



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



Clave 8715/12

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

Los suscritos miembros del proceso de titulación de

ALEJANDRA ESPINOZA DÍAZ

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero a paciente con preeclampsia con datos de severidad”

En visto de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en el examen de grado de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

E.P Claudia Glafira Martínez Saldaña
Tutora

L.E Teresa Morales Castañón
Presidenta

L.E.O Ariadna Fabiola Trujillo Rodríguez
Secretaria

L.E.O Agripina Gutiérrez García
Vocal

San Luis Potosí, S.L.P. a noviembre de 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



**TRABAJO RECPECIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE TITULACIÓN DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA BAJO LA MODALIDAD DE
PRESENTACION DE PROCESO CUIDADO ENFERMERO.**

**“PROCESO CUIDADO ENFERMERO A PACIENTE CON PREECLAMPSIA CON
DATOS DE SEVERIDAD”**

POSTULANTE: ALEJANDRA ESPINOZA DÍAZ

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



TRABAJO RECPECIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE TITULACIÓN DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA BAJO LA MODALIDAD DE PRESENTACION DE PROCESO CUIDADO ENFERMERO.

“PROCESO CUIDADO ENFERMERO A PACIENTE CON PREECLAMPSIA CON DATOS DE SEVERIDAD”

POSTULANTE: ALEJANDRA ESPINOZA DÍAZ

ASESOR: E.P. CLAUDIA GLAFIRA MARTÍNEZ SALDAÑA

San Luis Potosí, S.L.P., noviembre del 2021

I. Índice

Contenido

Introducción	8
Justificación	10
Objetivos.....	12
Marco Tèorico.....	13
Valoración.....	14
Diagnóstico	17
Planeación.....	23
Ejecución	25
Evaluación	25
Problemática de salud. Preeclampsia.....	29
Caso Clínico	37
Plan de cuidados	41
Plan de alta.....	62
Conclusión.....	64
Referencias Bibliogràficas	65
Glosario	67

Agradecimientos

Gracias a mis padres por ser el pilar más importante y los principales promotores de mis metas, por guiar mis pasos y forjar ese carácter duro en mí, por avanzar a mi lado y además por darme la oportunidad de llegar hasta donde estoy, la vida misma no sería nada sin ustedes. De las mil cosas que ya he pasado, de lo que me hace seguirlo intentando y de los sueños que me trajeron hasta acá son ustedes quienes me repiten que si puedo y siempre lo he logrado.

Los amo con el corazón.

A mis hermanas por demostrarme siempre su cariño y apoyo absoluto, por ser mi gran ejemplo de crecimiento profesional, sin importar nuestras diferencias de opiniones, por formar parte de este gran logro.

Las quiero incondicionalmente.

Como no externar mi eterno agradecimiento a los ilustres docentes del Centro Universitario de la Salud de Cruz Roja Mexicana, que contribuyeron en gran medida en mi formación.

Resumen

Introducción

Una de las principales causas de muerte materna, a nivel mundial es la preeclampsia que afecta aproximadamente el 15% de los embarazos, y representa casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, la Organización Mundial De La Salud establece que se presenta en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, siendo su gravedad mayormente en el segundo caso. (OMS, 2019)

Objetivo

Implementar un proceso cuidado enfermero, a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a paciente con preeclampsia que contribuya a la orientación en la toma de decisiones clínicas contribuyendo al bienestar de la mujer gestante.

Metodología

El caso a presentar fue encontrado en la comunidad de Los Hernández, Villa de Ramos del estado de San Luis Potosí; posterior a la valoración se priorizaron diagnósticos los cuales se desarrollaron en un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC sustentado en la Guía de Práctica Clínica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Preeclampsia en Segundo y Tercer Nivel de Atención, desarrollando el modelo teórico “Déficit del Autocuidado” de Dorothea Elizabeth Orem.

Conclusiones

La atención en la mujer embarazada nos da como resultado continuar enfatizando la vigilancia de la diada materno-fetal, desde el cuidado de la concepción, evolución y hasta su desenlace, para contribuir en la disminución de la mortalidad de este binomio, así como favorecer el acceso a la salud, a la información y la atención correcta en tiempo y forma para cursar un embarazo saludable.

Palabras clave: embarazo, preeclampsia, diada materno-fetal, proceso cuidado enfermero, modelo teórico Orem, mortalidad materna.

II. Introducción

La enfermería ha ido creciendo como profesión al paso de los años, los cuidados, intervenciones y procedimientos a través del uso de las herramientas metodológicas como lo es NANDA, NOC Y NIC, nos proporcionan homologar un lenguaje enfermero que se traduce en la selección basada en la evidencia científica que mejora de manera plausible el estado de salud de las personas.

Por consiguiente es importante mostrar el abordaje con base al proceso cuidado enfermero dirigido a una paciente con preeclampsia la cual es el estado que se caracteriza por la presencia de hipertensión y proteinuria significativa, lo que ocurre por primera vez después de la semana 20 del embarazo, durante el parto o en el puerperio. También es preeclampsia cuando existe hipertensión en el embarazo y un criterio de severidad aun cuando no haya proteinuria demostrada en un primer momento.

(Hernández-Pacheco JA, 2013). Es decir mediante un enfoque científico, respetando los derechos de la idiosincrasia, lo cual constituye nuestro punto de partida,

Mucho se habla sobre la importancia y evidencia de este tema en el área de la salud, como bien sabemos se busca analizar y dar a conocer los diversos factores que se ven influenciados y que además buscan principalmente el reconocimiento y la importancia del autocuidado durante la gestación para tener una asistencia calificada a la mujer durante el periodo gestante, el parto y el puerperio, ya que como sabemos este es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna, la incidencia a nivel mundial afecta aproximadamente el 15% de los embarazos, y representa casi el 18% de todas las muertes maternas en el mundo, la Organización Mundial De La Salud establece que se presenta en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, siendo su gravedad mayormente en el segundo caso. (OMS, 2019)

Observando que estas estadísticas alejan parte del cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio establecidos y analizados por última vez en 2015, algo que se ha podido mejorar sobre la salud materna es que más del 71% de los nacimientos en todo el mundo en el 2014 ha sido atendido por personal de salud capacitado, a la vez que el uso de los anticonceptivos se incrementó a nivel mundial de un 55% a un 64% en 2015. (OPS, 2015)

Los criterios clínicos no han cambiado, en la última década el manejo de la preelampisa y sus complicaciones y hacen necesario un análisis desde el periodo preconcepcional, las etapas tempranas del embarazo y cuando dicha enfermedad se manifiesta de forma clínica.

No obstante establecer los mecanismos que nos permiten responder a las necesidades, expectativas y voz de las usuarias poniendo en marcha las acciones destinadas y específicas para la mejora en los diferentes niveles de atención, como la dimensión técnica de la calidad de la atención a la salud, fortaleciendo la seguridad de la paciente y la atención oportuna para la mejora de los servicios de salud.

Es por ello que en este documento la propuesta de intervención del proceso cuidado enfermero a una paciente con preeclampsia propone identificar los factores que ponen en riesgo la vida materna a través de la valoración de enfermería individualizada, como elemento fundamental de la formación profesional.

III. Justificación

En la profesión de enfermería el PCE se trabaja como una herramienta metodológica la cual otorga cuidados tanto a la persona sana como a la persona enferma, mediante una atención sistematizada, para atender las respuestas humanas individuales o grupales de carácter real o potencial, este proceso hace referencia a la aplicación del método científico meramente en la práctica asistencial de enfermería, lo que nos permite brindar cuidados de una forma sistemática.

Este método se concentra principalmente en la construcción de una estructura que pueda cubrir las diversas necesidades de nuestro paciente, identificando el tratamiento de las respuestas previas y únicas de la persona referentes a las alteraciones de la salud; reales y potenciales, es de carácter resolutivo, interactivo, teórico, práctico y dinámico basado aquellas acciones destinadas a salvar vidas de las mujeres gestantes y sus recién nacidos que fueron implementadas y además elegidas prioritariamente como aquellas con más incidencia para combatir la mortalidad materna, de carácter preventivo.

Se entiende como preeclampsia un trastorno multisistémico cuyos criterios clínicos no han cambiado en la última década: edad gestacional mayor de 20 semanas, presión arterial mayor de 140/90 mmHg, tira reactiva con 1+ o muestra aislada de orina con 30mg de proteínas en dos muestras de 4 a 6 h. En ausencia de proteinuria, el diagnóstico de preeclampsia podría establecerse cuando la hipertensión gestacional es asociada con síntomas cerebrales persistentes, epigastralgia o dolor en cuadrante superior derecho con náusea o vómito o bien trombocitopenia con alteraciones en las concentraciones de enzimas hepáticas. (IMSS, 2017)

Las estadísticas de esta problemática causa del 10 a 15% de las muertes maternas en todo el mundo, algunas fuentes epidemiológicas reportan hipótesis causales inmunológicas, tromboticas, genéticas, mala adaptación placentaria y estrés oxidativo (IMSS, 2017).

Es así como este documento se realiza con la finalidad de dar a conocer el plan de cuidados de enfermería en una mujer gestante con preeclampsia, así como mostrar un panorama epidemiológico de esta problemática de salud obstétrica.

También surge por el deseo de participar en la disminución de los riesgos en el embarazo, para que con ello se logre la resolución del embarazo en un buen estado de salud del

binomio materno-fetal, lo anterior debido a que esta condición cuando se presenta en centros de atención comunitaria es visible la necesidad de impulsar la educación a la salud en la población y fortalecer el autocuidado.

IV. Objetivos

Objetivo general

- Implementar un proceso cuidado enfermero, a través de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon a paciente con preeclampsia con datos de severidad que contribuya a la orientación en la toma de decisiones clínicas contribuyendo al bienestar de la mujer gestante.

Objetivos específicos

- Delimitar los diversos criterios clínicos de la preeclampsia para el diagnóstico oportuno y manejo inmediato.
- Proponer un plan de cuidados individualizado para el seguimiento perinatal de la paciente con preeclampsia.
- Integrar en las intervenciones el modelo del cuidado de Dorothea Orem que facilite el apego al autocuidado.
- Desarrollar un plan de alta a la paciente con preeclampsia acorde a las necesidades de atención identificadas en la valoración.

V. Marco Teórico

Enfermería como profesión disciplinaria

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

En la naturaleza de la disciplina profesional es el cuidado de enfermería, lo cual corresponde a su ser, que el desarrollo conceptual se refiere al saber, y el procedimiento de gestión del cuidado al que hacer. En la literatura de enfermería, estos componentes se encuentran claramente definidos y desarrollados; sobre el que hacer se identifican diversas aplicaciones, entre las que el proceso de enfermería (PE o PAE), es el método que con mayor frecuencia seleccionan las teoristas para describir la gestión del cuidado.

