



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA ALA UNAM

CLAVE 8715/12

TITULO:

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA LA ATENCION A LA MUJER
CON PREECLAMPSIA”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

GUADALUPE ESTEFANIA MATA MARTINEZ

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA ALA UNAM

CLAVE 8715/12

TITULO:

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO PARA LA ATENCION A LA MUJER CON
PREECLAMPSIA”

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

GUADALUPE ESTEFANIA MATA MARTINEZ

Tutora:

ME Y AS. RITA GUADALUPE MARTÍNEZ ROCHA

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021



ESCUELA DE ENFERMERIA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
INCORPORADA ALA UNAM

CLAVE 8715/12

CARTA DE ACEPTACIÓN DEFINITIVA DEL PROCESO CUIDADO ENFERMERO
PARA LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

Los suscritos miembros del proceso de titulación de:

GUADALUPE ESTEFANÍA MATA MARTÍNEZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo

“Proceso cuidado enfermero a la atención a la mujer con preclamsia”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea
sustentado en examen de grado de licenciatura en enfermería

ME y AS. Rita de Gpe. Martínez Rocha
Tutora y vocal

ME y AS. Clara E. Infante Granja
Presidenta

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretaria

San Luis Potosí, S.L.P. a Noviembre del 2021

I.-ÍNDICE

II. Introducción:	4
III. Justificación:	6
IV. Objetivos	7
4.1.-Objetivo general:.....	7
4.2.- Objetivos Específicos:	7
V.-Marco Teórico	8
5.1 ENFERMERIA COMO PROFESION DISCIPLINARIA	8
5.1.1 Antecedentes históricos	8
5.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	16
5.4 ETAPAS QUE CONSTITUYEN EL PAE	19
5.4.1 ETAPA DE VALORACIÓN.....	19
5.4.2 EL DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	26
5.4.3 ETAPA PLANEACION	29
5.5.4 ETAPA DE EJECUCIÓN	33
5.5.5 ETAPA DE EVALUACIÓN	38
5.5.6 PREECLAMPSIA:.....	39
5.5.7.- Diagnóstico y tratamiento	43
5.5.8.- El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera:	48
5.5.9.- Elementos fundamentales del modelo utilizado	48
VI.-CASO CLÍNICO	53
6.1 VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	54
6.2 PLAN DE CUIDADOS.....	60
VII.PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA.....	71
VIII.- CONCLUSIONES	72
Referencias Bibliográficas:	73
Glosario de términos:.....	80
ANEXOS	

DEDICATORIA

Quiero empezar agradeciendo a mi Dios por permitirme llegar a concluir una etapa tan importante en mi trayecto de vida dándome fuerza y sabiduría para poder ejercer mi profesión de enfermera con amor.

A mi mama y mis hermanos, por brindarme todo su apoyo en lo que necesito, guiarme en todo momento e inspirarme a no darme por vencida y siempre dar lo mejor de mí.

Mi abuelita que en el trascurso de mi carrera siempre estaba para mí, por su sabiduría, y consejos que me brinda.

A mi tutora por la paciencia y el apoyo en el trascurso de mi proceso de titulación gracias por compartir sus conocimientos y enseñarme de la mejor manera.

Gracias.

RESUMEN

Introducción: La optimización de la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos representa un paso necesario para el cumplimiento de los ODM (objetivos de desarrollo del milenio). La OMS ha formulado las presentes recomendaciones presentes basadas en datos de investigación con miras a promover las mejores prácticas clínicas posibles para el tratamiento de la preeclampsia y sus complicaciones. **Objetivo:** Desarrollar un proceso cuidado enfermero individualizado, que proporcione soportes necesarios actualizados para un control potencial en la mujer gestante con problemas preeclampsia. **Metodología:** Se realizó una amplia revisión bibliográfica que incluyó sitios oficiales de internet, libros y artículos de investigación sobre el tema de estudio; como marco referencial para la aplicación del proceso cuidado enfermero a una paciente con preeclampsia empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC y el modelo teórico de Virginia Henderson. **Resultados:** El desarrollo del proceso cuidado enfermero favoreció los aspectos de educación y promoción de la salud y la satisfacción de necesidades prioritarias en la mujer con preeclampsia. **Conclusiones:** El modelo de Henderson aplicado a la mujer embarazada con preeclampsia permite visibilizar las necesidades esenciales que deben ser cubiertas así como la identificación de riesgos. **Palabras clave:** Preeclampsia, enfermedad hipertensiva del embarazo, proceso cuidado enfermero, enfermería.

II. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materno-fetal, constituye un gran problema de salud pública a nivel mundial, lo que ocasiona gran inquietud para los gobiernos, las instituciones de salud y la sociedad. Teniendo a los trastornos hipertensivos como una de las más grandes causas de morbimortalidad materno-fetal, por los efectos y las consecuencias que ocasiona a nivel del sistema central, con disfunción de órganos blancos como cerebro, corazón, riñón, hígado al igual que en sistema de coagulación (Secretaria de salud,2007).

De acuerdo con la guía de práctica clínica (GPC) un desorden hipertensivo, se diagnostica cuando las cifras tensionales están por encima de 140/90mm de Hg, después de la semana 20 de gestación, en paciente previamente normotensa, sin proteinuria (IMSS, 2017).

A escala mundial, cada año, los desórdenes hipertensivos durante el embarazo representan 50,000 muertes maternas y 900,000 perinatales, además de constituir una predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares en el futuro, y de que los hijos puedan padecer hipertensión arterial (HTA) en edades tempranas, así como síndrome metabólico (IMSS, 2017).

En América Latina, la cuarta parte de las defunciones maternas se relacionan con los trastornos hipertensivos, la mayoría de las muertes materno- fetal se pueden evitar prestando una atención oportuna y eficaz a las mujeres en gestación desde su primeras cita de control prenatal o que pueden llegar a presentar alguna complicación en su periodo gestacional o posparto. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

En México, la muerte por preeclampsia se ha incrementado de 22 a 33%, por lo que aún es considerada la primera causa de muerte materna de nuestro país (Torres,Vega, Vinalay, Cortza y Alfonso; 2018).

En el estudio efectuado en un hospital de San Luis Potosí se presentaron uno o más criterios de morbilidad materna extrema en 362 pacientes, que corresponde a una prevalencia de morbilidad materna extrema de 7.7%. Destacando una razón de morbilidad

materna extrema calculada de 77.1 por cada 1000 recién nacidos vivos, de las cuales el 17% de las pacientes ingresó a cuidados intensivos para su atención (Esparza, Toro, Herrera, Olivo y Fernández 2018).

Los desórdenes hipertensivos están asociados con severas complicaciones maternas y contribuyen a la mortalidad materna. Así mismo, incrementan la presencia de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino, bajo peso para edad gestacional y muerte perinatal. Se estima que su incidencia es de 5 a 10% (Esparza, Toro, Herrera, Olivo y Fernández 2018).

El estudio de García y colaboradores (2018) llevado a cabo en México, identificó como principales factores asociados a la preeclampsia el ser primigestas, antecedentes de hipertensión familiar o como enfermedad de base y diabetes. Al respecto Esparza y colaboradores (2018) destaca otros factores tales como el incremento global de la edad materna, la obesidad, la tecnología de reproducción asistida, y las comorbilidades médicas.

Mención aparte merecen los factores de riesgo psicosocial asociados a este problema de salud pública como son el nivel socioeconómico bajo, la baja escolaridad, la violencia y el alcoholismo, elevan las posibilidades de que las mujeres presenten preeclampsia y depresión postparto (Torres, Vega, Vinalay, Cortza y Alfonso; 2018).

El proceso cuidado enfermero, guía los principios fundamentales de la enfermera en el ámbito profesional que permite organizar la asistencia, privilegiando la individualidad y la calidad de los cuidados de enfermería.

El presente documento tiene como finalidad desarrollar un proceso cuidado enfermero dirigido a la mujer con enfermedad hipertensiva del embarazo a partir de un caso clínico empleando la taxonomía NANDA-NIC-NOC y mediante la aplicación del modelo de Virginia Henderson. La propuesta anterior es viable puesto que se cuenta con los recursos, tiempo, conocimientos y habilidades para su desarrollo.

III. Justificación:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala, que la Salud Materna es inaceptable y altamente prevenible; es por ello que dentro de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) se plantea la reducción de la razón regional de mortalidad materna en todos los grupos poblacionales, incluidos aquellos con mayor riesgo de muerte materna como las adolescentes, las mujeres mayores de 35 años y las mujeres indígenas.

El Programa Sectorial de Salud 2019-2024 integra en sus políticas el fomento al acceso de las mujeres a los servicios de salud, bajo un enfoque integral más allá de la salud sexual y reproductiva y sensible a las particularidades de su ciclo de vida. Así como prevenir padecimientos que predominan y afectan a las mujeres, a través de la coordinación interinstitucional y un modelo integral, bajo un enfoque multicultural y territorial.

Por ello resulta fundamental ampliar en el conocimiento de los factores de riesgo asociados a la preeclampsia, así como las acciones de promoción, detección y atención oportuna, toda vez que la vigilancia y el manejo estandarizado de la Preeclampsia se asocian como una disminución del riesgo materno.

En ese sentido, es también, de particular importancia integrar al cuidado de enfermería un sustento filosófico, para un mayor desarrollo de la práctica y la sistematización del cuidado. Por ello el presente trabajo aborda el modelo de Virginia Henderson en la atención a la mujer con preeclampsia. La propuesta anterior es viable puesto que se cuenta con los recursos, tiempo, conocimientos y habilidades para su desarrollo.

IV. OBJETIVOS

4.1.-Objetivo general:

Aplicar el proceso cuidado enfermero a una mujer gestante que cursa con preeclampsia a partir de un caso clínico a fin de proporcionar cuidados individualizados con calidad y humanismo.

4.2.- Objetivos Específicos:

- Aplicar el pensamiento crítico en todo el proceso de atención.
- Integrar los conceptos del modelo de Virginia Henderson durante la atención proporcionada a la paciente que cursa con preeclampsia.
- Desarrollar un plan de alta que ayude a potenciar la salud de la paciente con preeclampsia.
- Realizar una amplia revisión de la literatura acerca del cuidado en enfermería y las características generales de la preeclampsia.

V.-MARCO TEÓRICO

5.1 Enfermería como profesión disciplinaria

5.1.1 Antecedentes históricos

La enfermería ha recorrido numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, como disciplina y como profesión donde tiene como sujeto de atención al hombre, la familia ya la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidado de salud son y fueron influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Ponti, 2016).

A través de los años, enfermería ha evolucionado y cambiado conceptos, definiciones donde se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas subordinadas a la medicina, como un servicio humano amplio, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital.

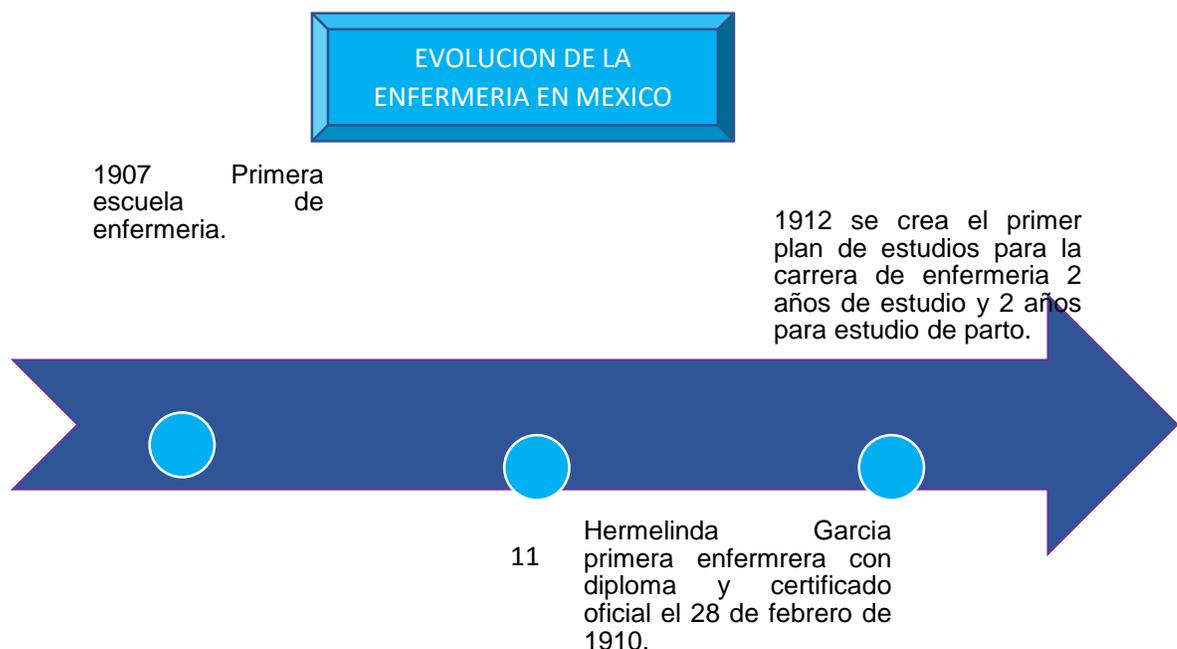
A continuación, se señalan algunos mitos que marcaron el desarrollo de la enfermería como profesión:

- ✓ **Prehistoria:** Etapa en la que el hombre vivía agrupado como únicos mecanismos de defensa ante las adversidades del medio y se dedicaba principalmente a la caza y se reconocían como hechicero o bruja mediante ritos mágicos.
- ✓ **Edad media baja (siglos XI-XV):** Caballeros de la orden de San Juan de Jerusalén, caballeros teutónicos, órdenes religiosas franciscana y otras figuras como parteras, y sus métodos para tratar la enfermedad eran remedios creenciales mediante reliquias, exorcismos y remedios empíricos como enemas, ungüentos. Y mediante la medicina técnica se realizaba disección de cadáveres para estudio de anatomía.

