobar el estado fetal.

(677102) Verificar la frecuencia cardiaca fetal y materno antes de iniciar la monitorización fetal electrónica.

(677103) Interpretar la tira de monitorización electrónica para la frecuencia cardiaca fetal variabilidad a largo plazo y presencia de aceleraciones, desaceleraciones o contracciones espontaneas.

(677104) Observar la tira de monitorización si hay presencia o ausencia de desaceleraciones tardías.

(677105) Comunicar los resultados de la prueba al médico responsable o a la matrona.

(4062) Cuidados circulatorios. Insuficiencia arterial

Definición: “Mejora de la circulación arterial.” (Butcher H. , Bulechek, Dochterman, & Wagner, 2018, pág. 122).

Campo:2 Fisiológico: complejo cuidados que apoyan la regulación homeostática

Clase: (N) Control de la perfusión tisular

Actividades:

(406201) Realizar la valoración exhaustiva de la circulación periférica edema, relleno capilar, color y temperatura.

(406202) Evaluar edemas y pulsos periféricos

(406203) Administrar antiagregantes plaquetarios según indicación.

(406204) Monitorizar el balance hídrico.

Se eligió esta última intervención ya que el riesgo de complicación principal es la “Hipertensión maligna”, mediante la intervención del manejo de la convulsión siendo el fármaco utilizado el sulfato de magnesio por vía parenteral ejecutado en los cuidados de emergencia, así evitar el compromiso de sufrimiento fetal, En lo referente a las actividades también se coordinó con sala de operaciones para la intervención quirúrgica de la gestante.

Ejecución

Para aplicar las intervenciones y actividades de enfermería se tuvo en cuenta el turno noche, para esto se utilizo el libro de Clasificación de Intervención de Enfermería (NIC)

Tabla 5

Cronograma de intervenciones / actividades de enfermería en preeclampsia severa.

ACTIVIDADES	22:00	22:30	23:00	23:30	0:00	0:10
Monitorización de signos vitales	X	X	X	X	X	
Canalización de otra vía periférica	X					
Efectivizar exámenes de laboratorio y evaluación de los resultados	X	X				
Reposo en decúbito lateral izquierdo	X					
Manejo de la hipertensión	X				X	
Administración de medicación	X					
Manejo de líquidos/electrolitos	X					
Disminución de la ansiedad	X			X		
Manejo del dolor	X					
Control de LCF y movimiento fetal	X		X		X	
Control del BHE			X		X	
Vigilar signos de alarma	X		X		X	
Rasurado de la zona operatoria		X				
Transferencia a SOP						X

Fuente: Elaborado en base a las actividades propuestas en la Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 2019

Se realizó en base a la comparación del estado de salud de la gestante inicial y la
Evaluación

Se estableció un periodo de seguimiento en el servicio de emergencia gineco-obstetricia en el turno noche, se observó cierto progreso sin embargo se necesitaba continuar con los cuidados. Se evaluaron las actividades de enfermería en base a la comparación del estado de salud de la paciente y la efectividad de los resultados planificados.

Evaluación del Resultado del Dx. E. Principal

Tabla 6

Puntuación del NOC Principal para el DX. Enfermería Principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo (horas)
(0407) <u>Perfusión tisular:</u> periférica	2	5	3	2

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Se han realizado las intervenciones logrando la puntuación diana propuesta, siendo la puntuación inicial de 2, y tras un período de 2 horas de permanencia en el servicio de emergencia, se logra alcanzar una puntuación de 3 según la escala de Likert, llegando a disminuir paulatinamente la presión arterial de la gestante.

Tabla 7
Puntuación de los indicadores del Diagnostico principal

INDICADORES	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo (horas)
(040727) Presión sanguínea sistólica.	2	5	3	2
(040728) Presión sanguínea diastólica	2	5	3	2
(040715) Llenado capilar de los dedos de las manos.	3	5	3	2
(040712) Edema periférico (M.I)	2	5	2	2
(040743) Palidez	2	5	2	2

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Analizando los resultados obtenidos

En relación con los indicadores en la tabla 7, representa el (040727) en la presión sanguínea sistólica y (040728) la presión sanguínea diastólica podemos afirmar que la primigesta inicio con una puntuación de 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de emergencia, llegando a una puntuación alcanzada de 3 con el monitoreo constante y el tratamiento indicado, así evitar alteraciones materno fetal.

En lo referente (040715) al llenado capilar de los dedos de la mano en la gestante primigesta se evaluó la puntuación de inicio 3, en un periodo de 2 horas en el servicio de emergencia, continuando su puntuación inicial la gestante.