La base para el conocimiento de enfermería y para comprender el reconocimiento de esta como disciplina profesional se hace mención a “todas aquellas ocupaciones que poseen una combinación particular de características tales como: la competencia, la autonomía, el compromiso y la responsabilidad” citado por Taylor y a Styles, quien plantea que la profesión implica “la generación de un conjunto de conocimientos avanzados y destrezas, un sistema de valores elaborado, que es transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplia”; aunado a estos conceptos, se afirma que “el núcleo de la disciplina profesional, se deriva del sistema de creencias y valores acerca del compromiso social, enfermería como disciplina de la profesión, de la naturaleza de sus servicios y del área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular”. (Cabal, 2011)

Proceso de atención de enfermaría

El proceso cuidado enfermero es considerado como proceso desde 1955 gracias a las grandes aportaciones de Lydia Hall, a partir de ese momento se atribuyeron diversas teóricas colaborando en gran medida para el desarrollo de este proceso, como lo fue Dorothy E. Johnson en 1959, Jean Orlando en 1961, en ese momento dicho proceso solo contaba con tres etapas: valoración, planeación y ejecución. Walsh en conjunto con Yura

en 1967 establecieron cuatro etapas añadiendo a este “realización”. La etapa diagnóstica fue incluida en 1974 por Bloch, Roll y Aspinall quedando desde entonces el proceso como actualmente se conoce: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. (UNAM, Enfermería comunitaria, 2012)

Valoración

En esta etapa es primordial identificar los factores y las situaciones que van a determinar aquellos problemas presentes, en el cual se refleja el estado de salud del individuo, tiene como finalidad dirigirse a un objetivo en común, respondiendo a un cambio continuo.

Mediante la realización de la colecta de información de diversas fuentes involucradas en este proceso, como lo son: el individuo propiamente; la familia, la cual tiene relación directa con este; el diferente equipo multidisciplinario de salud; aquellos registros clínicos que se tienen; los exámenes físicos realizados; los laboratorios recabados; y algunas otras pruebas diagnósticas que se llevaron a cabo en la estancia del paciente. Para la recolecta de esta información se utilizan diversos métodos como la interacción personal, la observación y la medición.

La realización de la valoración y el registro tienen una base teórica a partir de diversos conocimientos que van en conjunto y adaptados con los patrones funcionales de Marjory Gordon, basada en una valoración sistemática, organizada, haciendo énfasis en los datos objetivos y subjetivos empleando diversas técnicas directas e indirectas analizando y empleando los datos obtenidos.

Es importante seguir un orden en la valoración de forma que, en la práctica y aplicación, el personal de salud adquiera habilidades para no olvidar ningún dato relevante, obteniendo la mayor información posible en el tiempo disponible y adecuado para la valoración de enfermería, adaptándose en cualquier lugar o área especializada.

Los antecedentes tienen un papel importante ya que se refiere a todo aquel hecho que ha ocurrido anteriormente y comprenden alguna hospitalización previa sea o no relacionada con la patología actual que se busca analizar. Ésta también abarca enfermedades crónicas – degenerativas o algún patrón de comportamiento que sean base para referenciar los hechos en el tiempo.

Un dato debe tener información concreta, que acaparará el estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Métodos para obtener datos.

Entrevista clínica: es la técnica esencial en esta etapa, aquí se registra el mayor número de datos.

La comunicación debe llevar un propósito específico en la cual la enfermera realiza la historia general del paciente, facilitando la relación enfermera/paciente, con la creación de un ambiente favorable. Es importante resumir los datos más significativos.

Las técnicas verbales mediante el interrogatorio nos permiten obtener información, aclarar respuestas directamente y verificar los datos. Reformular consiste en repetir o expresar de una manera abierta, o de otra forma, lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente para confirmar algún dato, se deben tomar en cuenta las técnicas no verbales que pueden aumentar la comunicación durante el desarrollo de la entrevista, de esta forma pueden transmitirse mensajes con mayor efectividad por medio de: la expresión facial, la forma de estar y la posición corporal, la gesticulación, el contacto físico, y la forma de hablar. Recalcamos que durante este proceso es importante mantener ciertas cualidades y empatía para con nuestro paciente como lo son la concreción, mostrarse cálido y tratársele con respeto.

La observación es aquel momento del primer contacto con el paciente, es ahí cuando la enfermera comienza con la recolección de datos mediante esta técnica, a través de la relación previamente mencionada: enfermera - paciente. Se utilizan los diversos sentidos para un mejor análisis y mediante estos se confirman o descartan ciertos datos.

La exploración física va centrada en la profundidad de la respuesta de la persona, para efectuar dicha actividad, se realizan cuatro técnicas específicas para llegar a este paso:

Inspección: este consta de un examen visual cuidadoso y además global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en ciertas características físicas como lo son tamaño, forma, situación anatómica, textura, color, aspecto, movimientos y simetría.

Palpación: mediante el tacto determinas ciertas características, sobre todo de la estructura corporal, tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulso, vibraciones, consistencia y movilidad. Esta técnica es mayormente utilizada para tentar órganos en abdomen, diversos movimientos corporales y la expresión facial que nos será guía en la valoración.

Percusión: implica dar un par de golpes con uno o varios dedos, estos sobre la superficie corporal, la finalidad es obtener algún sonido. Diferenciando éstos e identificándolos como: “sordos”, que son los que aparecen cuando se percuten músculos o huesos; “mates”, los cuales aparecen en el hígado y bazo; “hipersonoros”, que se presentan en el pulmón normal lleno de aire y, por último; los “timpánicos”, están en el estómago lleno de aire.

Auscultación: esta consiste en escuchar los sonidos emitidos por los órganos del cuerpo, se emplean herramientas como el estetoscopio y determinamos características de la zona a explorar.

Existen diversos criterios para la valoración:

El criterio que abarca de la cabeza a los pies, siguiendo el orden de los diferentes órganos del cuerpo humano, se comienza por el aspecto general del paciente de la cabeza hasta las extremidades.

El de valoración por sistemas y aparatos en el cual hay una medición de las constantes vitales y a continuación cada aparato o sistema de forma independiente, es importante recalcar que debe hacerse énfasis en las zonas más afectadas.

Valoración por patrones funcionales, recolecta los datos primordialmente en los hábitos y costumbres tanto del individuo como de la familia, determinando el funcionamiento positivo, negativo o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

La organización de los fatos en la cual se debe agrupar la información obtenida de tal forma que nos ayude a una fácil identificación del problema empleando los patrones funcionales de Gordon, la estructura debe ir agrupada por categorías de información.

El registro de manera sistematizada constituye un sistema de comunicación amplia entre los profesionales del equipo sanitario, tomando en cuenta la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros, la gestión y aquellas pruebas de carácter legal.

Por último, la validación de los datos significa que hemos reunido información verdadera y dicho paso es primordial, debe estar basado en hechos asegurándonos que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. (UNAM, Enfermería Comunitaria, 2012)

Diagnóstico

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Los pasos de esta fase son:

- 1.- Identificación de problemas: Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis. Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2.- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del quehacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios

Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros.

Evidentemente esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:

- Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.
- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los diagnósticos de enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.

Docencia: la inclusión de los diagnósticos de enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos.

Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.

- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
- Identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
- Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
- Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
- Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional
- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e interdisciplinar.

Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los diagnósticos de enfermería en este ámbito son:

Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.

Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los diagnósticos de enfermería que se dan con mayor frecuencia.

Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.

Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de enfermería brindados en un centro o institución.

Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos. Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas.

Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial) es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo: (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa, tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)

De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc. Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc. de maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.)

Tipos de diagnósticos: Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: Reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real:

Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Alto Riesgo:

Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1ª descripción concisa del estado de salud alterado de la persona va precediendo por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato:

PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible:

Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar:

Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr

un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud. Podemos añadir un quinto tipo:

De síndrome:

Comprenden un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices: Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.

La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

Planeación

En la tercera fase del proceso de atención de enfermería se contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1).- Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.

2).- Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema. Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles.

Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

3).- Planeación de las intervenciones de enfermería. Están destinadas a ayudar al paciente a lograr las metas del cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería.

Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y ordenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y comportamentales.

2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente, definidos de formas realistas y mensurables, congruentes con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.

3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

Para llevar a cabo esta etapa del proceso cuidado enfermero se requiere de la utilización de 2 fuentes bibliográficas principalmente

1.- 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 enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente.

Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones.

2.- Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC): recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación. (UNAM, Enfermería Comunitaria, 2012)

Ejecución

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva, en coordinación con el personal de salud que participa en su atención y sus familiares. (Rosales, S., Reyes, E. 2004).

Para Iyer P, Taptich B, Bernocchi, 1997, citado por Universidad de Antioquia La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados. Se ejecutan intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del paciente. (Universidad de Antioquia 2016).

Para Pérez, M.J. (2002) En esta etapa se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones en enfermería y durante el desarrollo de esta se requiere:

- 1) Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
- 2) Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
- 3) Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

Evaluación

La última fase de enfermería es estar presente durante la ejecución del cuidado, lo cual es continuo que se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera (o) valora la efectividad de las actuaciones de enfermería.

La evaluación requiere el examen de varios aspectos como:

- El examen físico del paciente.
- El análisis del historial clínico.
- La entrevista con el paciente.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

2.- Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia.

3.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test).

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. información dada por el resto del personal.

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

- Medir los cambios del paciente
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. (PCE, 2021)

Se habla de ello como una herramienta metodológica la cual otorga cuidados tanto a la persona sana como a la persona enferma, mediante una atención sistematizada, para atender las respuestas humanas individuales o grupales de carácter real o potencial, este proceso hace referencia a la aplicación del método científico meramente en la práctica asistencial de enfermería, lo que nos permite brindar cuidados de una forma sistemática. Se concentra principalmente en la construcción de una estructura que pueda cubrir las diversas necesidades de nuestro paciente, identificando el tratamiento de las respuestas previas y únicas de la persona referentes a las alteraciones de la salud; reales y potenciales, es de carácter resolutivo, interactivo, teórico, práctico y dinámico basado aquellas acciones destinadas a salvar vidas de las mujeres gestantes y sus recién nacidos que fueron implementadas y además elegidas prioritariamente como aquellas con más incidencia para combatir la mortalidad materna, de carácter preventivo ante en una emergencia obstétrica.

No obstante la mortalidad materna en nuestro país como en muchos otros del mundo en desarrollo, constituye un problema de salud pública muy importante, como es mencionado en el informe de “Las Estrategias Para Poner Fin A La Mortalidad Materna Prevenible” enfatizando que es la meta numero 5° de la ODM y esta es reducir en 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015. Para el 2013 se había alcanzado una reducción de 45%, lo que significaba un adelanto considerable pero distaba mucho de la meta mundial. (OPS, 2015)

Mediante el reflejo de la propia voz de las mujeres que lograron sobrevivir gracias a la respuesta oportuna de los servicios de salud, como el rol de las comunidades, los trabajadores de salud y las familias en el cuidado de sus integrantes.

Son intervenciones que construyen presentes saludables porque salvan la vida de las madres ahora mismo. Pero también promueven embarazos saludables, lo que redundará en una reducción de las enfermedades no transmisibles y así, en futuros saludables.

