



Recibido: 2026-09-29

Aceptado: 2026-10-13

Publicado: 2026-10-27

Abordaje de Enfermería Según el Modelo de Adaptación de Callista Roy en Gestante con Preeclampsia Severa y Síndrome de Hellp

Nursing Approach Based on Callista Roy's Adaptation Model for a Pregnant Woman with Severe Preeclampsia and HELLP Syndrome

Autores

Kevin Adrian Ramirez Sarango¹

Licenciado en Enfermería, Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud, Magíster en Educación con mención en Docencia e Investigación en Educación Superior
<https://orcid.org/0000-0002-2816-3974>

kramirez6@utmachala.edu.ec

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Jaeline Arleth Macías Escobar²

Licenciada en Enfermería, Magíster en Salud Pública con Mención en Atención Primaria de Salud.

<https://orcid.org/0009-0002-3649-8237>

arlethmacias05@gmail.com

Investigadora independiente

Machala – Ecuador

Jayro Fernando Cuenca Macas³

Licenciado en Enfermería, Magister en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos
<https://orcid.org/0009-0009-6252-5412>

jayrocuenca22@gmail.com

Investigador independiente

Machala – Ecuador

Karen Daniela Flores Encarnación⁴

Licenciada en Enfermería

<https://orcid.org/0009-0009-6946-0236>

karendanielaflor11@gmail.com

Investigadora independiente

Machala – Ecuador



Resumen

La preeclampsia severa y el síndrome HELLP constituyen complicaciones obstétricas que comprometen la salud materno-fetal y requieren cuidados de enfermería oportunos, integrales y especializados. El modelo de adaptación de Callista Roy proporciona un fundamento teórico para identificar respuestas humanas y orientar intervenciones individualizadas. **Objetivo:** Describir el abordaje de enfermería fundamentado en el modelo de adaptación de Callista Roy en una gestante con preeclampsia severa y síndrome HELLP, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería. **Metodología:** Estudio descriptivo de enfoque cualitativo, basado en la construcción de un caso clínico hipotético contextualizado en un hospital público de Machala, Ecuador. Se desarrollaron las etapas del proceso de atención de enfermería, utilizando los cuatro modos adaptativos de Callista Roy y las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC. **Resultados:** Se identificaron alteraciones fisiológicas y respuestas emocionales relacionadas con la gravedad obstétrica. Se priorizaron tres diagnósticos de enfermería: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de sangrado excesivo y ansiedad excesiva. Se elaboró un plan de cuidados con intervenciones orientadas a la vigilancia neurológica, monitorización hemodinámica, prevención de hemorragias y fortalecimiento del afrontamiento emocional, estableciendo resultados esperados mediante indicadores NOC. **Conclusión:** El modelo de adaptación de Callista Roy permitió organizar una propuesta de cuidado integral, sistemática y humanizada, articulando las necesidades fisiológicas y psicosociales de la gestante. Al tratarse de un caso hipotético, se requieren estudios clínicos que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones propuestas.

Palabras clave: Preeclampsia; Síndrome HELLP; Atención de Enfermería; Modelos de Enfermería; Adaptación Psicológica.



Abstrac

Severe preeclampsia and HELLP syndrome are obstetric complications that compromise maternal-fetal health and require timely, comprehensive, and specialized nursing care. Callista Roy's Adaptation Model provides a theoretical foundation for identifying human responses and guiding individualized interventions. Objective: To describe a nursing approach based on Callista Roy's Adaptation Model for a pregnant woman with severe preeclampsia and HELLP syndrome, through the application of the nursing process. Methodology: A descriptive, qualitative study based on the construction of a hypothetical clinical case set in a public hospital in Machala, Ecuador. The stages of the nursing process were developed using Callista Roy's four adaptive modes and the NANDA-I, NOC, and NIC taxonomies. Results: Physiological alterations and emotional responses related to the severity of the obstetric condition were identified. Three nursing diagnoses were prioritized: risk for ineffective cerebral tissue perfusion, risk for excessive bleeding, and excessive anxiety. A care plan was developed, featuring interventions focused on neurological surveillance, hemodynamic monitoring, hemorrhage prevention, and the strengthening of emotional coping, with expected outcomes established via NOC indicators. Conclusion: Callista Roy's Adaptation Model facilitated the organization of a comprehensive, systematic, and humanized care proposal, addressing both the physiological and psychosocial needs of the pregnant woman. As this is a hypothetical case, clinical studies are required to evaluate the effectiveness of the proposed interventions.

Keywords: Preeclampsia; HELLP syndrome; Nursing care; Nursing models; Psychological adaptation.

Introducción

La preeclampsia es una de las complicaciones hipertensivas más frecuentes durante la gestación y constituye un problema de salud pública por las consecuencias que puede ocasionar tanto en la salud materna como en la perinatal. Esta condición suele manifestarse después de la semana 20 del embarazo, mediante el aumento de la presión arterial, que puede presentarse junto con proteinuria, alteraciones en el funcionamiento de los órganos maternos o compromiso uteroplacentario. A escala mundial, se calcula que entre el 2 % y el 4 % de los embarazos se ven afectados por esta enfermedad. Estas cifras ponen de manifiesto la importancia de reconocer oportunamente a las gestantes con mayor riesgo, mantener un seguimiento clínico adecuado y proporcionar cuidados integrales que permitan prevenir complicaciones y mejorar los resultados maternos y perinatales (Magee et al., 2022; Bisson et al., 2023).