- ✓ **Edad media alta:** Mujeres feudales, monjes-sacerdote, médico, médicos islámicos barberos, sangradores cirujanos, matronas y comadres y sus remedios eran creenciales mediante obras de caridad, remedios empíricos y medicina técnica.
- ✓ **Mundo contemporáneo (siglo XIX):** Figuras domésticas, médico de cabecera, comadrona, y la organización de cruz roja internacional y consejo internacional de enfermería. Y sus remedios eran caseros, brebajes, purgas, medicina artesanal como aplicación de ventosas, ungüentos, y consejos dietéticos e higiénicos. Y como medicina experimental búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad
- ✓ **Enfermería siglo XX:** Cirujanos-sangradores, ministrantes, practicantes, matronas y parteras, enfermeras auxiliares de clínica, técnicos sanitarios. Y sus métodos son mediante auge de la medicina científica, gran desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas protagonismo de la cirugía (Martinez y Chamorro, 2016)

En el caso de México, la figura No. 3 resume la evolución de la profesión:

Figura No. 3



1968 Aparece publicada la creación de la licenciatura en enfermería y obstetricia.

En 2002 se crea el plan de estudios del programa de maestría en enfermería.



En 1997 se inician los estudios de posgrado.

Fuente: Torres y zambrano , 2010.

Como parte histórica del pensamiento se crean modelos teóricos, ente los que destacan:

Florence Nightingale; 1820-1910 “Teoría del entorno” considerada la primera teórica de enfermería y donde creo cinco puntos esenciales para asegurar la salubridad aire, agua, desagües eficaces, limpieza y luz. (Amaro, 2004)

Virginia Henderson 1897-1996 consideraba al apaciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. En su teoría de las 14 necesidades, es ayudar a la persona enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, o a una muerte tranquila (Marriner y Raile, 2006)

Dorotea Orem; 1914-2007 presenta su teoría de déficit autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí., teoría del autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (Naranjo, concepción y Rodríguez, 2017).

Dorothy Jonson; 1919-1988 Modelo de sistemas conductuales de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés (Ventura, 2011).

Sor Calixta Roy; 1939 Modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno, ayuda a una prioridad a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación. Entre otras (Montaño, 2018).

A medida que las enfermeras entraron a las escuelas en gran número durante la última mitad del siglo XX empezó a llevarse a cabo el objetivo de desarrollar un conocimiento como base para la práctica enfermera y como se ha mencionado anteriormente, la enfermería ha pasado a través de etapas de desarrollo gradual donde las líderes enfermeras presentaron varias perspectivas diferentes para el desarrollo de la ciencia enfermera (Marriner y Raile, 2006).

La enfermería como una disciplina profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la disciplina (Barrera, 2004).

Desde finales del siglo XVIII y hasta mediados del siglo pasado, varias teorías han reconocido que los conceptos de cuidado persona salud y entorno y explícitamente son los que clasifican y constituyen el núcleo del campo de los cuidados de enfermería. Estos conceptos permiten precisar la importancia de su interrelación, y son las formas de concebir un cuidado que exprese la respuesta a las necesidades convenientes en materia de salud de las personas, familias y comunidades.

Al asegurar una respuesta óptima a las necesidades cambiantes, requiere del dominio de un saber y de competencias específicas desde la formación del recurso humano en enfermería para que al incorporarse al mercado laboral ofrezca un cuidado de calidad presentado en principios universales de los saberes como son el saber ser que incluye valores, actitudes, creencias, convicciones; el saber hacer que está sustentado por habilidades relacionales y técnicas.

Estos saberes convergen hacia la competencia necesaria para el cuidado que refuerza y transforma al otro.

El campo de la enfermería es el cuidado que permite a la persona dominar los acontecimientos ligados a su experiencia de salud y mejorar su bienestar. El valor

óptimo del cuidado de enfermería se mide por el poder que reciben los estudiantes, a través de una sólida formación con un enfoque crítico, capaz de asumir diversos roles de un sistema de salud cambiante y para un liderazgo que le permita participar en las decisiones en materia de salud.

Desde esta óptica, los estudiantes se inician en la importancia primordial de la interdependencia y de la complementariedad de las diferentes profesiones del área de la salud, de las áreas sociales y de las humanísticas que les permiten contar con herramientas para fundamentar su quehacer y anticiparse a los cambios para la toma de decisiones en equipo con un alto sentido de reflexión sobre las bases conceptuales que se desea para la práctica disciplinaria en las áreas asistencial, docente, administrativa y de investigación.

La enseñanza de la enfermera se centra en las 4 funciones básicas de la profesión.

- ✓ **La función asistencial** se refiere a la atención humanizada, sistemática y de alta calidad para promover la salud, proteger de enfermedades y participar en la terapéutica requerida a través de la aplicación de modelos teóricos, técnicas y procedimientos generales o específicos de enfermería.
- ✓ **La función docente** corresponde a la transmisión del conocimiento en la formación profesional de recursos humanos en enfermería, en la educación para la salud en la capacitación y en la educación continua, basada en necesidades factores de riesgo e integración docencia-servicio.
- ✓ **La función administrativa** abarca acciones específicas basadas en teorías y metodología de la administración aplicada al servicio de enfermería, para mejorar la atención al individuo, familia y comunidad.
- ✓ **La función de investigación** coadyuva a la ampliación del conocimiento mediante la aplicación de teorías y metodologías correspondientes, con base en diagnósticos de diversos aspectos en salud que conlleven a la

elaboración de proyectos para mejorar la atención dentro de la enfermería (Barrera, 2004).

Tales cuidados deben ser realizados con responsabilidad profesional científica, ética y humanística para con las personas, con la práctica, con la profesión y con otros profesionales; con responsabilidad moral basada en la reflexión sobre valores para crear una conciencia ética; con responsabilidad jurídica para determinar algunas acciones que conllevan aspectos legales en la profesión y con responsabilidad civil dado que como ciudadano tiene derechos y obligaciones. Dicha responsabilidad le permite ubicar al usuario o paciente en un contexto asistencial, técnico, ético, legal y profesional.

Por tanto, el personal de enfermería debe ser preparado en instituciones educativas oficialmente autorizadas para formar profesionales competentes, dotadas de sentido social y conciencia nacional para atender las necesidades y problemas de salud en el país.

5.2 El cuidado como objeto de estudio

Referente a el cuidado es un acto ontológico que se origina en la naturaleza misma de los seres vivos pero que se legitima en el mundo de los actos; el cuidado tiene un papel relevante en la existencia humana, por tanto, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería tiene un fundamento más allá del ejercicio profesional que busca llegar al mejor ser y vivir de cada persona (Vélez, Vanegas y Hoover, 2011). El cuidado tiene su origen en el sujeto mismo, pero no solo como instinto sino como reconocimiento de la propia existencia; entre más se conoce el sujeto más grande es su actitud de cuidado, el cuidado como objeto de estudio de la enfermería busca profundizar en mejorar la calidad de vida de cada persona, más allá del ejercicio profesional (Vélez y Vanegas, 2011).

La enfermería ha desarrollado su función como lo ha hecho la medicina. La enfermería ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie

humana siempre han estado presentes personas con dificultades para satisfacer sus necesidades esenciales existiendo la necesidad de cuidar de ellas. Se han tratado cuatro conceptos metaparadigmáticos que están presentes en todas las teorías y modelos conceptuales: persona, entorno, salud y el cuidado (Benavent, et al.2002).

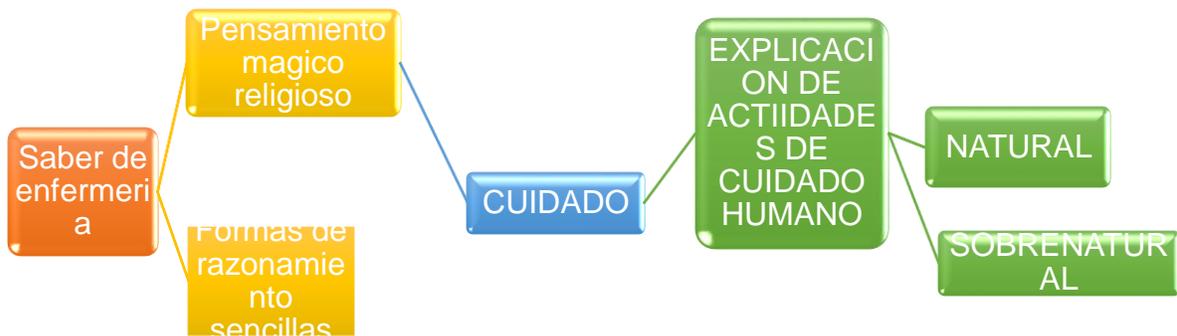
El cuidado de los pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos, con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, un conjunto de necesidades para la persona (individuo, familia, grupo y comunidad), vive experiencias de salud. (Jiménez,1998). En este énfasis el cuidado no tiene un concepto único, ni homogéneo, se encuentra una tendencia hacia una acción encaminada hacia la recuperación del estado de bienestar mediante la planificación y evaluación de actividades. Aunque se reconoce el cuidado como propio de la profesión, la tendencia encontrada no muestra la fuerza teórica que reporta el estudio realizado por Morse y Col, en el cual identifican el cuidado, como imperativo moral, como rasgo humano, como afecto y como interacción; más bien se resalta la intervención terapéutica, por cuanto hace énfasis en la resolución de situación patológica identificada en la persona enferma (Ben,1994).

Este requiere ser utilizado como hilo integrador entre la teoría, la práctica y la investigación, con el objeto de fortalecer y engrandecer el conocimiento de la enfermería fundamentado en el cuidado. Es necesario dar un significado de la disciplina profesional de enfermería que requiere de:

- Generación y creación de conocimientos propios para resolver los problemas de la práctica profesional de enfermería.
- Validación y replanteamiento de los conocimientos disciplinares.
- Generación y validación de teorías de tipo descriptivo y prescriptivo.
- Realización de investigación científica.
- Cualificación de la práctica en enfermería.

La práctica es la expresión de las teorías y de cómo las enfermeras utilizamos el conocimiento, las figuras 1 y 2 esquematizan los antecedentes del conocimiento en enfermería y el desarrollo actual.

Figura 1. Conocimiento de la enfermería



Fuente: Riveros H. y Rosas ,1982



5.3 El proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería se define como “el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” (Reyna, 2010).

Es un método flexible adaptable y aplicable en todas las situaciones en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica, incluye la identificación de signos y síntomas para integrar su valoración, el diagnóstico de problemas y necesidades, la planificación y la administración de los cuidados, así como la evaluación de los resultados (Gayosso, 2019).

El proceso cuidado enfermero es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de enfermería.

De esta forma, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuesta.

Antecedentes:

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955); por su parte

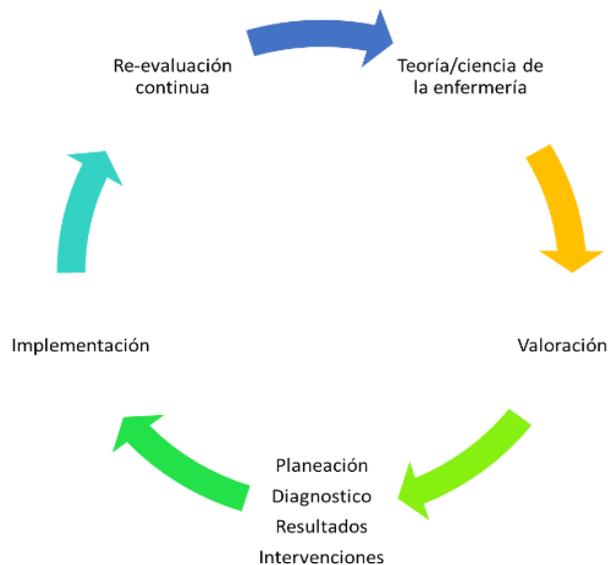
Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas que incluían valoración, planeación y ejecución. (Potter, 2013)

En 1967 Yura y Walsh, establecen cuatro etapas al integrar la evaluación; entre 1974 y 1976 Bloch, Roy y Aspinall y algunas otras autoras más, establecieron las cinco etapas al añadir la etapa diagnóstica para 1992.

En 1993 la Asociación Norteamericana de Enfermería (NANDA) desarrolla la clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) y los criterios de resultado (NOC) antes denominados objetivos; para el año 2005 presenta la taxonomía diagnóstica NANDA-I y a partir de entonces se actualiza dicha clasificación cada dos años.

En la taxonomía 2018-2020 destaca un modelo de proceso de cuidado enfermero modificado propuesto por Hermann en 2013 en el cual se integra la teoría en enfermería, además integra en la etapa de planeación el diagnóstico, los resultados y las intervenciones, y propone una re-evaluación continua como se indica la siguiente figura:

Figura No. 2 Proceso cuidado enfermero



Fuente: NANDA 2018, adaptado por Hermann 2013

Objetivos del proceso cuidado enfermero

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE: Es una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades:

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje).
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valora).

Las ventajas:

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo. Crecimiento profesional.