Preeclampsia

La preeclampsia es un síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, tiene un periodo prepatogénico que es importante mencionar en conjunto con un agente químico endógeno, secundario al embarazo causado por una placenta isquémica, debido a una penetración trofoblástica insuficiente que da por consecuencia una musculatura uterina de menor diámetro y de mayor resistencia que disminuye el territorio de sustancias vasodilatadoras, además la placenta libera a circulación factores hipertensogénicos no conocidos, los cuales poseen propiedades citotóxicas que dañan el endotelio y aumentan su permeabilidad. (Shawartz, 1997)

La preeclampsia es una importante causa de morbilidad y mortalidad materno-fetal, ya que por los efectos y consecuencias ocasiona daños en órganos y sistemas como lo es el sistema nervioso central, hígado, corazón, riñón y en la coagulación.

La etiología de esta patología no es precisa, no obstante, la prevención juega un papel muy importante, para evitar la muerte debido a esta afección, para ello debe ponerse especial atención en acciones educativas y de autocuidado que permitan la detección oportuna para realizar el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. En este sentido el control prenatal, la referencia de los casos y la atención de la urgencia obstétrica reciben una vital importancia.

La naturaleza exacta del acontecimiento primario que causa la preeclampsia sigue siendo desconocida, se considera de origen multifactorial, se suman factores culturales, sociales, económicos y geográficos. (Shawartz, 1997)

Nos referimos a huésped como aquella mujer con actividad uterina y placentaria, o cuando es recuente la desaparición de dicha actividad es decir entre la vigésima semana de gestación y la primera semana después del parto.

Características del huésped:

Edad y sexo; es un hecho aceptado primitivamente tiene más incidencia en las primigestas, aumentando el riesgo si la edad es mayor de los 30 años esto corresponde al 75% de los casos, esto se atribuye a menor vascularización uterina, ya que se ha confirmado que el grosor de las arterias de las primigestas es menor que el de las multigestas.

Ocupación; no hay un objeto preciso que demuestre la relación que esto tiene con el desarrollo de la patología más sin embargo se ha observado que en situaciones de estrés extremo se ve aumento en los problemas hipertensivos.

Estructura genética; los antecedentes patológicos familiares nos indican factores genéticos predisponentes, relacionados con los sistemas reguladores de presión arterial, y que debido a las exigencias genéticas biológicas del embarazo se pone de manifiesto una enfermedad que estaba latente.

Estado nutricional; es relevante recalcar que la desnutrición aumenta el riesgo de contraer cualquier proceso biológico, este análisis en estudios clínicos realizados nos demuestran que la suplementación con calcio o los alimentos ricos en este disminuyen favorablemente los trastornos hipertensivos durante el embarazo. (Shawartz, 1997)

Hábitos y costumbres; las formas de vida presentes en algunos individuos tienden a tener influencia sobre la salud de los mismos, estos hábitos que repercuten en la salud pueden ser conscientes o inconscientes provenientes de una cultura errónea de la salud. El sedentarismo manejado como un estilo de vida es un factor importante de riesgo para el desarrollo de la preclampsia.

El ambiente físico; el clima húmedo es un factor que aumenta la posibilidad del desarrollo de esta entidad.

El ambiente socioeconómico; va en aumento la probabilidad de presentar un cuadro hipertensivo durante el embarazo en grupo de mujeres con un nivel socioeconómico bajo, esto por los ingresos deficientes lo cual impide tener acceso a los servicios de salud, llevar un control prenatal adecuado, llevar así mismo una dieta balanceada bajo esta misma circunstancia el desarrollo de un nivel escolar es bajo y de pronto no les permite comprender la importancia del medio ambiente para desarrollar un buen estado de salud materna.

El ambiente cultural; las diversas formas de vida que reflejan la cultura de los individuos dictan de alguna manera la susceptibilidad estos posibles trastornos que se ven reflejados en el estado de salud, en esta patología la aparición de ciertos factores actores culturales pueden poner en aumento el desarrollo como lo son el consumo de tabaco y alcohol o

cuyos alimentos son deficientes en proteínas y vitaminas, esto afecta de manera directa a las mujeres en gestación. (Shawartz, 1997)

La importancia de la atención prenatal tiene un papel muy importante ya que debe ser periódica, meramente clínica, con el apoyo de diversos laboratorios y estudios de gabinete que tienen como objetivo la búsqueda de factores de riesgo que deben ser identificados oportunamente en cada paciente:

Factores de riesgo para preeclampsia:

- Ausencia o deficiencia de control prenatal.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Intervalo intergenésico menos de dos años.
- Mujer menor de 18 y mayor de 35.
- Primigesta o multigesta.
- Preeclampsia en embarazos anteriores o antecedentes familiares repetidos.
- Hipertensión arterial crónica o cualquier otro trastorno hipertensivo durante la gestación.
- Sobredistención uterina en cualquier origen (embarazo gemelar o múltiple, polihidramnios).
- Infección de vías urinarias recurrentes.
- Diabetes mellitus tipo 1, 2, o gestacional.
- Enfermedad renal previa o recurrente (aguda o crónica).
- Enfermedad trofoblástica.
- Enfermedades autoinmunes.
- Factores psicosociales (estrés, depresión, angustia, violencia familiar).

Clasificación (anexo 1.1)

Preeclampsia leve: presión arterial de 140/90 mmHg o más, o elevación de 30 mmHg en las sistólica y 15 mmHg en la diastólica, cuando se conocen las cifras basales previas se presenta después de la semana 20 de gestación hasta 30 días posparto, ausencia de síntomas de vasoespasmo. (anexo 1.3)

Preeclampsia severa: presión arterial de 160/110 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gen 24 horas, presencia de cefalea, acufenos, fosfenos, edema generalizado. (anexo 1.4)

Es importante mencionar que la medición de la presión arterial debe realizarse con la paciente sentada con un buen soporte de espalda y con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón, se efectuará por lo menos con 10 minutos de reposo, es recomendable realizarlo en un entorno tranquilo, y con al menos dos mediciones tomadas separadas por 2 a 15 minutos es primordial la abstención de productos que contengan cafeína como tabaco y café. No deberá tener necesidad de orinar ni defecar. La revisión clínica más detallada debe ser medida en ambos brazos, el ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos el 80% de la circunferencia del mismo. La variación de la presión arterial entre los brazos es aproximadamente menos de 10 mmHg, y sólo entre 2 a 8% de las mujeres embarazadas tienen una diferencia de presión arterial entre brazos de al menos 10 mm Hg para la presión sistólica y diastólica.

El observador se sitúa de modo que su vista quede frente a la paciente, se colocara el brazalete, se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo, mientras se palpa la arteria humeral, se inflará rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, identificando la aparición del primer ruido de Korotkoff, que marca el nivel de la presión sistólica, y el quinto, la presión diastólica.

Tratamiento

Preeclampsia leve: las pacientes con enfermedad hipertensiva durante el embarazos, referidos al primer nivel de atención y además las diagnosticadas en el segundo nivel de atención deben ingresarse con una previa valoración para mantener las siguientes medidas:

- Reposo.
- Hierro.
- Ácido fólico.

- Tensión arterial c/4 horas.
- Síndrome vasculo espasmódico.
- Edema.
- Reflejos osteotendinosos.
- Biometría hemática.
- Química sanguínea completa.
- Cuenta plaquetaria.
- Tiempos de coagulación.
- Examen general de orina (y determinación de proteinuria con tiras reactivas).
- Prueba de funcionamiento renal (depuración de creatinina en orina)
- Grupo sanguíneo y Rh

La importancia de la atención fetal juega un papel muy importante:

- Verificar la presencia de motilidad fetal.
- Valorar crecimiento uterino.
- Auscultación de la frecuencia fetal
- Registro cardiotopográfico en embarazo >32 semanas (prueba sin estrés)
- Ultrasonido (fotometría y valoración del líquido amniótico)

Las pacientes con embarazos menores de 32 semanas con trastornos hipertensivos que no respondan favorablemente al tratamiento médico, se recomienda iniciar esquema de inductores de maduración pulmonar desde la semana 28 de gestación, los esquemas recomendados son:

Dexametasona	6 mg im cada 12 horas, 4 dosis.
Betametasona	12 mg im cada 24 horas, 2 dosis.

Se debe valorar el inicio del tratamiento antihipertensivo, el cual dependerá de la persistencia de las cifras de la tensión arterial, las pacientes con estabilización de cifras tensiionales mediante antihipertensivos, y sin compromiso materno y/o fetal, pueden continuar con su control prenatal en la consulta externa con las medidas específicas de

atención materna hasta la resolución del embarazo, sin permitir que la gestación rebase las 40 semanas.

Preclampsia severa: Si la hipertensión ocurre después de la semana 20 de embarazo se deben investigar signos y síntomas de preeclampsia, la evaluación y el manejo deben realizarse en el segundo y tercer nivel de atención, las pacientes en este grado de la enfermedad deben ser hospitalizadas, para la estabilización de las cifras tensionales y la interrupción del embarazo en un plazo no mayor a 6 horas, con las siguientes medidas generales:

- Ayuno.
- Reposo en decúbito lateral izquierdo.
- Administración de líquidos parenterales.
- Sonda Foley a permanencia, cuantificar volumen y proteinuria.
- Medición de la presión arterial cada 10 minutos.
- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

Medicamentos

Antihipertensivos	Recomendaciones
Hidralazina	Administrar un bolo inicial de 5 mg iv, si continua con diastólica de 110 mmHg o más, repetir en 20 minutos 5-10 mg de acuerdo a la respuesta de la paciente.
Nifedipina	En caso de no contar con hidralazina iv se recomienda iniciar con 10 mg sublingual y repetir cada 0 a 30 minutos de acuerdo a la respuesta clínica.
Alfa metil dopa	500 mg vo cada 6 horas
Hidralazina	50 mg vo cada 6 horas

Antiedema cerebral	
Dexametasona	Iniciar con 16 mg ivy continuar con 8 mg cada 8 horas

Prevención de crisis convulsivas	
Sulfato de Magnesio	
Impregnación	Administrar 6 gr iv diluidos en 1000 cc de solución glucosada, pasar en 15 minutos.
Mantenimiento	Continuar con 1 o 2 gr por hora administrados en infusión intravenosa continua. Preparar solución glucosada de 1000 cc al 5% mas 10 ampolletas de 1 gr. Vigilar la función renal, estado de conciencia y frecuencia respiratoria.
	En caso de intoxicación utilizar 1 gr de Gluconato de calcio iv diluido en 100 cc de solución fisiológica y pasar en 15 minutos.

(IMSS, 2017)

Modelo Dorothea Elizabeth Orem

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria. Esta teoría se aplica directamente en el entorno de la gestión del cuidado, a través de una herramienta de calidad a personas enfermas y a la vez a personas que están tomando decisiones sobre su salud y además personas sanas que desean mantenerse o modificar ciertas conductas de riesgo para su propia salud.

Nos permite favorecer a la persona a mantener por si mismo acciones necesarias para conservar o mantener su salud al mismo tiempo que recuperarse de alguna enfermedad, al mismo tiempo que afrontar las consecuencias en dado caso de dicha enfermedad.

Con respecto a esto describe cómo es que las personas cuidan de sí mismos, porque y de qué manera lo hacen, es decir explica como el personal de salud puede ayudar a las personas a lograr el autocuidado de una manera eficiente así mismo expresa las diferentes relaciones que hay que mantener.