La preeclampsia también se reconoce como una enfermedad de carácter multisistémico, cuyo desarrollo está asociado con anomalías en la formación de la placenta, alteraciones en la función del endotelio vascular, desequilibrios en los factores angiogénicos y procesos inflamatorios que afectan al organismo (Torres-Torres et al., 2024). Estas modificaciones pueden desencadenar un aumento de la presión arterial y comprometer el funcionamiento de los riñones, el hígado y el sistema hematológico. En algunos casos, sus efectos se mantienen incluso después del parto (Bisson et al., 2023). Una de sus complicaciones de mayor gravedad es el síndrome de HELLP, caracterizado por la destrucción de los glóbulos rojos (hemólisis), el incremento de las enzimas hepáticas y la reducción del número de plaquetas. Clínicamente, las pacientes pueden presentar dolor en la región epigástrica o debajo de las costillas del lado derecho, acompañado de náuseas, vómitos y una sensación general de malestar (Gardikioti et al., 2022; Adorno et al., 2022).

Diversas investigaciones han puesto en evidencia las complicaciones que puede ocasionar el síndrome HELLP. En Indonesia, un estudio retrospectivo multicéntrico que analizó a 1808 mujeres diagnosticadas con preeclampsia encontró que 219 de ellas (12,1 %) desarrollaron esta complicación. Los resultados mostraron que las gestantes con síndrome HELLP tenían una mayor probabilidad de presentar eclampsia, lesión renal aguda, parto prematuro y muerte fetal intrauterina, en comparación con aquellas que no desarrollaron el síndrome (Ernawati et al., 2025). Por otra parte, una revisión sistemática centrada en casos diagnosticados antes de las 23 semanas de embarazo evidenció las dificultades que supone su aparición en etapas tan tempranas de la gestación (Mossayedi et al., 2023).

La atención de las gestantes con preeclampsia grave o síndrome HELLP exige una intervención temprana y un seguimiento clínico continuo, debido a las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo (Magee et al., 2022). En cuanto al tratamiento farmacológico, se contempla el uso de medicamentos antihipertensivos y sulfato de magnesio, administrados conforme a la indicación médica y los protocolos establecidos. Por otro lado, la decisión de finalizar la gestación debe basarse en una valoración conjunta de la situación clínica de la madre, las condiciones del feto y las semanas de embarazo (Vatish et al., 2023).

En la atención de gestante que presentan trastornos hipertensivos, el profesional de enfermería cumple una función importante, especialmente por su intervención constante en la valoración y el seguimiento del estado clínico de las pacientes. Entre sus responsabilidades se encuentran la medición periódica de los signos vitales, el registro de los líquidos administrados y eliminados, el reconocimiento temprano de manifestaciones neurológicas de alarma y la observación de posibles efectos adversos relacionados con los medicamentos utilizados (Sun et al., 2024). Por otra parte, una revisión de alcance enfocada en la atención de enfermería a gestantes con síndrome HELLP identificó un total de 39 cuidados específicos. Este hallazgo refleja la variedad de necesidades que pueden presentar estas pacientes y la amplitud de las intervenciones de enfermería requeridas durante su atención (Silva et al., 2024).

En la gestante, la necesidad de permanecer hospitalizada, el temor ante posibles complicaciones y la incertidumbre sobre la continuidad del embarazo o un parto prematuro pueden afectar su bienestar emocional y su capacidad para adaptarse a la situación (Fawcett et al., 2023). En este contexto, el modelo de adaptación de Callista Roy ofrece una base teórica para abordar estas necesidades, al considerar al ser humano como un sistema capaz de responder y ajustarse a los estímulos que provienen de su entorno y de su propio organismo. Esta teoría plantea cuatro modos de adaptación: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia (Mi-Hyun y Suk-Hee, 2023).

En este sentido, una investigación cualitativa publicada en 2024 permitió reconocer diversos estímulos que experimentan las mujeres durante la preparación para el parto, así como las estrategias que utilizan para afrontar esta etapa. De igual manera, un reporte de caso centrado en los cuidados de enfermería durante la gestación, desarrollado a partir del modelo de adaptación de Callista Roy, muestra cómo esta teoría puede emplearse para organizar la valoración clínica y planificar una atención acorde con las necesidades particulares de cada

paciente (Pickler et al., 2024; Çiçek y Karagözoğlu, 2024). Otros hallazgos también respaldan su aplicación en el cuidado perinatal, especialmente porque permite orientar intervenciones de enfermería que consideran tanto las condiciones físicas de la mujer como los aspectos psicológicos y sociales que influyen en su proceso de adaptación (Özkan Şat y Yaman Sözbir, 2023; Çiçek y Karagözoğlu, 2024). Por consiguiente, el objetivo del presente estudio es describir el abordaje de enfermería fundamentado en el Modelo de Adaptación de Callista Roy en una gestante con Preeclampsia Severa y Síndrome de HELLP, mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

Metodología

Este estudio se desarrolló con un enfoque cualitativo de tipo descriptivo, mediante la resolución de un caso clínico contextualizado en el servicio de Ginecología y Obstetricia de un hospital público de la ciudad de Machala, provincia de El Oro, Ecuador. El caso correspondió a una gestante de 32 años, con 34 semanas y 2 días de gestación, secundigesta, con antecedente de un parto vaginal y diagnóstico clínico de preeclampsia con criterios de severidad, complicada con síndrome HELLP. La construcción del escenario clínico se fundamentó en las manifestaciones, criterios diagnósticos y recomendaciones terapéuticas de la paciente, con el propósito de desarrollar el proceso de atención de enfermería según el modelo de adaptación de Callista Roy.