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

5.4 Etapas que constituyen el PAE

5.4.1 Etapa de valoración

La valoración es la considerada como la piedra angular del PAE. Permite reunir la información necesaria que permitirá formular el problema (Diagnostico), y a partir de éste proponer (Planificar) y llevar a cabo las intervenciones encaminadas a un logro (Objetivo), y luego proceder a la (Evaluación). El proceso de atención de

enfermería es por tanto la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería (Ministerio de salud pública y bienestar social 2013).

Objetivo de la valoración de enfermería

La valoración se define como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información, que permite determinar la situación de salud, y la respuesta que las personas dan a ésta. La valoración enfermera es útil en la planificación de cuidados a la persona, a la familia y/o a la comunidad, y no solamente en situación de enfermedad (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

El propósito de la valoración de la enfermera es “captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención”.

Rellenar instrumentos u hojas de valoración de enfermería, por muy completos que estos sean, no es realmente valorar si la enfermera que los cumplimenta, además de poseer los conocimientos y las habilidades precisas para ello, está concienciada de la necesidad y validez de la acción que está realizando. La valoración de enfermería es un acto responsable y revestido de una enorme importancia y de la que dependerá el éxito de nuestro trabajo, cuyo propósito es conseguir el bienestar de las personas objetos y sujetos de nuestra intervención (Alfaro R, 1996).

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Fases de la valoración de enfermería

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras

pruebas diagnósticas). Para recolectar la información se utilizan métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.

3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática, registrando los datos objetivos y subjetivos, y empleando técnicas de valoración directa e indirecta.

4. Analizar los datos obtenidos.

Existen diversos tipos de datos:

Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

Datos históricos-antecedentes: Aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería (Alfaro R, 1996).

Los métodos para la valoración son la primera herramienta que debe utilizarse para valorar a todo tipo de personas sanas o enfermas, en el ámbito público o privado, en la práctica institucional, privada o independiente, en clínicas, consultorios, y en todos los escenarios del ámbito ambulatorio y hospitalario.

Sin duda, esta primera etapa del proceso de atención de enfermería es necesaria llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería a través del desarrollo del plan de cuidados estandarizado (PLACE), y la aplicación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en enfermería (GPCE), que dicho

sea de paso es el resultado del desarrollo de la enfermería basada en la evidencia (EBE), convertida en práctica basada en la evidencia (PBE).

Existen diversos modelos de valoración:

Criterios de valoración siguiendo un orden céfalo-caudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.

Criterios de valoración por aparatos y sistemas: se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por patrones funcionales de salud: Este método es un método propio de la profesión, el sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 cumple todos los requisitos necesarios para la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero (Alfaro R; 1996).

Fig. Métodos de valoración

Patrones funcionales de salud	Aparatos y sistemas	Céfalo caudal
1. Manejo percepción de la salud. 2. Nutricional metabólico 3. Eliminación 4. Actividad-ejercicio 5. Reposo-sueño 6. Cognitivo perceptual 7. Autopercepción-auto concepto 8. Rol-relaciones 9. Sexualidad-reproducción 10. Afrontamiento-tolerancia al estrés 11. Valores-creencias	Secuencia lógica de preguntas relacionadas con las principales regiones anatómicas del cuerpo: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular • Respiratorio • Gastrointestinal • Neurológico • Genitourinario • Musculo esquelético • Piel y mucosas • Miembros inferiores y superiores. 	Orden lógico de cabeza a pies: <ul style="list-style-type: none"> • Piel, pelo y uñas • Cabeza • Ojos • Oídos • Boca y garganta • Tórax y pulmones • Corazón y vasos • Tracto gastrointestinal • Aparato genitourinario • Musculo esquelético • Neurológico • Miembros inferiores y superiores.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.

De la valoración de los patrones funcionales se obtiene una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica ó informes de otros profesionales. Se deben evitar las connotaciones morales (bueno- malo), hacer presunciones, interpretar subjetivamente o cometer errores a la hora de emitir un resultado de patrón (Álvarez, Castillo, Fernández y Muñoz, 2010).

Los patrones son los siguientes:

Patrón 1 Percepción de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Patrón 2 Nutricional – metabólico: Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación: Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio: Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso: Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptivo: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autopercepción – autoconcepto: Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones: Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción: Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Tolerancia al estrés: Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y / o religiosas que influyen en la adopción de decisiones (Alfaro R; 1996).

5.4.2 El diagnóstico de enfermería

El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas, es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso deliberado sistemático de recogida de datos y análisis. Proporciona la base de las prescripciones para la terapia definitiva, (NANDA) Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas (NANDA. 2018).

Una taxonomía se define como una «clasificación: clasificación especialmente ordenada de plantas y animales según sus supuestas relaciones naturales»; la palabra deriva de la raíz 'taxón', «el nombre que se aplica a un grupo taxonómico en un sistema formal de nomenclatura» (Merriam-Webster, 2009). Podemos adaptar esta definición para una taxonomía de diagnósticos enfermeros; específicamente nos interesa la clasificación ordenada de los núcleos diagnósticos que sean de interés para la enfermería, según sus supuestas relaciones naturales. Los diagnósticos de NANDA-I se construyen mediante un sistema multiaxial.

El sistema consiste en ejes cuyos componentes se combinan para conseguir que los diagnósticos sean sustancialmente iguales en forma y en coherencia con el modelo.

Un eje, para el propósito de la Taxonomía de NANDA-I, está definido operacionalmente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Hay siete ejes. El modelo de diagnóstico enfermero NANDA-I muestra los siete ejes y la relación entre ellos (NANDA, 2018).

El orden y algunas de las etiquetas y definiciones se cambiaron después de la versión 2005-2006 para adecuarse al International Standards Reference Model for a Nursing Diagnosis:

Eje 1: Núcleo diagnóstico.

Eje 2: Sujeto del diagnóstico (persona, familia, grupo, comunidad).

Eje 3: Juicio (deteriorado, ineficaz, etc.).

Eje 4: Localización (vejiga, auditivo, cerebral, etc.).

Eje 5: Edad (bebé, niño, adulto, etc.).

Eje 6: Tiempo (crónico, agudo, intermitente, etc.).

Eje 7: Estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción de salud, etc.).

Entre las ventajas del uso de la Taxonomía, están:

- El uso de un lenguaje común
- La implantación del PAE (Proceso de Atención de Enfermería) como método de trabajo
- La participación dinámica dentro de los diferentes equipos de salud

Antecedentes históricos de los diagnósticos de enfermería

El término diagnóstico de enfermería fue introducido en 1953 por Vera Fry, para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. Esta autora afirmaba que... una vez que las necesidades del paciente son identificadas, pasamos al siguiente apartado: formular un diagnóstico de enfermería.

Años más tarde, Johnson, Abdellah y otras autoras escriben y definen el diagnóstico de enfermería entendido como una función independiente. Durante los años 60, en Estados Unidos, se producen continuos debates sobre el uso del término (diagnóstico de enfermería), sin embargo, gran número de enfermeras continuaban utilizándolo.

Paralelamente se desarrollaban numerosos trabajos de investigación multidisciplinaria, lo que representó un aumento de conocimientos con respecto al tema, que fundamentaron e impulsaron de forma definitiva su expansión en el uso del diagnóstico de enfermería. En la década de los 70, la American Nursing Association (ANA), reconoce oficialmente los diagnósticos de enfermería, ya que los incluyen los estándares de la práctica de enfermería (Avalos E.; S.F).

Este hecho configura el diagnóstico de enfermería como una parte del proceso de atención, dando legalidad a su utilización en las actividades independientes de enfermería. Con este fin, deciden elaborar un sistema de clasificación que permita la identificación, el acuerdo y el uso sistemático de los diagnósticos de enfermería entre las enfermeras del país.

En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas. (Silé V) (S.F)

Diagnóstico como proceso

La creación de un diagnóstico de enfermería pasa por una serie de etapas:

- Recolección de datos: recogida de datos estadísticos relevantes para desarrollar un diagnóstico.
- Detección de señales/ patrones: cambios en el estado físico (ej. Gasto urinario disminuido)
- Establecimiento de hipótesis: alternativas posibles que podrían haber causado señales o patrones previos.

- Validación: pasos necesarios para desestimar otras hipótesis y simplificar en un solo problema.
- Diagnóstico: decisión sobre el problema basado en la validación (Doenges M. 2014).

Tipos de diagnostico

El sistema de diagnósticos de enfermería de NANDA-Internacional 2018-2020 nos brinda las siguientes categorías.

•**Diagnóstico enfocado en el problema:** Un juicio clínico con respecto a una respuesta humana indeseable a una condición de salud/proceso de vida que existe en un individuo, familia, grupo o comunidad, se estructura con etiqueta diagnostica, características definitorias y factores relacionados.

•**Diagnóstico de riesgo:** Un juicio clínico sobre la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana no deseada a las condiciones de salud/procesos de vida, se compone de etiqueta diagnostica y factor de riesgo.

•**Diagnóstico de promoción de la salud:** Un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud, está compuesto por etiqueta diagnostica y características definitorias (Heather T. 2018).

•**Diagnóstico de Síndrome:** Es un juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos que aparecen de manera conjunta, la mejor forma para ser tratados es conjuntamente, a través de intervenciones similares. Se estructura con etiqueta diagnostica, características definitorias y factores relacionados. Ejemplo síndrome del dolor crónico

.

Enunciado diagnóstico y sus componentes

Etiqueta diagnóstica: Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo el núcleo diagnóstico (El Eje 1 y el juicio de enfermería (Eje 3), es un término o frase concisa que representa un patrón de señales relacionadas.

Características definitorias: Son señales/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico (por ejemplo, signos o síntomas). Una evaluación que identifica la presencia de una serie de características definitorias presta apoyo a la precisión del diagnóstico enfermero. Los factores relacionados son un componente integral de todos los diagnósticos de enfermería enfocados en el problema.

Factores relacionados: Son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero (por ejemplo, causa, factor contribuyente). Una revisión del historial del cliente a menudo ayuda a identificar factores relacionados. Siempre que sea posible, las intervenciones de enfermería deben dirigirse a estos factores etiológicos para eliminar la causa subyacente del diagnóstico enfermero.

Factores de riesgo: Son influencias que aumentan la susceptibilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad ante un evento no saludable (por ejemplo, ambiental, psicológico, genético).

En la versión de la NANDA 2018-2020 se incluyen dos categorías que conforman el diagnóstico enfermero, las cuales aparecían en ediciones pasadas como parte de los factores de riesgo o relacionados; sin embargo tales factores no son modificables por las intervenciones enfermeras, por lo que sólo se integran como parte de los componentes para orientar a la enfermera a la identificación del diagnóstico. Tales categorías son:

Población en riesgo: Son los grupos de individuos que comparten ciertas características, que les hace más susceptibles a dicho diagnóstico.

Condiciones asociadas: Son diagnósticos médicos que no son modificables de manera independiente por la enfermera y que están asociados al diagnóstico.

Gordon estableció el formato P.E.S., acrónimo cuyas siglas corresponden a:

P = Problema: «en relación con...» o «relacionado con...»

E = Etiología: «manifestado por...»

S = Signos y síntomas.

El diagnóstico se identifica claramente con la formulación de hipótesis que precisan ser contrastadas en una etapa posterior. (Rubiano Y) (S.F)

La taxonomía tiene tres niveles:

- DOMINOS (13), es una esfera de actividad estudio o interés, ejemplo, promoción de la salud, actividad/reposo, sexualidad.
- CLASES (47), subdivisión de un grupo mayor
- DIAGNOSTICOS (172), el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad, o problemas de salud, reales o potenciales. (Carrillo G) (S.F).

Factores que influyen para elaborar un diagnóstico:

- Habilidad para reunir datos
- Conocimientos teóricos
- Experiencia
- Intuición
- Capacidad intelectual
- Filosofía personal y marco conceptual (Doenges M. 2014)

5.4.3 Etapa planeación

La planeación enmarca como el fortalecimiento de los principios éticos profesionales puede ser parte esencial en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud, lo que requerirá de formas propias en su organización, ejecución y control. Debe tomarse en cuenta que existen aspectos normativos o reguladores que contribuyen al control, lo que hace que se cumplan las leyes, que funcione adecuadamente lo administrativo, y que se organice el proceso de acuerdo a lo establecido y desde lo académico. (Reina, C 2010).

Pero otros aspectos requieren un tratamiento cualitativo, como el impacto que puede producir la aplicación de estos principios por parte del personal de enfermería en la atención a los pacientes, a sus familiares, a sus compañeros de trabajo, lo que producirá satisfacciones recíprocas (Reina, C 2010).

Una vez que se ha concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero el cual se desarrolla como la tercera etapa que complementa el proceso cuidado enfermero, esta consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente: enfermera/paciente conducentes a prevenir reducir, controlar corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. (UNAM,2020).

Se trata de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una persona, familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. (UNAM,2020).

Planteamiento de los objetivos

Esto es, determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

Elaboración de las actuaciones de enfermería

Esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo. (UNAM, 2020).

Tipo de planeación dependiendo la etiqueta diagnóstica

Para un diagnóstico de enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un diagnóstico de enfermería de alto riesgo, las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un diagnóstico de enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los

cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta (UNAM, 2020).

Los indicadores son instrumentos de medición de calidad que deben ir relacionados y dirigidos a la consecución de los objetivos y resultados que cada organización haya planificado para sus procesos con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de enfermería, definiendo criterios que se traduzcan en herramientas, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.(Hernández.V, 2014).