Teoría Déficit de Autocuidado

Dicha teoría nos orienta hacia un objetivo en común y se refiere al cuidado, mediante actividades aprendidas por el propio individuo en situaciones específicas por las cuales atraviesa la persona, pueden ir dirigidas a si misma o hacia su entorno para el beneficio de su salud.

Un elemento esencial utilizando y el cual forma parte de este modelo es la valoración de nuestro paciente, haciendo mención en este los factores internos y externos que pueden afectar la capacidad para ocuparse de su autocuidado y Orem las menciona como variables: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores de sistema de cuidados de salud, factores de sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos y estos deben ir en relación. (Medicas, 2017)

VI. Caso Clínico

Ficha de identificación

Nombre: S.A.M.A

Edad: 40 años

Sexo: Mujer

Lugar de nacimiento: Villa de Ramos

Estado civil: Casada

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Secundaria

Laboratorios: urea sérica 29 mg/dl, creatinina 0.6 mg/dl, bun 13.55 mg/dl, ácido úrico 5.0 mg/dl VDRL negativo, VIH no reactiva, EGO: color amarillo aspecto turbio, densidad 1.030, leucos 10, proteínas 300 mg/dl en 24 hrs. (anexo 1.2)

Valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon

1. Percepción manejo de la salud: la paciente percibe su estado de salud como bueno, sin embargo comenta que en diversas ocasiones a presentado enfermedades respiratorias relacionadas a los cambios climáticos, opta por la automedicación o medicina alternativa como primera opción debido al fácil acceso de las mismas. Niega el consumo de sustancias tóxicas como alcohol y tabaco así mismo sobre algún tipo de droga durante su tiempo de vida, no conoce algún alimento o medicamento que cause alergias hasta el momento, sin APP, AHF interrogados y negados, procedimientos quirúrgicos cesárea en gesta 2 por ruptura prematura de membranas; paciente que por la falta de control prenatal no a consumido en ningún embarazo suplemento adicional farmacológico. Desconoce su actual enfermedad (preeclampsia) pero a la explicación médica la acepta por los riesgos y complicaciones materno-fetales. Tratamiento actual; alfametildopa 500mg v.o c/8 horas, hidralazina 50mg v.o c/6 horas, dexametasona 6mg i.m c/12 horas, hidralazina 5mg en bolo por previa valoración medica.

2. Nutricional-Metabólico: temperatura 36.8, peso 66kg, talla 1.56, IMC 27.12 kg/m², saturación de oxígeno en 96%, glicemia capilar 58 mg/dl. Cabeza normal sin alteraciones, cabello largo bien implantado, pabellones auriculares simétricos, ambos conductos auditivos con membrana timpánica integra sin datos de inflamación, nariz central, ojos simétricos, cavidad oral con higiene regular, piezas dentales completas, cuello cilíndrico con amígdalas normales. Su ingesta alimenticia no cumple con el plato del buen comer,

poco variada y en cantidades moderadas, describe agregar sal en el consumo de sus alimentos ya preparados, el número de comidas que realiza al día son 3 y menciona que durante el periodo gestante agrego una colación a sus comidas con alguna fruta de su preferencia, aproximadamente su ingesta de líquidos es de 1 a 1.5 litro por día, no consume suplementos alimenticios, sin antecedentes de enfermedades estomacales recurrentes, conoce poco sobre los desórdenes alimenticios comunes y al abordar un poco sobre estos menciona no padecer ninguno de ellos. Se observa piel integra, un poco de sequedad en miembros inferiores resto hidratado, presencia de edema en miembros inferiores (++) de acuerdo a la escala (anexo 1.5)

3. Eliminación-Intercambio: evacua 1 vez al día con heces en consistencia según la escala de Bristol 3 (anexo 1.6), menciona antes de su embarazo miccionar alrededor de 3 veces al día después de ello la cantidad de veces va en aumento comentando que también estas influyen con el consumo de bebidas, con vaga sensación de sed al día; duerme toda la noche sin despertarse a orinar; sin antecedente de infecciones de vías urinarias frecuentes, abdomen globoso por gravidez sin dolor a la palpación, signo de Giordano negativo, genitales externos normales, posterior a esta valoración se coloca sonda vesical para cuantificación y control de uresis.

4. Actividad-Ejercicio: T/A 160/100 mmHg, FC 66x¹, FR 19x¹ de acuerdo a la escala de Barthel con una puntuación de 100 puntos (anexo 1.7), comenta tener suficiente energía para realizar sus actividades normales de la vida diaria, caminatas normales de 15 minutos poco frecuentes tolerándola sin problema, se observó a su ingreso una marcha eubásica, con tonicidad y fuerza en extremidades, sin manierismos, tórax simétrico, normolineo, ruidos cardiopulmonares rítmicos sin agregados. Niega sedentarismo.

5. Sueño-Descanso: duerme alrededor de 8 horas de sueño, niega siestas durante el día y además recalca despertar aproximadamente 3 veces durante la noche con insomnio intermitente, no considera su sueño reparador debido a factores familiares económicos, no ingiere ningún medicamento para mejorar la calidad del sueño, pero ella alude que tras ingerir té con herbolaria natural le ayuda a mejorar el descanso; no hace siestas diurnas.

6. Cognitivo-Perceptual: consiente, alerta, orientada en tiempo lugar y persona, atención central, se expresa con un lenguaje normal coherente, menciona no tener problemas de la vista, escucha todo fuerte y claro, sin alteraciones en los sentidos como el gusto el olfato o

en las sensaciones táctiles, refiere dolor en miembros inferiores y discreta cefalea, de acuerdo a escala de EVA en 4/10 sin manejo del mismo; por problemas económicos le es difícil en ocasiones concentrarse sin embargo se considera una persona que toma decisiones precisas.

7. Autopercepción: se menciona como una persona tranquila, manifiesta cierto temor al desconocimiento del estado de salud de su bebé tras su enfermedad; manifiesta aceptar los cambios en su cuerpo tras el embarazo, recalca que son cambios que valen la pena y se siente cómoda consigo misma, el estado afectivo para con sus seres queridos es considerado bueno ya que hay apoyo y adecuada comunicación.

8. Rol-Relaciones: habla con claridad y menciona que vive en su casa propia con su esposo y 3 hijos, tienen una buena relación con su familia, cuenta con el apoyo de sus padres y de su esposo, comenta solo tener el percance económico para satisfacer diversas necesidades familiares y muestra no tener algún tipo de problemas con sus vecinos o personas que la rodean en las diversas áreas en las que ella se desarrolla.

9. Sexualidad-Reproducción: Inicio de vida sexual activa a los 18 años con una pareja sexual, menarca 12 años, FUM no confiable, embarazos 6, partos 3, abortos 1, cesáreas 1, sin conocimiento ni manejo de algún método anticonceptivo, no toma precauciones para prevenir enfermedades de transmisión sexual, refiere no tener problemas de identidad sexual, sobre la detección del cáncer cervico-uterino comenta no realizarse citología cervical con frecuencia no recuerda la última vez que acudió a una, omite detección de cáncer de mama en el último año, se sabe negativa a pruebas rápidas de infecciones de transmisión sexual. Actualmente cusa con embarazo intra uterino de 25 semanas de gestación. Se realiza tacto genital externo normal, sin dolor a la palpación, cérvix cerrado y posterior sin presencia de sangrado, sin salida de líquido sin mal olor, altura de fondo uterino de 16 cm, FCF rítmica de 150x1, líquido amniótico normal de acuerdo a edad gestacional, presentación del producto cefálico situación longitudinal.

10. Afrontamiento Tolerancia Al Estrés: comenta que en el transcurso de este último año y debido a la falta de actividades laborales en el campo ha manejado un nivel de preocupación considerable por el tema económico ya mencionado que aqueja a su familia y por la enfermedad actual en su embarazo hay ocasiones en las que siente presión, para relajarse busca acercarse a la medicina alternativa y busca la resolución de

sus problemas hablando con su esposo al respecto, manifiesta esto llevarla a un estado de relajación.

11. Valores-Creencias: se considera bajo la religión católica inculcada por sus padres y por supuesto que le da la importancia según sus creencias, el duelo y la muerte lo maneja como “Dios sabe porque nos da cada batalla, debemos aceptar la palabra de Dios”, sin embargo no deja de preocuparla su estado de salud actual, pero comenta que afrontara las cosas con fortaleza.

Plan de cuidados

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es): Sexualidad - Reproducción</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de registro de visitas de control prenatal. • Multiparidad. <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento sobre educación prenatal. • Prácticas alimenticias insuficientes. • Desconocimiento de los riesgos del embarazo. 	<p>Dominio: 8 Sexualidad</p> <p>Clase: 3 Diada materno/fetal</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal inadecuado. <p>Problemas asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen terapéutico. • Complicaciones del embarazo. 	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) Conocimiento: gestación (1810).		
		Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud.	Clase: S conocimiento sobre salud.	
		Criterio de resultado: (1) Ningún conocimiento, (2) Conocimiento escaso, (3) Conocimiento moderado, (4) Conocimiento sustancial, (5) Conocimiento extenso.		
		Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
		<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del cuidado prenatal. • Importancia de la educación prenatal. • Signos de aviso de las complicaciones de la gestación. • Prácticas nutricionales saludables. 	<p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 5 Familia</p> <p>Clase: W Cuidado de un nuevo bebé.</p> <p>INTERVENCION: Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la presencia de factores médicos relacionados con los malos resultados del embarazo. 2. Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo. 3. Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo. 4. Determinar la comprensión de la paciente de los factores de riesgo identificados. 5. Explicar los riesgos fetales asociados con partos prematuros en las diversas edades de gestación. 	<p>1. La orientación a la paciente tiene que ser a traes de un proceso enseñanza aprendizaje ordenado de acuerdo con la prioridad en ese momento. En el adecuado control de la gestación se busca identificar los factores asociados a un embarazo de alto riesgo que pueden afectar la salud materno-fetal e inculcar la importancia del autocuidado y con ello adaptar ciertas medidas de prevención para futuras complicaciones. Además de los cuidados proporcionados por el personal de salud es de suma importancia incluir el soporte emocional y la preparación para el parto para facilitar el proceso del trabajo de parto.</p>	Criterio de resultado: (1) Ningún conocimiento, (2) Conocimiento escaso, (3) Conocimiento moderado, (4) Conocimiento sustancial, (5) Conocimiento extenso.	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del cuidado prenatal. • Importancia de la educación prenatal. • Signos de aviso de las complicaciones de la gestación. • Prácticas nutricionales saludables. 	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">3</p>

PLANEACIÓN		
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
Conocimiento: control de la hipertensión (1837).		
Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud	Clase: S Conocimientos sobre salud	
Criterio de resultado: (1) Ningún conocimiento, (2) Conocimiento escaso, (3) Conocimiento moderado, (4) Conocimiento sustancial, (5) Conocimiento extenso.		
Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
<ul style="list-style-type: none"> • Rango normal de la presión arterial sistólica. 	1	3
<ul style="list-style-type: none"> • Rango normal de la presión arterial diastólica. 	1	3
<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo de la presión arterial. 	1	4
<ul style="list-style-type: none"> • Opciones terapéuticas disponibles. 	1	4
<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de la adherencia al tratamiento. 	2	5