La caracterización clínica de la paciente se realizó a partir de la recopilación de información sociodemográfica, antecedentes personales y ginecoobstétricos, signos y síntomas presentes al momento del ingreso, hallazgos de las pruebas complementarias, tratamiento médico recibido y evolución del estado materno-fetal. Para organizar los cuidados se siguieron las cinco fases del proceso de atención de enfermería: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como sustento teórico de la valoración se empleó el modelo de adaptación de Callista Roy, considerando sus cuatro modos adaptativos: fisiológico, autoconcepto, función del rol e interdependencia. Posteriormente, los diagnósticos de enfermería se formularon utilizando la taxonomía NANDA-I. Por su parte, la selección de los resultados esperados se apoyó en la clasificación NOC, mientras que las intervenciones de cuidado se organizaron de acuerdo con la clasificación NIC, permitiendo estructurar la atención según las necesidades identificadas.

El plan de cuidados incluyó diversas intervenciones de enfermería orientadas al seguimiento continuo de la condición materno-fetal. Entre ellas se contemplaron la medición periódica de los signos vitales, la valoración del estado neurológico, el registro y control del balance hídrico, así como la revisión de los resultados hematológicos y de las pruebas de función renal y hepática. También se consideró la vigilancia del bienestar fetal y la administración segura de sulfato de magnesio y medicamentos antihipertensivos, siguiendo las indicaciones médicas establecidas. La atención no se limitó al aspecto clínico, pues incorporó el acompañamiento emocional y la educación de la gestante durante su hospitalización.

Para orientar la revisión de literatura se formuló la siguiente pregunta PICO: ¿En gestantes con preeclampsia severa y síndrome HELLP (P), el abordaje de enfermería fundamentado en el modelo de adaptación de Callista Roy (I), comparado con cuidados convencionales no estructurados explícitamente bajo este modelo (C), favorece la identificación de necesidades adaptativas y la planificación integral del cuidado materno-fetal (O)? La pregunta se utilizó como guía de búsqueda, sin efectuar una comparación experimental. La información se organizó mediante análisis descriptivo y aplicación del modelo teórico, relacionando los hallazgos clínicos propuestos con los diagnósticos de enfermería, las intervenciones planificadas y los resultados esperados. En la aspectos éticos y legales no se publican datos identificables de la paciente o institución de estudio.

Resultados y Discusión

Descripción del caso

Paciente femenina de 32 años, residente en la ciudad de Machala, provincia de El Oro, Ecuador, secundigesta, con antecedente de un parto vaginal a término, sin abortos previos y con embarazo actual de 34 semanas y 2 días de gestación. Entre sus antecedentes personales no se establecieron enfermedades crónicas diagnosticadas ni antecedentes de trastornos hipertensivos durante el embarazo anterior. Durante el control prenatal presentó evolución aparentemente favorable hasta la semana 32, cuando se identificaron cifras tensionales elevadas que motivaron seguimiento obstétrico.

El cuadro clínico se caracterizó por cefalea intensa de aproximadamente 12 horas de evolución, acompañada de visión borrosa, dolor epigástrico persistente, náuseas y edema bilateral de

miembros inferiores. En la valoración inicial se registró presión arterial de 178/112 mmHg, frecuencia cardíaca de 108 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, temperatura de 36,8 °C y saturación de oxígeno del 97 % al aire ambiente. La paciente se encontraba consciente, orientada, ansiosa y preocupada por el bienestar fetal. Durante la exploración física se identificaron hiperreflexia osteotendinosa, edema de miembros inferiores y dolor a la palpación en epigastrio. La frecuencia cardíaca fetal fue de 148 latidos por minuto.

Los exámenes complementarios evidenciaron trombocitopenia de 68.000 plaquetas/ μ L, aspartato aminotransferasa (AST) de 186 U/L, alanina aminotransferasa (ALT) de 142 U/L, lactato deshidrogenasa (LDH) de 780 U/L y bilirrubina total de 1,8 mg/dL. El frotis sanguíneo periférico mostró esquistocitos compatibles con hemólisis microangiopática. Adicionalmente, se identificó creatinina sérica de 1,2 mg/dL y relación proteína/creatinina urinaria de 0,8 mg/mg. Los hallazgos clínicos y de laboratorio permitieron establecer, dentro del escenario planteado, el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad complicada con síndrome HELLP, clasificación I de Mississippi por el recuento plaquetario inferior a 50.000/ μ L no cumplida, correspondiendo a clase II por plaquetas entre 50.000 y 100.000/ μ L.

Ante la gravedad del cuadro, se planteó el ingreso a una unidad de cuidados obstétricos de alta dependencia, con monitorización materno-fetal continua y valoración por el equipo multidisciplinario. El manejo médico incluyó sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones, antihipertensivos intravenosos según respuesta tensional y control seriado de parámetros hematológicos, hepáticos y renales. Debido a la persistencia de las manifestaciones de gravedad y al diagnóstico de síndrome HELLP, el equipo obstétrico determinó la finalización del embarazo mediante cesárea, previa estabilización materna y evaluación anestésica. Se obtuvo un recién nacido vivo de sexo masculino, con peso de 2.080 gramos, puntuación de Apgar de 7 al primer minuto y 9 a los cinco minutos, quien requirió valoración neonatal por prematuridad.

En la evolución posoperatoria, la paciente presentó mejoría progresiva de las cifras tensionales, reducción de la cefalea y desaparición del dolor epigástrico. A las 72 horas se registraron plaquetas de 112.000/ μ L, AST de 82 U/L, ALT de 76 U/L y LDH de 420 U/L, con diuresis conservada y ausencia de manifestaciones neurológicas. Desde la perspectiva de enfermería, se identificaron necesidades relacionadas con la adaptación fisiológica, el temor ante las complicaciones obstétricas, la preocupación por la separación temporal del recién nacido y la

dependencia del apoyo familiar. Estos hallazgos permitieron estructurar el proceso de atención de enfermería según los cuatro modos adaptativos de Callista Roy, orientando las intervenciones hacia la estabilidad clínica, el afrontamiento emocional y la recuperación materna.