En referencia (040712) sobre el edema periférico en el miembro inferior podemos evaluar que la paciente gestante inicio con una puntuación de 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de emergencia, mantiene la puntuación inicial, registrado en el balance hídrico estricto y sin signos de retención de líquidos.

Así mismo el indicador (040743) de palidez se inició con una puntuación de 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de emergencia, continuando con la misma puntuación inicial, ya que la hemoglobina se encuentra por debajo de los parámetros normales del valor referencial 12.00-16.00gr/dl, efectivizando un paquete globular intra SOP.

La paciente primigesta ingreso al servicio de emergencia presentando cefalea, tinnitus, hipertensión elevada y edema en los miembros inferiores, con la atención del equipo multidisciplinario y las actividades de enfermería, se logra estabilizar a la gestante y al feto, para ser referida a sala de operación.

Evaluación del resultado del riesgo de complicación principal

Tabla 8

Puntuación del Noc principal del RC principal

NOC	Puntuación Inicial	Puntuación Diana	Puntuación Alcanzada	Tiempo (horas)
(2112) Severidad de la hipertensión	2	5	3	2

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

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Tabla 9

Puntuación de los indicadores del NOC principal del RC principal

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diaria	Puntuación Alcanzada	Tiempo (horas)
(211207) Cefalea	2	5	5	2
(211212) Tinnitus	2	5	5	2
(211214) Convulsiones	5	5	5	2
(211216) Aumento de P/A sistólica.	2	5	5	2
(211217) Aumento de la P/A diastólica	2	5	5	2

Fuente: Elaboración propia en base a la clasificación de resultados NOC, a partir de Palomar-Aumatell (2017)

Analizando los resultados obtenidos

En relación con el indicador (211207) cefalea, la gestante ingresa al servicio de emergencia por un periodo de dos horas con una puntuación inicial de 2, llegando luego a una puntuación alcanzada de 5.

Con respecto (211212) Tinnitus a la paciente se evaluó con una puntuación de inicio 2, en un periodo de 2 horas en el servicio de emergencia, más tarde llegando a la puntuación alcanzada 5.

Acerca (211214) de Convulsiones en la gestante primigesta se valora una puntuación inicial de 5, en un periodo de 2 horas en el servicio de emergencia, continuando su puntuación inicial.

En cuanto (211216) al aumento de P/A sistólica la gestante ingresa con una puntuación de 2, en un lapso de 2 horas en el servicio de emergencia, la paciente logra la puntuación alcanza de 5.

Para finalizar (211217) el aumento de la P/A diastólica en la gestante primeriza la puntuación es de 2, durante su estadía en la emergencia se logra alcanzar la puntuación alcanzada

DISCUSIÓN

La paciente del presente estudio ingresó al servicio de emergencia gineco obstetricia, por presentar cefalea intensa, con P/A 150/100mmhg, con diagnóstico médico preeclampsia severa y RC de hipertensión maligna como consecuencia del trastorno en el tercer trimestre de embarazo por la que se encuentra en la unidad de emergencia para su atención oportuna para evitar daños.

Después de la revisión bibliográfica hemos obtenido numerosos estudios que muestran los cuidados de enfermería fundamental con sus cuidados integrales y de calidad, evitar las enfermedades cerebrovasculares, cardiovasculares y las renales; motivo por el cual los pacientes son hospitalizados en la unidad de cuidados intensivo (Yépez, 2018)

La valoración de enfermería es un papel fundamental en los controles prenatales, que enfrentamos cada día nuevos retos para brindar cuidados integrales con diagnósticos oportunos, con la finalidad de poder disminuir los porcentajes de morbilidad y mortalidad del binomio materno-fetales y la enorme inversión económica que representa para el sector salud en todo el mundo. (Ocoruro, 2018).

La gestante es emocionalmente lábil, necesitan de un trato humanizado y que se sienta satisfecha en su atención calificado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud. Así mismo, consideramos a la familia de la gestante como otro componente principal en la atención holística que se brinda, con la intervención de enfermería que debe estar dirigida a la pareja y familia quienes también se encuentran involucrados de manera directa en el problema de salud de la gestante para contribuir en la mejoría. (OMS, 2019)

Las intervenciones de enfermería nos basamos en las teorías de Cuidados maternal de Ramona Mercer y Dorotea Orem del autocuidado, dirigidas al abordaje de los requisitos del desarrollo en los periodos de embarazo, así como también contribuir a la promoción de la salud y prevención de complicación para realizar el rol maternal, estrategias de valoración y el cuidado de nuestra gestante, en el parto y post parto, en relación existente entre ambas teóricas, la situación de la gestante que se observó tras el diagnóstico de la preeclampsia severa que suele presentarse después de las 20 semanas de embarazo con posibles complicaciones materno - fetal, así intervenir en el tratamiento oportuno.