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual.</p> <p>Clase: S Educación de los pacientes.</p> <p>INTERVENCION: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. 2. Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección. 3. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. 4. Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. 5. Identificar cambios en el estado físico del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La educación para la salud hace referencia a la participación del paciente o la familia sobre el razonamiento en torno a su padecimiento actual con la finalidad de promover el conocimiento, los hábitos, los signos y síntomas para la defensa de la salud individual o en conjunto, mediante la enseñanza del proceso de su enfermedad, se hace uso de ayuda visual sobre la información con datos relevantes sobre la enfermedad y tasas de mortalidad materna debido a este padecimiento, con ello se espera una modificación de la conducta de nuestra paciente. 	<p>Criterio de resultado: (1) Ningún conocimiento, (2) Conocimiento escaso, (3) Conocimiento moderado, (4) Conocimiento sustancial, (5) Conocimiento extenso.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Rango normal de la presión arterial sistólica. • Rango normal de la presión arterial diastólica. • Objetivo de la presión arterial. • Opciones terapéuticas disponibles. • Importancia de la adherencia al tratamiento. 	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">5</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es):</p> <p>Nutricional – metabólico.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas 300mg/dl en 24 hrs. • Edema. • Sobrepeso. • Hipertensión. <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parestesia. • Pesadez en miembros inferiores. 	<p>Dominio: 2 Nutrición.</p> <p>Clase: 5 Volumen de líquidos.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: exceso de volumen de líquidos (00026).</p> <p>Factore(s) relacionado(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta excesiva de sodio. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la presión arterial. • Aportes superiores a las perdidas. • Edema. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <p>Equilibrio hídrico (0601).</p>			
		<p>Dominio: 2 Salud Fisiológica.</p>	<p>Clase: G Líquidos y electrolitos,</p>		
		<p>Criterio de resultado: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno.</p>			
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación inicial *</p>	<p>Puntuación Diana*</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial. • Edema periférico. • Sed. • Entradas y salidas diarias. • Peso corporal. 	<p align="center">1</p> <p align="center">2</p> <p align="center">3</p> <p align="center">2</p> <p align="center">2</p>	<p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">2</p> <p align="center">3</p> <p align="center">5</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 Fisiológico complejo.</p> <p>Clase: N Control de la perfusión tisular.</p> <p>INTERVENCION: Manejo de líquidos (4120)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un registro preciso de entradas y salidas. 2. Realizar sondaje vesical. 3. Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos. 4. Monitorizar los signos vitales. 5. Evaluar la ubicación y extensión del edema. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El edema es la acumulación de exceso de líquido en los espacios intersticiales, una de las causas es un aumento de la presión sanguínea en los capilares. Las toxemias del embarazo se caracterizan por presentar edema tanto generalizado como en de partes declives. <p>El manejo y registro de líquidos contribuye a mantener un equilibrio en el organismo de la mujer gestante, así como conocer el control de ingresos y egresos colabora en gran medida en la percepción y valoración de la evolución de la enfermedad y de este modo evitar o manejar oportunamente diversas complicaciones que pueden presentarse durante el proceso de la enfermedad.</p>	<p>Criterio de resultado: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial. • Edema periférico. • Sed. • Entradas y salidas diarias. • Peso corporal. 	<p>4</p> <p>3</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>2</p>

PLANEACIÓN		
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) Eliminación Urinaria (503).		
Dominio: 2 Salud fisiológica.	Clase: F Eliminación.	
Criterio de resultado: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido.		
Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación. • Cantidad de orina. • Color de la orina. • Olor de la orina. • Ingesta de líquidos. 	<p>2</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 Fisiológico complejo.</p> <p>Clase: N Control de la perfusión tisular.</p> <p>INTERVENCION: Monitorización de líquidos (4130).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorizar las entradas y salidas. 2. Llevar un registro preciso de entradas y salidas. 3. Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina. 4. Administrar líquidos. 5. Repartir y restringir la ingesta de líquidos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La producción de orina es muy variable, dependiendo de la ingesta de líquidos. Estos ajustes son causados principalmente por la acción de la hormona antidiurética (ADH), el sistema renina-angiotensina aldosterona (SRAA) y los péptidos natriureticos auriculares (ANP). El SRAA regula el volumen de líquido extra celular influyendo en la cantidad de sodio y agua que se excreta en la orina. También contribuye a la regulación de la presión arterial. Se debe evaluar la producción urinaria de la paciente cuando hay amenaza contra los procesos vitales para la vida. 	<p>Criterio de resultado: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación. • Cantidad de orina. • Color de la orina. • Olor de la orina. • Ingesta de líquidos. 	<p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">5</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Actividad-reposo.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial 160/100 mmHg. • Disminución de los pulsos periféricos. • Llenado capilar mayor a 3 segundos. • EVA de 4/10. • Se observa piel blanquecina con huellas de rascado. <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere sensación de incomodidad en las piernas (hormigueo). • Refiere comezón en la piel. 	<p>Dominio: 4 Actividad-Reposo.</p> <p>Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / pulmonares.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Perfusión tisular periférica ineficaz (00204).</p> <p>Factore(s) relacionado(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos inadecuados sobre el proceso de la enfermedad. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de los pulsos periféricos. • Cambios de la presión arterial. • Alteración de las características de la piel. • Dolor en las extremidades. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <p>Perfusión tisular: periférica (0401).</p>		
		<p>Dominio: 2 Salud fisiológica.</p>	<p>Clase: E Cardiopulmonar.</p>	
		<p> Criterio de resultado: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) sin desviación del rango normal. (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) leve, (5) Ninguno.</p>		
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación inicial *</p>	<p>Puntuación Diana*</p>
<p>dedos de los pies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edema periférico. • Dolor localizado en extremidades. • Hormigueo. 	<p align="center">2</p> <p align="center">3</p> <p align="center">2</p>	<p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p>		

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 Fisiológico complejo.</p> <p>Clase: N Control de la perfusión tisular.</p> <p>INTERVENCION: Precauciones circulatorias (4070)</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una evaluación exhaustiva de la circulación periférica. 2. Instruir al paciente y a la familia sobre los tratamientos farmacológicos para el control de la presión arterial. 3. Centrarse en los pacientes de riesgo para realizar evaluaciones periféricas exhaustivas y una modificación de los factores de riesgo. 4. Instruir a la paciente sobre los signos y síntomas indicativos de la necesidad de atención urgente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La hipertensión arterial se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo y los factores vasoconstrictores, así mismo la presión hidrostática intravascular y la oncótica intersticial favorecen la salida del líquido desde el espacio vascular al intersticial, mientras que la presión hidrostática intersticial y la oncótica intravascular actúan en sentido contrario. La presión hidrostática depende de la volemia y la capacidad de almacenaje del espacio correspondiente. La volemia corresponde con el volumen de sangre y la presión oncótica está determinada por la concentración de proteínas especialmente la albumina. Por lo tanto el edema se define como el aumento del volumen de líquido intersticial. Por lo que el aumento de la volemia vascular se asocia a la retención hidrosalina como sucede en el embarazo. En la preeclampsia el edema es de inicio súbito después de la semana 20 del embarazo, se localiza en cara, manos y miembros pélvicos. 	<p>Criterio de resultado: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) sin desviación del rango normal. (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) leve, (5) Ninguno.</p>	<p>Indicador (es)</p> <p>Puntuación final</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Llenado capilar de los dedos de los pies. 4 • Edema periférico. 4 • Dolor localizado en extremidades. 4 • Hormigueo. 4 	

PLANEACIÓN		
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) Signos vitales (0802)		
Dominio: 2 Salud Fisiológica.	Clase: J Regulación metabólica.	
Criterio de resultado: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) sin desviación del rango normal.		
Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
• Presión arterial sistólica.	1	3
• Presión arterial diastólica.	1	3
• Frecuencia respiratoria.	4	4
• Presión del pulso.	4	4

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 4 Seguridad.</p> <p>Clase: V Control de riesgos.</p> <p>INTERVENCION: Monitorización de los signos vitales (6680).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitorización de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio. 3. Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial. 4. Monitorizar la presión arterial después de que el paciente tome las medicaciones. 5. Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar. 6. Monitorizar la frecuencia y el ritmo respiratorio. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los signos vitales reflejan las diversas funciones del cuerpo humano, son un importante indicador del estado de salud actual de nuestra paciente, esto por medio de un registro preciso, el cual es sumamente importante para monitorizar algún problema que repercuta en la salud de nuestra paciente o el producto de la gestación. En la condición de enfermedad la homeostasis se pierde provocando en el organismo alteraciones metabólicas en cadena, por lo que se debe tomar en cuenta desde los centros reguladores de estos (tálamo e hipotálamo, sistema endocrino) hasta los factores que los determinan (edad, circunstancia personal y características muy específicas). Por eso para la enfermería su medición nos proporciona los datos para identificar los diagnósticos de enfermería e implementar las intervenciones planificadas y evaluar los resultados. El dolor, es un síntoma subjetivo a menudo se denomina la quinta constante vital y se mide frecuentemente junto con los otros. 	<p>Criterio de resultado: (1) Desviación grave del rango normal, (2) Desviación sustancial del rango normal, (3) desviación moderada del rango normal, (4) Desviación leve del rango normal, (5) sin desviación del rango normal.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial sistólica. • Presión arterial diastólica. • Frecuencia respiratoria. • Presión del pulso. 	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p> <p style="text-align: center;">4</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN		
<p>Patrón (es):</p> <p>Nutricional-metabólico.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glicemia capilar 58 mg/dl. • Mucosa oral hidratada. • No halitosis. • Temperatura 36.8. • Escala de EVA 5/10 <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea. 	<p>Dominio: 2 Nutrición.</p> <p>Clase: 4 Metabolismo.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Riesgo de nivel de glicemia inestable (00179).</p> <p>Factor(es) de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento inadecuado del regimen terapeutico. • Conocimiento inadecuado sobre el manejo de la enfermedad. <p>Condiciones asociadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia. <p>Población en riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedentes de sobrepeso antes del embarazo. 	<p align="center">CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)</p> <p align="center">Severidad de la hipoglucemia (2113).</p>		
		<p>Dominio: 5 salud percibida.</p>	<p>Clase: V Sintomatología.</p>	
		<p>Criterio de resultado: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno.</p>		
		<p>Indicador (es)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea. • Parestesia. • Fatiga. • Disminución de los niveles de glicemia. 	<p>Puntuación inicial *</p> <p align="center">2</p> <p align="center">2</p> <p align="center">2</p> <p align="center">1</p>	<p>Puntuación Diana*</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p> <p align="center">4</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 2 Fisiológico complejo.</p> <p>Clase: G Control de electrolitos y acidobásico.</p> <p>INTERVENCION: Manejo de la hipoglucemia (2130).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la glucemia. 2. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de hipoglucemia. 3. Enseñar a la paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia. 4. Revisar los sucesos anteriores a la hipoglucemia para determinar la posible causa. 5. Informar al paciente del aumento del riesgo de hipoglucemia con el tratamiento intensivo y la normalización de la glucemia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las enzimas comienzan el proceso de descomposición en conjunto con el páncreas el cual produce hormonas como la insulina, esta es una parte fundamental del cuerpo que metaboliza la glucosas, después del consumo de algún alimento el páncreas necesita liberar insulina para absorber el incremento de de los niveles de azúcar en sangre. El registro y control de la glicemia capilar nos permite analizar de manera adecuada y precisa las alteraciones presentes e importantes en esta patología e identificar los valores normales en el embarazo, el metabolismo de la glucosa, durante la gestación tienen adaptaciones metabólicas maternas para aumentar la sensibilidad a la insulina y mantener un adecuado nivel de glucosa para transferirse al feto. Tanto el sobrepeso como la obesidad durante el embarazo pueden generar el desarrollo de diabetes gestacional y futuros problemas metabólicos tanto en la madre como en la descendencia. para prevenir daños en el organismo de la paciente que traiga consigo consecuencias en el feto. 	<p>Criterio de resultado: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea. • Parestesia. • Fatiga. • Disminución de los niveles de glicemia. 	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>