La valoración de enfermería se estructuró a partir del modelo de adaptación de Callista Roy, el cual concibe a la persona como un sistema adaptativo que responde a estímulos internos y externos mediante mecanismos de afrontamiento.

Tabla 1.

Valoración de enfermería según el Modelo de Adaptación de Callista Roy

Modo adaptativo	Datos de valoración	Respuestas adaptativas e ineficaces
Fisiológico	Presión arterial de 178/112 mmHg, frecuencia cardíaca de 108 lpm, cefalea intensa, visión borrosa, hiperreflexia, dolor epigástrico, edema de miembros inferiores, plaquetas de 68.000/ μ L, AST de 186 U/L, ALT de 142 U/L y LDH de 780 U/L.	Ineficaces: alteración de la regulación cardiovascular, compromiso hematológico y hepático, manifestaciones neurológicas y riesgo de complicaciones materno-fetales. Adaptativas: conservación del estado de conciencia, saturación de oxígeno del 97 % y frecuencia cardíaca fetal inicial de 148 lpm.
Autoconcepto	Paciente consciente y orientada, con ansiedad, temor ante la gravedad de su condición y preocupación por la salud de su hijo.	Ineficaces: miedo, inseguridad e incertidumbre relacionados con la evolución del embarazo. Adaptativas: capacidad para expresar sus emociones y comunicar sus preocupaciones al personal de enfermería.
Función del rol	Gestante secundigesta, con antecedente de un parto vaginal. La hospitalización y la finalización anticipada del embarazo modifican temporalmente sus actividades habituales y expectativas sobre la maternidad.	Ineficaces: dificultad para asumir las expectativas del rol materno debido a la gravedad de la enfermedad y la separación temporal del recién nacido. Adaptativas: interés por conocer el estado de salud del neonato y participar progresivamente en su cuidado.
Interdependencia	Necesidad de acompañamiento emocional, información sobre su condición clínica y apoyo durante la hospitalización y el periodo posoperatorio.	Ineficaces: dependencia temporal del equipo sanitario y preocupación asociada a la separación del recién nacido. Adaptativas: disposición para recibir orientación profesional y apoyo familiar.

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de la historia clínica y valoración de la paciente

La identificación de estímulos constituye un componente fundamental de la valoración, puesto que permite reconocer los factores que desencadenan o modifican las respuestas adaptativas. Roy clasifica estos estímulos en focales, contextuales y residuales.

Tabla 2.
Identificación de estímulos según el modelo de adaptación de Callista Roy

Tipo de estímulo	Identificación en la paciente	Influencia sobre la adaptación
Focal	Preeclampsia severa complicada con síndrome HELLP, manifestada por hipertensión arterial severa, alteraciones hematológicas, compromiso hepático y sintomatología neurológica.	Compromete directamente la estabilidad fisiológica y requiere intervenciones inmediatas de enfermería.
Contextual	Edad gestacional de 34 semanas y 2 días, hospitalización, necesidad de tratamiento especializado, cesárea anticipada y separación temporal del recién nacido.	Incrementa las demandas físicas y emocionales, modificando las respuestas de adaptación durante la hospitalización.
Residual	Posibles experiencias previas relacionadas con la enfermedad, creencias personales sobre las complicaciones obstétricas y percepción individual de la maternidad.	Su influencia potencial sobre el afrontamiento requiere una valoración adicional para establecer su relevancia.

Nota. Elaboración propia. Los estímulos residuales representan aspectos por explorar y no antecedentes confirmados de la paciente.

Mediante una valoración integral basada en el modelo de adaptación de Callista Roy, se determinaron las principales necesidades de cuidado de enfermería en la paciente diagnosticada con preeclampsia severa y síndrome HELLP. A partir de los hallazgos obtenidos, se establecieron diagnósticos dirigidos a las respuestas humanas relacionadas con los cambios físicos y emocionales ocasionados por su condición clínica.

Tabla 3
Diagnósticos de enfermería prioritarios según el modelo de adaptación de Callista Roy

Prioridad	Diagnóstico NANDA-I	Formulación diagnóstica	Modo adaptativo
1	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)	Asociado a hipertensión arterial severa y alteraciones de la regulación vascular, en el contexto de preeclampsia con criterios de severidad.	Fisiológico
2	Riesgo de sangrado excesivo (00374)	Asociado a trombocitopenia de 68.000/ μ L y alteraciones hematológicas secundarias al síndrome HELLP.	Fisiológico
5	Ansiedad excesiva (00400)	Relacionada con la amenaza percibida para la salud materno-fetal, la hospitalización y la incertidumbre sobre la evolución del embarazo, manifestada por preocupación, temor y expresión de inseguridad.	Autoconcepto e interdependencia

Nota. Elaboración propia a partir de la valoración de la paciente e historia clínica.

El plan de cuidados de enfermería se enfocó en reducir el riesgo de complicaciones neurológicas y hemorrágicas, mantener la estabilidad clínica de la gestante y promover estrategias que le permitieran afrontar emocionalmente su hospitalización y la necesidad de finalizar el embarazo antes de lo previsto. Para organizar las intervenciones, se tuvieron en cuenta los estímulos focales y contextuales reconocidos durante la valoración, junto con las respuestas de adaptación manifestadas por la paciente en tres de los modos propuestos por Callista Roy: fisiológico, autoconcepto e interdependencia.