La clasificación de resultados de enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones de enfermería. Caracterizando el estado del paciente, la familia o la comunidad en el nivel concreto. Algunos ejemplos de indicadores son: Utiliza estrategias para potenciar la salud, mantiene las rutinas familiares habituales e Ingesta adecuada de líquidos. (Connect.E, 2020)

Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones, facilitando la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente. (Connect.E, 2020)

La actual clasificación de resultados de enfermería_(NOC), representa el proceso enfermero el cual se ha ampliado a seis fases: **valoración, diagnóstico, identificación de resultados, planificación, ejecución y evaluación** Sobre estas líneas, compartimos el modelo que se centró en el conocimiento de enfermería y la toma de decisiones clínicas como el marco para que las enfermeras elijan diagnósticos, intervenciones y resultados para un paciente. (Moorhead,N,2018)

La taxonomía NOC se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Este lenguaje incluye

resultados esperados, indicadores y escalas de medición tiene cinco niveles de los cuales se clasifican en la 4ta edición de esta manera:

7-Dominios, 31-Clases ,385- Resultados, indicadores de resultados y escala de medición (Blanco, C., 2014).

Los dominios mencionados son los siguientes: salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria. Los cuales nos permiten identificar el dominio afectado y así ofrecer una intervención de enfermería adecuada para obtener una respuesta concreta de la salud de nuestro paciente (Blanco, C., 2014).

5.5.4 Etapa de ejecución

En el proceso de enfermería, la implementación, aplicación o ejecución es la fase de acción en la que el profesional de enfermería realiza las intervenciones de enfermería. Usando la terminología NIC (Berman y Snyder, 2013). Es en esta etapa es donde se implementan o se llevan a cabo todas las intervenciones y actividades planteadas por los profesionales de enfermería en la etapa de planificación, que gracias a la NIC podemos clasificarlas y enlazarlas con los resultados del NOC (Universidad de Guanajuato, 2018).

La implementación consiste en la realización y registro de las actividades que constituyen las acciones de enfermería específicas necesarias para llevar a cabo las intervenciones (Berman y Snyder, 2013).

La implementación implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería, existen diferentes formas de hacer anotaciones.
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizado (UNAM, 2020).

Clasificación de intervenciones de enfermería NIC

La clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados, la integración de datos y la investigación eficaz.

La creación de la NIC se produjo en 1987, cuando Joanne McCloskey y Gloria Bulechek formaron un grupo de investigación para definir y desarrollar las intervenciones que habitualmente realizaban las enfermeras. En la actualidad se han publicado un total de siete ediciones a continuación se enlistan según su año de publicación

- Primera edición 1992
- Segunda edición 1996
- Tercera edición 2000
- Cuarta edición 2004
- Quinta edición 2008
- Sexta edición 2013
- Séptima edición 2018 (Bulechek, et al, 2013).

Taxonomía de la NIC

La taxonomía de la NIC es una organización sistemática de las intervenciones en función de las similitudes. La estructura de la taxonomía NIC tiene tres niveles, las cuales se integran por campos, clases e intervenciones, La sexta edición de la NIC contiene 7 campos, 30 clases y 554 intervenciones.

Cada intervención que aparece en la clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo, la intervención y una bibliografía (Bulechek., et al, 2013).

Etapas de la implementación

Se lleva a cabo en tres etapas:

1. Preparación.
2. Intervención.
3. Documentación (Universidad de Guanajuato, 2018).

1. Preparación

La primera etapa de la fase de implementación consiste en prepararse para comenzar las intervenciones de enfermería. Esta preparación exige que el profesional de enfermería identifique y realice una serie de actividades tales como:

- La revisión de las intervenciones de enfermería.
- El análisis del conocimiento de enfermería y de las habilidades necesarias.
- El reconocimiento de las complicaciones potenciales asociadas a las actividades de enfermería concretas.
- La identificación y recolección de los recursos necesarios.
- La preparación de un entorno seguro y privado que conduzca a los tipos de actividades necesarios (Universidad de Guanajuato,2018).

2. Intervención

En esta etapa del proceso cuidado enfermero es donde se realiza tanto la implementación de la actividad prescrita, como la valoración continua de la respuesta del usuario para determinar la conveniencia de continuar con el plan, tal como se concibió, o modificarlo a la luz de los nuevos datos.

El enfoque en la fase de implementación es el inicio de las intervenciones de enfermería, las cuales son diseñada para cubrir la mayor parte de las necesidades identificadas del paciente, así mismo se debe realizar una priorización de las actividades de enfermería, para con ello realizarlas en orden de mayor importancia (Universidad de Antioquia, 2016).

3. Documentación

Dentro de la implementación de intervenciones de enfermería se debe realizar una documentación completa y exacta de los acontecimientos que tienen lugar en esta etapa del proceso de enfermería (Universidad de Guanajuato, 2018).

5.5.5 Etapa de evaluación

Evaluar es juzgar o valorar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planificada, continua y con un fin en el que los pacientes y los profesionales de la salud determinan:

1. El progreso del paciente hacia la consecución de objetivos y/o resultados.
2. La eficacia del plan asistencial de enfermería.

Berman y Snyder (2013) Mencionan que “la evaluación es un aspecto importante porque las conclusiones extraídas de la evaluación determinan si las intervenciones de enfermería deben terminarse, continuarse o cambiarse”.

La evaluación se debe realizar de forma una continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva (UNAM, 2020). La evaluación continua hasta que el paciente consigue los objetivos de salud o es dado de alta, en caso de ser dado de alta debe incluir la capacidad de autocuidado del paciente (Berman y Snyder, 2013).

Componentes de la evaluación

Dentro de los componentes de la evaluación encontramos los siguientes:

1° Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores NOC): el profesional de enfermería realizara la recolección de datos para poder concluir que objetivos se cumplieron y a qué grado.

2° Comparación de los datos de enfermería con los resultados: cuando se determina si se ha conseguido un objetivo se puede extraer 3 posibles conclusiones:

- El objetivo se cumplió
- El objetivo se cumplió parcialmente
- El objetivo no se cumplió

3° Relación de las actividades de enfermería con los resultados: se determina si las actividades de enfermería fueron la causa que contribuyó al resultado obtenido.

4° Extracción de conclusiones sobre el estado del problema: se usa el juicio clínico para determinar si el plan asistencial fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente.

5° Continuación, modificación o terminación del plan asistencial de enfermería: independientemente de que se cumpla, el grado de cumplimiento, así como si no se cumplieron los objetivos se debe tomar decisiones sobre continuar, modificar o terminar el plan de cuidados de enfermería (Berman y Snyder, 2013).

5.5.6 Preeclampsia:

La secretaria de salud en su lineamiento técnico del 20071, clasifica los estados hipertensivos durante el embarazo de la siguiente manera: Hipertensión gestacional, preeclampsia/eclampsia, preeclampsia agregada a hipertensión crónica e hipertensión crónica (Secretaría de salud,2007).

Preeclampsia:

Síndrome multisistémico de severidad variable, específica del embarazo, caracterizada por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial $\geq 140/90$ mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio (Secretaría de salud,2007).

Hipertensión arterial crónica en el embarazo: Es la hipertensión que está presente antes del embarazo o que es diagnosticada antes de las 20 semanas de gestación. De acuerdo la etiología puede ser primaria o secundaria. Cuando se diagnostica hipertensión arterial secundaria durante el embarazo deberá determinarse la etiología (enfermedad renovascular, enfermedad de Cushing, etc.) en la medida de lo posible (IMSS, 2017)

Hipertensión gestacional: Hipertensión que se presenta por primera vez posterior a las 20 semanas de gestación con ausencia de proteinuria demostrada por recolección de orina de 24 horas o por cociente proteínas/creatinina urinaria en una muestra al azar (IMSS, 2017).

Clasificación de la preeclampsia:

Preeclampsia leve: Hipertensión con cifras de TA menores de 160/110 mmHg, proteinuria mayor de 300 mg, pero menor de 5g. En orina de 24 horas.

Preeclampsia severa o preeclampsia con criterios de severidad: Es la preeclampsia con uno o más de los siguientes criterios: Síntomas maternos: cefalea persistente o de novo; alteraciones visuales ó cerebrales; epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho; dolor torácico o disnea, signos de disfunción orgánica, y en caso de hipertensión severa (sistólica ≥ 160 y/ó diastólica ≥ 110 mm Hg); edema agudo pulmonar o sospecha de desprendimiento placentario (IMSS, 2017).

Factores etiológicos o de riesgo:

- Preeclampsia en embarazo anterior
- Historia familiar de preeclampsia (en madre o hermanas).
- Síndrome antifosfolípido

- Periodo intergenésico mayor a 10 años(periodo entre cada embarazo)
- Antecedente de enfermedad renal o proteinuria
- Antecedente de Diabetes mellitus
- Hipertensión (tienen un riesgo de complicación en el embarazo por antecedentes de hipertensión arterial pudiendo tener hipoxia materno fetal)
- Primipaternidad (alterando las arterias espiraladas generando un ambiente hipóxico que genera una cascada de eventos que inducen una función endotelial anormal característica de la Preeclampsia)
- Primigestas o multiparidad.
- Obesidad (genera riesgo de contraer preeclampsia por mal manejo de nutrición y vida sedentaria)
- Infecciones en el embarazo
- Edad materna (Menores de 20 años o mayores de 35 años).

(Lapidus; López; Maladum; Nores y Sara; 2017)

Epidemiología de la preeclampsia:

Datos recientes estiman que cada año se producen 529 000 defunciones maternas anuales, la mayoría ocurren en países en desarrollo y un número importante de estas defunciones son evitables.

Las principales causas directas son las hemorragias, las infecciones y los trastornos hipertensivos en el embarazo, estos últimos se consideran a nivel mundial como causas del 12% al 25% del total de defunciones maternas

Los trastornos hipertensivos son padecimientos que a nivel mundial causan un número elevado de defunciones maternas, en las mujeres adolescentes (menores de 20 años) es probable que el riesgo de morir sea por estas causas, ya que las tasas de defunciones maternas en estos grupos pueden ser hasta el triple de la correspondiente a las de 20 a 24 años.

En nuestro país, la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud, reportó 316 defunciones debidas a esta patología, lo que corresponde al 29,5% del total de defunciones. (Esparza, Valencia, Magdalena, Toro, Herrera, Olivo, Y Fernández, 2018).

En México, actualmente la preeclampsia/eclampsia se presenta en un 5 a 10% en los embarazos y es causa importante de muerte materna y 17% prevención, diagnóstico y manejo de la Preeclampsia/Eclampsia neonatal, así como de prematuridad, restricción en el crecimiento intrauterino, muerte perinatal y desde luego todas las complicaciones secundarias a la prematuridad como la inmadurez pulmonar y neurológica.

El sistema nacional de salud de México durante el año 2005, reportó 1,242 defunciones maternas, de las cuales una tercera parte se debe a trastornos hipertensivos durante el embarazo, lo que representa casi el 34% del total de muertes maternas, cifras que desafortunadamente han disminuido lentamente.

Otras entidades presentaron una RMM entre 18% y 15%; dentro de este grupo se encuentra San Luis Potosí, Coahuila, Baja California, Distrito Federal y Tamaulipas. Aún en estas entidades las embarazadas tienen un riesgo de morbi-mortalidad materno/fetal (Esparza, Valencia, Magdalena, Toro, Herrera, Olivo, Y Fernández, 2018).

Fisiopatología:

Un importante factor predisponente, es una respuesta materna anormal durante el periodo de placentación, pero no es la causa de la preeclampsia. Por lo tanto, la placentación anormal es una enfermedad independiente, producida por los genes fetales (paternos) que generan en la madre una respuesta inflamatoria exagerada, que probablemente por una susceptibilidad particular del endotelio generada por factores de riesgo pre gestacionales como diabetes, hipertensión o enfermedades relacionadas con el endotelio desencadena el llamado síndrome materno de esta enfermedad (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

Una inadecuada remodelación de las arterias espiraladas genera un medio ambiente hipóxico que genera una compleja cascada de eventos que inducen una función endotelial anormal característica de la Preeclampsia. Esto modifica el tono y la permeabilidad vascular siendo la causa de la hipertensión y la proteinuria (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

La primera etapa de la enfermedad es asintomática, caracterizada por hipoperfusión e hipoxia placentaria generando trombosis e infarto en las vellosidades aumentando la producción y liberación de ciertos factores en la circulación materna que causan un estado de inflamación generalizada y activación del endotelio (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

La segunda etapa de la enfermedad caracterizada por vasoconstricción, reducción del volumen plasmático y activación de la cascada de coagulación, siendo esta, la etapa sintomática o de diagnóstico clínico.

El embarazo es un estado de inflamación sistémica con incremento de las citoquinas proinflamatorias y activación de la cascada de la coagulación, pero en la preeclampsia este proceso inflamatorio se amplía incrementando la activación de granulocitos, monocitos y citoquinas pro-inflamatorias, este proceso es causa o efecto de la enfermedad todavía no está claro. (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

Las enfermedades que cursan con incremento de la inflamación como la diabetes gestacional aumentan el riesgo de desarrollar preeclampsia y por lo tanto un tratamiento adecuado de esta patología reduce este riesgo (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

La respuesta inflamatoria característica en un embarazo de evolución normal comienza antes de la gestación con el depósito de antígenos paternos contenidos en el semen sobre el tracto genital femenino, provocando una cascada de eventos moleculares y celulares.