La perfusión tisular periférica ineficaz se presenta como consecuencia de una alteración en la hipertensión arterial, donde el profesional de enfermería juega un papel importante en el manejo de la perfusión tisular periférica con el tratamiento oportuno evitando producir lesiones vasculares, como el compromiso hepático y daño renal.

El RC hipertensión maligna podría presentarse con alto riesgo de sufrir convulsiones y el riesgo de compromiso fetal. En este sentido las acciones de enfermería juegan un rol muy importante al estar dirigidas a la prevención de dicho problema materno perinatal.

Lara (2020) La Hipertensión maligna podemos destacar que, tras leer en varias literaturas sobre este gran riesgo de complicación, es un problema repentino de la presión arterial después de la semana 20 de embarazo, cuya finalidad es contribuir en la reducción de la morbilidad materna con el único objetivo de establecer criterios técnicos para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva,

Guevara, (2020) en el Instituto Nacional Materno Perinatal representa el 43%, la mortalidad materna es un problema de salud pública.

Para concluir como profesionales especialistas de la salud debemos hacer una buena valoración y evitar que se presenten algún riesgo de complicación en la gestante, con los cuidados que se le proporciona en la unidad de emergencia ginecoobstetricia al binomio materno-fetal, se observa una evolución progresiva con la preparación para ser referida a sala de operaciones.

LIMITACIONES

Las limitaciones encontradas en el desarrollo del caso de estudio en la gestante con preeclampsia severa fueron el tiempo limitado para el monitoreo y los cuidados a quien solo se atendió durante el turno noche, en el servicio de emergencia luego fue referida a sala de operaciones.

Asi mismo, por la situación de la pandemia COVID 19 el personal de salud fue limitado, los permisos para el ingreso y continuidad de los cuidados.

Condiciones limitadas para el acceso de información por parte de la familia, puesto que no se admite visitas.

Aislamiento social, por pandemia COVID 19, limitado a los familiares que están al cuidado de la paciente.

Accesibilidad limitada para las visitas de los familiares considerando que la paciente fue de Chincha.

CONCLUSIONES

El cuidado de enfermería en la práctica clínica es muy importancia al aplicar el proceso de atención que fortalece la autonomía de la enfermera en el cuidado de la paciente con preeclampsia severa ya que el profesional especialista de ginecoobstetricia brinda los estándares de calidad.

En cuanto a los factores de riesgos de la paciente con preeclampsia severa, la enfermera especialista en gineco obstetricia logra identificar de manera propicia, así también ejecutando sus intervenciones con el tratamiento expectante según el protocolo de establecido por la institución para evitar riesgos de complicaciones.

Se estableció los cuidados de enfermería en la paciente con perfusión tisular periférica, con la finalidad de proteger la diada materno fetal, para asegurar la oxigenación de ambos y evitar daños irreversibles.

Se brindo los cuidados oportunos y las medidas preventivas en la gestante con preeclampsia severa con el fin de prevenir potenciales complicaciones como la convulsión así evitar la Eclampsia, Síndrome de Hellp o la muerte materno perinatal.

El proceso del cuidado de enfermería constituye una herramienta básica y primordial en el cuidado del paciente, mediante este plan de cuidados se logró alcanzar los objetivos propuestos priorizando el diagnóstico enfermero principal para brindar un cuidado oportuno y de calidad, siendo referida a SOP para la intervención oportuna y mejorar el estado de salud materno- fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson, C., & Schemella, M. J. (Noviembre de 2017). Enfoque actuales de la gestion de enfermeria. *America Journalnof nursing*, 177(11), 30-38.