Tabla 4.

Plan de cuidados para el riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz

Componente	Plan de cuidados
Diagnóstico NANDA-I	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201).
Factores de riesgo	Hipertensión arterial severa de 178/112 mmHg y alteraciones vasculares asociadas a la preeclampsia.
Resultado NOC propuesto	Estado neurológico (0909)
Indicadores de evaluación	• Estado de conciencia • Control motor central • Tamaño pupilar • Reactividad pupilar
Intervenciones NIC propuestas	• Monitorización neurológica (2620) • Monitorización de signos vitales (6680) • Administración de medicación (2300)
Actividades de enfermería	1. Monitorizar la presión arterial según la gravedad clínica y el protocolo institucional. 2. Valorar periódicamente el nivel de conciencia, las pupilas y los reflejos osteotendinosos. 3. Identificar cefalea persistente, alteraciones visuales, clonus o convulsiones. 4. Administrar sulfato de magnesio y antihipertensivos conforme a prescripción médica. 5. Vigilar frecuencia respiratoria, reflejos y diuresis durante la administración de sulfato de magnesio. 6. Mantener medidas de seguridad ante el riesgo de convulsiones y comunicar inmediatamente cualquier deterioro.
Resultado esperado	Mantener el estado de conciencia conservado, evitar la aparición de convulsiones y lograr una reducción controlada de las cifras tensionales conforme a los objetivos médicos establecidos.
Relación con Callista Roy	Favorecer respuestas adaptativas fisiológicas mediante la vigilancia y el control de los estímulos asociados al compromiso hipertensivo.

Tabla 5.
Plan de cuidados para el riesgo de sangrado excesivo

Componente	Plan de cuidados
Diagnóstico NANDA-I	Riesgo de sangrado excesivo (00374).
Factores de riesgo	Trombocitopenia de 68.000/ μ L, alteraciones hematológicas asociadas al síndrome HELLP y procedimiento quirúrgico obstétrico.
Resultado NOC propuesto	Severidad de la pérdida de sangre (0413)
Indicadores de evaluación	• Pérdida sanguínea visible (041301) • Hemorragia postoperatoria (041307) • Disminución de la presión arterial sistólica (041309) • Disminución de la presión arterial diastólica (041310) • Palidez de piel y mucosas (041313)
Intervenciones NIC propuestas	• Prevención de hemorragias (4010) • Vigilancia (6650) • Monitorización de los signos vitales (6680)
Actividades de enfermería	1. Vigilar la presencia de sangrado vaginal, gingival, hematuria, equimosis y sangrado en sitios de punción. 2. Evaluar la cantidad y características de los loquios durante el posparto. 3. Valorar el tono uterino y las características del sangrado poscesárea. 4. Monitorizar presión arterial, frecuencia cardíaca, perfusión periférica y estado de conciencia. 5. Realizar seguimiento de plaquetas, hemoglobina, hematocrito y pruebas de coagulación indicadas. 6. Mantener el acceso venoso permeable y preparar los recursos prescritos para el manejo de una posible hemorragia.
Resultado esperado	Ausencia de hemorragia clínicamente significativa, estabilidad hemodinámica y evolución favorable de los parámetros hematológicos.
Relación con Callista Roy	Promover la adaptación fisiológica frente a las alteraciones hematológicas mediante la prevención y detección temprana de complicaciones hemorrágicas.

Tabla 6.
Plan de cuidados para la ansiedad excesiva

Componente	Plan de cuidados
Diagnóstico NANDA-I	Ansiedad excesiva (00400).
Factores relacionados	Amenaza percibida para la salud materno-fetal, hospitalización, incertidumbre y separación temporal del recién nacido.
Manifestaciones	Expresión de temor, preocupación por el bienestar fetal e inseguridad ante la evolución clínica.



Resultado NOC propuesto	Nivel de ansiedad (1211)
Indicadores de evaluación	• Desasosiego (121101) • Inquietud (121105) • Ansiedad verbalizada (121117) • Nerviosismo (121133) • Exceso de preocupación (121134)
Intervenciones NIC propuestas	• Disminución de la ansiedad (5820) • Apoyo emocional (5270) • Escucha activa (4920) • Mejorar el afrontamiento (5230)
Actividades de enfermería	1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 2. Permitir que la paciente exprese sus preocupaciones sobre su salud y la del recién nacido. 3. Proporcionar información clara y comprensible sobre los procedimientos y cuidados. 4. Favorecer el acompañamiento familiar cuando la condición clínica y las normas institucionales lo permitan. 5. Aplicar estrategias sencillas de apoyo emocional compatibles con la estabilidad de la paciente. 6. Facilitar información sobre el estado del recién nacido mediante el equipo responsable y promover el contacto materno-neonatal cuando sea clínicamente posible.
Resultado esperado	Disminución de las manifestaciones de ansiedad, mayor comprensión de su condición y participación progresiva en las decisiones relacionadas con su cuidado.
Relación con Callista Roy	Fortalecer los mecanismos de afrontamiento, el autoconcepto y las relaciones de apoyo para favorecer respuestas adaptativas emocionales.