PLANEACIÓN		
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
Conducta sanitaria prenatal (1607).		
Dominio: 4 Conocimiento y conducta de salud.	Clase: Q conducta de salud.	
Criterio de resultado: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado.		
Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
<ul style="list-style-type: none"> Mantiene las visitas de asistencia prenatal. 	1	4
<ul style="list-style-type: none"> Realiza ejercicio regular. 	2	4
<ul style="list-style-type: none"> Mantiene una ingestión de nutrientes adecuada para la gestación. 	3	4
<ul style="list-style-type: none"> Utiliza suplementos de hierro. 	1	5

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 7 Comunidad.</p> <p>Clase: C Fomento de la salud de la comunidad.</p> <p>INTERVENCION: Educación para la salud (5510).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. 2. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida de los individuos o familia. 3. Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que dañen. 4. Priorizar las necesidades de aprendizajes identificadas en función de las preferencias del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se examinan los diversos factores que influyen directamente en la salud de nuestra mujer gestante, refiriéndose a ellos como estilos de vida, conductas saludables e insalubres, factores ambientales, sociales y económicos que repercuten en la enfermedad o que traen consigo problemas sanitarios y con ello identificar y dar a conocer las herramientas del proceso educativo a nuestra paciente. La EpS aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. (OMS 1986) <p>EpS como un proceso planificado que conduce a la modificación de las conductas relacionadas con la salud. Esta modificación puede dar lugar tanto a la adopción de conductas saludables como al cambio de conductas que perjudican la salud por conductas saludables. OMS 1986)</p>	<p>Criterio de resultado: (1) Grave, (2) Sustancial, (3) Moderado, (4) Leve, (5) Ninguno.</p>	
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación final</p>
		<ul style="list-style-type: none"> • Mantiene las visitas de asistencia prenatal. • Realiza ejercicio regular. • Mantiene una ingestión de nutrientes adecuada para la gestación. • Utiliza suplementos de hierro. 	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>5</p>

FORMATO DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Afrontamiento tolerancia al estrés.</p> <p>Datos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés. • Multípara. <p>Datos Subjetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgica. • Cansada. • Preocupada. • Sueño intermitente. 	<p>Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés.</p> <p>Clase: 2 Temor.</p> <p>Etiqueta diagnóstica: Temor (00148).</p> <p>Factore(s) relacionado(s):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situación desconocida. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la presión arterial. • Intranquilidad. • Sensación de temor. • Reducción de la seguridad en sí misma. 	<p>CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) Autocontrol del miedo (1404).</p>			
		<p>Dominio: 3 Salud psicosocial.</p>	<p>Clase: 0 Autocontrol.</p>		
		<p>Criterio de resultado: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado.</p>			
		<p>Indicador (es)</p>	<p>Puntuación inicial *</p>	<p>Puntuación Diana*</p>	
		<ul style="list-style-type: none"> • Supervisa la intensidad del miedo. • Busca información para reducir el miedo. • Planea estrategias para superar las situaciones temibles. • Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. 	<p align="center">2 3 1 2</p>	<p align="center">4 5 4 4</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual</p> <p>Clase: R Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION: Apoyo emocional (5270).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comentar la experiencia emocional con el paciente. 2. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. 3. Explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones. 4. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 5. Escuchar la expresión de sentimientos y creencias. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al afrontamiento lo definen como el esfuerzo psicológico conductual para reducirlo o mitigar los efectos aversivos del estrés, como una preparación para la acción que se realiza para evitar los daños del estresor. Las emociones son mecanismos biológicos que liberan en nuestro cerebro diversos neurotransmisores los cuales se manifiestan en sensaciones corporales. Con la finalidad de otorgar seguridad y sobre todo tranquilidad en su proceso de salud, compartir las emociones y ofrecer empatía con la paciente facilita el afrontamiento de la enfermedad y además escuchando la adaptación a las creencias religiosas que genera paz y calma en nuestra paciente. 	<p>Criterio de resultado: (1) Nunca demostrado, (2) Raramente demostrado, (3) A veces demostrado, (4) Frecuentemente demostrado, (5) Siempre demostrado.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Supervisa la intensidad del miedo. 	4
		<ul style="list-style-type: none"> • Busca información para reducir el miedo. 	5
		<ul style="list-style-type: none"> • Planea estrategias para superar las situaciones temibles. 	4
		<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. 	4

PLANEACIÓN		
CRITERIOS DE RESULTADO (NOC) Toma de decisiones (906).		
Dominio: 2 Salud Fisiológica.	Clase: J Neurocognitiva.	
Criterio de resultado: (1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido.		
Indicador (es)	Puntuación inicial *	Puntuación Diana*
• Identifica información relevante.	1	4
• Identifica alternativas.	2	4
• Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa.	1	4
• Reconoce el contexto social de cada situación.	1	4
• Compara alternativas.	2	4

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 Conductual.</p> <p>Clase: R Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>INTERVENCION: Apoyo en la toma de decisiones (5250).</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. 2. Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y la solución de forma clara con todo el apoyo. 3. Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. 4. Obtener el consentimiento informado. 5. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con la finalidad de delimitar estrategias que nos sirvan de sostén en la toma de decisiones y brindar apoyo, facilitando los planes necesarios que nos llevan a un objetivo en común esto se refiere a la integración de información apropiada sobre la afección de la paciente, mediante la identificación de ventajas y desventajas y valorando cada alternativa en el tratamiento. <p>Todas las personas están obligadas en algún momento de su vida a tomar decisiones en la salud y cuando las alternativas no están claras, surge el conflicto decisional como una situación de incertidumbre en la que el paciente se debate entre la desinformación y la falta de apoyo para elegir la opción acorde a sus valores personales.</p>	<p>Criterio de resultado:(1) Gravemente comprometido, (2) Sustancialmente comprometido, (3) Moderadamente comprometido, (4) Levemente comprometido, (5) No comprometido.</p>	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica información relevante. 	4
		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica alternativas. 	4
		<ul style="list-style-type: none"> • Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa. 	4
		<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el contexto social de cada situación. 	4
		<ul style="list-style-type: none"> • Compara alternativas. 	4

VII. Plan de alta

Nombre de la paciente: S.A.M.A

Edad: 40 años.

Sexo: Mujer.

Diagnostico medico: VI Embarazo de 25 DSG + preeclampsia con datos de severidad + edad materna avanzada.

Fecha de elaboración: Agosto 2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN	En caso necesario comunicar a su esposo o a la persona más cercana en ese momento directamente de una manera oportuna si se identifica algún cambio, si es necesario acudir al hospital, recuerde que la dirección es Aguascalientes #20 ubicado en la comunidad de los Hernández Villa de Ramos, San Luis Potosí.
URGENTE	Tomar en cuenta que la presencia de alguno de los siguientes síntomas puede repercutir en su propia salud o la de su bebé, y al identificar alguno de ellos debe acudir de inmediato al hospital: -Dolores de cabeza intensos. -Cambios en la vista, que incluyen pérdida temporal de la vista, visión borrosa o sensibilidad a la luz. -Nausea y vomito. -Menor producción de orina. -Falta de aire. -Dolor abdominal en la parte superior, por lo general debajo de las costillas y en el lado derecho.
INFORMACIÓN	Es importante que sepa que esta enfermedad cuenta con un tratamiento específico y el pronóstico es favorable llevando a cabo los cuidados mencionados. Si

	usted tiene acceso al centro de salud de Villa de Ramos acudir para continuar con la monitorización de su presión arterial para evitar complicaciones.
DIETA	No se recomienda la restricción de algún alimento, por el contrario debemos tomar en cuenta la alimentación a nuestro alcance, siendo esta con 3 comidas diarias y entre cada una de ellas agregar frutas.
AMBIENTE	El tratamiento en preeclampsia requiere de la integración familiar que debe incluir el apoyo familiar la empatía y la comunicación entre cada miembro, para el inicio del tratamiento adecuado, encaminado a un embarazo sano.
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE	Evitar el sedentarismo y con esto me refiero a permanecer siempre en un lugar o no salir de lo rutinario, vamos a promover el ejercicio mediante caminatas cortas, realizar actividades domesticas en casa de una manera normal, sin actividades forzosas que puedan repercutir en su estado de salud.
MEDICAMENTO TRATAMIENTO FACRMACOLÓGICO	Y NO Acudir a su unidad más cercana a obtener gratuitamente los medicamentos necesarios para llevar a cabo el plan de tratamiento, si es el caso comentar a su médico y externar dudas, la mayoría de la gente utiliza herbolaria mexicana, y muchas gente la consume para llegar a un estado de relajación, debe saber que puede usarla de manera normal sin problema alguno.
ESPIRITUALIDAD	Infundir calma en la paciente, el dialogo con su familia puede ayudarla a llegar a un estado de bienestar, externar las dudas acerca de los miedos y acercarse a su religión para que encuentre paz y la reconforte de una manera pertinente.

VIII. Conclusión

Al finalizar este trabajo, se destaca el reto que tiene el personal sanitario al fomentar la educación para la salud, enfatizando las diversas intervenciones que tienen un enfoque materno-fetal; posterior a la realización del PCE basado en la metodología empleada y la utilización las diversas estrategias de manejo de la paciente con preeclampsia, mediante un análisis completo sobre la patología, los diversos factores de riesgo y el tratamiento farmacológico y no farmacológico utilizado, resalta también la importancia de la atención a la mujer gestante a través del acceso a la salud, a la información, así como en la atención correcta en tiempo y forma para cursar un embarazo saludable.