El factor transformador del crecimiento beta 1 (TGF- β 1) una citoquina presente en abundancia en el plasma seminal inicia la respuesta inflamatoria por estimulación de la síntesis de citoquinas y quimioquinas pro-inflamatorias en los tejidos uterinos (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

Activa la población de linfocitos en los nódulos linfáticos y modifica la respuesta inmune generando una reducción de la respuesta en los linfocitos T específicos para los antígenos paternos, produciendo una fuerte reacción inmune e inhibiendo la respuesta asociada a complicaciones del embarazo (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

Las mujeres que han tenido exposición al espermatozoides por un corto período de tiempo antes de la gestación, presentan un aumento del riesgo de preeclampsia, probablemente por una respuesta anormal materna a los antígenos paternos explicando porque es más frecuente en nulíparas, o en mujeres que cambian de pareja (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

Resistencia a la insulina:

La secreción de insulina aumenta progresivamente durante el embarazo normal, llegando a su pico máximo en el tercer trimestre, y retornando rápidamente a valores normales luego del parto este fenómeno parece ser importante para el crecimiento normal del feto, y está relacionado con cambios en las concentraciones hormonales de lactógeno placentario humano, cortisol, progesterona y estrógenos. (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

El incremento de la resistencia a la insulina se asocia con la hipertensión en el embarazo y la preeclampsia.

Se han propuesto mecanismos tales como la activación del sistema nervioso simpático, la retención renal de sodio, el incremento del calcio intracelular y la alteración de la función endotelial. Además, la resistencia a la insulina se relaciona a algunas patologías tales como: la diabetes gestacional, el síndrome de ovario poliquístico, la obesidad, y la ganancia excesiva de peso corporal. (LAPIDUS A, LOPEZ N, MALADUM J, NORES J Y Sara I, 2017).

Manifestaciones clínicas:

- Presión arterial por encima de 140/90mmHg
- Proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas)
- Cefalea
- Acufenos, Fosfenos
- Dolor en hipocondrio derecho
- Nauseas y/o vomito
- Edema en las extremidades
- Fatiga
- Aumento de peso

5.5.7.- Diagnóstico y tratamiento

Diagnóstico:

El diagnóstico es bastante sencillo pero para poder hacerlo se requiere que la paciente asista regularmente a su control prenatal, ya que en la mayor parte de los casos la preeclampsia sigue un curso asintomático y solo se la descubre al hacer mediciones rutinarias de la tensión arterial.

Cuando la sintomatología es intensa usualmente sugiere un problema severo y con posibilidades inmediatas de convulsiones (Eclampsia) o aparición de Síndrome hellp (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

- Preeclampsia leve:

Se establece el diagnóstico de preeclampsia leve cuando se presentan los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto en una mujer sin hipertensión arterial previa.

Figura N°5 Tratamiento preclampsia

- ▶ Presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg o presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg
- ▶ Proteinuria mayor o igual a 300 mg. en una colección de orina de 24 hr. Esta se correlaciona usualmente con la presencia de 30 mg/dl. en tiras reactivas (se requieren 2 determinaciones o más con un lapso de 6 horas en ausencia de infección de vías urinarias o hematuria).

(Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

- Preeclampsia severa:

Se establece el diagnóstico de preeclampsia severa cuando se presentan uno o más de los siguientes criterios después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las primeras seis semanas posparto (Lapidus A, Lopez N, Maladum J, Nores J Y Sara I, 2017).

Figura N°6 Tratamiento de preeclampsia

- ▶ Presión sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o Presión diastólica mayor o igual a 110 mm Hg
- ▶ Proteinuria a 2 gr en orina de 24 horas o su equivalente en tira reactiva
- ▶ Creatinina sérica > 1.2 mg/dl
- ▶ Trombocitopenia $\leq 150\ 000$ cel/mm³
- ▶ Incremento de la deshidrogenasa láctica ≥ 600 UI
- ▶ Elevación al doble de la transaminasa glutámico oxalacética (TGO) = alanino amino transferasa (ALT) o de la transaminasa glutámico pirúvica (TGP) = aspartato amino transferasa (AST)
- ▶ Cefalea, alteraciones visuales o cerebrales persistentes
- ▶ Epigastralgia
- ▶ Restricción en el crecimiento intrauterino
- ▶ Oligohidramnios
- ▶ Oliguria ≤ 500 ml en 24 horas
- ▶ Edema agudo de pulmón
- ▶ Dolor en hipocondrio derecho

Síndrome de Hellp:

Es una forma de preeclampsia severa con mayor gravedad la cual se describe por los siguientes signos clínicos:

- Plaquetas por debajo de 100 000
- Transaminasas elevadas.
- Aumento de la LDH.
- Hiperbilirrubinemia (hemolisis).
- Hiperuricemia por fallo renal agudo.

Eclampsia:

Se caracteriza por la aparición de una o más convulsiones generalizadas que no pueden ser atribuidas a otra causa y/o la aparición de un coma en el contexto de

una preeclampsia. La eclampsia puede aparecer en cualquier momento, desde el segundo trimestre de la gestación hasta el puerperio.

Tratamiento:

a) Preeclampsia sin datos de severidad:

El objetivo ante una preeclampsia sin datos de severidad es mantener cifras tensionales en niveles cercanos a los normales con una presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y una presión diastólica entre 80 y 105mmHg.

Dentro de los tratamientos utilizados para este fin se encuentran (Herrera k 2018):

- Metildopa en dosis de 250 a 500mg por día aunque se pueden utilizar inclusive dosis de hasta 2g cada día.
- Hidralazina en dosis de 60 a 200mg por día. Se usa principalmente en emergencias ya que el riesgo de hipotensión es muy elevado.
- Labetalol en dosis de 100 a 400mg pero con dosis inclusive de hasta 1200mg al día. Debe evitarse en pacientes asmáticas o insuficiencia cardiaca y en mujeres en labor de parto ya que puede generar bradicardia fetal.
- Nifedipino dosis de 10 a 20mg hasta 180mg al día.
(Herrera k 2018).

b) Preeclampsia con datos de severidad:

- Se debe hospitalizar a la paciente con monitoreo cardiaco no invasivo en posición de decúbito lateral izquierdo.
 - Canalizar vías periféricas de grueso calibre.
 - Colocar sonda Foley para cuantificar diuresis.
(Herrera k 2018).

Dentro del tratamiento farmacológico se utiliza:

- Hidralazina con bolo inicial de 5mg IV con bolos de 5 a 10mg IV cada 20 minutos con una dosis máxima de 30mg.
- Labetalol; 20mg IV seguido de 40 a 80mg cada 10 minutos hasta una dosis máxima de 220mg.
- Nifedipino: 10mg cada 30 minutos hasta una dosis máxima de 50mg.

(Herrera k 2018).

c) Control de crisis convulsivas :

- Se utiliza como neuroprotección el sulfato de magnesio en dosis de 4g diluidos en 250cc de solución glucosada a pasar en 20 minutos y luego dosis de mantenimiento a 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%.

(Herrera k 2018).

- En caso de determinarse intoxicación por magnesio, determinada por hiperreflexia, se administra 1g de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos (Herrera k 2018).

d) Terminación del embarazo:

- La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. Los demás tratamientos son solamente de sostén para lograr llevar el embarazo a una edad gestacional con feto viable (Herrera k 2018).

- Debe terminarse el embarazo con preeclampsia que presente criterios de severidad o en embarazos que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar (Herrera k 2018).

5.5.8.- El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera:

Virginia Henderson nació en 1897 en la ciudad de Kansas, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la enfermería tiene lugar durante la primera guerra mundial. En 1918 ingresó en la army school of nursing de Washington, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el henry street visiting nurse service de Nueva York (Amezcuo M, 2014).

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en norfolk protestant hospital de virginia. Entra en el teacher college de la universidad de Colombia, donde se licencia como profesora y en cuya estancia revisa la cuarta edición del principios and practice of nursing, de Bertha Hamer, después de la muerte de ésta. La quinta edición del texto fue publicada en 1955 y contenía la propia definición de enfermería de Henderson (Amezcuo M, 2014).

Es un modelo de suplencia o ayuda partiendo de las necesidades humanas de Maslow.

5.5.9.- Elementos fundamentales del modelo utilizado

El modelo de Virginia Henderson ve al ser humano como un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas:

1. **Respirar normalmente:** Su objetivo es conocer la función respiratoria de la persona valorando el patrón respiratorio permeabilidad de la vía aérea, hábitos como tabaquismo o factores medioambientales.
2. **Comer y beber adecuadamente:** Su objetivo conocer los hábitos de nutrición e hidratación de la persona teniendo en cuenta sus requerimientos nutricionales según la edad, sexo y estado de salud valorando el tipo de dieta problemas para comer y índice de masa corporal.

3. **Eliminar los desechos corporales:** Su objetivo conocer la efectividad de la función excretora de la persona (orinar, heces, piel, respiración pulmonar y menstruación)
4. **Necesidad de moverse y mantener la postura adecuada:** Su objetivo es conocer las características de la actividad y el ejercicio habituales de la persona
5. **Dormir y descansar:** Objetivo conocer la actividad del sueño y reposo habitual de la persona valorando hábitos de sueño problemas para conciliar el sueño ayudas para dormir
6. **Elegir la ropa adecuada:** Objetivo conocer las capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas así como capacidades y habilidades físicas suficientes para ponerse y quitarse las prendas
7. **Mantener la temperatura corporal:** Su objetivo conocer las necesidades de la persona de mantenerse la temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
8. **Mantener la higiene corporal:** Su objetivo es conocer la identidad de la higiene de la persona la capacidad para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas
9. **Evitar los peligros del entorno:** Su objetivo conocer las habilidades de la persona sobre la prevención de accidentes. Evitar peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas.
10. **Comunicarse con los demás:** Su objetivo conocer la efectividad de la interacción social de la persona, para las personas es fundamental expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones interaccionando con el resto de las personas y su entorno
11. **Valores y creencias:** Su objetivo conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.

12. **Auto relación:** Conocer la capacidad de actuar del individuo para que se sienta satisfecho consigo mismo y con lo que le toca desempeñar.
13. **Ocio y recreo :** Conocer las aficiones y actividades de entrenamiento de la persona
14. **Aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad:** Conocer las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para la salud así como las limitaciones del aprendizaje.

(Amezcuo M, 2014).

Su objetivo de Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible.

Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. (Modelos y teorías de la enfermería, 2020)

EL diagnóstico de enfermería consiste en este modelo un plan de cuidados: proceso de resolución de problemas. El ser humano deberá ser visto desde una perspectiva biopsicosocial, espiritual y holística, diferente en sus sentimientos y emociones. La sobrecarga de trabajo en las unidades hospitalarias hace cada vez más difícil este cuidado como tal. (Modelos y teorías de la enfermería, 2020)

Para Virginia Henderson un diagnóstico de enfermería es un problema de dependencia que tiene una causa.

Una enfermera puede diagnosticar o emitir un dictamen sobre las necesidades alteradas que tienen las personas a las que atiende.

El diagnóstico comprende varias acciones: Análisis de datos, identificación de los problemas de enfermería, formulación de diagnósticos de enfermería, identificación de los problemas interdependientes. (Modelos y teorías de la enfermería, 2020)

Análisis de datos:

Después de ser clasificados en manifestaciones de independencia y de dependencia y en fuentes de dificultad, los datos son comparados entre ellos.

Las manifestaciones de dependencia y las fuentes de dificultad son tenidas en cuenta, porque requieren intervenciones por parte de la enfermera aquí y ahora. Hay que separar lo que la enfermera puede resolver con su función autónoma y lo que no puede resolver.

- A partir de estas manifestaciones de dependencia se propone el diagnóstico de enfermería.
- Valorar como incide el problema en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.
- **Enfermería:**
 - A su vez describe la enfermería como la forma de “asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible” (García M ,2015)

Metaparadigmas del modelo de Henderson:

Figura N°7 Metaparadigma dl modelo de Virginia Henderson:

Salud	Cuidado	Entorno	Persona (paciente)
<p>Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida</p> <p>* interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.</p>	<p>Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.</p>	<p>Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.</p>	<p>Un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.</p> <p>* Individuo que precisa ayuda para su recuperar su salud, independencia, o para tener una muerte tranquila.</p>

VI.-CASO CLÍNICO

Datos generales:

- ✓ Nombre: GDR
- ✓ Edad: 24años
- ✓ Sexo: Mujer
- ✓ Nacionalidad: Mexicana
- ✓ Religión: Católica
- ✓ Estado civil: Soltera
- ✓ Nivel de escolaridad: Licenciatura en ingeniería en gestión

Alergias: Dicloxacilina

- ✓ **Antecedentes Heredo- Familiares:** Madre con DM2, padre con HTA psiquiátricos negados.
- ✓ **Antecedentes Personales No Patológicos:** Trabaja en comandancia municipal con el cargo de secretaria, vive con sus padres su hermano, cuñada y sobrinos, su vivienda cuenta con todos los servicios básicos como son , agua, luz, cable, gas natural drenaje y espacio suficiente (niega hacinamiento), condiciones de iluminación y ventilación adecuadas.

Antecedentes Personales Patológicos: Niega patologías y cirugías, alérgica a la dicloxacilina,

Ginecológicos: Menarca a los 12 años gesta: 1, partos: 0 cesareas: 0 abortos: 0

Padecimiento actual: Primigesta de 29.3sdg por FUM 13-enero-2021 y 29.5 sdg por eco niega abortos acude a consultas médicas desde las 7 SDG con un control prenatal externo a la clínica cuenta con ultrasonidos de cada una de sus citas anteriores y laboratorios, desde hace 2 meses presenta presión arterial de 149/98 o 145/90 refiere acufenos, cefalea, mareos, náuseas recurrentes, edema en miembros inferiores de 1 +.