En el caso clínico analizado, la paciente de 32 años, con una edad gestacional de 34 semanas y 2 días, presentó un cuadro de preeclampsia severa asociado con síndrome HELLP. Entre los hallazgos clínicos más relevantes se identificaron cifras de presión arterial de 178/112 mmHg, cefalea intensa, trastornos visuales y dolor epigástrico, acompañados de una disminución del recuento plaquetario y un aumento de las enzimas hepáticas. Estas manifestaciones pueden contrastarse con los resultados del estudio realizado por Li y Yang (2022) donde se analizaron las características clínicas y los desenlaces obstétricos de mujeres con preeclampsia y síndrome HELLP. Los investigadores encontraron variaciones tanto en la presentación de la enfermedad como en los resultados perinatales, dependiendo del momento en que se desarrolló. Al relacionar estos hallazgos con el caso descrito, se reconoce la necesidad de valorar de manera conjunta las semanas de gestación, el grado de compromiso materno y las condiciones del feto.

Respecto al seguimiento de la presión arterial y el estado hemodinámico, Müller et al. (2024) desarrollaron una investigación retrospectiva en un centro de atención obstétrica de Alemania, en la que participaron 59 pacientes diagnosticadas con síndrome HELLP. Las mujeres fueron agrupadas de acuerdo con los valores de presión arterial registrados durante su atención. Los hallazgos mostraron que aquellas que experimentaron crisis hipertensivas tuvieron una evolución materna menos favorable. Además, los autores identificaron que cada aumento de 10 mmHg en la presión arterial sistólica se relacionó con un incremento del 74 % en el riesgo de presentar desenlaces adversos. Al comparar estos resultados con el caso clínico estudiado, se encuentra sustento para la selección del diagnóstico de enfermería riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, considerando las cifras elevadas de presión arterial y los síntomas neurológicos manifestados por la gestante.

En Ecuador, el síndrome HELLP también representa un problema de salud materna que merece atención. Coral-Almeida et al. (2024) realizaron una investigación poblacional basada en registros nacionales de 2015 a 2017, en la que reportaron una incidencia de 0,76 casos por cada 1.000 partos. El estudio encontró asociaciones entre la aparición de esta complicación y determinadas condiciones, entre ellas la edad de la madre, la altitud del lugar de residencia y la distancia hasta los servicios de atención obstétrica. Si bien estos resultados no pueden aplicarse directamente al caso de una gestante de Machala sin conocer su situación particular, permiten reconocer cómo las condiciones geográficas y las posibilidades de acceder a atención especializada pueden influir en la salud materna. Desde esta perspectiva, los cuidados de enfermería deben ir más allá del seguimiento de las alteraciones físicas e incorporar una valoración de las circunstancias que rodean a la paciente y que podrían dificultar la continuidad de su atención.

Dentro de la atención de mujeres con preeclampsia grave, la prevención de alteraciones neurológicas ocupa un lugar prioritario. En este sentido, Eid et al. (2024) desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado en el que evaluaron el uso de la monitorización cardíaca no invasiva como herramienta para determinar la duración del tratamiento con sulfato de magnesio durante el posparto, en pacientes con preeclampsia y criterios de severidad. El estudio pone de manifiesto la necesidad de adaptar el seguimiento clínico a las condiciones particulares de cada mujer que recibe tratamiento preventivo contra las convulsiones. En el caso clínico analizado, se contempló la administración de sulfato de magnesio junto con la valoración periódica de la frecuencia respiratoria, los reflejos osteotendinosos y la eliminación urinaria. Estas acciones se

consideraron necesarias para vigilar la respuesta al tratamiento, identificar oportunamente posibles efectos adversos y contribuir a la seguridad de la gestante.

En cuanto a la vigilancia del tratamiento para prevenir las convulsiones, Silva et al. (2025) realizaron en Brasil un ensayo clínico aleatorizado con la participación de 79 mujeres, en el que compararon la administración de sulfato de magnesio durante 12 y 24 horas después del parto. Los resultados mostraron que el 10,0 % de las pacientes que recibieron el esquema de 12 horas necesitaron una nueva administración del medicamento, frente al 23,1 % de aquellas tratadas durante 24 horas. Al relacionar estos hallazgos con el caso clínico presentado, se reconoce la importancia de que el personal de enfermería realice un seguimiento continuo y adaptado a la evolución de cada paciente, prestando especial atención a su respuesta al tratamiento anticonvulsivo.

La vigilancia de la mujer durante el puerperio también forma parte de los cuidados de enfermería, especialmente cuando existen antecedentes de complicaciones hipertensivas durante el embarazo. Amar et al. (2025) llevaron a cabo una investigación retrospectiva en hospitales de Quebec, Canadá, donde analizaron 1.317.181 embarazos para estudiar los resultados maternos relacionados con la preeclampsia posparto. Del total de casos evaluados, 4.123 mujeres desarrollaron esta condición, lo que representó el 0,3 % de la población estudiada. Los investigadores encontraron que su aparición estaba asociada con antecedentes de parto prematuro, desprendimiento de placenta y complicaciones maternas graves. En relación con el caso clínico analizado, aunque la paciente mostró una recuperación gradual de los valores plaquetarios y de las enzimas hepáticas, esta mejoría no significa que la vigilancia deba suspenderse. Por el contrario, resulta necesario mantener el control de la presión arterial, evaluar posibles cambios neurológicos, observar la presencia de sangrado y dar seguimiento a la función renal durante su recuperación.