2. Bejarano Saraguro, D. L., & Alarcon Villamar , D. E. (2018). Intervenciones de Enfermería en gestante con Preeclampsia. Trabajo de Titulación de Grado Previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería. universidad estatal de Mlago, Ecuador.
3. Bravo Astudillo, A. V., & Diaz Castillo, A. P. (2020). Cuidados de enfermería en Pacientes con Preeclampsia en el Sistema de Salud Ecuatoriano. Universidad Estatal de Milagro , Ecuador.
4. Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & Wagner, C. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Septima ed.). (ELSEVIER, Ed.) Barcelona, España.
5. Cipirán, L. O. (2021). Unidad Técnica de Vigilancia Epidemiológica de ITS, MMN, IAAS - Centro. Boletín Epidemiológico del Perú SE 39 -2021 (del 26 de setiembre al 2 de octubre del 2021).
6. Correa Martelo , V. (AGOSTO de 2017). Perfusión Tisular. Bogotá, Colombia.
7. Encalada Rodríguez, L. (2021). fisiopatología y Tratamiento de la Preeclampsia. Titulación de grado de Licenciada, Universidad Central del Ecuador, Quito.
8. Flores-Loayza, R.-L.-C.-L. (2017). PREECLAMPSIA Y SUS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO. Revista de Facultad Humana Ricardo Palma, 92.
9. Franco Lopez, K. M. (2019). Factores de riesgo asociados a preeclampsia en mujeres de edad fértil en el servicio de ginecología del Hospital Daniel A. Carrion. Universidad Ricardo Palma, Lima.
 - a. Gaona Castillo, J. A. (2021). Manejo de Enfermería en Pacientes con Preeclampsia: Revisión Sistemática. Ocronos - Editorial Científico-Técnica, IV (3). <https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-preeclampsia/>
10. García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. Revista Horizonte, 29-36.
11. Geeta K. Swamy, M. D. (agosto de 2018). MANUAL MSD . Obtenido de MANUAL MSD : <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/s%C3%ADntomas-durante-el-embarazo/edema-en-los-miembros-inferiores-en-la-segunda-mitad-del-embarazo>
12. Guevara Rios , E., Sanchez Gongora , A., & Zevallos Espinoza, K. (2020). Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Boletín Epidemiológico N°2, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima. Obtenido de www.inmp.gob.pe
13. Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2020). Diagnósticos Enfermeros Definición y Clasificación (Undécima ed.). Barcelona, España: ELSEVIER.
14. Heredia, H. C. (2019). Resolución Directoral. Lima.
15. Herrera Sanchez, K. (Marzo de 2018). Preeclampsia. Revista Medica Sinergia, Vol.3 Num:3, 8-12. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/issue/view/33/MARZO%202018>
16. Lacunza Paredes, R., & Santis Moya, F. (2017). Sulfato de Magnesio y el Cerebro en la Preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000200012
17. Macas Chunchu, R. L. (2017). Complicaciones y secuelas de los Trastornos Hipertensivos en la Madre el Feto y el Recién Nacido. Tesis, Universidad Técnica de Machala, Machala. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/10242>
18. Mendoza Majuan, s. (2019). Factores de alto riesgo materno asociados a preeclampsia en gestantes en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Rezola de Cañete. Universidad Ricardo Palma.

19. Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & L. Maas, M. (2019). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 6ta ed. Medición de resultados en salud. España: Elsevier .
20. Naranjo, M., & Manju, P. (2020). StatPearls Publishing LLC. En Hipertension Maligna. EE.UU. Obtenido de <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
21. Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
22. Neri Garcia, P. E. (2016). Proceso Enfermero Individualizado a paciente Preeclampsia con datos de severidad. Universidad Autonoma de San Luis Potosi, Mexico. <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/4567/TESINA%20PE%20a%20paciente%20preecla%CC%81mptica%20con%20datos%20de%20severidad.pdf?sequence=1>
23. Ocoruro B, R. R. (2018). Atencion de Enfermeria en Pacientes con Hipertension Arterial en la unidad Cuidados Intensivos. Segunda Especialidad de enfermeria, Universidad Nacional del Altiplano , puno.
 - a. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/9607>
24. Pereira Calvo, J., Pereira Rodriguez, Y., & Quiros Figueroa, L. (2020). ACTUALIZACION DE PRECLAMPسيا. *Revista Médica Sinergia*.
25. Phipps A, E., Thadhani Ravi, Benzinger, T., & Karumanchi S, A. (2020). Preeclampsia:patogenia,nuevos diagnosticos y terapias. *PubMed Central*.
26. Rodriguez Benitez, M. (2020). Guías NICE 2019 sobre tratamiento de los trastornos hipertensivos del embarazo. La visión del nefrólogo. ARTÍCULO DE ALTO IMPACTO EN NEFROLOGÍA, *NefroPlus* n 2020 n Vol. 12 n N.º 1, 17.
27. Salazar Molina, A., & Valenzuela Suazo, S. (2009). Teoria de OREM aplicada a Intervenciones durante Embarazo y Climaterio. *Revista Brasileña de Enfermagem*.
28. Sanchez Torrejon, M. D. (2016). Directiva del cuidado Integral del Paciente de HTA en Essalud. Lima.
 - a. https://ww1.essalud.gob.pe/compendio/pdf/0000003396_pdf.
29. Sharma, K., Mathews, E. P., & Newton, F. (octubre de 2021). Emergencias Hipertensivas. *American Journal of nursing*, 121, 24-35.
30. Tango, I. (2019). Hipertension Maligna. *MedlinePlus*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000491.htm>
31. Yopez C, D. S. (2018). Rol de Enfermeria en la Atencion de Gestante con Preeclampsia. Universidad de Guayaquil, Ecuador.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