La paciente comenta que su embarazo no fue planeado ya que ella y su pareja usaron un método anticonceptivo de barrera (condón) por lo cual no saben qué hacer y ambos muestran inseguridad y preocupación de cómo llevar a cabo su embarazo con una patología de preclamsia y lo que se debe hacer para llevar su embarazo a término sin complicaciones.

6.1 Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson

Se realiza valoración en la consulta prenatal mensual

Antecedentes

La paciente menciona que sus citas prenatales anteriores el medico a cargo menciona que la elevación de presión arterial era normal ya que el feto estaba en crecimiento y ella no tomo tanta importancia al igual menciona que tiene al corriente todas sus vacunas. Refiere que su embarazo no fue planeado aunque si usaban métodos anticonceptivos de barrera cual fue condón masculino y en ocasiones pastilla de emergencia menciona que no se dieron cuenta si el condón se rompió o no fue colocado de la manera correcta. Cuenta con resultado de HIV: negativo VRDL: negativo grupo sanguíneo: B “positivo”

1.- Respirar normalmente

Sin alteraciones para la respiración; a la exploración física tórax normo lineo, campos pulmonares bien ventilados sin estertores, precordio sin compromiso, sin soplos audibles. Mamas simétricas sin presencia de nódulos o inflamaciones sin presencia de galactorrea con pezones y areolas simétricas ausencia de agrietamientos o secreción circulación colateral resaltada sin datos de edema.

2.- Comer y beber normalmente

Menciona llevar una dieta balanceada cuando se enteró que estaba embarazada cambio demasiados hábitos como el dejar de consumir bebidas alcohólicas niega consumo de tabaco y refrescos tenía un peso inicial de 55 kg y actualmente tiene un peso de 60 kg con una talla de 1.56.

La paciente refiere tener 3 comidas fuertes al día y 3 colaciones menciona tomar 2 lts de agua al día, acepta el consumo de comida “chatarra” en ocasiones y en sus colaciones trata de agregar fruta y vegetales.

Piel y mucosas de buena hidratación y coloración

Cabeza sin hundimientos ni exostosis, cabello bien implantado, simetría de ojos, fondo de ojo sin alteraciones, nariz, boca; pabellones auriculares bien implantados. Cavidad oral integra, cuello cilíndrico, sin adenomegalias, presencia de pulsos carotídeos sin alteraciones.

Presenta hemoglobina 12.8, plaquetas 18.5, hematocrito: 37.3 leucos: 8.6, glucosa de 66mg/dl, urea 14.12 creatinina: 0.52. Abdomen globoso a expensas de útero gestante de 29.3 SDG por FUM.

3.- Necesidad de eliminación de los desechos corporales

La paciente menciona no tener dificultades para evacuar refiere evacuar de forma normal; Respecto a la eliminación urinaria refiere disuria y mal olor, micciona 5 a 7 veces al día; presenta nicturia menciona que en la noche se levanta a miccionar hasta 3 veces; cuenta con examen de orina donde se identifica IVU, leucocitos de 10-12/ campo y proteinuria de 300mg en 24 hrs, ph de 7.5, eritrocitos de 2-4/.

4.-Necesidad de moverse y mantener la postura corporal adecuada:

La paciente menciona que anteriormente realizaba caminata de 15 min aproximadamente y solía ejercitarse en gimnasio en el cual duraba entre 1 hora a 1:30min actualmente no hace ejercicio ni caminata por temor a elevación de la presión teniendo cifras entre 148/98 y 145/90 y una frecuencia cardiaca de 84x1 Fr: 18 x1 y Spo2 de 97%. Extremidades integrales funcionales sin datos de lesión, tono y fuerza normales, miembros inferiores con edema de godett grado 1.

5.-Necesidad de dormir y descansar

La paciente menciona dormir por la noche entre 6 y 7hrs menciona que batalla para conciliar el sueño ya que en ocasiones piensa en su embarazo o diferentes cosas ya cuando logra conciliar el sueño no se despierta tan seguido solo cuando va al baño; por las tardes toma siesta de 1hr aproximadamente después de su salida de trabajo, menciona que se siente descansada y despierta con energía; eventualmente presenta mareo y se le dificulta adoptar una postura de descanso para evitar lumbalgia a causa del embarazo.

6.- Necesidad de elegir ropa adecuada

Se observa con adecuada higiene y aliño, hábitos higiénicos adecuados, habita casa de medio urbano que cuenta con todos los servicios.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal normal

Sin alteraciones dentro de parámetros normales (36.5)

8.- Mantener la higiene

En adecuadas condiciones de higiene y aliño, así como también de su entorno.

9.- Comunicarse con otras personas

Expresar buena relación con su pareja y que su familia es su máximo apoyo.

10.- Necesidad de evitar los peligros del entorno

La paciente considera su salud un poco inestable refiere poner de su parte para poder llevar el desarrollo de su embarazo sin complicaciones y de la mejor manera, apegándose a los tratamientos farmacológicos que brinde el médico y teniendo una dieta balanceada con ejercicios favorables para su salud para sí poder llevar el a término su embarazo.

11.- Necesidad de comunicarse y expresar emociones, necesidades miedos y emociones

Paciente se encuentra consiente orientada dentro de sus 3 esferas, memoria y atención si alteraciones.

Expresa dudas sobre los procedimientos a realizar y sobre su patología en ocasiones se encuentra en un estado de estrés ya que tiene miedo de si ella o su bebé podrían fallecer en el desarrollo del embarazo y tendrá que llevar unas consultas especiales o estudios para ella o para él bebe, menciona que desea llevar su embarazo a término sin que pueda haber complicaciones de riesgo y cuáles serán los cuidados que se le debe de dar a su bebe si tendrá alguna complicación después del embarazo alguno de los dos.

12.- Vivir de acuerdo a sus valores y creencias:

Refiere ser católica muy apegada a sus tradiciones de esta religión teniendo fe en que su embarazo llegue a término sin complicaciones en el transcurso.

13.- Necesidad de trabajar y sentirse realizado

La paciente refiere que trabaja y refiere sentirse cómoda y realizada en sus actividades.

14- Participar en todas las actividades recreativas:

Anterior al embarazo acudía al gimnasio, actualmente realiza caminata breve, y por situación de pandemia a reducido sus actividades recreativas.

Valoración ginecológica:

Menarca a los 12 años de edad, ciclo 28 x 4, inicio su vida sexual a los 16 años teniendo 3 pareja sexuales, actualmente menciona utilizar el método de barrera condón masculino aunque no sabe la manera correcta de usarlo; después de su primer embarazo quiere seguir cuidándose con este método pidiendo una charla sobre cómo usarlos y sus beneficios, en 2 ocasiones utilizo la pastilla de emergencia.

A la valoración ginecológica en mamas ausencia de masas y galactorrea con areola y pezones íntegros, no se observa grietas, con un fondo uterino de 23cm por medio de maniobras de Leopoldo se encuentra en posición cefálica dorso a la derecha y por medio del doopler se observa un FCF de 145 latidos por minuto, cuenta con un ultrasonido el cual reporta un ILA de 6, área genital sin presencia líquido ni sangre se observa secreción grumosa blanquecina.



CRUZ ROJA
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
Patrón (es): 4.- Actividad/ejercicio Datos objetivos: T/A: 148/98 Edema + Datos Subjetivos: Cefalea Mareo	Dominio4: Actividad y reposo Clase 4: repuestas cardiovasculares pulmonares Etiqueta diagnóstica: <u>Perfusión tisular periférica ineficaz</u> Factore(s) relacionado(s) : • Condición asociada: Hipertensión Características definitorias: • Edema miembros inferiores	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: <u>02 salud fisiológica</u>		Clase: <u>E: Cardiopulmonar</u>	
		Criterio de resultado: Perfusión tisular periférica (0407)			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
			1 Desviación grave del rango normal hasta 5 Sin desviación del rango normal		
040727 Presión sanguínea sistólica	2	4			
040728 Presión sanguínea diastólica	2	4			
040712 Edema periférico	4	5			



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 03. Conductual</p> <p>Clase: S.- Educación de los pacientes</p> <p>INTERVENCION: 5818-Enseñanza a medicamentos prescritos</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 581803 Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento • 581804 Instruir la paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento • 581832.- incluir a la familia / ser querido 	<ul style="list-style-type: none"> • Es de suma importancia mencionar al paciente sobre la acción que medicamento y el beneficio que tendrá en su salud impulsándolo a cumplir con su tratamiento de manera correcta • Enseñaremos al paciente acerca de cómo emplear su tratamiento prescrito, utilizando los 5 correctos mencionando su vía de administración los horarios y los efectos de cada uno de ellos (Lizana C, 2015). • Tomar en cuenta la familia y/ o pareja ayudando a involucrase acerca del proceso que está llevando nuestro paciente y a si motivar al mismo a informase acerca de la patología. 	<p>Criterio de resultado: Perfusión tisular periférica (0407)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		040727 Presión sanguínea sistólica	3
		040728 Presión sanguínea diastólica	3
		040712 Edema	5



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>02.Fisiologico complejo</p> <p>Clase:</p> <p>N. Control de perfusión tisular</p> <p>INTERVENCION:</p> <p>2080.- Manejo de líquidos /electrolitos</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtener muestras para el análisis de laboratorio de los niveles de líquidos. • Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos • Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos y electrolíticos específicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar laboratorios de gabinete como lo son: bh, recuento plaquetario, creatinina, ácido úrico, DHL, bilirubinas son de utilidad para dar un diagnóstico certero y brindar el tratamiento adecuado para ayudar a optimizar la salud de nuestra paciente y reducir el riesgo de complicaciones (Imss 2017) • Valorar la retención de líquidos mediante la escala de godet a la exploración física dando conocimiento al médico y brindar medidas como. Movimientos, elevación, masajes, reducción del consumo de sal y protección • Brindar asesoría nutricional aconsejando una reducción en sodio "sal" integrando los alimentos del platillo del buen comer. 	<p>Criterio de resultado: Perfusión tisular periférica (0407)</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		040727 Presión sanguínea sistólica	3
		040728 Presión sanguínea diastólica	3
		040712 Edema	5

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
Patrón (es): 8.- sexualidad y reproducción Datos objetivos: Aumento de la presión arterial Datos Subjetivos: La paciente refiere tener mareos y en ocasiones cefalea	Dominio: 08 Sexualidad Clase : 3 Reproducción Etiqueta diagnóstica: Riesgo de la alteración de la diada materno fetal Factore(s) de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones en el embarazo • Compromiso del transporte fetal de oxígeno Características definitorias:	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: V salud percibida	Clase: V.-Sintomatología		
		Criterio de resultado: 2112- Severidad de la hipertensión			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		2112007- Cefalea	1 Desviación grave del rango normal hasta 5 Sin desviación del rango normal		
211208- Mareos	3	4			
211215- Nauseas	3	4			
211216- Aumento de la presión arterial sistólica	3	4			
211217- Aumento de la presión arterial diastólica	3	4			



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
<p>Campo: 05.-Familia</p> <p>Clase: W cuidados de un nuevo bebe</p> <p>Resultado : 6800.-Cuidados del embarazo de alto riesgo</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo • Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con en el embarazo • Determinar el conocimiento de la paciente de los factores de riesgo identificados. • Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos • Instruir a la paciente sobre técnicas de auto monitorización 	<ul style="list-style-type: none"> • Teniendo un historial clínico completo de nuestra paciente como antecedentes de hipertensión diabetes herpes hepatitis VIH entre otras nos ayudara a la prevención de complicaciones durante el embarazo optimizando un embarazo a término sin complicaciones. • La valoración de obstetricia de embarazos anteriores como : prematuridad, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiples, crecimiento intrauterino retrasado desprendimiento de placenta, placenta previa es de gran utilidad ayudando de igual manera a reducir el riesgo de contraer alguna de estas en la nueva gesta • Valorar a la paciente al poder identificar los factores de riesgo y el como ayuda a minimizar el riesgo de complicación • Enseñar al paciente las medidas de auto monitorización (Imss, 2017). 	<p>Criterio de resultado: 2112- Severidad de la hipertensión</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final	
		<p>2112007-Cefalea</p> <p>211208-Mareos</p> <p>211215-Nauseas</p> <p>211216-Aumento de la presión arterial sistólica</p> <p>211217-Aumento de la presión arterial diastólica</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>	



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>07. Autopercepción auto concepto</p> <p>Datos objetivos:</p> <p>Tensión facial</p> <p>Datos Subjetivos:</p> <p>Expresa nerviosismo y preocupación por las posibles complicaciones en el embarazo, problemas para conciliar el sueño</p>	<p>Dominio4:</p> <p>Actividad y reposo</p> <p>Clase 4: repuestas cardiovasculares pulmonares</p> <p>Etiqueta diagnóstica: <u>Ansiiedad</u></p> <p>Factore(s) relacionado(s) o</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis situacionales • Factores estresante (Complicación del embarazo) <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nerviosismo • Preocupación • Tensión facial 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: <u>03Salud psicosocial.</u></p>	<p>Clase: <u>M: Bienestar psicológico</u></p>	
		<p>Criterio de resultado: Nivel de ansiiedad</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <p>12129. Trastorno del sueño</p> <p>121117.Ansiedad verbalizada</p> <p>121107. Tensión facial</p>	<p>Puntuación inicial *</p> <p>1.-Desviación grave del rango normal hasta 5.- Sin desviación del rango normal</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN		
<p>Campo: 03. conductual</p> <p>Clase: T: Fomento de la comodidad psicológica</p> <p>Resultado : Disminución de la ansiedad</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico tratamiento y pronostico • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El mantener un dialogo correcto y concreto es de gran utilidad para nuestros pacientes ya que mediante este podemos brindarle información dándole a conocer su estado de salud actual el tratamiento a seguir y cuáles son los posibles riesgos de este si no se lleva acabo de manera adecuada al igual ellos pueden descartar todas sus duda al momento del dialogo. • Informar al paciente lo que se le realizará al momento de la exploración y lo que puede llegar a sentir creando una mejor vinculación paciente/ enefremr@. • Tener en cuenta los datos d ansiedad como lo son sudoración, inquietud jugueteo con las manos al momento de la revisión son de suma importancia para así evitar un colapso de ansiedad. • Enseñar al paciente a identificar los lugares que pueden llegar a provocar un ataque de ansiedad para poder llevar ejercicios para la reducción de esta como los son manejo de respiración inhalar exhalar de forma adecuada o el acompañamiento de un familiar brindado comodidad y seguridad de esta misma. 	<p>Criterio de resultado: Nivel de ansiedad</p>		
		Indicador (es)	Puntuación final	
		12129. Trastorno del sueño	5	
		121117. Ansiedad verbalizada	4	
121107. Tensión facial	4			