De igual manera respecto a la titulación, cabe señalar el impacto que a tenido la pandemia incluso en los procesos de egreso de las Universidades pues ha sido una limitante para las generaciones de egresados que no han podido concluir, por lo que se considera un gran acierto la propuesta en modalidad de Proceso Cuidado Enfermero, ya que es una área de oportunidad a nivel personal, el compromiso ahora es hacerlo participe y plasmarlo en la labor continua de la práctica de enfermería, que es evidenciar los cuidados que se proporcionan al paciente a través de esta herramienta pues la ausencia de su implementación sigue siendo una brecha importante en la profesión de enfermería que no se ha podido cerrar totalmente.

El resultado de este trabajo es, por tanto, la aplicación del proceso cuidado enfermero con un plan de cuidados individualizado para un diagnóstico oportuno y manejo inmediato de la preeclampsia, enfatizando la problemática de salud y el impacto que esta patología tiene a nivel mundial con los porcentajes más altos de mortalidad.

Para finalizar enfatizo mi deseo de superación personal, la cual me permite expresarla este documento el cual refleja una meta en común, mediante el esfuerzo y la dedicación y tras dificultades que fueron en tanto motivación para continuar, el aprendizaje y la experiencia obtenida me dejan un extenso conocimiento profesional.

IX. Referencias Bibliográficas

- Berman, A. (2013). **Fundamentos de enfermería 1–2** (9.ª ed.). PEARSON EDUCACION.
- Bulechek, G., Dochterman, J., Butcher, H., & Wagner, C. (2013). **Clasificación de intervenciones de enfermería NIC** (6ª edición ed.). Elsevier.
- **Enfermerías como disciplina**. Recuperado el 1 de Agosto de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4036648.pdf>.
- Guana, M. (2009). **Enfermería ginecoobstétrica: Vol. 1ª**. McGraw-Hill Education.
- Heather, T., & Kamitsuru, S. (2019). **Diagnosticos enfermeros definiciones y clasificaciones 2018–2020** (Undécima edición ed.). Elsevier.
- Hospital Clínico Chile. (2016). **Obstetricia** (1ª edición ed., Vol. 1). Gredos.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). **Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en segundo y tercer nivel de atención**. Guía de práctica clínica.
- Mendoza P.S., Jofré A.V., Valenzuela S.S. **La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa**. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 86.92
- Moorhead, S., Johnson, M., L. Maas, M., & Swanson, E. (2013). **Clasificación de resultados de enfermería NOC** (5ª edición ed.). Elsevier.
- Muñoz, M. (s. f.). **Urgencias ginecológicas** (1.ª ed., Vol. 1). Grupo CTO.
- Nordmark, M. T. (2001). **Bases científicas de la enfermería** (2.ª ed.). Editorial El Manual Moderno.
- OMS. **Mortalidad materna**. 2019 (Acceso 1 de Agosto 2021). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

- PCE. (17 de julio de 2021). **Proceso Cuidado Enferero** . Obtenido de material complementario-enfermeria<https://www.hospitalneuquen.org.ar/wp-content/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
- Pérez, M.J. (2002, Mayo- Agosto). **Operacionalización del proceso de atención de enfermería**. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Vol. 10, Núm. 2, p.65. Recuperado el 17 de Julio de 2021.
- Potter, P. A., Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & GEA CONSULTORIA EDITORIAL SL. (2019). **Fundamentos de enfermería** (9.^a ed.). Elsevier.
- Raile, M. (2011). **Modelos y teorías de enfermería** (7^a edición ed.). Elsevier.
- Rosales, S., Reyes, E. (2004). **Fundamentos de enfermería**. México: el manual moderno. Recuperado el 17 de Julio de 2021
- Secretaria de salud. (2002). **Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia** (3^a edición ed.).
- Universidad de Antioquia. (2016, 16 Abril). Aprende en Línea. Recuperado el 17 de Junio de 2021, de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61962>.

X. Glosario

Cefalea: dolor de cabeza intenso y persistente.

Control prenatal: todas las acciones y procedimientos, sistematicos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Edema: inflamación que provoca la presencia de un fluido en el tejido celular.

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

Empatía: intención de comprender los sentimientos y emociones, intentando experimentar de forma objetiva y racional lo que siente otro individuo.

Epigastralgia: dolor en epigastrio, siendo esta la parte situada en la parte anterior y central del abdomen.

Eubásica: marcha normal de una persona.

Genética: ciencia sobre la herencia biológica.

Glicemia capilar: prueba para medir la cantidad de azúcar en la sangre a través de una pequeña muestra sanguínea extraída de los vasos capilares.

Hemodinámica: estudio de los principios físicos que regulan el flujo y la presión sanguíneos.

Inmunológico: resistencia biológica que da inmunidad a los organismos vivos frente a infecciones.

Insomnio: imposibilidad o incapacidad para conciliar el sueño, falta anormal de sueño, interrupción anormal del sueño.

Intervalo intergenésico: aquel que se encuentra entre la fecha del último evento obstétrico y el inicio del siguiente embarazo.

Letárgica: afección caracterizada por somnolencia y una falta poco común de energía y agilidad mental.

Multigesta: mujer que ha tenido más de un embarazo.

OMS: organización mundial de la salud.

OPS: organización panamericana de la salud.

Parestesia: trastorno de la sensibilidad de tipo irritativo que se manifiesta con sensaciones anormales sin estímulo previo, como el hormigueo.

Patología: rama de la medicina que estudia las enfermedades y sus efectos en el organismo.

Placenta: órgano esponjoso, plano y redondo que se forma durante el embarazo en el útero.

Plaquetas: elemento de la sangre que interviene en la coagulación.

Preeclampsia: Es comúnmente definida con mayor frecuencia por la hipertensión acompañada de proteinuria de nueva aparición y potencialmente otras disfunciones de órganos.

Primigesta: mujer embarazada por primera vez.

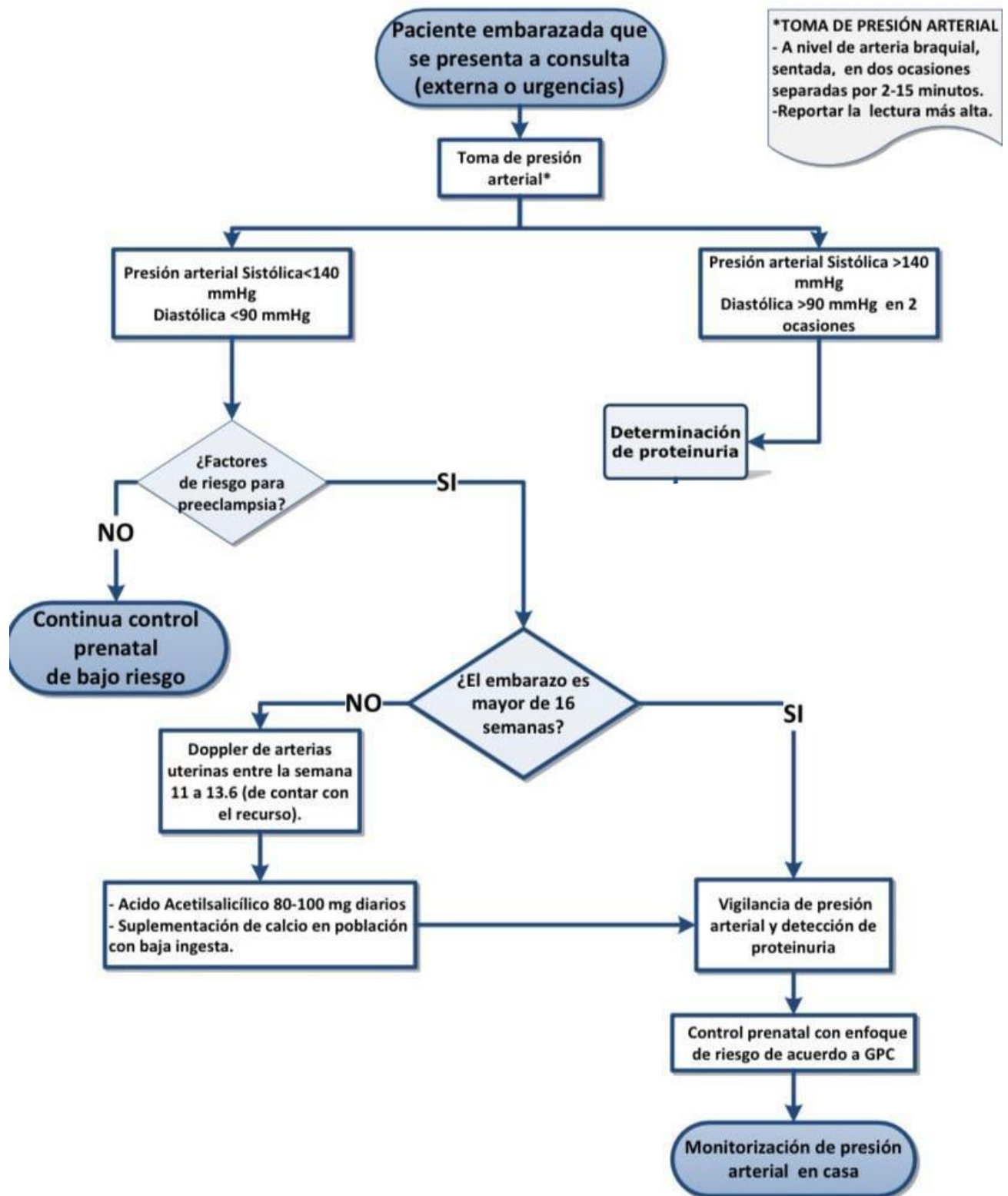
Psicomotor: facultad de moverse, e integrar diversas funciones con la finalidad de coordinarlas.

Sondaje vesical: introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos.

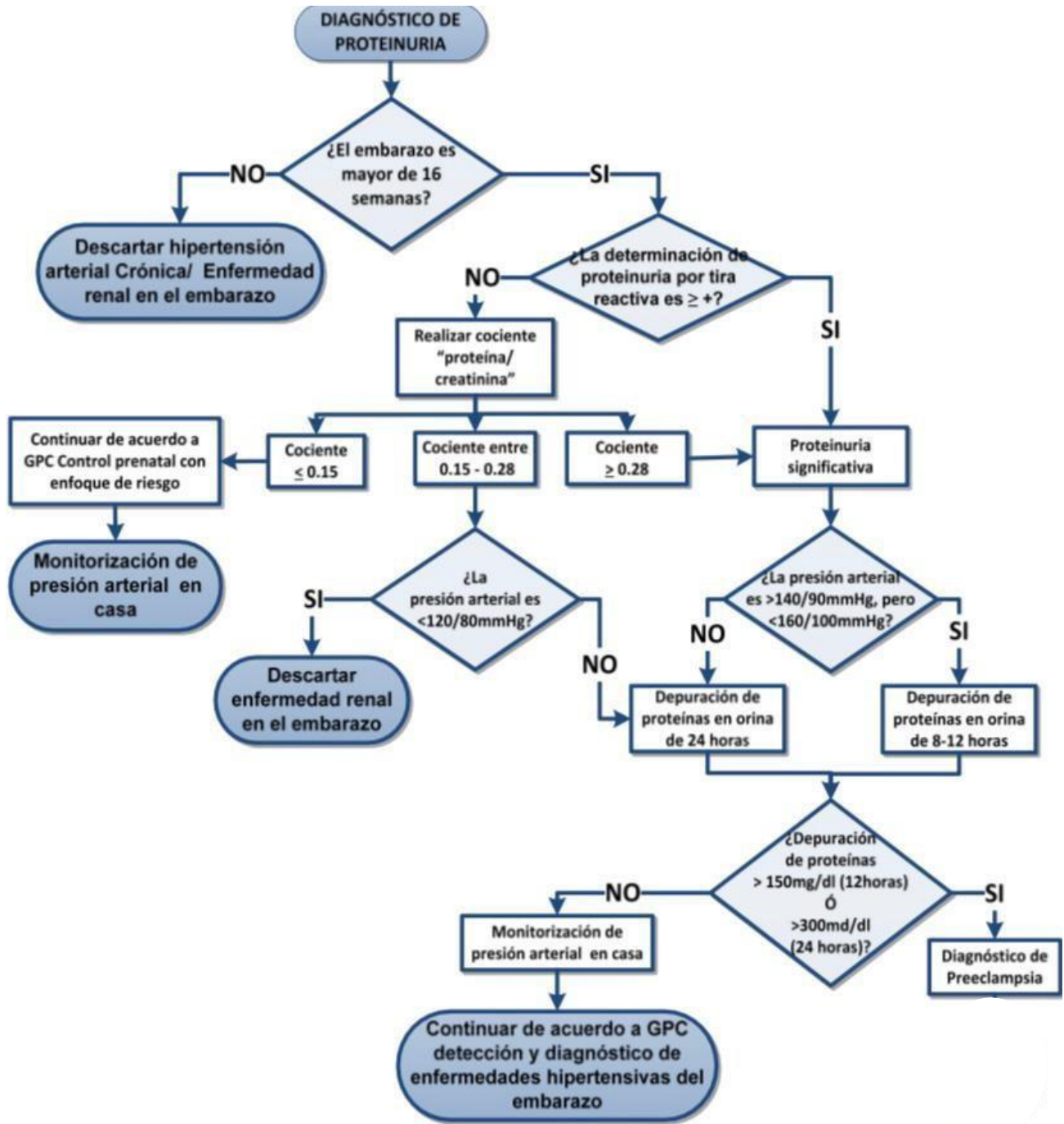
Uresis: proceso de secreción y eliminación de la orina.

XI. Anexos

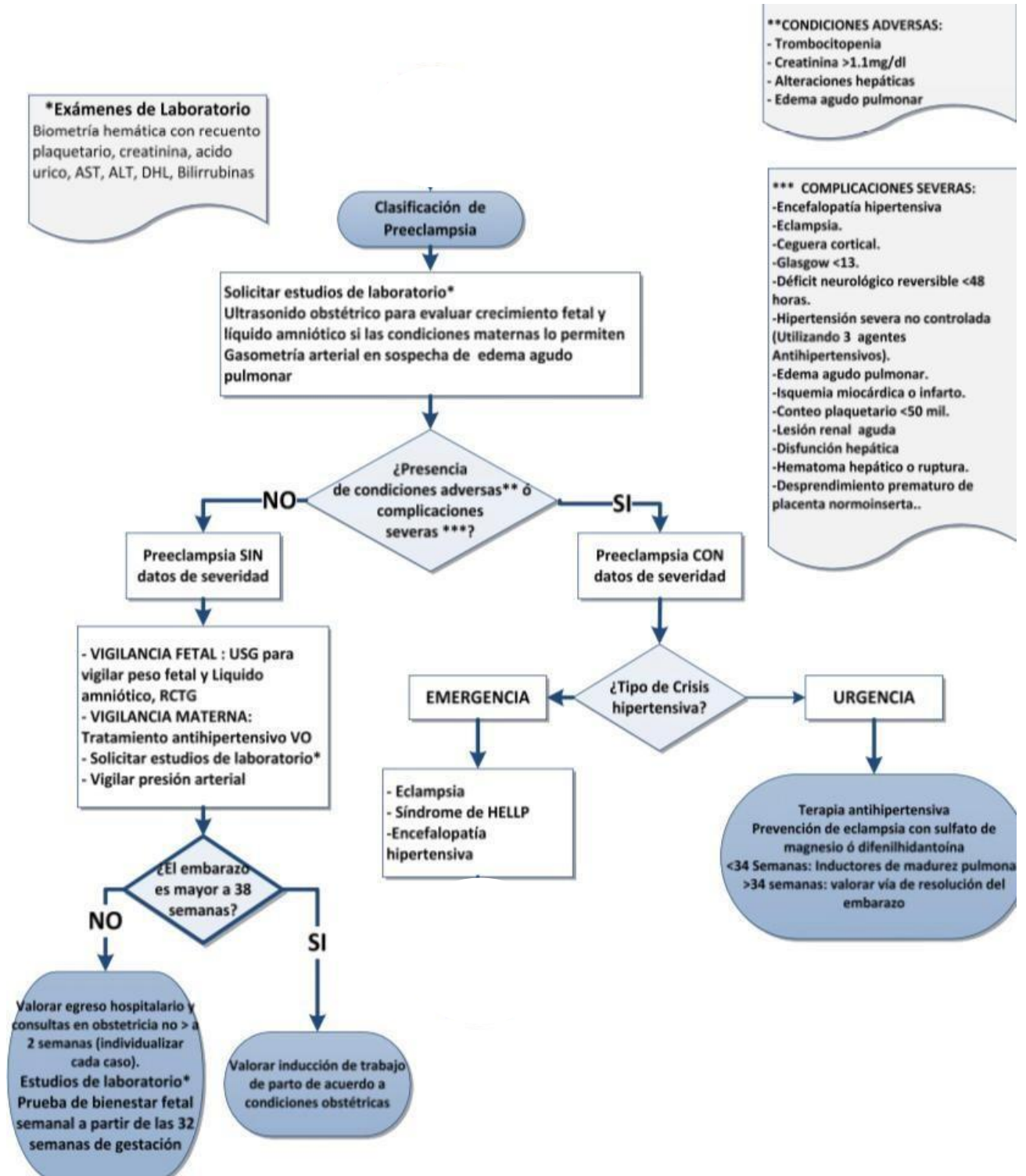
Identificación y prevención de preeclampsia.



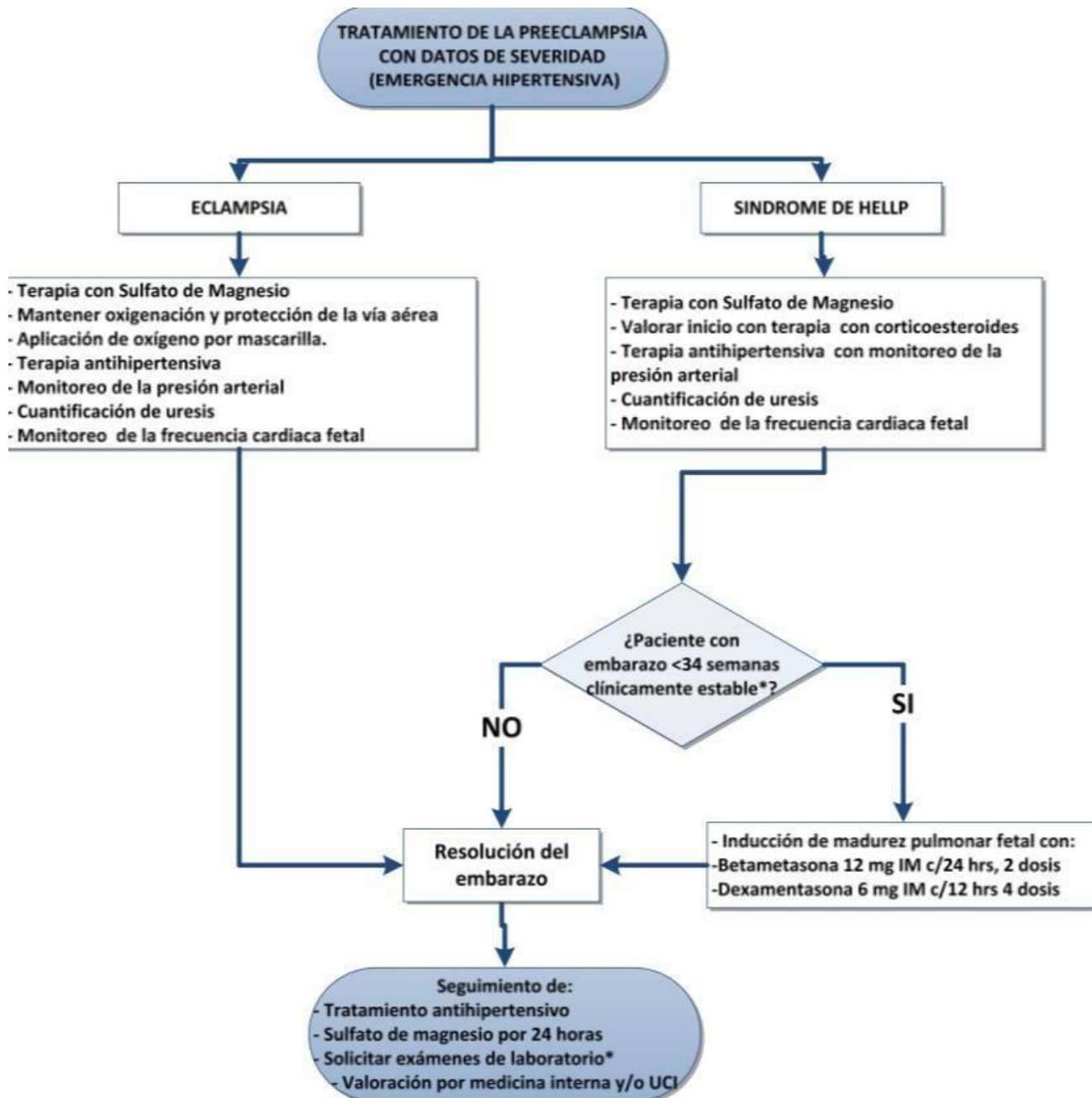
Diagnostico de proteinuria y preeclampsia.



Clasificación y tratamiento de la preeclampsia sin datos de severidad.



Tratamiento de la preeclampsia con datos de severidad.



Escala Edema

Grado	Símbolo	Magnitud	Extensión
Grado I	+ / ++++	Leve Depresión, sin distorsión visible del contorno.	Desaparición casi instantánea.
Grado II	++ / ++++	Depresión de hasta 4 mm.	Desaparición en 15 segundos.
Grado III	+++ / ++++	Depresión de hasta 6 mm.	Recuperación en 1 minuto.
Grado IV	++++ / ++++	Depresión Profunda de hasta 1cm.	Persistencia de 2 a 5 minutos.

Escala de Bristol

ESCALA DE HECES DE BRISTOL		
	TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad.	ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
	TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos.	LIGERO ESTREÑIMIENTO
	TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie.	NORMAL
	TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda.	NORMAL
	TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos.	FALTA DE FIBRA
	TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares.	LIGERA DIARREA
	TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida.	DIARREA IMPORTANTE

Escala de Barthel

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