En relación con el bienestar emocional de las gestantes, Giménez et al. (2025) desarrollaron una investigación en la que participaron 214 mujeres embarazadas, distribuidas en tres grupos: 53 con preeclampsia severa, 55 con rotura prematura de membranas pretérmino y 106 que cursaban embarazos sin complicaciones. Al comparar los niveles de ansiedad, los autores encontraron puntuaciones más elevadas en las pacientes con preeclampsia severa que en aquellas con rotura prematura de membranas, con medianas de 27 y 24 puntos, respectivamente. Los resultados guardan relación con las manifestaciones emocionales identificadas en el caso

clínico, donde la paciente expresó miedo, preocupación por la salud de su bebé e incertidumbre ante la posibilidad de finalizar el embarazo antes de lo esperado. Estas respuestas sustentaron la selección del diagnóstico de enfermería de ansiedad excesiva. A partir de ello, se consideró apropiado incorporar intervenciones de la clasificación NIC, como disminución de la ansiedad (5820), apoyo emocional (5270) y escucha activa (4920).

El estado emocional de las mujeres con preeclampsia también ha sido abordado por Gangi et al. (2025), quienes realizaron un estudio retrospectivo de casos y controles en el que participaron 196 pacientes con esta complicación y 366 gestantes que no la presentaban. Los resultados evidenciaron una mayor presencia de alteraciones psicológicas entre las mujeres con preeclampsia. Este hallazgo permite comprender que las necesidades emocionales deben atenderse como parte del cuidado integral, independientemente de que su abordaje produzca o no cambios directos en los desenlaces obstétricos. En el caso clínico presentado, el modelo de adaptación de Callista Roy permite organizar la atención considerando cómo la paciente percibe los riesgos de su enfermedad, las estrategias que utiliza para afrontar la situación y el apoyo que recibe de su familia. Aun así, es necesario reconocer que la efectividad de este modelo específicamente en mujeres con síndrome HELLP todavía requiere ser estudiada con mayor profundidad.

Conclusiones

La utilización del modelo de adaptación de Callista Roy como fundamento del cuidado de enfermería permitió organizar una propuesta de atención dirigida a una gestante con preeclampsia severa y síndrome HELLP. Este enfoque hizo posible considerar no solo las complicaciones físicas asociadas con su condición clínica, sino también las necesidades emocionales y sociales que surgieron durante la hospitalización. Mediante el proceso de atención de enfermería se identificaron las respuestas de adaptación de la paciente y se establecieron prioridades de cuidado según los problemas que representaban un mayor riesgo para su estabilidad.

La valoración desarrollada a partir de los cuatro modos adaptativos de Roy permitió reconocer los cambios fisiológicos, las manifestaciones de ansiedad y la necesidad de acompañamiento durante el proceso de atención. Con base en estos hallazgos, se priorizaron tres diagnósticos de enfermería: riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz, riesgo de sangrado excesivo y ansiedad excesiva. A partir de su relación con las clasificaciones NANDA-I, NOC y NIC, se estructuró



un plan de cuidados que contempló el seguimiento neurológico y hemodinámico, la prevención de complicaciones hemorrágicas y el apoyo emocional para favorecer el afrontamiento de la paciente.

Por otra parte, los estudios científicos revisados permitieron reconocer la importancia de detectar oportunamente las complicaciones, mantener una vigilancia clínica constante y atender las necesidades psicológicas de las mujeres que presentan trastornos hipertensivos graves durante el embarazo. También mostraron la utilidad de incorporar fundamentos teóricos que ayuden a organizar los cuidados de acuerdo con las condiciones particulares de cada gestante. En este sentido, se considera que el modelo de adaptación de Callista Roy ofrece una base adecuada para orientar una atención de enfermería integral, individualizada y centrada en las necesidades de estas pacientes.

Referencias bibliográficas

- Adorno, M., Maher-Griffiths, C., & Grush, H. (2022). Síndrome HELLP. Clínicas de enfermería de cuidados intensivos de Norteamérica, 34(3), 4-6. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.04.009>
- Amar, S., Potter, B., Paradis, G., Lewin, A., Maniraho, A., Brousseau, É., & Auger, N. (2025). Resultados de la preeclampsia posparto: un estudio de cohorte retrospectivo de 1,3 millones de embarazos. BJOG, 132(6), 5-6. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.18030>
- Bisson, C., Dautel, S., Patel, E., Suresh, S., Dauer, P., & Rana, S. (2023). Fisiopatología de la preeclampsia y resultados adversos durante el embarazo y el posparto. Front. Med, 10(5), 4-5. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1144170>
- Cicek, E., & Karagozoglu, S. (2024). Cuidados de enfermería durante el embarazo basados en el modelo de adaptación de Roy: un estudio de caso. Revista del Instituto de Ciencias de la Salud , 9(1), 3. <https://doi.org/10.51754/cusbed.1377291>
- Coral-Almeida, M., Sánchez, M., Henríquez-Trujillo, A., Barriga-Burgos, M., Alarcón-Moyano, E., & Tejera, E. (2024). Consideraciones étnicas, geográficas y de altitud y mortalidad materna asociada al síndrome HELLP en Ecuador: un estudio de cohorte poblacional. BMC Embarazo y parto , 24(585), 4-5. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06778-4>
- Eid, J., Ma'ayeh, M., Post, S., Darin, C., Rentsch, S., Cackvic, M., Rood, K., & Constantine, M. (2024). Uso de monitorización cardíaca no invasiva para guiar la interrupción del sulfato de magnesio posparto en personas con preeclampsia con características graves. Hipertensión gestacional, 36(10), 4. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2024.101112>