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
Patrón (es): 3 Eliminación e intercambio gaseoso Datos objetivos: Leucocitos 10-12 /campo Datos Subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> Paciente refiere ardor al y miccionar micciones frecuentes. 	Dominio: 3.-Eliminacion e intercambio Clase : 01.- Eliminación Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la eliminación urinaria Factore(s) relacionado(s) o <ul style="list-style-type: none"> Infección del tracto urinario Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> Micciones frecuentes Urgencia urinaria 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Conocimiento y conducta de salud		Clase: conocimiento sobre la salud	
		Criterio de resultado: Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión			
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*	
		160901.- Cumple las precauciones recomendables 160903.- cumple con el tratamiento prescrito 160907.- Realiza cuidados personales	1 Desviación grave del rango normal hasta 5 Sin desviación del rango normal 4 4 4	5 5 5	



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo:</p> <p>01.Fisiologico básico Clase: B.- control de la eliminación</p> <p>Resultado : Manejo de la eliminación urinaria</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario • Obtener muestras de la micción para el análisis de orina según corresponda • Remitir al médico si producen signos y síntomas de infección en el tracto urinario • Enseñar al paciente a observar signos y síntomas de infección en el tracto urinario 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente sobre los signos y síntomas de infección del tracto urinario como es ardor al orinar mal olor y micciones frecuentes • Analizar la orina por medio de un ego para descartar una infección de vías urinarias. • Dialogar con el medico sobre síntomas referidos de infección si llega a presentar alguno de estos , para brindar tratamiento adecuado y optimizar su salud • Ayudar a identificar los signos y síntomas de infección a la paciente para poder reducir el riesgo de complicación de esta ya que las infecciones urinaria es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo y esta puede llevar a un incremento significativo en la morbilidad en la madre y en el feto. 	<p>Criterio de resultado: Conducta terapéutica: Enfermedad o lesión</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>160901.- Cumple las precauciones recomendables</p> <p>160803.-cumple con el tratamiento prescrito</p> <p>160807.-Realiza cuidados personales</p>	<p>5</p> <p>5</p> <p>5</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN				
Patrón (es): 5.-cognitivo perceptual Datos objetivos: .-Mal uso de métodos anticonceptivos Datos Subjetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dudas sobre los métodos de planificación familiar • Mal uso de método anticonceptivo 	Dominio: 5.- Percepción cognición Clase : 04.-Cognición Etiqueta diagnóstica: Conocimientos deficientes Factore(s) relacionado(s): <ul style="list-style-type: none"> • Información errónea proporcionada por otros • Información insuficiente Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos insuficientes • No sigue completamente las instrucciones 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)				
		Dominio: IV Conocimiento y conducta de la salud		Clase: Control del riesgo y seguridad		
		Criterio de resultado: Control del riesgo :embarazo no deseado				
		Indicador (es) -190717.-Busca información actual sobre estrategias y planificación familiar -190705. Comprende los procesos fisiológicos de la concepción. -190719.- Controla los cambios en el estado general de salud -190714.- Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente	Puntuación inicial * 1 Desviación grave del rango normal hasta 5 Sin desviación del rango normal 4 4 3 3	Puntuación Diana* 5 5 5 5		



CRUZ ROJA
MEXICANA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 5 Familiar</p> <p>Clase: W.- Cuidados de un nuevo bebe</p> <p>Resultado : Planificación familiar: anticonceptiva</p> <p>ACTIVIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los conocimientos y la comprensión del paciente sobre las opciones anticonceptivas • Determinar la capacidad y motivación para utilizar un método. • Comentar los métodos de anticoncepción 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar a los pacientes por medio de una charla educativa observando cuáles son sus deficiencias en los métodos anticonceptivos evaluando y orientando de la mejor manera • Brindar charlas educativas motivando a las pacientes a utilizar métodos anticonceptivos orientando sobre el cuidado y prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual. • Orientar sobre la gama de métodos anticonceptivos diferenciar sobre los hormonales y barrera beneficios de cada uno así como su porcentaje que cubre cada uno de ellos • La planificación familiar es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y responsable, sobre el número de hijos y el momento en que los tendrá; así como a recibir información sobre el tema y los servicios necesarios. Este derecho es independiente del sexo, la preferencia sexual, edad y el estado social o legal de las personas (Imss 2015). 	<p>Criterio de resultado: Control del riesgo :embarazo no deseado</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		190717.-Busca información actual sobre estrategias y planificación familiar	5
		-190705. Comprende los procesos fisiológicos de la concepción.	5
		-190719.-Controla los cambios en el estado general de salud	5
-190714.- Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente	5		

VII.PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: GDR

EDAD: 24años SEXO: Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Preeclampsia

FECHA DE ELABORACIÓN: 15-agosto-2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Clínica Santa Fe : Dr. Alan Gerardo Vázquez Hospital Del Niño y La Mujer
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Acudir a urgencias en caso de presentar: Acufenos fosfenos, Cefalea intensa, Vomito, Ausencia de movimientos fetales ,Salida de líquido o sangrado
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Preeclamsia Está definida como hipertensión que se presenta en el embarazo (TA sistólica \geq 140 mmHg o TA diastólica \geq a 90mmHg en 2 ocasiones con un margen de al menos 4 horas después de la semana 20 de gestación
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Baja en sodio integrando los alimentos del platillo del buen comer
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)	Mantener buena comunicación con su pareja y familia realizar ejercicios adecuados a su estado de salud
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)	Realizar caminatas por 15min mínimo diario y realizar ejercicios de respiración en momento de estrés. Técnica de resoplo: siéntese en una silla de apoyo inhale profundamente por la nariz y luego resople por la nariz relájese por unos segundos y repita al menos 3 veces
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO NO FACRMACOLÓGICO	Alfametildopa 500mg 1 tableta por dia hasta nueva indicación, Cefalexina 500mg 1 tableta cada 8 hrs por 5 días, óvulos de nistatina con metronidazol 1 ovulo por las noches por 10 días 1 tableta de ácido fólico hasta termino de embarazo hierro 1 tableta por día hasta el término del embarazo .
ESPIRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto)	Seguir en su religión cursos de lactancia materna y talleres prenatales

VIII.- Conclusiones

La enfermedad hipertensiva del embarazo es un problema de salud pública que debe ser detectado oportunamente a fin de proteger la vida de la mujer y del producto de la concepción, en ese sentido, el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la consulta prenatal.

El trabajo presentado permitió identificar el proceso cuidado enfermero como la base del razonamiento crítico para el cuidado a la mujer gestante con preeclampsia favoreciendo la autonomía en la toma de decisiones en las y los profesionales de enfermería y la individualización del cuidado.

La aplicación del modelo de Virginia Henderson ofrece la oportunidad de visualizar a la persona objeto del cuidado como un ser integral capaz de lograr la independencia en su propio cuidado; la profesión de enfermería requiere retomar las bases filosóficas de la disciplina en su práctica diaria.

IX.-Referencias Bibliográficas

1. Álvarez Suarez J., Del Castillo Arévalo F., Fernández Fidalgo D. Y Muñoz Meléndez M. (2010). Manual De Valoración De Patrones Funcionales. Servicios De Salud Principado De Asturias. Consultado El 31 De Julio De 2021; Disponible en:
<https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUALVALORACION-NOV-2010.pdf>
2. Amezcua M (2014), Virginia Henderson .Pensadores Y Teorías (Agosto, 10,2021) Disponible en:
<https://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
3. Ávalos Torres E, Silé Rojas V, Roche Molina H, Y Gómez Rodríguez J, (2007). Diagnóstico De Enfermería. Evolución Histórica Y Diagnósticos Más Frecuentes En Afecciones Cardiovasculares. Julio, 2021, De Portales Médicos.Com Disponible en:
<https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/838/1/Diagnostico-de-Enfermeria-Evolucion-historica-y-diagnosticos-mas-frecuentes-en-afecciones-cardiovasculares.html>
4. Benavent MA, Rodríguez J, (2006). Enfermería Ciencia Arte Y Cuidado., De Hospitaclínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras Consultado El 17 De Julio 2021. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
5. Blanco,C,Saribia.R,Larazo.M (2014).Metodología de Enfermería (Julio,27,2021). Disponible en:
<https://es.slideshare.net/Jjmijana/5-2taxonomianicnoc>
6. Bulechek, G. Butcher, H. Dochterman, J. Y Wagner, C. (2013). Clasificación De Intervenciones De Enfermería NIC. Barcelona España: ELSEVIER.

7. León Román, C. (2006). Editorial Ciencia Enfermería, Vol 2, Enfermería Ciencia Y Arte Del Cuidado. Revistacubana Enfermería, 1, 5
8. Carrillo Gonzales G, Y Rubiano Mesa Y. (Julio, Septiembre, 2007). La Investigación En Validación De Diagnósticos De Enfermería. Julio, 2021, De Scielo Disponible En: Http://Scielo.Sld.Cu/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0864-03192007000300009
9. Connect.E (2020). Clasificaciones De Enfermería: Razonamiento Clínico Y Desarrollo De Conocimiento (Julio, 27,2021). De Connect.E Disponible En: Https://Www.Educsa.Com/Pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.Pdf
10. Departamento de Salud y Servicios Humanos(2017). ¿Cuántas Mujeres Tienen O Corren Riesgo De Tener Preeclampsia? (Julio, 19.2021) Disponible en: <Https://Espanol.Nichd.Nih.Gov/Salud/Temas/Preeclampsia/Informacion/Riesgo>
11. Doenges M, Frances Moorhouse M. (2014). Proceso Y Diagnósticos De Enfermería. Julio, 2021, De Manual Moderno.
12. Esparza-Valencia, Magdalena,D, Toro-Ortiz, Herrera-Ortega, Olivo, & Fernández-Lara, José Alfredo. (2018). Prevalencia De Morbilidad Materna Extrema En Un Hospital De Segundo Nivel De San Luis Potosí, México. *Ginecología Y Obstetricia De México*, 86(5), 304-312. Disponible En: <Https://Doi.Org/10.24245/Gom.V86i5.1931>
13. Garcia M (2015). Modelo de Virginia Henderson consulto (14-agosto -2021) Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/33514/secme-18102.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. García Flores-M, Ariza-C, Durán DM., Sánchez HB, Colliere-MF, Marriner-Tomey A, García-Martín Caro C. (9-10 De Marzo De 2006). La Importancia Del Cuidado Enfermería. O 14/04/2009, De Reunión Nacional De Enfermería. 1º Semana Internacional De Calidad En La Salud Consultado El 16 De Julio

2021. Disponible En: Www.Salud.Gob.Mx/Unidades/Cie/Cms_Cpe/Descargas/Beneficios.
15. Hernández.V. (2014).Indicadores De Calidad (Julio, 27,2021).De Hernandez.V Disponible En: [Https://Es.Slideshare.Net/Veronikamayo/Indicadores-De-Calidad-40095982](https://Es.Slideshare.Net/Veronikamayo/Indicadores-De-Calidad-40095982)
16. Herrera K(2018). PREECLAMPSIA. Revista Médica Sinergia(2018)(Julio,30,2021) 6(4) 8 – 12.Disponible en: [Https://Www.Medigraphic.Com/Pdfs/Sinergia/Rms-2018/Rms183b.Pdf](https://Www.Medigraphic.Com/Pdfs/Sinergia/Rms-2018/Rms183b.Pdf)
17. IMSS (2017). Detección, Diagnóstico Y Tratamiento De Enfermedades Hipertensivas Del Embarazo. Guía De Evidencias Y Recomendaciones: Guía De Práctica Clínica. México; 2017. (Julio, 19,2021) .Disponible En: [Http://Www.Imss.Gob.Mx/Sites/All/Statics/Guiasclinicas/058GER.Pdf](http://Www.Imss.Gob.Mx/Sites/All/Statics/Guiasclinicas/058GER.Pdf)
18. Jesús-García A, Jiménez-Baez MV, González-Ortiz DG, De La Cruz-Toledo P, Sandoval-Jurado L, Kuc-Peña LM(2018). Características Clínicas, Epidemiológicas Y Riesgo Obstétrico De Pacientes Con Preeclampsia-Eclampsia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.;26(4):256-62.Disponible En : [Http://Revistaenfermeria.Imss.Gob.Mx/Editorial/Index.Php/Revista_Enfermeria/Article/View/468/922](http://Revistaenfermeria.Imss.Gob.Mx/Editorial/Index.Php/Revista_Enfermeria/Article/View/468/922)
19. LAPIDUS A, LOPEZ N, MALADUM J, NORES J Y Sara I.(2017) "Estados Hipertensivos Y Embarazo". Consenso De Obstetricia FASGO 2017. (Julio, 30,2021)Disponible en: [Http://Www.Fasgo.Org.Ar/Archivos/Consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_Y_Embarazo.Pdf](http://Www.Fasgo.Org.Ar/Archivos/Consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_Y_Embarazo.Pdf)
20. Marly,F. (2013). Proceso De Atención De Enfermería. Consultado El 12 Julio, 2021, De Ssaver Disponible En: [Https://Www.Ssaver.Gob.Mx/Enfermeria/Files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.Pdf](https://Www.Ssaver.Gob.Mx/Enfermeria/Files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.Pdf)

21. Marriner A, Raile MA. (2007). Fundamentar La Ciencia En Cuidado. En Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado Profesional De Enfermería (74-80). ESPAÑA: Elsevier Mosby.
22. Raile Alligood, M Y Marriner Tomey, A (2006) Modelos Y Teoría De Enfermería Sexta Edición Elsevier.
23. Martínez Martín, M. Y Chamorro Rebollo, E. (2016). Historia De La Enfermería, Evolución Histórica Del Cuidado Enfermero. 3. Edición. Ed. Elsevier
24. Ministerio De Salud Pública Y Bienestar Social (2013). Proceso De Atención De Enfermería (PAE) Nursing Care Process. Rev. Salud Pública Parag. 2013; Vol. 3 N° 1. Consultado El 31 De Julio 2021. Disponible En: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
25. Modelos Y Teorías De La Enfermería. (2020, 9 De Octubre). *Wikipedia, La Enciclopedia Libre*. Fecha De Consulta: 16:48, Agosto 3, 2021 Disponible En: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Modelos_y_teor%C3%ADas_de_la_enfermer%C3%ADa&oldid=129918862.
26. Montaña, J. (2018). Callista Roy: Biografía, Teoría Y Obras. Lifeder. Disponible En: <https://www.lifeder.com/callista-roy/>.
27. Moorhead N., Marion J., Meridean L., Maas., Swanson E. (2018). Clasificación De Resultados De Enfermería (Julio, 27, 2021). De Moorhead, N. Disponible En: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-relacion-entre-las-clasificaciones-de-enfermeria-noc>
28. NANDA. Herdman T, Kamitsuru S. (2018-2020). Diagnósticos Enfermeros. Julio 15, 2021, De Edición Hispanoamericana.
29. Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. Y Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La Teoría Déficit De Autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad De Ciencias Médicas Cuba. Revista Vol.19 N.3

30. Organización Mundial de la Salud (2014). Recomendaciones De La OMS Para La Prevención Y El Tratamiento De La Preeclampsia Y La Eclampsia .Suiza: (Julio, 18,2021). Disponible En: Http://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/10665/138405/1/9789243548333_Spa.Pdf?Ua=1&Ua=1
31. Ponti, L. (2016). La Enfermería Y Su Rol En La Educación Para La Salud, Ed.UAI. Disponible En: Https://Www.Academia.Edu/25884140/La_Enfermer%C3%Ada_Y_Su_Rol_En_La_Educaci%C3%B3n_Para_La_Salud
32. Organización Mundial de la Salud (2014).Recomendaciones De La OMS Para La Prevención Y El Tratamiento De La Preeclampsia Y La Eclampsia (Julio,19, 2021).Disponible En: Https://Apps.Who.Int/Iris/Bitstream/Handle/10665/138405/9789243548333_Spa.Pdf
33. Potter, A. (2013). Proceso De Atención De Enfermería. Consultado El 12 Julio, 2021, De Salud Pública De Paraguay Disponible En: <File:///C:/Users/Nominatemporal/Downloads/Proceso.Pdf>
34. Quirarte-Medina M, Carvajal-Gómez A, Martínez-Vara G. Morbimortalidad Por Preeclampsia En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Militar De Especialidades De La Mujer Y Neonatología. REV SANID MILIT MEX (2013).(Julio,25,2021) 67(6): 233-238. Disponible En: <Http://Eds.A.Ebscohost.Com/Ehost/Pdfviewer/Pdfviewer?Sid=E583e48f-F1c1-42c1-Ac89-0ddb15bef30%40sessionmgr4001&Vid=1&Hid=4111>
35. Reina.C (2010) El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado. (3-4),2021,Julio,14 De Umbral Científico Disponible En: <Https://Www.Redalyc.Org/Pdf/304/30421294003.Pdf>
36. Rosales Barrera, S. (2004). Fundamentos De Enfermería. Ed. El Manual Moderno.

37. Secretaría De Salud (2007). Prevención, Diagnóstico Y Manejo De La Preclampsia/Eclampsia. Lineamiento Técnico. México (Julio, 18.2021). Disponible En: Http://Www.Salud.Gob.Mx/Unidades/Cdi/Documentos/PREECLAMPسيا_E CLAMPسيا_Lin-2007.Pdf
38. Secretaría De Salud (2019). Programa Sectorial De Salud 2019-2024. México Disponible En: Aludsinaloa.Gob.Mx/Wp-Content/Uploads/2019/Transparencia/PROGRAM_SECTORIAL_DE_SALUD_2019_2024.Pdf
39. Torres Barrera, S Y Zambrano Lizárraga, E. (2010). Breve Historia De La Educación De La Enfermería En México. Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc. 18 (2): 105-110. Disponible En: <Https://Www.Medigaphic.Com/Pdfs/Enfermeriaimss/Eim-2010/Eim102h.Pdf>
40. Torres Lagunas, M. A., Vega Morales, E. G., Vinalay Carrillo, I., Cortaza Ramírez, L., Y Alfonso Gutiérrez, L. (2018). Factores De Riesgo Psicosociales Asociados A
41. Torres.A (2018) Preeclampsia En Mujeres Mexicanas: Análisis Comparado En Tres Estados. *Enfermería Universitaria*, consultado el 14 de julio, 2021 15(3), Disponible en: 243. <Https://Doi.Org/10.22201/Eneo.23958421e.2018.3.65987>
42. UNAM. (2020). El Proceso De Atención De Enfermería. Consultado Julio 14, 2021, De UNAM Disponible En: <Https://Www.Hospitalneuquen.Org.Ar/Wp-Content/Uploads/2020/02/Proceso-De-Atencion-De-Enfermeria-2.Pdf>
43. Universidad De Antioquia. (2016). Ejecución De Las Intervenciones En El Proceso De Atención De Enfermería. Consultado Julio 14, 2021, De Universidad De Antioquia Disponible En: <Https://Aprendeonlinea.Udea.Edu.Co/Lms/Moodle/Mod/Page/View.Php?Id=61962>

44. Universidad De Guanajuato. (2018). Unidad Didáctica 4: Proceso Enfermero. Consultado Julio14, 2021, De Universidad De Guanajuato Disponible En: [Https://Blogs.Ugto.Mx/Enfermeriaenlinea/Unidad-Didactica-4-Proceso-Enfermero/](https://blogs.ugto.mx/enfermeriaenlinea/unidad-didactica-4-proceso-enfermero/)
45. Vélez A., Consuelo Vanegas G., José Hoover. (2011). Epistemología Del Cuidado en Enfermería. Consultado El 20 Julio 2021. Disponible En [Https://Hdl.Handle.Net/10901/14589](https://hdl.handle.net/10901/14589)

IX.-Glosario De Términos:

Hipertension severa.- Puede ser definida como una presión sanguínea sistólica \geq 160 mmHg o una presión sanguínea diastólica \geq 110 mmHg basada en el promedio de al menos 2 mediciones tomadas en un lapso de 15 min de separación, en el mismo brazo

Hipertension resistente.- Es definida como la necesidad de 3 medicamentos antihipertensivos para el control de la presión en una paciente embarazada de las 20 semanas de gestación en adelante.

Hipertension en el embarazo.- Puede ser definido como una presión sanguínea sistólica \geq 140 mmHg o una presión sanguínea diastólica \geq 90mmHg basada en el promedio de al menos 2 mediciones tomadas en un lapso de 15 min de separación, en el mismo brazo, medición realizada en consultorio u hospital.

Hipertension transitoria.- Es definida como una presión sanguínea sistólica \geq 140 mmHg o una presión sanguínea diastólica \geq 90mmHg, tomada en el consultorio que no se confirma después del reposo o en repetidas mediciones en esa misma consulta o visitas subsecuentes.

Efecto hipertensivo “ de la bata blanca”.- Se refiere como la presión sanguínea que esta elevada en el consultorio (presión sanguínea sistólica \geq 140 mmHg o una presión sanguínea diastólica \geq 90mmHg) pero $<135/85$ mmHg en el monitoreo ambulatorio o en casa.

Condiciones adversas.- Consiste en los síntomas maternos, signos, resultados de laboratorio anormales y resultados anormales de monitoreo fetal que pueden predecir el desarrollo de complicaciones severas maternas o fetales (incluyendo eclampsia, desprendimiento de placenta, edema pulmonar, daño renal, daño hepático, óbito fetal)

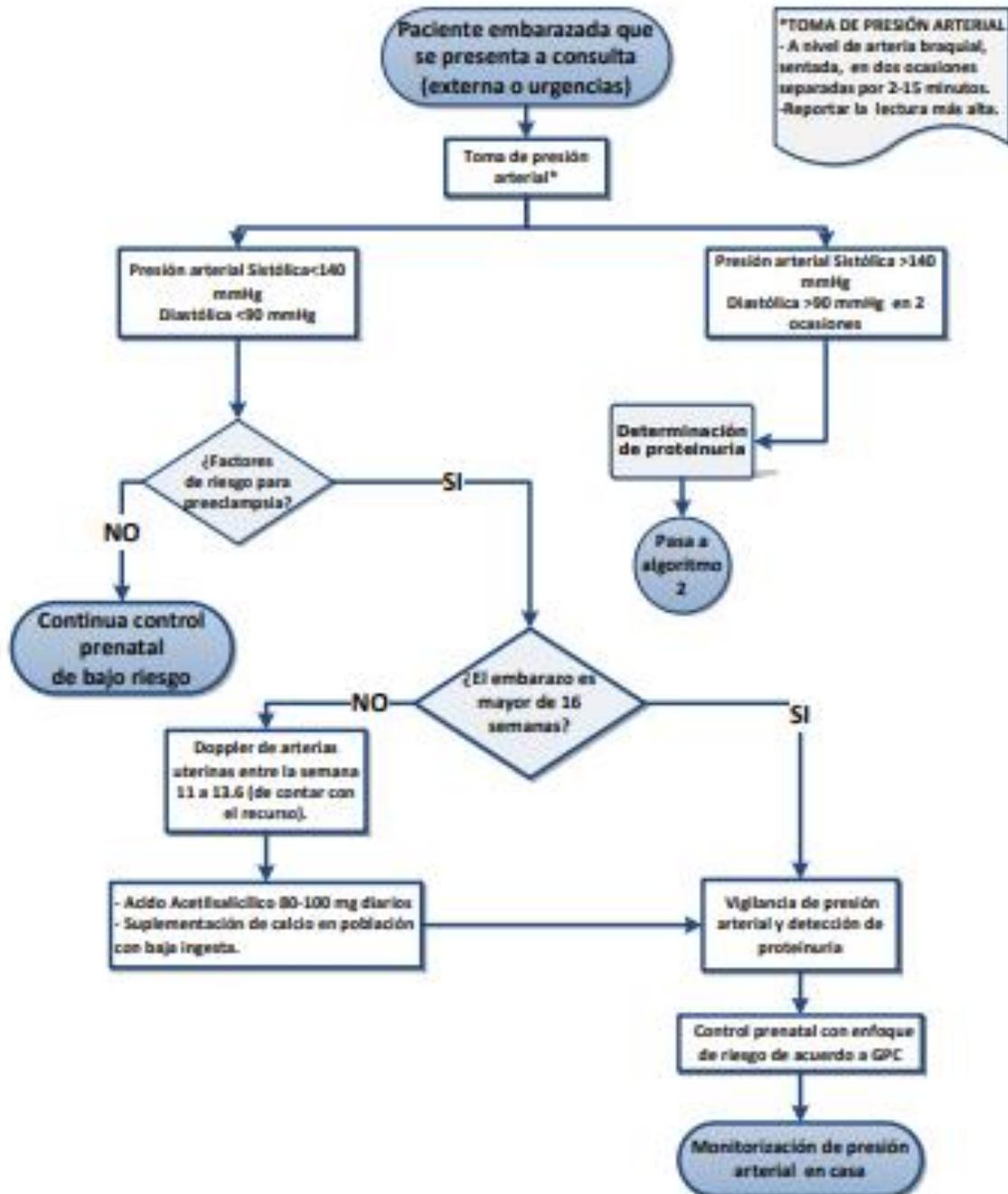
Preeclampsia con datos de severidad.- Es la preeclampsia asociada con una o mas complicaciones severas. Indica el parto, independientemente de la edad gestacional.

Eclampsia .- Es la fase convulsiva de la enfermedad hipertensiva (preeclampsia) y se encuentra entre las mas graves manifestaciones de la enfermedad. A menudo es precedido por acontecimientos premonitorios, tales como dolores de cabeza e hiperreflexia pero puede ocurrir en ausencia de signos.

Síndrome de hellp.- Síndrome caracterizado por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de plaquetas. (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) .

X.-ANEXOS

Algoritmo 1. Identificación y prevención de preeclampsia.



Algoritmo 3. Clasificación y Tratamiento de la preeclampsia sin datos de severidad.