- Ernawati, E., Akbar, M., Aryananda, R., Bachnas, M., Irwinda, R., Dewantiningrum, J., Bernolian, N., & Dekker, G. (2025). El síndrome HELLP como factor contribuyente importante a resultados maternos y neonatales adversos en mujeres con preeclampsia: hallazgos de un estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico. *BMC Embarazo y parto*, 25(1345), 3-4. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08600-1>
- Fawcett, J., Tulman, L., & Morgan, J. (2023). Adaptación a la maternidad de alto riesgo: ampliación de una teoría preliminar de situación específica con enfoque en la condición psicológica y el estado funcional. *AQUICHAN*, 23(2), 4. <https://doi.org/10.5294/aqui.2023.23.1.8>
- Gangi, F., Faramarzi, M., Bouzari, Z., Khafri, S., Bazgir, M., & Netadj, M. (2025). Malestar psicológico y resultados maternos en mujeres con preeclampsia: un estudio retrospectivo de casos y controles. *Representante de Ciencias de la Salud*, 8(8), 4-5. <https://doi.org/10.1002/hsr2.71133>
- Gardikioti, A., Venou, T.-M., Gavriilaki, E., Vetsiou, E., Mavrikou, L., Dinas, K., Daniilidis, A., & Vlachaki, E. (2022). Avances moleculares en la preeclampsia y el síndrome HELLP. *Revista Internacional de Ciencias Moleculares*, 23(7), 4-5. <https://doi.org/10.3390/ijms23073851>
- Giménez, Y., González, E., Fatjó, F., Mallorqui, A., Hernández, S., Arranz, A., & Figueras, F. (2025). Ansiedad y depresión durante el embarazo: impacto diferencial en casos complicados por preeclampsia y rotura prematura de membranas. *PLoS One*, 20(4), 3-5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302114>
- Li, B., & Yang, H. (2022). Comparación de las características clínicas y los resultados del embarazo en la preeclampsia de inicio temprano y tardío con síndrome HELLP: un estudio retrospectivo de 10 años de un hospital terciario y centro de referencia en China. *BMC Embarazo y parto*, 22(1), 5-6. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04466-9>
- Magee, L., Nicolaides, K., Dadelszen, P., & Phil, D. (2022). Preeclampsia. *N Engl J Med*, 386(19), 4-5. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2109523>
- Mi-Hyun, P., & Suk-Hee, A. (2023). Un modelo explicativo de la calidad de vida en mujeres embarazadas de alto riesgo en Corea: un modelo de ecuaciones estructurales. *Enfermería de Salud de la Mujer*, 29(4), 4-5. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2023.11.13.1>
- Mossayebi, M., Iyer, N., McLaren, Rodney, Moussa, H., Sibai, B., & Al-Kouatly, H. (2023). Síndrome HELLP antes de las 23 semanas de gestación: una revisión sistemática de la literatura. *American Journal of Obstetric Gynecology*, 229(5), 4-6. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.046>
- Muller, L.-M., Eveslag, M., Koster, H., Willy, K., Mollers, M., Schmitz, K., & Willy, D. (2024). El papel de la hipertensión en los resultados maternos de mujeres con síndrome HELLP:



un estudio retrospectivo de un centro obstétrico de tercer nivel. Ayuda para el parto Frauenheilkd, 84(7), 3-5. <https://doi.org/10.1055/a-2308-9698>

Pickler, L., De Lima, M., Frello, A., Whilhelm, L., Curcio, F., Guarda, D., Costa, R., & De Oliveira, I. (2024). Estrategias de adaptación para prepararse para el parto en el contexto de la pandemia: la teoría de Roy. Reverendo Bras Enferm, 77(3), 4-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0159>

Sat, S., & Yaman, S. (2023). Ensayo controlado aleatorio de una aplicación móvil de salud basada en el modelo de adaptación de Roy sobre la adaptación posparto. Residencia de enfermería, 72(3), 4-5. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000647>

Silva, M., Guimaraes, P., Costa, M., Surita, F., & Guida, J. (2025). Un régimen intravenoso de sulfato de magnesio de 12 horas versus 24 horas en mujeres posparto con preeclampsia: un ensayo clínico aleatorizado. Hipertensión gestacional, 42(101), 3-4. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2025.101391>

Silva, P., Viana de Resende, C., Da Silva, J., & Torreglosa, M. (2024). Cuidados de enfermería para mujeres con síndrome HELLP: una revisión exploratoria. Rev. esc. enferm, 58(10), 3-5. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0116en>

Sun, R., Zhu, X., Li, J., Zhang, T., & Lu, H. (2024). Una revisión de las guías de práctica clínica sobre el manejo de la preeclampsia y la inspiración para la enfermería. Revista Internacional de Ciencias de la Enfermería, 11(5), 4-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2024.10.010>

Torres-Torres, J., Espino-Y-Sosa, S., Martínez-Portilla, R., Borbora-Olivares, H., Estrada-Gutierrez, G., Acevedo-Gallegos, S., Ruiz-Ramirez, E., Velasco-Espin, M., Cerda-Flores, P., & Ramirez-Gonzalez, A. (2024). Una revisión narrativa sobre la fisiopatología de la preeclampsia. Revista Internacional de Ciencias Moleculares, 25(14), 6. <https://doi.org/10.3390/ijms25147569>.

Vatish, M., Powys, V., & Cerdeira, A. (2023). Nuevos enfoques terapéuticos y diagnósticos para la preeclampsia. Current Opinion in Nephrology & Hypertension, 32(2), 5-7. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000870>

Contribuciones de los autores

Kevin Adrian Ramirez Sarango¹: conceptualización, supervisión, validación científica, revisión crítica, edición final, gestión del proyecto.

Jaeline Arleth Macías Escobar²: metodología, búsqueda bibliográfica, análisis del caso y redacción del borrador.



Jayro Fernando Cuenca Macas³: búsqueda bibliográfica, organización de la evidencia, redacción del borrador.

Karen Daniela Flores Encarnación⁴: curación de información, edición académica, redacción del borrado.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés