



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE  
HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

“PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE TEÓRICO DE  
DOROTHEA ELIZABETH OREM APLICADO A UN USUARIO CON  
PUERPERIO QUIRÚRGICO CON PREECLAPSIA”

PROCESO DE ENFERMERÍA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

P.L.E. PALOMA MORENO CONTRERAS.

ASESOR: L.E.I JOSUÉ VARGAS PEÑA.

MORELIA, MICHOACÁN.

OCTUBRE, 2019.

## DIRECTIVOS

M.S.P. Julio Cesar González Cabrera  
**Director**

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero  
**Secretaria Académica**

L.E.I. Renato Hernández Campos  
**Secretario Administrativo**

MESA

L.E.I. Josué Vargas Peña  
**Asesor del Trabajo**

M.C. Cesar Jerónimo López Camacho  
**Revisor del Trabajo**

M.E. Cirila Dimas Palacios  
**Coasesor del Trabajo**

LO IMPORTANTE NO ES LO QUE NOS HACE EL DESTINO,  
SINO LO QUE NOSOTROS HACEMOS DE ÉL.

-Florence Nightingale

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la oportunidad de vivir, y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. Gracias por haberme ayudado durante estos años, el sacrificio fue grande pero tú siempre me diste la fuerza necesaria para continuar y lograrlo, este triunfo también es tuyo.

A mi Madre: Guadalupe Olivia Moreno Contreras, por el gran amor y la devoción que tienes hacia tu hija, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por tener la fortaleza de seguir adelante sin importar los obstáculos, por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla, no hay palabras en este mundo para agradecerte, mamá.

A mi Abuela: † la Sra. Sofía Contreras Cano, por ser mi mayor inspiración para decidirme estudiar esta carrera, mi protectora que siempre creyó en mí y me brindo su amor y cariño; “Abuelita espero te sientas orgullosa de mi, este trabajo profesional es para ti con todo mi corazón y directo hasta el cielo”.

A mi Familia: por todos sus buenos deseos especialmente a mis primos; Nismenyozayra y Federico Moreno.

A mi Mejor Amigo: Fernando Iván Martínez García, gracias por todo tu apoyo y confianza, agradezco a Dios por permitirme encontrar una amistad tan pura, verdadera y productiva para mi vida.

A todos aquellos que atribuyeron a mi formación académica y profesional, a mis profesores que compartieron conmigo sus conocimientos durante mi educación universitaria.

## AGRADECIMIENTOS

Un trabajo de investigación es siempre fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos que corresponden a otras personas, agradezco a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, a toda la Facultad de Enfermería, a mis profesores quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al profesor L.E.I Josué Vargas Peña, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, paciencia, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales. Gracias mamá, familia y amigos por siempre creer en mí y brindarme su confianza en todo momento.

## Tabla de contenido

RESUMEN .....	8
ABSTRACT .....	9
Introducción.....	10
Justificación.....	11
OBJETIVOS .....	13
Objetivo General .....	13
Objetivos Específicos.....	13
CAPITULO1. MARCO TEÓRICO.....	14
1.1. Antecedentes .....	14
1.2. Proceso Enfermero .....	15
1.3. Etapas del proceso enfermero .....	17
1.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO .....	36
CAPITULO 2. TEORIA DE DOROTHEA E. OREM.....	37
2.1. Teoría de los sistemas enfermeros .....	46
2.2. Teoría del déficit de autocuidado .....	46
2.3. Teoría del autocuidado .....	47
<b>Capítulo 3. Preeclampsia .....</b>	<b>48</b>
3.1. Definición .....	48
3.2. Causa.....	48
3.3. Clasificación .....	48
3.4. Factores de riesgo .....	49
<b>3.5. Tratamiento.....</b>	<b>52</b>
3.6. Prevención .....	54
CAPITULO4. Metodología.....	60
4.1. Caso clínico .....	61
4.3. Consideraciones Éticas.....	63

4.3. Aplicación del proceso enfermero .....	66
CONCLUSIONES.....	98
SUGERENCIAS .....	99
BIBLIOGRAFÍAS .....	100
ANEXOS.....	104

## RESUMEN

Enfermería es una ciencia que data desde tiempos remotos, en la era prehistórica los primeros cuidados eran brindados por el curandero de la tribu o se realizaba de forma simultánea por sus integrantes. Estos cuidados fueron transmitiéndose de una generación a otra con un carácter repetitivo de sus acciones sin tener conocimiento aún del cuidado, que presentaban en una base científica. (Marriner-Tomey, 1994).

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El proceso enfermero es un método sistemático que brindar cuidados humanistas intencionados en el cual se planea objetivos y se aplican en los pacientes con distintas necesidades y deben de ser proporcionados con calidad y calidez, en el presente trabajo se elabora en base a una paciente que cursa con preeclampsia que es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico que se presenta después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. Constituye una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. Se presentan 50,000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México y América Latina y el Caribe constituye la principal causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas Gracias a la elaboración de dicho proceso se establecen prioridades que apoyan al usuario a mejorar su bienestar, es necesario constituir una comunicación efectiva para conocer con claridad cada una de la intervención realizada de acuerdo a los problemas que presenta el paciente, así se mejora el estado de salud de manera individualizada.

**Palabras clave:** Enfermería, Proceso enfermero, Preeclampsia, Autocuidado, salud.

## ABSTRACT

Nursing is a science that dates from ancient times, in the prehistoric era the first care was provided by the tribe's healer or was performed simultaneously by its members. These cares were transmitted from one generation to another with a repetitive nature of their actions without even having knowledge of the care, which they presented on a scientific basis. (Marriner-Tomey, 1994).

Nursing care represents a specialized service that distinguishes itself from the other health services offered that focuses on people who have disabilities to exercise self-care. The nurse completes the self-care deficits caused by the difference between the needs of self-care and the activities performed by the person.

The nursing process is a systematic method that provides intentional humanistic care in which objectives are planned and applied in patients with different needs and must be provided with quality and warmth, in this work it is prepared based on a patient who is attending With preeclampsia, which is a multisystemic heterogeneous idiopathic syndrome that occurs after the 20th week of gestation, it is characterized by high blood pressure and proteinuria. It constitutes an important cause of maternal and perinatal morbidity and mortality. There are 50,000 maternal deaths worldwide due to this syndrome and in developing countries such as Mexico and Latin America and the Caribbean is the leading cause of death being responsible for a quarter of maternal deaths Thanks to the development of this process establish priorities that support the user to improve their well-being, it is necessary to constitute an effective communication to clearly know each of the intervention performed according to the problems presented by the patient, thus improving the health status individually.

Keywords: Nursing, Nurse Process, Preeclampsia, Self care, Health.

## Introducción

Enfermería es una ciencia que data desde tiempos remotos, en la era prehistórica los primeros cuidados eran brindados por el curandero de la tribu o se realizaba de forma simultánea por sus integrantes. Estos cuidados fueron transmitiéndose de una generación a otra con un carácter repetitivo de sus acciones sin tener conocimiento aún del cuidado, que presentaban en una base científica. (Marriner-Tomey, 1994) Esta concepción de enfermería conducía a que los profesionales centraran exclusivamente su atención a la adquisición de los conocimientos necesarios para desarrollar determinadas técnicas, derivadas en su mayoría del quehacer profesional de otras disciplinas. (Marriner-Tomey, 1994) teorías de la enfermería. Esta autora concibe el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital, fomentado, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente. (Tomey, 2003)

En el constante quehacer de enfermería se puede corroborar la vigencia de las teorías y modelos definidos, con esto, se propone demostrar la aplicación de la teoría del autocuidado como base del proceso de enfermería, que pretende ser la herramienta de la disciplina para mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas. La Teoría del Déficit del Autocuidado, creada por Dorothea E. Orem, se encuentra enmarcada dentro de las tendencias de suplencia.

El proceso de enfermería se compone de cinco etapas, las que llevan a la estructura y la práctica del cuidado científico, las cuales son fundamentales para la resolución y toma adecuada de decisiones. Estas fases se componen por: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y por último evaluación, cuya característica principal se basa en la individualidad de los cuidados, así mismo permite mantener un criterio propio con la capacidad de resolución de problemas. (Sanabria & Lizano, 2016).

En este proceso de enfermería se aborda el caso de una paciente de 20 años de edad Paciente Laura Leticia Ramírez Medina de 20 años de edad, escolaridad primaria, ocupación ama de casa practica religión católica, estado civil unión libre, lugar de residencia Rancho de San Nicolas de Paranguero municipio de Valle de Santiago; características de la vivienda: rentada, con ladrillos como material de construcción, cuenta con los servicios de agua potable, drenaje y luz eléctrica. El rol principal que ocupa la paciente es de madre, pero además funge como esposa, número de hijos 1, cursa con preeclampsia, Taquicardia, aumento de la resistencia vascular sistémica, cambios del color de la piel, oliguria, variaciones en la lectura de la presión arterial, aumento de peso por encima de lo normal, presión arterial >140/90.edema en manos y pies, orina oscura, proteinuria.

## Justificación

La preeclampsia es un síndrome idiopático heterogéneo multisistémico que se presenta después de la semana 20 de gestación, se caracteriza por hipertensión arterial y proteinuria. Constituye una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal. Se presentan 50,000 muertes maternas a nivel mundial por este síndrome y en países en vías de desarrollo como México y América Latina y el Caribe constituye la principal causa de muerte siendo responsable de una cuarta parte de las muertes maternas. Es la principal causa de nacimiento pretérmino por indicación médica y cuando se asocia a desprendimiento prematuro de placenta normoinserata y restricción del crecimiento intrauterino, se asocia a elevada morbimortalidad perinatal y secuelas a largo plazo, también se asocia a daño endotelial y por lo tanto puede presentar manifestaciones prácticamente en todos los aparatos y sistemas, y el feto no es la excepción. Se caracteriza por hipoperfusión tisular generalizada relacionada con una respuesta vascular anormal placentaria que se asocia con un aumento en las resistencias vasculares sistémicas, daño endotelial, cambios metabólicos, consumo plaquetario, aumento en la respuesta inflamatoria y activación del sistema de coagulación.

Es un síndrome con manifestaciones clínicas y de laboratorio. Los hallazgos clínicos de la preeclampsia se pueden manifestar como síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin manifestaciones multisistémicas) y/ o síndrome fetal consistente en oligohidramnios, restricción en el crecimiento intrauterino y alteraciones de la oxigenación. Además estas manifestaciones se pueden presentar antes de las 37 semanas de gestación, al término del embarazo, en el trabajo de parto o en el puerperio. A pesar de los avances en la medicina, la frecuencia de este síndrome no se ha modificado, ocurriendo del 2 al 10% de las gestaciones. La preeclampsia en etapas tardías de la vida se asocia con hipertensión arterial crónica y cardiopatías.

La preeclampsia-eclampsia es una causa principal de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial, constituyendo una de las primeras causas de muerte materna en nuestro país.

Se ha descrito que la estandarización en el manejo de los servicios de salud y la utilización de guías de práctica clínica se asocian con una reducción en el resultado materno y perinatal adverso en todas las disciplinas y condiciones médicas y las pacientes con preeclampsia severa no son la excepción. Así mismo, parte fundamental del manejo de la preeclampsia severa incluye una evaluación completa de la madre y el feto y la elección del mejor momento del nacimiento, mediante la vía obstétrica más adecuada. La vigilancia y el manejo estandarizado de la preeclampsia se asocian con una disminución del riesgo materno.(GPC 2012 segundo y tercer nivel de atención)

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Aplicar el proceso de enfermería, con referente a la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem en una paciente con diagnóstico de preeclampsia con fin de diseñar y brindar un plan de cuidados individualizado para contribuir a mejorar su estado de salud y calidad de vida.

### Objetivos Específicos

1. Realizar una valoración completa con base en la teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem con la finalidad de identificar y priorizar las necesidades de autocuidado de la paciente para solucionar los problemas principales.
2. Elaborar diagnósticos de enfermería con base en la taxonomía II de la NANDA para fines de aplicar acciones de cuidado.
3. Establecer planes de cuidado individuales y llevarlos a cabo a fin de mejorar el estado de salud de la persona, mediante la prevención de complicaciones o curar la enfermedad.
4. Ejecutar conductas de cuidado en el paciente y cuidados de enfermería planificados
- 5.- Evaluar los avances en el estado de salud de la paciente y la eficacia de los cuidados brindados para mantener o modificar el plan de cuidados necesario.

## CAPITULO1. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Antecedentes

Hall en el año 1950 estableció el término proceso enfermero, a aquellos profesionales de salud del área de enfermería, el cual, desde entonces se ha dignificado por quienes ejercen esta profesión. Su práctica fue instituida para el reconocimiento de enfermería, en la que se establecen objetivos a corto y largo plazo y no solamente a lo que el profesional de medicina indique, logrando con esto un criterio propio y una adecuada ejecución y fundamentación de los cuidados que son dirigidos a los usuarios., (Ramírez 2016).

Radica en las habilidades que se emplean en el cuidado y en las capacidades que cada profesional adquiere en la práctica clínica, en las que se implica la responsabilidad y el profesionalismo. A partir de la década de 1980 y hasta la actualidad, sucesivamente el proceso enfermero se ha convertido en la participación activa de decisiones clínicas, por parte de enfermería, (Ramírez 2016).

La primera generación del proceso enfermero, se enfocó en la salud pública y en la enfermedad, la cual consiste en proporcionarle al individuo un entorno el cual sea favorable, en el que se emplee la promoción, restauración y/o mantenimiento de la salud. (Monroy & González 2016).

Entre 1970 y 1990 enfermería debía explicar y comprender el metaparadigma, en el cual se reconoce que la persona busca mantener la salud y su bienestar, comprender las situaciones en las que se ve rodeada la persona y obtener la capacidad de adaptación. A partir del año de 1975, enfermería crea posibilidades de desarrollo propio, en el cual se lleva a cabo procesos de investigación. (Monroy & González 2016).

## 1.2. Proceso Enfermero

### **Definición.**

Es un método sistemático que brindar cuidados humanistas intencionados en el cual se planea objetivos y se aplican en los pacientes con distintas necesidades y deben de ser proporcionados con calidad y calidez. Una vez señalado que es un método sistemático se debe entender que es un procedimiento metódico de intervención práctica en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, y de carácter metodológico. (Christensen, 1993)

### **Características.**

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por el personal de enfermería, que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es *sistemático* por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación) (D. Bernocchi-Losey, 1997)

Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe de fraccionar. (D. Bernocchi-Losey, 1997).

Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el del propio personal de enfermería.

Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre. (Christensen, 1993)

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería. (Christensen, 1993)

Es interactivo por requerir de la interrelación humano – humano con la usuaria para acordar y lograr objetivos comunes. (Christensen, 1993)

### **Antecedentes**

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de las cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases”. (Bárbara y Bernocchi-Losey, 1997)

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar de la práctica de la profesión de enfermería; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad. Así en muchos países, la aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; en México, cada día adquiere mayor relevancia en la formación del personal de enfermería y en su aplicación durante la práctica; sin embargo todavía falta mucho camino por recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para mucho personal de enfermería hasta hoy en día. (Bárbara y Bernocchi-Losey, 1997)

### 1.3. Etapas del proceso enfermero

El proceso enfermero consta de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce lo siguiente. (B.A.Kalish, 2002)

- La valoración nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiológicas así como los recursos (capacidades) con los que se cuentan. (B.A.Kalish, 2002)
- El diagnóstico consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio crítico sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad. (B.J.Kalish, 2002)
- La planeación es el desarrollo de un proyecto donde se establece objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar los problemas relacionados con la salud. (B.A.Kalish, 2002)
- La ejecución consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos. (B.A.Kalish, 2002)
- La evaluación permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de enfermería en el desarrollo de las etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias. (B.A.Kalish, 2002)

#### **Valoración**

Es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: la fuente primaria ésta incluye al paciente como, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia. El objetivo de esta fase consiste en la recopilación sistemática de datos de interés sobre el paciente,

con el fin de identificar sus necesidades para poder planificar y poner en práctica los cuidados necesarios. Cabe señalar que el primer paso de la fase de valoración, que consiste en la acumulación de información subjetiva, objetiva, actual y anterior, obtenida de fuentes primarias y secundarias. (Ann Marriner Tomey, 2003)

- **Datos subjetivos:** corresponde a las sensaciones que el paciente experimenta en relación con su estado de salud. Es necesario mencionar, los diferentes tipos de dolor (a través de números donde 1 es nada de dolor y 10 es muy fuerte el dolor), el estado de ansiedad o el malestar general, debilidad, e impotencia entre otros.
- **Datos objetivos:** es la que puede obtenerse y registrarse por medio de observaciones y técnicas desarrolladas por el personal de enfermería, de estos datos como son la temperatura corporal, la presión arterial, la frecuencia respiratoria o los aportados por la palpación y percusión de un órgano.
- **Datos históricos:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. (Ann Marriner Tomey, 2003)
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual. Sin embargo, una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exige una intervención de enfermería. La valoración de cada una de las respuestas del paciente puede ser poco realista o difícil de manejar, por tanto es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar (se debe priorizar necesidades) que a su vez dependerá del modelo teórico de enfermería que se utilice para valorar al paciente. (Ann Marriner Tomey, 2003)

Las tareas básicas son: recopilación de datos mediante una entrevista, realización de la exploración física de enfermería, a través de la observación, los sentidos implicados en la observación, confirmación de la información, organización y registro de los datos en la historia de enfermería. (Ann Marriner Tomey, 2003)

### **Entrevista**

Una de las formas privilegiadas de recogida de información sobre un cliente es el encuentro con él en una entrevista. La entrevista es una forma especial de interacción verbal que se desarrolla con discreción y respeto entre enfermería y la persona que recurre a los cuidados de salud, ante todo debe elegirse el momento oportuno para el cliente, respetando la hora de sus comidas, fatiga o durante su descanso o horas de sueño. (Hernández, 2015)

Igualmente la entrevista presupone (información verdadera), como cualquier otra interacción con el cliente, como la capacidad de la enfermera para establecer acciones, en caso de ser necesaria en una relación de ayuda. (Hernández, 2015)

Esto significa que ha de manifestar actitudes de aceptación, de escucha, de respeto, y de empatía, que han de reflejarse en su comportamiento. (Hernández, 2015)

Fases de la entrevista: la entrevista puede dividirse de distintas maneras, según el modo de análisis que se aplique a su desarrollo. (Hernández, 2015)

- Preparación del material. Es (lugar, momento, intimidad, confort), y la preparación organizativa que llevan a la enfermera a acudir a distintas fuentes (historia clínica, u otros profesionales), para recopilar la información previa. (Hernández, 2015)
- La introducción. Momento en que se pone en marcha la entrevista, la enfermera se presenta, explica sus funciones y lo que pretende con el encuentro. Es el momento en que la enfermera y el cliente entran en conocimiento uno del otro. (Hernández, 2015)
- El desarrollo o cuerpo de la entrevista. Que consta de una sucesión de preguntas y respuestas entre el personal de enfermería y el usuario. Es el momento en que el personal de enfermería escucha y observa atentamente a la persona que se dirige. (Hernández, 2015)
- La conclusión. Lleva al personal de enfermería a finalizar la entrevista. En este momento puede dar las gracias al usuario por su colaboración, charlar informalmente y hacerle saber que ya tiene las informaciones necesarias. En la entrevista, la observación es un elemento primordial en los cuidados de enfermería, la capacidad intelectual de captar a través de los sentidos, los detalles del mundo exterior. Se trata de una

atención especial que proyecta el pensamiento hacia el objeto de observación manteniendo alerta la inteligencia y los sentidos. Se puede afirmar que, en los cuidados de enfermería la observación consisten considerar el cliente y a todo lo que se relaciona con él, con una atención expresa y continúa a conocerlo mejor. (Hernández, 2015)

### **Observación.**

La observación se fundamenta, por tanto, en la subjetividad del observador, la percepción es un proceso que nos impulsa a ver lo que hemos aprendido a ver y lo que esperamos ver. La observación pasa a través de los sentidos que ponen en contacto con el mundo exterior. (Alfaro, 2016)

### **Sentidos implicados en la observación:**

- *La vista.* Aporta multitud de informaciones en relación con las características físicas de una persona, su fisonomía, mirada, o comportamientos, signos y síntomas que traducen una necesidad insatisfecha o un problema de salud, como, un rostro triste, agitación, edemas o erupción en la piel entre otras. (Alfaro, 1996)
- *El oído.* A través de este sentido nos llegan las palabras, las flexiones de voz, quejidos, o determinados ruidos del cliente o usuario, como latidos de corazón, emisión de gases, tos, todo provocado por el ruido. (Alfaro, 1996)
- *El tacto.* Este desempeña un papel esencial en la exploración física o en la palpación de ciertas partes del cuerpo que permiten conocer determinados detalles, grosor o textura de la piel, calor de los miembros, por mencionar algunos.
- *El olfato.* Este sentido permite detectar olores que revelan el grado de limpieza del cliente o determinados procesos patológicos, como una infección de una úlcera, que produce un olor nauseabundo (vómito con náusea) o el aliento de un diabético de tipo dulzón (dulce). (Alfaro, 2015)

### **Exploración física**

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para

efectuarlo. La exploración física se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas de exploración física específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación. (Alfaro, 2016)

**Inspección:** es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría). (Alfaro, 2016)

**Palpación:** consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

**Percusión:** implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. (Alfaro, 2016)

**Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos colocando solo la oreja sobre la zona a explorar. (Alfaro, 1996)

Una vez descritas las técnicas de exploración física se aprecian las diferentes formas de abordar un examen físico: desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud: (Alfaro, 2016)

- ♦ *Desde la cabeza a los pies:* este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies. (Alfaro, 1996)

- ◆ *Por sistemas corporales o aparatos:* estos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención. (Alfaro, 2016)
- ◆ *Por patrones funcionales de salud:* permite la recogida ordenada para centrarse en áreas funcionales concretas. (Alfaro, 2016)

Cabe señalar que la valoración es un proceso continuo que se debe repetir cuantas veces sea necesario para ajustar la actuación de enfermería a la situación concreta del paciente. (Alfaro, 2016)

### **Diagnóstico**

El diagnóstico es esencialmente un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad ante problemas de salud, es una declaración del estado de una persona (respuesta humana) que el personal de enfermería es capaz y legalmente responsables de identificar. (Meléndez, 2001)

La construcción del diagnóstico se considera en tres partes la primera corresponde a la respuesta humana o problema, entendida como la forma particular que tiene una persona para responder a un estímulo, le expresión más amplia de la salud de la persona. (Meléndez, 2001)

La segunda parte está conformada por los factores relacionados, causa o etiología; en este punto se incluye la causa decidida y que puede ser resuelta por intervenciones de enfermería, son datos clínicos y no patologías o diagnósticos médicos, ya que estos últimos aspectos no pueden ser eliminados con terapéutica de personal de enfermería. (Meléndez, 2001)

La tercera y última parte la constituyen las manifestaciones o síntomas, en donde se registran los datos clínicos que apoyan o evidencian la respuesta humana o problema. (Meléndez, 2001)

El proceso de diagnóstico está compuesto por cuatro etapas: la preparación de datos, interpretación, convalidación y documentación. Y del resultado de este proceso depende de la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones del personal de enfermería. (Meléndez, 2001)

#### **Preparación de datos.**

En esta etapa se requiere clasificar la información a través de categorías, sistemas, síntomas para el caso de Orem se propone la clasificación a partir de

los requisitos universales de desarrollo o de desviación de la salud. (Meléndez, 2001)

El clasificar la información por categorías permite identificar ausencias o problemas que requieren atención inmediata. (Meléndez, 2001)

### **Interpretación.**

Implica la identificación de los datos importantes, comparación con las normas y patrones, así como el conocimiento de hábitos y tendencias. (Meléndez, 2001)

En esta etapa se realizan a partir de considerar los datos subjetivos y objetivos, es decir, se establecen causas y efectos probables entre los datos clínicos agrupados y las respuestas humanas reconocido como prioritaria. (Meléndez, 2001)

### **Convalidación y documentación.**

Esta fase obliga a verificar la exactitud de las conjeturas o interpretaciones, de ninguna manera se busca corroborar los datos clínicos, aspectos que con frecuencia las enfermeras de recién ingreso confunden. Para ellos se puede recurrir a la persona misma, a otros profesionales o bien varios documentos (expedientes). (Meléndez, 2001)

### **Limitantes.**

No hay consenso de forma, estructura o significado del diagnóstico dentro de la disciplina. La adecuación del sistema NANDA y la exploración de modelos conceptuales evidencian falta de consenso en la definición, propósito y uso del diagnóstico. El lenguaje describe problemas que el personal de enfermería identifica y trata, sin embargo, cuenta con una estructura. (Meléndez, 2001)

### **Estrategia.**

1.- Principio de orden: Concepto clave o básico de las teorías o modelos. (Meléndez, 2001)

2.- Identificar y precisar con definiciones las categorías diagnósticas. (Meléndez, 2001)

3.- Reconocer las relaciones entre las categorías. (Meléndez, 2001)

4.- Establecer la definición de enfermería como proceso/producto de partida, a partir de la base filosófica. (Meléndez, 2001)

5.- Lenguaje común (Meléndez, 2001)

### ***Categorías del diagnóstico.***

Orem señala dos categorías para el diagnóstico

1.- Individuales: Se refiere al autocuidado en situaciones relacionadas a la salud de la persona. (Meléndez, 2001)

2.- Multipersonal: Las unidades dependientes, familia o comunidad son unidad de servicio. (Meléndez, 2001)

### **Razonamiento diagnóstico**

Se sugiere hacer una clasificación de los datos “para dividir la información en clases concretas”, este paso es indispensable siempre y cuando durante la valoración no se haya seguido un modelo enfermero para recolectar y organizar información. (B.A.Kalish, 2002)

Ejemplo:

- ✪ Estreñimiento.
  - ✪ Flatulencia.
  - ✪ Distensión abdominal.
- } pertenecen al patrón de eliminación  
(patrones funcionales de salud). (B.A.Kalish, 2002)

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico son los siguientes:

1.- Realizar un listado de todos los datos significativos: datos subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aporte la valoración incluyendo los recursos (capacidades). (B.A.Kalish, 2002)

2.- Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que cree que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes. (B.A.Kalish, 2002)

3.- Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados / riesgo y con las características definitorias de las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. (B.A.Kalish, 2002)

4.- Hacer una revaloración si existen dudas y lagunas de información. (B.A.Kalish, 2002)

5.- Determinar si el personal de enfermería tiene “la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser el principal responsable” de la predicción, prevención y tratamiento del problema (cuando la respuesta es sí es un

diagnóstico enfermero, si la respuesta es no es un problema interdependiente). (B.A.Kalish, 2002)

6.- Proceder a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatologías (problemas interdependientes). (B.A.Kalish, 2002)

7.- Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema). Durante el razonamiento diagnóstico se pueden cometer numerosos errores que conducen a juicios clínicos falsos y deficientes, estos en su mayoría obedecen a: la recolección incorrecta o incompleta de datos, por falta de una metodología durante la valoración, que existan barreras en la comunicación, ocultación de información por parte del usuario, distracciones e interrupciones y carencia de habilidades para la entrevista y examen físico; también se deben a la interpretación incorrecta de los datos al hacer deducciones prematuras con poco sustento en datos significativos y por involucrar prejuicios personales; asimismo a la falta de conocimientos y de análisis son obstáculos para un razonamiento diagnóstico confiable. (B.A.Kalish, 2002)

**Diagnóstico enfermero:** es un “juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, en donde el personal de enfermería es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente”. Para determinar cuando un proceso vital o un problema de salud deben ser considerados como diagnóstico enfermero, es necesario contestar dos preguntas: (B.A.Kalish, 2002)

1.- ¿El personal de enfermería tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo? (B.A.Kalish, 2002)

2.- ¿El personal de enfermería es la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema? (B.A.Kalish, 2002)

“Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional el cual se refieren a situaciones que la enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A.” (B.A.Kalish, 2002)

Clasificación de los diagnósticos enfermeros (B.A.Kalish, 2002)

Los diagnósticos enfermeros se clasifican en reales, potenciales y de riesgo de salud. (B.A.Kalish, 2002)

- ✧ **El diagnóstico enfermero real:** “describe la respuesta actual de una persona, una familia, o una comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores”. (B.A.Kalish, 2002)
- ✧ **El diagnóstico enfermero de riesgo (potencial):** “describe respuestas humanas que puedan desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables”, no existen características definitorias (datos objetivos y subjetivos), solo se apoya en los factores de riesgo. (B.A.Kalish, 2002)
- ✧ **El diagnóstico enfermero de salud:** “es un diagnóstico real que se fórmula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor”. (B.A.Kalish, 2002)

### **Estructura de los diagnósticos enfermeros**

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el personal de enfermería durante el razonamiento diagnóstico. (B.A.Kalish, 2002)

En el caso del diagnóstico enfermero real” tiene formato en tres partes: problema + factores relacionados y datos objetivos y subjetivos”. (B.A.Kalish, 2002)

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados con la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales” y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias/sintomatología), son las evidencias de que el problema existe. (B.A.Kalish, 2002)

El problema se une a los factores relacionados con las palabras relacionado con, y estos se unen con las características definitorias mediante las palabras manifestado por. (B.A.Kalish, 2002)

### **Variaciones que pueden presentar los diagnósticos enfermeros**

Entre las variaciones más comunes de los diagnósticos enfermeros esta la existencia de múltiples factores relacionados o de riesgo, debido a la frecuencia con el usuario, familia y comunidad presenta respuestas humanas derivadas de diferentes causas (multicausalidad). (B.A.Kalish, 2002)

### **Se debe evitar al estructurar diagnósticos enfermeros.**

- 1.- Formular diagnósticos enfermeros empleando terminología médica. (B.A.Kalish, 2002)
- 2.- Identificar dos problemas al mismo tiempo. (B.A.Kalish, 2002)
- 3.- Redactar el diagnóstico de manera de que incrimine legalmente. (B.A.Kalish, 2002)
- 4.- Usar debido a: el lugar de relacionado con: ya que la segunda frase identifica solo “una relación entre la respuesta humana y los factores relacionados” y no necesariamente una causa – efecto. (B.A.Kalish, 2002)
- 5.- Redactar diagnósticos enfermeros con juicio de valor que surgen de los valores personales, y normas del profesional de enfermería” y no de datos objetivos y subjetivos. (B.A.Kalish, 2002)
- 6.- Cambiar el orden de los elementos del diagnóstico enfermero. (B.A.Kalish, 2002)
- 7.- Registrar dos enunciados en el diagnóstico enfermero que tengan igual significado. (B.A.Kalish, 2002)
- 8.- Escribir formulaciones diagnósticas sin considerar factores relacionados, que el personal de enfermería pueda solucionar o modificar en forma independiente. (B.A.Kalish, 2002)
- 9.- Emplear el diagnóstico médico en la formulación de un diagnóstico enfermero. (B.A.Kalish, 2002)

## **Planeación**

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo". *Pasos de la plantación* (P.A Caliz, 2002)

Los pasos para realizar la planeación son:

1. Establecer prioridades.
2. Elaborar objetivos.
3. Determinar acciones de enfermería.
4. Documentar el plan de cuidados. (P.A Caliz, 2002)

### **1. Establecer prioridades**

Posterior a la valoración y etapa del diagnóstico se concluye con un número determinado de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, lo que hace indispensable la identificación de los problemas de la salud en los cuales deben centrar la atención, para realizar acciones inmediatas, lo cual representa una amenaza para la vida del usuario. (P.A Caliz, 2002)

Una vez identificando los problemas de salud se hace la priorización de los mismos, siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y Kalish. (P.A Caliz, 2002)

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas. (P.A Caliz, 2002)

Prioridad 2. Problemas que interfieren con la seguridad y la protección. (P.A Caliz, 2002)

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia. (P.A Caliz, 2002)

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima. (P.A Caliz, 2002)

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales. (P.A Caliz, 2002)

Durante la priorización se emplea el pensamiento crítico, para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenece, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas. Es importante señalar que en la mayoría de las ocasiones los problemas interdependientes son prioritarios, sobre todo si el usuario se encuentra hospitalizado y grave; sin embargo los diagnósticos enfermeros se pueden tratar en forma simultánea a los problemas interdependientes. (P.A Caliz, 2002)

### **Elaboran los objetivos**

Los objetivos son una parte indispensable dentro de la etapa de planeación, ya que con ellos “se mide el éxito de un plan determinado” al valorar el logro de los resultados. También permiten dirigir las acciones de enfermería para dar solución a los problemas de salud encontrados, y “son factores de motivación” al generar numerosas acciones de parte del personal de enfermería. (P.A Caliz, 2002)

Los objetivos para un plan de cuidados deben reunir las siguientes características: (P.A Caliz, 2002)

1.- Identificar bien el diagnóstico enfermero o problema interdependiente; es decir centrarse en dar solución al problema (objetivo final) y en “la modificación o desaparición de los factores causales de problema o de sus efectos” (objetivo específico). (P.A Caliz, 2002)

2.- Estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; también pueden referirse en una parte del organismo o a una función, como es el caso de algunos diagnósticos enfermeros, y cuando se tratan de problemas interdependientes. (P.A Caliz, 2002)

3.- Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo. (P.A Caliz, 2002)

4.- Ser claros y precisos, con los siguientes elementos en su redacción: sujeto (persona), verbo (conducta), condición (circunstancias en que debe realizarse la conducta) y criterios de relación (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción). (P.A Caliz, 2002)

5.- Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir y tener mayores posibilidades de éxito. En el caso de los objetivos para problemas

interdependientes es conveniente la coparticipación de todos los integrantes del equipo sanitario, además del usuario y familia. (P.A Caliz, 2002)

6.- Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo. (P.A Caliz, 2002)

7.- Ser realistas es decir que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario (s) para que se puedan alcanzar. (P.A Caliz, 2002)

8.- Considerar los objetivos conductas de los dominios: cognitivo, afectivo y psicomotriz de acuerdo a las características del problema de salud. (P.A Caliz, 2002)

### **Determinación de acciones de enfermería**

“Las intervenciones de enfermería son estrategias completas diseñadas para ayudar al cliente al conseguir los objetivos”, y están encaminadas a tratar los factores relacionadas o de riesgo del problema de salud señalado en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente. En la determinación en las dichas estrategias se emplea el pensamiento crítico para analizar la situación “problema” mediante cuestionamientos que conducen a la selección de acciones del personal de enfermería específicas. (Kérouac, 1996)

Los planes de cuidados de enfermería son documentos que contienen: el problema de salud encontrado (diagnóstico de enfermería independiente) objetivos, acciones de enfermería y evaluación. Existen dos tipos de planes de acuerdo a sus componentes: para diagnósticos enfermeros y para problemas interdependientes; la diferencia entre ambos es que uno se refiere a una respuesta humana (diagnóstico enfermero), y el otro a una respuesta fisiopatología (problema interdependiente); y que las funciones interdependientes de enfermería únicamente se incluyen en los planes de cuidados para problemas interdependientes. (Kérouac, 2014)

Características de los planes de cuidados:

La individualidad, es decir cada plan debe responder a problemas y factores relacionadas / riesgo específicos, la participación del usuario, familia y comunidad en su elaboración; la actualización con respecto a los cambios del usuario y a los avances de la enfermería como disciplina científica; la fundamentación científica de las acciones con fines didácticos y ser fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería. (Kérouac, 2014)

### **Documentación del plan de cuidados.**

Es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, que permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados esperados. (A., 2002)

De acuerdo con el registro los planes de cuidados pueden ser: individualizados, cuando se utiliza un formato dividido en columnas en donde la enfermera procede a escribir el diagnóstico enfermero / problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería y evaluación; estandarizados, en caso que estén impresos y respondan a problemas específicos, permitiendo hasta cierto punto su individualización al dejar espacios en blanco para que el personal de enfermería realice anotaciones particulares del usuario; y computarizados, que surgen de “planes creados por ordenador”, que después de introducir información del usuario, familia y comunidad ofrecen los planes de cuidados respectivos. (A., 2002)

### **Ejecución**

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que ya se ha elaborado los planes de cuidados y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. (B.A.Kalish, 2002)

Pasos de la ejecución.

- Preparación
- Intervención
- Documentación

#### **1. Preparación**

Antes de llevar un plan de cuidados se debe:

1.- Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean “compatibles con las intervenciones de otros profesionales de la atención sanitaria”, haciéndose necesaria la revaloración. (B.A.Kalish, 2002)

2.-Analizar y tener seguridad de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar las actividades planeadas. (B.A.Kalish, 2002)

3.-Tener presente las complicaciones que se pueden presentar al ejecutar cada actividad de enfermería. (B.A.Kalish, 2002)

- 4.- Reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención.
- 5.- Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad. (B.A.Kalish, 2002)
- 6.- Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a “los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta”. (B.A.Kalish, 2002)

## **2. Intervención**

Posterior a la fase de preparación pueden llevarse a cabo las investigaciones de enfermería independientes e interdependientes planeadas, que incluyen: la valoración; “la prestación de cuidados para conseguir los objetivos”; la educación del usuario, familia y comunidad, y “la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria” es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia. (B.A.Kalish, 2002)

Como las respuestas humanas y fisiopatología son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros de que las intervenciones de enfermería son las apropiadas. Cada acción de enfermería debe ser el resultado de una valoración y de la aplicación del pensamiento crítico, por consiguiente el término rutina es inadecuado, cuando se emplea la metodología del proceso enfermero. (B.A.Kalish, 2002)

En cada intervención de enfermería “el personal de enfermería es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos”, por lo que es necesario actuar siempre “con pleno conocimiento de los principios y razones observando atentamente la respuesta”, del usuario y familia. (B.A.Kalish, 2002)

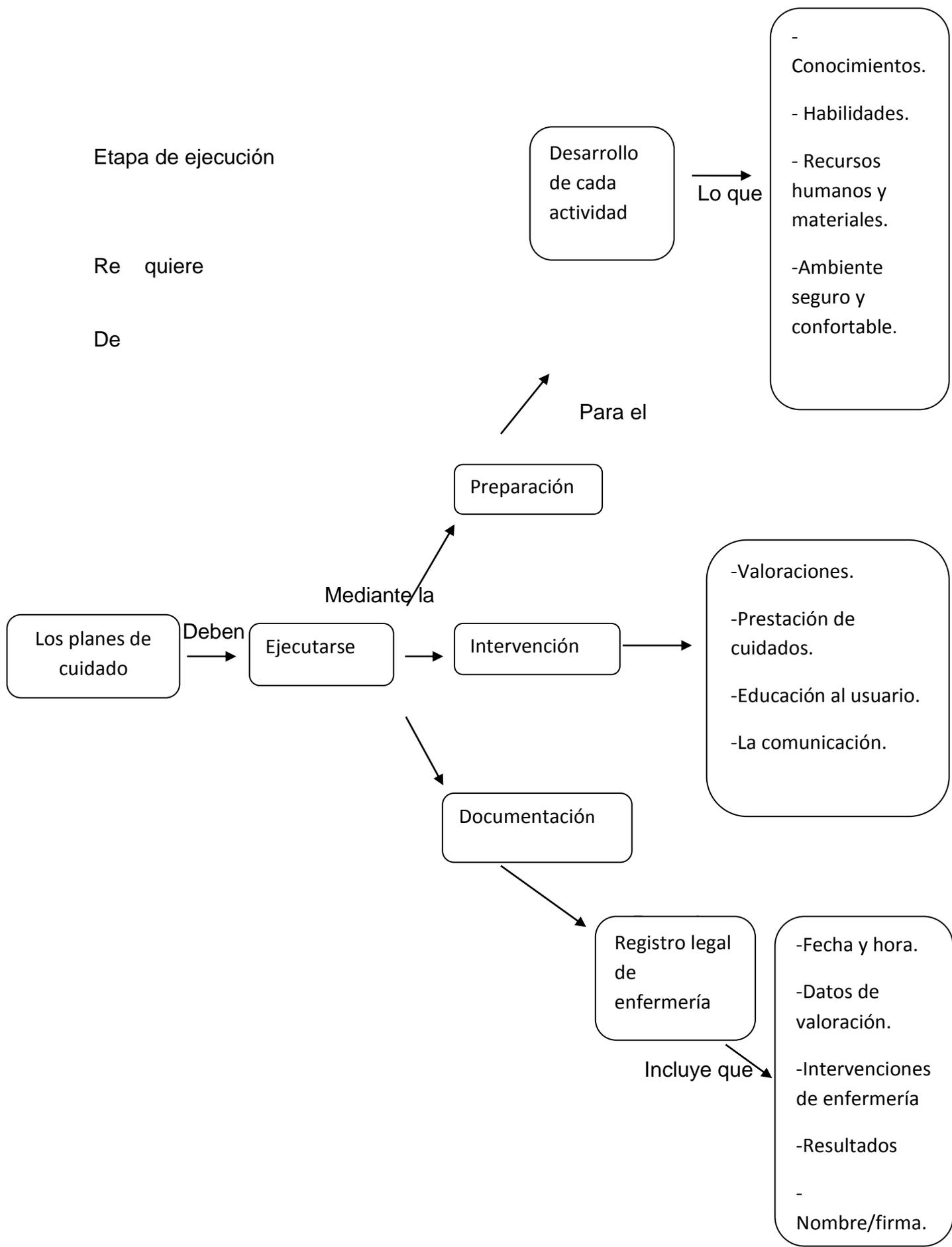
## **3. Documentación**

Es el registro que realiza el personal de enfermería en cada una de sus notas, en calidad de documento legal permanente del usuario y como requisito indispensable en todas las instituciones de la salud. (B.A.Kalish, 2002)

Son propósitos de los registros de enfermería: mantener informados a otros profesionales del área de la salud sobre datos de valoración del usuario, cuidados proporcionados y las respuestas del usuario familia; ser “base para la

evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados” respaldar legalmente las actuaciones de enfermería y servir para estimar “el pago de los servicios prestados”. (B.A.Kalish, 2002)

Existe gran diversidad en los registros de enfermería por obedecer a requisitos particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud; sin embargo, estos deben reunir ciertas características universales como son: fecha y hora; firma del personal de enfermería. Así mismo las notas deben ser confusas, claras, completas, legibles, relevantes y oportunas. (B.A.Kalish, 2002)



Etapa de ejecución

Re quiere

De

Desarrollo  
de cada  
actividad

Lo que

- Conocimientos.
- Habilidades.
- Recursos humanos y materiales.
- Ambiente seguro y confortable.

Para el

Preparación

Mediante la

Los planes de  
cuidado

Deben

Ejecutarse

Intervención

- Valoraciones.
- Prestación de cuidados.
- Educación al usuario.
- La comunicación.

Documentación

Registro legal  
de  
enfermería

Incluye que

- Fecha y hora.
- Datos de valoración.
- Intervenciones de enfermería
- Resultados
- Nombre/firma.

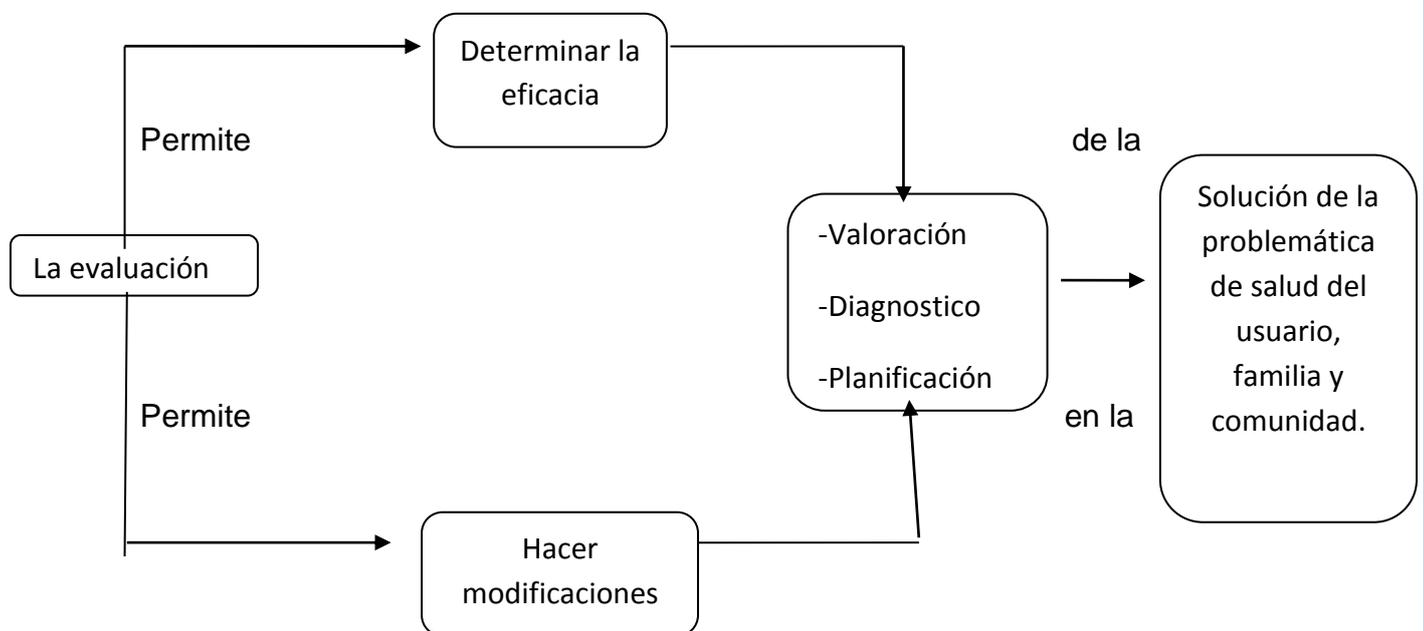
## Evaluación

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una existencia en toda práctica de enfermería; la evaluación como parte del proceso es continuo y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución. (B.A.Kalish, 2002)

La evaluación en el proceso enfermero es útil para: “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado”, por consiguiente es necesario la valoración del usuario familia y comunidad para confrontar el estado de la salud actual y el anterior y corroborar la consecución de objetivos. (Murray, 2012)

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria por parte del personal de enfermería debe revisar cada uno de las etapas del proceso detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “enfermería y el paciente deben determinar el proceso o la falta del progreso hacia la realización de sus metas”, en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias. (Murray, 2012)

Etapa de evaluación



## 1.4. CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero, tiene características especiales las cuales son:

Es un método: ya que, él personal de enfermería, tiene la capacidad de buscar estrategias que le permiten organizar sus tiempos y espacios con la finalidad de la resolución de problemas de salud de los usuarios que se encuentran a su cargo.

- **Sistemático:** se conforma por 5 etapas las cuales se rigen por un orden y las cuales llevan a la obtención de resultados, estas etapas son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.
- **Humanista:** debido a que se considera al hombre como un ser holístico, los cuidados que se emplean son planificados antes de ser ejecutados, esto se valora dependiendo de las necesidades del individuo, familia o de la comunidad.
- **Intencionado:** se enfoca en el logro de los objetivos planeados y estructurados, se encarga de valoración de recursos sociales, económicos y ambientales en los que se ve rodeado el usuario, con el fin de identificar riesgos y evalúa el desempeño.
- **Dinámico:** es decir se encuentra en un ambiente en el cual ocurren diversos cambios por la naturaleza en la que se encuentra el hombre, permite la combinación de diversas actividades con el fin de obtener un mismo resultado.
- **Flexible:** se adapta a cualquier modelo y teoría de enfermería, según la elección del investigador.
- **Interactivo:** existe una estrecha relación con el usuario el cual permite el acorde de las metas y los objetivos que se tiene en común.

## CAPITULO 2. TEORIA DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Orem (1914-2007) es una enfermera que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teóricas de la enfermería. Ha descrito la teoría general del autocuidado. Dorothea E. Orem nació en Baltimore, y se educó con las hijas de la caridad de S. Vicente de Paúl se graduó en 1930. (Orem, 1993)

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos que está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993). El rol de enfermería, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco formas de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el personal de enfermería se vale de tres formas de actuar: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona. (Orem, 1993)

La *persona* es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a desviaciones de salud. (Orem, 1993)

La *salud* se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. (Orem, 1993)

El *entorno* representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).

Dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. (Orem, 1993). Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí: (Orem, 1993).

**A) Teoría del autocuidado:** explica el concepto de **autocuidado** como una contribución constante del individuo a su propia existencia: es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o que se quieren alcanzar con el autocuidado:

**Requisitos de Autocuidado:**

**\*Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. (Orem, 1993)

**\*Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. (Orem, 1993)

**\* Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud. (Orem, 1993).

**b) Teoría del déficit de autocuidado:** explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de enfermería. (Orem, 1993).

c) **Teoría de los sistemas de enfermería:** explican los modos en que el personal de enfermería puede atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- *sistemas de enfermería totalmente compensadores:* enfermería sule al individuo. (Orem, 1993)
- *sistemas de enfermería parcialmente compensadores:* el personal de enfermería proporciona autocuidados. (Orem, 1993)
- *sistemas de enfermería de apoyo-educación:* enfermería actúa ayudando a los individuos para que son capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. (Orem, 1993).

Dorothea E. Orem define el objetivo de la enfermería como: " ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". (Orem, 1993)

**Autocuidado.** Consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano, controlar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y de desarrollo. (Meléndez, 2001)

**Requisitos de autocuidado.** Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo por qué se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias o condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos: (Meléndez, 2001)

1.- El factor que debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto de funcionamiento y de desarrollo humano en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal. (Meléndez, 2001)

2.- La naturaleza de acción requerida. (Meléndez, 2001)

Los requisitos de autocuidados formulados y expresados representan los requisitos formulados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea

el autocuidado; expresan los resultados deseados (los objetivos del autocuidado). (Meléndez, 2001)

### **Requisitos de autocuidado universales.**

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños: (Meléndez, 2001)

- 1.- El mantenimiento del aporte suficiente de aire. (Meléndez, 2001)
  - 2.- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. (Meléndez, 2001)
  - 3.- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua. (Meléndez, 2001)
  - 4.- La provisión de cuidado asociado con procesos de eliminación. (Meléndez, 2001)
  - 5.- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso. (Meléndez, 2001)
  - 6.- Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad. (Meléndez, 2001)
  - 7.- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
  - 8.- La promoción y el funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas. (Meléndez, 2001)
- Requisitos de autocuidado de desarrollo.** Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de desarrollo universales en la segunda edición de *Nursing: concepts of practice*. Hay tres conjuntos de autocuidado de desarrollo: (Meléndez, 2001)

- 1.- Provisión de condiciones que fomenta el desarrollo. (Meléndez, 2001)

2.- Implicación en el autodesarrollo. (Meléndez, 2001)

3.- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano. (Meléndez, 2001)

### **Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud.**

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencia de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. La enfermedad o lesión no solo afecta a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado, los poderes desarrollados o en desarrollo de aquella persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado sufren del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en un diagnóstico o en un tratamiento. (Meléndez, 2001)

### **Necesidades de autocuidado terapéutico.**

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para: (Meléndez, 2001)

- Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano. (Meléndez, 2001)

- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) (Meléndez, 2001)

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: 1) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y 2) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o algunos factores del entorno. (Meléndez, 2001)

Personal de enfermería actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea E. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y suplencia de enfermería hacia el paciente, y son: (Orem, 1993)

- 1.- Actuar en lugar de la persona. (Orem, 1993)
2. Ayudar u orientar a la persona que se brindaran servicios. (Orem, 1993)
- 3.-Apoyar física y psicológicamente a la persona. (Orem, 1993)
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal. (Orem, 1993)
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda. (Orem, 1993).

### **Actividad de autocuidado**

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano. (Meléndez, 2001)

### **Agente**

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse con un curso de acción. (Meléndez, 2001)

### **Agente de cuidado dependiente**

Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas. (Meléndez, 2001)

### **Déficit de autocuidado**

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado, en las que las capacidades de autocuidado y la actividad de autocuidado son constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (Meléndez, 2001)

### **Actividad enfermera**

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser respetadas como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Meléndez, 2001)

### **Diseño enfermero**

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia lo largo de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería. (Meléndez, 2001)

### **Sistemas enfermeros**

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas del personal de enfermería que actúan a veces de acuerdo a las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y

regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de pacientes. (Meléndez, 2001)

### **Método de ayuda**

Un método de ayuda, desde una perspectiva del personal de enfermería, es una serie secuencial de acciones que si se lleva a cabo, resolvera o compensara las limitaciones asociadas de la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo o el de sus dependientes. El personal de enfermería utiliza todos los métodos los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción de asociadas con su estado de salud: (Meléndez, 2001)

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar. (Meléndez, 2001)

### **PRINCIPALES SUPUESTOS**

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970, y fueron prestados por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquett University en 1973. Orem (2001) identifica las cinco primeras subyacentes en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza. (Meléndez, 2001)
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita de forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios. (Meléndez, 2001)
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo

de la sustentabilidad de los estímulos reguladores de las funciones.  
(Meléndez, 2001)

4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros. (Meléndez, 2001)
5. El grupo de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados a uno mismo y a los demás. (Meléndez, 2001)

Orem elaboró una lista de supuestos y propuestas para la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de estos elementos constituyen la expresión de las teorías que en seguida se resumirán: (Meléndez, 2001)

#### *AFIRMACIONES TEÓRICAS*

Presentada por una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería la TEDA se expresa mediante tres teorías.  
(Meléndez, 2001)

1. Teorías de sistemas enfermeros.
2. Teoría del déficit de autocuidado.
3. Teoría de autocuidado

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente en relación, constituyen la TEDA. La teoría de los sistemas de enfermería señala que enfermería es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. (Meléndez, 2001)

La teoría del déficit del autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo. (Meléndez, 2001)

### 2.1. Teoría de los sistemas enfermeros

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermería mediante el ejercicio de su actividad de enfermería, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción liberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas las cuales constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familiares u otros grupos multipersonales. (Meléndez, 2001)

### 2.2. Teoría del déficit de autocuidado

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas madumaduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continúa de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o de las personas dependientes de ellos. (Meléndez, 2001)

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa un término de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado. (Meléndez, 2001)

### 2.3. Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por si solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de enfermería. El autocuidado como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continúa, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. (Meléndez, 2001) Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estado de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores del medio ambiente. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría de autocuidado dependiente, en la que se expresa el objetivo, los métodos y los resultados del autocuidado de los otros. (Meléndez, 2001)

## Capítulo 3. Preeclampsia

### 3.1. Definición

Síndrome de aparición exclusiva durante la gestación humana, con manifestaciones clínicas generalmente después de la vigésima semana de gestación, caracterizado por la hipertensión, caracterizado por hipertensión, proteinuria y edema.

La preeclampsia se define como cifras tensionales sostenidas por arriba de 140/90 asociado a proteinuria en embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. Siendo esta una de las patologías con mayor morbi mortalidad materna y perinatal es de gran importancia mantener dentro de los controles prenatales un adecuado seguimiento para documentar la presencia de factores de riesgo, signos y síntomas que nos conlleven a un posible diagnóstico además criterios de severidad para evitar llegar a fases tan críticas como lo son el síndrome de HELLP o la Eclampsia entre otros.

### 3.2. Causa

La preeclampsia secundaria al embarazo es causada por una placenta isquémica, debido a que existe una penetración transplacentaria insuficiente que da por consecuencia una musculatura uterina de menor diámetro y de mayor resistencia que disminuye el territorio de las sustancias vasodilatadoras como la prostaciclina y óxido nítrico. Además la placenta libera la circulación de factores hipertesogénicos no conocidos, los cuales poseen propiedades citotóxicas que dañan al endotelio y aumentan la permeabilidad.

### 3.3. Clasificación

- Hipertensión pregestacional: aquella que está presente antes del embarazo o que aparece antes de la semana 20.
- Preeclampsia: presión arterial por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas el cual es diagnóstico de elección) por encima de la semana 20 de gestación.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida: paciente hipertensa crónica que en algún momento del embarazo desarrolla preeclampsia y se define como:
  - Hipertensa crónica que durante el embarazo desarrolla proteinuria.

- Hipertensa crónica con proteinuria crónica que durante el embarazo aumenta más de 30mmHg la presión sistólica y más de 15mmHg la diastólica o aumenta por encima de 300mg de proteinuria.
- Eclampsia: situación potencialmente grave poco frecuente que incluye hipertensión o preeclampsia con convulsiones durante el embarazo.
- Hipertensión transitoria del embarazo: se desarrolla hipertensión durante el embarazo sin desarrollar proteinuria.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo caracterizado por una reducción en la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de gestación, durante el parto o en las dos semanas posteriores a este.

La preeclampsia es una patología con una prevalencia a nivel mundial de 10% de los embarazos. Presenta una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años al momento del embarazo y de estas el 75% de los casos corresponden a pacientes primigestas. Anteriormente se clasificaba como preeclampsia leve, moderada y severa pero dentro de la nueva clasificación solamente se habla de preeclampsia con criterios de severidad o sin criterios de severidad. Es una patología que en la mayoría de los casos es asintomática y ya cuando presenta síntomas presenta por lo general criterios de severidad por lo que es importante el control de la presión arterial dentro de los controles prenatales.

#### 3.4. Factores de riesgo

- Preeclampsia en embarazo anterior
- Historia familiar de preeclampsia en madre o hermanas.
- Síndrome antifosfolípido.
- Periodo intergenésico mayor a 10 años.
- Antecedente de enfermedad renal o proteinuria.
- Embarazo múltiple.

- Antecedente de Diabetes mellitus, hipertensión, trombofilia, enfermedades del colágeno, nefropatía.
- Primipaternidad.
- Primigestas o multiparidad.
- Enfermedad trofoblástica del embarazo.
- Obesidad.
- Infecciones en el embarazo.
- Menores de 20 años o mayores de 35 años

### **Etiología**

Se han descrito muchos mecanismos patológicos para la aparición de la preeclampsia, pero aun la etiología no está totalmente clara. El principal mecanismo descrito que la explica es la invasión trofoblástica anormal de los vasos uterinos. También se ha descrito la intolerancia inmunitaria entre tejidos maternos y fetoplacentarios, mala adaptación de la madre a cambios inflamatorios y cardiovasculares del embarazo normal e influencias genéticas.

### **Fisiopatología**

Existe un defecto en la placentación y un fallo en la reorganización de las arterias espirales lo que conlleva a liberación de factores tóxicos circulantes con disfunción endotelial, vasoconstricción y estado de hipercoagulabilidad.

Como resultado de este procedimiento se produce hipertensión arterial, lesión glomerular con proteinuria, trombocitopenia, hemolisis, isquemia hepática, isquemia de sistema nervioso central y por último eclampsia con convulsiones.

## Diagnóstico

Dentro de los criterios para dar el diagnóstico de preeclampsia se encuentran:

- Embarazo mayor a las 20 semanas de gestación excepto en los casos de embarazo molar.
- Presión arterial mayor a 140/90mmHg en al menos dos tomas distintas con 6 horas de diferencia.
- Proteinuria mayor o igual a 300mg/dl en 24 horas.

Dentro de los criterios de severidad se encuentran:

Presión arterial mayor a 160/110mmHg en al menos 2 tomas con al menos 4 horas diferencia más dos de los siguientes:

- Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas.
- Creatinina sérica mayor a 1.2mg/dl.
- Dolor epigástrico o de hipocondrio derecho intenso y persistente.
- Oliguria menor a 500ml en 24 horas.
- Trombocitopenia por debajo de 100 000.
- Alteración en las pruebas de función hepática con valores que doblan su nivel normal.
- Trastornos visuales. Caracterizados principalmente por fosfenos o la presencia de tinnitus o acufenos.
- Cefalea.
- Edema pulmonar

## **SÍNDROME DE HELLP**

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

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

### **3.5.Tratamiento**

#### Preeclampsia sin datos de severidad

El objetivo ante una preeclampsia sin datos de severidad es mantener cifras tensionales en niveles cercanos a los normales con una presión sistólica entre 135 y 155 mmHg y una presión diastólica entre 80 y 105mmHg. Dentro de los tratamientos utilizados para este fin se encuentran:

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

#### Preeclampsia con datos de severidad

Se debe hospitalizar a la paciente con monitoreo cardiaco no invasivo en posición de decúbito lateral izquierdo.

Canalizar vías periféricas de grueso calibre. Colocar sonda Foley para cuantificar diuresis.

Dentro del tratamiento farmacológico se utiliza:

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

#### Control de crisis convulsivas

- Se utiliza como neuroprotección el sulfato de magnesio en dosis de 4g diluidos en 250cc de solución glucosada a pasar en 20 minutos y luego dosis de mantenimiento a 1g IV por hora en infusión con solución glucosada al 5%.
- En caso de determinarse intoxicación por magnesio, determinada por hiperreflexia, se administra 1g de gluconato de calcio en 100cc de solución fisiológica a pasar en 15 minutos.

#### Terminación del embarazo

- La terminación del embarazo es la única cura para la preeclampsia. Los demás tratamientos son solamente de sostén para lograr llevar el embarazo a una edad gestacional con feto viable.
- Debe terminarse el embarazo con preeclampsia que presente criterios de severidad o en embarazos que presenten restricción de crecimiento intrauterino, oligohidramnios, flujo diastólico umbilical invertido con madurez pulmonar.

### 3.6. Prevención

#### Prevención primaria

Promoción a la salud: La promoción a la salud comprende acciones que se abocan a conservar la salud utilizando los recursos que existen a la disposición del individuo, familia y comunidad. Estas acciones aumentaran la resistencia del individuo y crearan un ambiente favorable a la salud.

- Educación medica
- Educación sexual
- Planificación familiar
- Educación nutricional
- Programas de control de crecimiento y desarrollo postnatal
- Programas de saneamiento ambiental.

#### Protección específica

Control prenatal: El control prenatal adecuado y periódico, permite identificar factores de riesgo para intentar la prevención, el diagnóstico temprano y un manejo oportuno del cuadro.

- Ejercicio: Realizar ejercicio con regularidad favorecerá la circulación general, oxigenándose mejor las células y evitando la acumulación de estrés.
- Participación de las gestantes en grupos de enseñanza y apoyo, en los que obtendrán conocimientos sobre las características físicas y emocionales de una mujer embarazada, para que de esta manera se logre comprender mejor la etapa por la que se transcurre.

- **Dieta:** La suplementación con calcio. La dosis de calcio que se utiliza es de 2 gramos diarios por vía oral a partir de la vigésima semana de gestación.
- **Medio ambiente:** Durante la etapa de gestación es fundamental evitar la exposición a agentes tóxicos como los de la contaminación ambiental; además de un ambiente laboral libre de tensiones excesivas que lleguen a alterar su estado de ánimo y la llevan a un incremento en la tensión arterial, estos factores deben tomarse con más precaución cuando existen antecedentes de cardiopatías.

### **Prevención Secundaria**

**Diagnostico Precoz:** La asistencia médica periódica durante el embarazo ofrece la ventaja de realizar un diagnóstico temprano y un manejo terapéutico eficaz. En los métodos diagnósticos utilizados para la preeclampsia encontramos:

- **Prueba de giro positivo:** Se practica entre la vigesimooctava trigésimo segunda semana de gestación, en la que se valora la presión arterial. La prueba es positiva si hay un aumento de 20 mmHg en la presión diastólica, o un aumento de 15 a 30 mmHg de la presión sistólica, está en relación a las cifras habituales de la usuaria.
- **Examen general de orina:** Revela presencia de leucocitos, glóbulos rojos y cilindros de diferente tipo. Es necesario examinar muestras de orina de 24 horas, ya que existe una disminución en la función renal que se hace evidente cuando se miden depuraciones de insulina, creatinina y ácido úrico. El metabolismo del ácido úrico se altera si no existe enfermedad renal asociada o una convulsión reciente, valores de 4-5 mg/dl pueden considerarse diagnóstico de preeclampsia. Valores del orden de 6 mg/dl indican mayor severidad del cuadro. La preeclampsia produce oliguria con orina concentrada y albuminuria, que puede alcanzar valores de 10 g/L. o incluso 40 g/L.

**Biometría hemática:** El hematocrito puede elevarse hasta 45% y la hemoglobina del 80 al 100% por arriba de los niveles normales. En el

sedimento se observa un aumento enorme de los cilindros de hasta 3 millones, eritrocitos 10 millones y leucocitos 7 millones. Las proteínas totales pueden aumentar por encima de 6.5 g/dl y el volumen plasmático muestra una disminución progresiva que se hace más marcada cuanto más grave sea el cuadro de hipertensión proteinúrica gestacional, puede llegar a 10 gramos o más de 24 horas.

Tratamiento oportuno:

La terapéutica de la preeclampsia consiste en reposo en cama. Las mujeres que presentan síntomas leves de la enfermedad pueden permanecer en el hogar o seguir las prescripciones del médico como pacientes externas.

El plan de tratamiento incluye:

1. Restricción de actividad, que incluye reposo en cama y abstinencia sexual.
2. Mediciones diarias de proteinuria con tiras reactivas.
3. Toma de la presión arterial diariamente,
4. Visitas al médico 2 veces por semana, incluye toma de la frecuencia cardíaca fetal y peso de la gestante.
5. La ingestión de una dieta balanceada y la disminución del sodio es indispensable en el tratamiento.

En caso de que la paciente no responda con rapidez a las prescripciones de la terapéutica en el hogar se recomienda la hospitalización. Los cuidados médicos de la preeclampsia se dirigen a:

1. Control de las cifras tensionales maternas, la tensión arterial se mide cada 4 horas.
2. Diariamente se efectúan pruebas de proteínas en orina con tiras reactivas.
3. Se realiza estudios de depuración de creatinina y el contenido total de proteínas 2 veces por semana.

4. Al ingreso se determina la función hepática, ácido úrico, electrolitos y albumina sérica, además de efectuarse estudios de coagulación.

No suelen administrarse medicamentos hipertensivos a menos que la tensión arterial diastólica sobrepase los 100 mmHg y la edad gestacional sea menos de 28 semanas. La valoración del estado fetal se realiza mediante un ultrasonido seriado y prueba sin esfuerzo y de estimulación con oxitocina cada semana. Pueden emplearse corticoesteroides para acelerar la maduración pulmonar, si se cree que el parto puede ocurrir en los próximos dos o siete días.

Cuando los síntomas de la preeclampsia se agravan, el tratamiento tiene como finalidad prevenir la eclampsia.

1. Prevenir convulsiones
2. Controlar la tensión arterial
3. Iniciar el parto.

Si el embarazo ha progresado más allá de las 28 semanas y se dispone de una sala de cuidados intensivos neonatales el tratamiento de elección es el parto, si la gestación se encuentra entre las 24 y 28 semanas será probable la aparición de complicaciones maternas, asfixia o desprendimiento prematuro de la placenta que impedirán el tratamiento conservador.

La mayoría de los investigadores de la materia recomiendan la administración de anticonvulsivos a todas las pacientes en trabajo de parto con preeclampsia o edema. El fármaco elegido debe ser seguro tanto para la madre como para el feto; el sulfato magnesio es un medicamento eficaz y seguro, la fenitoina es un anticonvulsivo excelente, pero no se ha estudiado bien en el embarazo, el diazepam produce arritmias, depresión respiratoria e hipotonía.

Suelen administrarse fármacos antihipertensivos si la presión diastólica excede de 110 mmHg, la finalidad es conservar la presión diastólica en límites de 90-100 mmHg. Los fármacos más utilizados son: hidralacina, diaxoxido, nitropusiato sódico, trimetofán y nitroglicerina.

#### PREVENCIÓN Terciaria.

Limitación del daño:

Cuando la preeclampsia ha avanzado hasta un estadio donde sus síntomas son graves, el tratamiento de elección es el parto. En este caso la finalidad del tratamiento es detener el proceso patológico y evitar mayores complicaciones a la gestante y el producto; en caso de esperarse un producto antes de las 36 semanas de gestación, se debe asegurar a la gestante un centro de cuidados especializados para que cuente con asistencia neonatal adecuada. Si la edad es entre 24-28 semanas, se debe inducir el trabajo de parto con supositorios de prostaglandina. Está indicada una prueba de trabajo de parto en las usuarias, pero si en un tiempo de 4-6 horas no hay borramiento ni dilatación del cuello uterino se efectúa cesárea.

En caso de que los síntomas sean graves y el producto se espera prematuro y además existe dilatación mínima del cuello, se realiza cesárea sin la prueba de trabajo de parto o transoperatorio se administran líquidos intravenosos como dextrosa al 5% o Hartman a dosis de 125 a 250 ml por hora.

De ser necesaria la utilización de anestesia por bloqueo epidural, esta debe realizarse con mucha precaución, valorando las condiciones de la usuaria y la frecuencia cardíaca fetal. De no estar conformes con los resultados de los criterios, el anestesiólogo optará por la anestesia general.

Después del nacimiento del producto podrán emplearse diuréticos para favorecer la salida de líquidos. En caso de usuaria cuyos síntomas de preeclampsia sean leves, podrá abandonar el tratamiento con anticonvulsivos siempre y cuando presente diuresis y tensión arterial normal de 8 a 12 horas después del parto.

## Rehabilitación:

En la etapa de rehabilitación la meta es lograr la incorporación de la usuaria a su medio ambiente familiar, laboral y social, hasta donde sus capacidades lo permitan. En la preeclampsia la rehabilitación es relativamente rápida, ya que la enfermedad remite completamente con el parto, esto sucede a más tardar a las 6 semanas del suceso, siempre y cuando la usuaria no tenga antecedentes de hipertensión arterial o insuficiencia renal.

El ejercicio es una de las actividades más importantes para la rehabilitación de la usuaria, ya que deberá incorporar a su vida normal, por lo que deberá iniciar con ejercicios moderados mientras se encuentre en cama recuperándose del parto o la cesárea, posteriormente iniciara con ejercicios de caminata en casa y en cuanto su salud lo permita, fuera de ella, esto le ayudara a relajarse y a liberar el estrés.

Si la usuaria pertenece a alguna agrupación social o religiosa, es importante iniciar con sus actividades previas a la enfermedad, lo que permitirá una satisfacción espiritual que redundara en un bienestar físico. Es necesario que la usuaria cuente con el apoyo familiar durante la etapa de rehabilitación, ya que es común que después del parto se cruce por un periodo de depresión, que en las condiciones de la usuaria podrían retrasar su recuperación. Por esto es necesario informar a la familia los acontecimientos que sucederán y la forma de apoyo emocional que pueden brindar a la usuaria

En el caso de que el parto o cesaría se haya presentado antes de las 28 semanas, es necesario orientar a la usuaria acerca de los posibles problemas que pudiera presentar el producto, así como la posibilidad de que esta no puede ser viable. De ser necesario, se deberá brindar el apoyo psicológico de un, especialista.

## CAPITULO4. Metodología

Se realiza el presente trabajo con los lineamientos legales y éticos correspondientes a la profesión, protegiendo los datos obtenidos para fines educativos, se procede a la paciente para solicitar la participación en el presente trabajo, explicándole los objetivos y respondiendo las dudas que surgieron, aceptando de manera libre y voluntaria. De acuerdo al proceso de atención de enfermería se desarrollan las cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; que se describirán a continuación como base estructurada y metódica para el aterrizaje del plan de cuidado de enfermería individualizado.

Se realiza la valoración con el referente de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, se identifica los aspectos alterados que son: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano; Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

Como etapa de diagnóstico se determina el problema y se prosigue a la construcción del diagnóstico de enfermería con la taxonomía NANDA correlacionando los factores relacionados y características definitorias según sea el caso. En lo correspondiente a la etapa de planeación se determina los objetivos y se prioriza en cuanto al estado de salud de la paciente, así como seleccionar los resultados esperados, determina la escala Likert y la puntuación diana con la taxonomía NOC.

Posteriormente en la fase de ejecución se identifica las intervenciones basadas en el conocimiento clínico con la taxonomía NIC eligiendo las actividades correspondientes a la paciente e indicando la fundamentación de la práctica de enfermería de dicha actividad.

Finalmente, en la 5ta etapa del proceso enfermero se evalúa el cuidado enfermero durante la ejecución de las actividades como un proceso continuo para medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos.

#### 4.1.Caso clínico

Paciente Laura Leticia Ramírez Medina de 20 años de edad, escolaridad primaria, ocupación ama de casa practica religión católica, estado civil unión libre, lugar de residencia Rancho de San Nicolas de Paranguero municipio de Valle de Santiago; características de la vivienda: rentada, con ladrillos como material de construcción, cuenta con los servicios de agua potable, drenaje y luz eléctrica. El rol principal que ocupa la paciente es de madre, pero además funge como esposa, número de hijos: 1. Buena relación con la familia, cuenta con un ingreso económico quincenal de \$2000. Realiza actividades culturales en el DIF del municipio y cuida su salud con actividades como caminata al menos 2 hrs a la semana. Percibe regular su estado de salud, cuenta con servicio de salud por parte de Secretaría de Salud institución donde se encuentra hospitalizada con el diagnóstico médico de puerperio quirúrgico más preeclamsia cursando un estado de salud delicado. La paciente por su corta edad y la insuficiente escolaridad afecta la toma de decisiones autónoma por lo que se pide apoyo de sus familiares para autorización de tratamiento médico.

FC 100 lpm T/A 145/90 mmHg FR 22 lpm SpO2 93%

Vías aéreas permeables, buena coloración de piel y mucosas, capaz de expulsar secreciones con tos efectiva, de aspecto y coloración normal, esquema de vacunación de neumococo e influenza completa, por lo que no se identifica déficit de autocuidado. La ingesta de líquidos que realiza la paciente es adecuada de 1 a 2 litros al día. Presenta buen estado de hidratación y nutrición, así como el estado de piel y mucosa. Presenta edema de miembros pélvicos ++. No se identifica déficit de autocuidado. Peso 102 kg Talla 1.62 mts IMC 38 Niveles de glucosa 87 (valores tomados en el embarazo). La paciente realiza tres comidas al día, debido a la hipertensión arterial tiene restricción de sal en los alimentos. Presenta un IMC de 38

ubicándola en obesidad clase 1. Su dentadura se observa completa y sin lesiones bucales por lo que no se identifica un déficit de autocuidado. presenta un buen patrón de defecación, para eliminación urinaria se instaló sondaje vesical con un índice urinario en rango adecuado y características normales se identifica riesgo de infección por procedimiento invasivo, pero no déficit de autocuidado. La paciente sufre de una transición de rol al ser madre primeriza y de corta edad, por lo que tiene dificultad para canalizar el sueño por motivos de los cuidados que demanda el Recién Nacido. Presenta dolor en escala de EVA 4 por lo que se administra ketorolaco 30 mg IV c/8 hrs y metamizol 1gr IV c/12hrs. mantiene capacidades cognitivas adecuadas, mantiene una relación familiar buena sin barreras de comunicación, nivel cognitivo de rango medio, expresión clara y concisa cuenta con redes de apoyo, no se identifica déficit de autocuidado. Se encuentra consiente y orientada, se muestra preocupada y con temor por su propio estado de salud y el de su bebé, manifiesta desconocimiento en cuanto a sus cuidados, se identifica déficit de autocuidado.

En ocasiones la paciente se muestra desesperada con pequeños cuadros de ansiedad respecto a la patología y el cuidado del recién nacido manifestándose por cambios de la frecuencia cardíaca y llamados al personal de enfermería muy constantes.

**Historia Gineco-obstétrica:** G: 1 P: 0 C: 1 A: 0. La paciente a lo largo de su vida ha sabido llevar a cabo acciones necesarias para mantener su salud, pero en su actual situación de salud, se muestra con desconocimiento en sus cuidados por lo que se identifica déficit de autocuidado. La paciente presenta una enfermedad propia del embarazo por lo que genera ansiedad y aumento del dolor que requiere tratamiento médico y cuidados de enfermería.

### 4.3. Consideraciones Éticas

Los aspectos legales en materia de investigación son de suma importancia para que el profesional de área de la salud, es este caso las y los Enfermeros realicen investigación con la finalidad de innovar procedimientos o mejorar, con el único objetivo primordial que es el cuidado hacia los pacientes.

Que en virtud del Decreto por el que se adicionó el Artículo 4o. Constitucional, publicado en el Diario oficial de la Federación de fecha 3 de febrero de 1983, se consagró como garantía social, el Derecho a la Protección de la Salud:

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general; para desarrollar tecnología mexicana en los servicios de salud y para incrementar su productividad, conforme a las bases establecidas en dicha Ley; Que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación; Que el desarrollo de la investigación para la salud requiere del establecimiento de criterios técnicos para regular la aplicación de los procedimientos relativos a la correcta utilización de los recursos destinados a ella; Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas, he tenido a bien expedir el siguiente

#### REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

##### Disposiciones Generales

##### CAPITULO UNICO

ARTICULO 1o.- Este Ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en los sectores público, social y privado. Es de aplicación en todo el territorio nacional y sus disposiciones son de orden público e interés social.

ARTICULO 2o.- Para los fines de este Reglamento, cuando se haga mención a la "Ley" a la "Secretaría" y a la "Investigación", se entenderá referida a la Ley General de Salud, a la Secretaría de Salud y a la Investigación para la Salud, respectivamente.

ARTICULO 3o.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;

- III. A la prevención y control de los problemas de salud;
- IV. Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud,
- VI. A la producción de insumos para la salud.

Respecto a la investigación es importante proporcionar al paciente un consentimiento informado con las siguientes características según la ley general de salud en materia de investigación:

## TITULO SEGUNDO

### De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.- para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan observarse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Etica de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

-REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD

### 4.3. Aplicación del proceso enfermero

<b>NECESIDAD</b>	
<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<b>Respiración</b>	
FC:100 lpm T/A: 145/90 mmHg FR: 22 lpm SpO2: 93%	.
<b>Alimentación / Hidratación</b>	
Peso 102 kg Talla 1.62 mts IMC 38      Niveles de glucosa 87 (valores tomados en el embarazo) obesidad	realiza tres comidas al día debido a la hipertensión arterial tiene restricción de sal en los alimentos.
<b>Eliminación</b>	
Oliguria Edema	Evacúa dos veces al día. Sonda vesical. Náuseas.

<b>Movilización</b>	
Consciente. Orientada	.
<b>Reposo y sueño</b>	
	refiere dificultad para canalizar el sueño por motivos de los cuidados que demanda el Recién Nacido
<b>Vestirse y elegir ropa adecuada</b>	
<b>Temperatura</b>	
<b>NECESIDAD</b>	
<b>Datos objetivos</b>	<b>Datos subjetivos</b>
<b>Higiene / Protección de la piel</b>	
Palidez de tegumentos	Buenos hábitos higiénicos. Baño y cambio de ropa diario. Aseo bucal dos veces al día.

<b>Evitar peligros</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solución Hartman 1000 cc para 12 horas.</li> <li>▪ ketorolaco 30 mg IV c/8 hrs</li> <li>▪ metamizol 1gr IV c/12hrs</li> </ul>	Abuela paterna y materna con hipertensión arterial, abuela materna con Cáncer de mama.
<b>Comunicación</b>	
Mujer de 20 años de edad Con preeclampsia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-escolaridad primaria</li> <li>- ocupación ama de casa</li> <li>- estado civil unión libre</li> <li>-lugar de residencia Rancho de San Nicolás de Parangueo municipio de Valle de Santiago.</li> <li>-Mantiene relación familiar buena</li> <li>-Dificultad de transición de rol al ser madre primeriza</li> </ul>
<b>Creencias y valores</b>	
	Católica

<b>Trabajar y realizarse</b>	
	Ama de casa. Rol de madre y esposa.
<b>Actividades recreativas</b>	
	No le gusta realizar ejercicio Realiza actividades culturales
<b>Aprender</b>	
	Primaria terminada

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE  
LA TEORIA DEL DEFICT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

**VALORACIÓN**

**Datos significativos:**

- Edema periférico
- Presión sanguínea diastólica
- Aturdimiento
- Hormigueo
- Palidez
- Debilidad muscular

**Dominio:** 4 actividad y reposo

**Clase:** 4 respuesta cardiovascular/  
pulmonar

**NECESIDAD:** Trabajar y realizarse

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: 00029** Disminución del gasto cardiaco relacionado con alteración del volumen de eyección manifestado por taquicardia, aumento de la resistencia vascular sistémica, cambios del color de la piel, oliguria, variaciones en la lectura de la presión arterial y edema.

Pág. 226

**PLAN DE INTERVENCIÓN:**

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
------------------------------	-------------	--------------------	------------------

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
A. 00029 Disminución del gasto cardiaco	1. Edema periférico 2. Presión sanguínea sistólica 3. Presión sanguínea diastólica 4. aturdimiento 5. Debilidad muscular	1. Desviación grave del rango normal/ grave 2. Desviación sustancial 3. Desviación moderada 4. Desviación leve 5. Sin desviación grave del rango normal/ninguno	Mantener a: 18 Aumentar a: 28
	1. Verbalizaciones de autoaceptación		

<p>A. 0407 Perfusión tisular: periférica pag.449</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edema periférico</li> <li>2. Presión sanguínea sistólica</li> <li>3. Presión sanguínea diastólica</li> <li>4. Aturdimiento (3)</li> <li>5. Debilidad muscular (3)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial</li> <li>3. Desviación moderada</li> <li>4. Desviación leve</li> <li>5. Sin desviación grave del rango normal/ninguno</li> </ol>	<p>Mantener a: 18 Aumentar a: 28</p>
--	--	--	--

**RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

**ETIQUETA (Problema) P:**

00029 Disminución del gasto cardíaco

**FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:**

-Alteración del volumen de eyección

**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SS:**

-Taquicardia, aumento de la resistencia vascular sistémica, cambios del color de la piel, oliguria, variaciones en la lectura de la presión arterial y edema

**INTERVENCIÓN (NIC):**

6680 Monitorización de signos vitales

Pág. 343

**ACTIVIDADES:**

1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
2. Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
3. Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición.
4. Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar.
5. Observar si hay pulso alternante.
6. Monitorizar la pulsioximetría.

**FUNDAMENTACIÓN:**

1. Sirve de guía para saber las necesidades de reposición y valorar la respuesta cardiovascular.
2. Los cambios de los rangos pueden indicar riesgo de shock.
3. se puede calcular el estado actual o intensidad del problema viendo las variantes de rangos cuando pasa de una posición a otra.
4. Puede ayudar a tener una cifra más certera y toma una presión media.
5. la presencia de un pulso alternante puede ser indicativo para el régimen terapéutico.
6. Monitorizar la oxigenación es importante para que no haya una descompensación

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

---

**INTERVENCIÓN (NIC):** 4150 Regulación hemodinámica pag.394

**ACTIVIDADES**

**FUNDAMENTACIÓN**

1. Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática.
2. Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual.
3. Tratar al individuo con dignidad y respeto.
4. Animar a participar en interacciones con familiares, amigos y otras personas.
5. Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

1. Puede revelar numerosos pensamientos y creencias conflictivas.
2. Ofrece visión interna de donde se encuentra actualmente el enfermo y que esperanza de futuro tiene.
3. Fomenta el estado de ánimo y trato interpersonal.
4. Puede ayudar a identificar las fortalezas y debilidades de la dinámica de relaciones que el enfermo y los allegados pueden querer tratar.
5. Optimiza el estado de ánimo y proporciona seguridad

---

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**ACTIVIDADES:**

**FUNDAMENTACIÓN**

1. Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
2. Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.
3. Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente.
4. Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
5. Proporcionar al paciente y familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.

1. proporciona seguridad y animo al paciente y su familia.
2. permite que tenga un mejor panorama sobre la situación.
3. Fomenta la seguridad y eleva el estado de ánimo en el paciente.
4. ofrece satisfacción de auto-valía en el paciente.
5. puede proporcionar aceptación y empatía ayudando a asimilar mejor las situaciones.

**EVALUACIÓN:**

**Criterio de Resultado:** 0407 Perfusión tisular periférica

**Puntuación diana:** Mantener a: 10      Aumentó a: 15



## VALORACIÓN

### Datos significativos:

T/A 145/90,Edema ++,Oliguria, Obesidad y Proteinuria.

**Dominio:** 2 nutrición

**Clase:** 5 Hidratación

**NECESIDAD:** Eliminación

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** 00026 Exceso de Volumen de Líquidos relacionado con mecanismos de regulación comprometidos manifestado por edema, alteración en los electrolitos, cambios de la densidad específica de la orina.

Pág. 178

### PLAN DE INTERVENCIÓN:

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
A. 0600 Equilibrio electrolítico y Ácido base. Pag.329	1. Frecuencia cardiaca apical 2. Rito cardiaco apical 3. Fatiga 4. Frecuencia respiratoria 5. Creatinina sérica	1. Desviación grave del rango normal 2. Desviación Sustancial 3. Desviación Moderado 4. Desviación Leve 5. Sin desviación	Mantener a: 11 Aumentar a: 25
B. 0503 Eliminación urinaria. Pag.323	1.Olor en la orina 2.Cantidad de orina 3.Color de orina 4. Retención de orina 5. Partículas visibles en la orina	1. Gravemente comprometido. 2. sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	Mantener a: 15 Aumentar a: 25

## RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO

### **ETIQUETA (Problema) P:**

00026 Exceso del volumen de líquidos

### **FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:**

- Compromiso de los mecanismos reguladores
- Exceso de aporte de sodio

### **CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SS:**

- Proteinuria
- Oliguria
- orina oscura
- edema en manos y pies

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 4181 Manejo de la hipovolemia Pág. 281

***ACTIVIDADES:***

***FUNDAMENTACIÓN:***

1. Pesarse a diario al paciente a la misma hora y monitorizar las tendencias.
2. Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo la frecuencia cardíaca, presión arterial, presión arterial media.
3. Monitorizar la existencia de hipotensión ortostática y la aparición de mareo al ponerse de pie.
4. Vigilar las fuentes de pérdida de líquido, hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis y taquipnea.
5. Monitorizar las salidas y las entradas.
6. Monitorizar la presencia de datos de laboratorio de laboratorio de hemorragia, hemoglobina, hematocrito.

1. Proporciona mejor valoración del estado del estado actual y la eficacia de la fluidoterapia.
2. Los cambios en los rangos pueden indicar efectos de hipovolemia
3. La hipovolemia se puede manifestar por hipertensión y taquicardia, se puede calcular la intensidad de la hipovolemia cuando la Bp sistólica del paciente baja más de 10 mmHg al cambiar de una posición a otra.
4. Afecta a la ingestión, las necesidades de líquidos, vía de reposición y excede las pérdidas.
- 5.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 4031 Monitorización de líquidos pag.342

***ACTIVIDADES:***

***FUNDAMENTACIÓN:***

1. Vigilar las posibles fuentes de pérdida de líquidos.
2. Comprobar el estado circulatorio: presión arterial, color y temperatura de la piel, ruidos cardiacos, frecuencia y ritmo cardiaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos y relleno capilar.
3. Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada, aumento de ansiedad, agitación.
4. Vigilar la temperatura y el estado respiratorio.
5. Analizar la orina para ver la presencia de sangre y proteínas.
6. Administrar líquidos IV y por vía oral.

1. Permite prevenir posibles complicaciones
2. Valora el estado y permite actuar a tiempo.
3. Puede indicar shock, identificando y tratando a tiempo se previene.
4. Ayuda a evaluar la condición del paciente.
5. La sangre en orina es un indicativo
6. Permite reponer y estabilizar las pérdidas del paciente.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 6680 Monitorización de signos vitales Pág. 343

***ACTIVIDADES:***

1. Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.
2. Observar las tendencias y fluctuaciones de la presión arterial.
3. Monitorizar la presión arterial mientras el paciente está acostado, sentado y de pie antes y después de cambiar de posición.
4. Auscultar la presión arterial en ambos brazos y comparar.
5. Observar si hay pulso alternante.
6. Monitorizar la pulsioximetría.

1. Sirve de guía para saber las necesidades de reposición y valorar la respuesta cardiovascular.
2. Los cambios de los rangos pueden indicar riesgo de shock.
3. se puede calcular el estado actual o intensidad del problema viendo las variantes de rangos cuando pasa de una posición a otra.
4. Puede ayudar a tener una cifra más certera y toma una presión media.
5. la presencia de un pulso alternante puede ser indicativo para el régimen terapéutico.
6. Monitorizar la oxigenación es importante para que no haya una descompensación

**EVALUACIÓN:**

***Criterio de Resultado:*** 0600 equilibrio electrolítico y ácido base

***Puntuación diana:*** Mantener a: 11 Aumentó a: 19

***Criterio de Resultado:*** 0503 eliminación Urinaria

***Puntuación diana:*** Mantener a: 15 Aumentó a: 20



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE  
LA TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

**VALORACIÓN**

**Datos significativos:**

Mujer de 20 años de edad post cesárea  
Se encuentra consciente, presenta dolor  
en sitio de herida quirúrgica, permanece  
ansioso e inquieto con diaforesis.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** 00132 Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (procesos quirúrgicos),  
manifestado por conducta expresiva, inquietud.

Pág. 439

**Dominio:** 12 Confort

**Clase:** 1 Confort físico

**NECESIDAD:** Movilización

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
---------------------------------	-------------	--------------------	---------------------

<p>A. 2102 Nivel del dolor Pág. 435</p> <p><b><u>PLAN DE INTERVENCIÓN:</u></b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor referido</li> <li>2. Inquietud</li> <li>3. Agitación</li> <li>4. Diaforesis</li> <li>5. Pérdida del apetito</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Mantener a: 10 Aumentar a: 25</p>
<p>B. 2101 Dolor: efectos nocivos Pág. 316</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incomodidad</li> <li>2. Estado del ánimo alterado</li> <li>3. Impaciencia</li> <li>4. Trastorno del sueño</li> <li>5. Pérdida del apetito</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Mantener a: 19 Aumentar a: 45</p>

**RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

**ETIQUETA (Problema) P:**  
00132 Dolor agudo

**FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:**  
Lesiones por agentes físicos.

**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SS:**

- Conducta expresiva.
- Inquietud.
- Desesperanza.
- Diaforesis.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 1400 Manejo del dolor Pág. 310

**ACTIVIDADES:**

**FUNDAMENTACIÓN:**

1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
2. Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes que no pueden comunicarse eficazmente.
3. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
4. Explorar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.
5. Fomentar periodos de descanso y sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.
6. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.

1. La información proporciona una base de datos para evaluar las necesidades y la eficacia de las intervenciones.
2. Permite saber más o menos el grado de dolor y valorar en escala diana.
3. Garantiza el control y alivio del paciente en cuanto a dolor.
4. El objetivo es el máximo control del dolor con una mínima interferencia con el tratamiento principal.
5. Ayuda a evitar que agrave el dolor manteniendo la posición y relajándose.
6. Proporciona conocimientos para en caso de dolor puedan ser implementadas las medidas de alivio constantemente, ya sean medios físicos o posicionales.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 2300 Administración de medicación Pág. 71

**ACTIVIDADES**

**FUNDAMENTACIÓN**

1. Seguir las 10 reglas de la administración correcta de medicación.
2. Observar la fecha de caducidad del envase del fármaco.
3. Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación.
4. Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.
5. Ayudar al paciente a tomar la medicación.
6. Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

1. Garantiza la administración y mantenimiento de la medicación exitosamente.
2. Permite administrar medicamentos de calidad logrando el efecto deseado y evitando reacciones adversas.
3. Proporciona seguridad para el personal al momento de la preparación y aplicación y al paciente al corroborarse y tomarse las medidas necesarias para la preparación.
4. Ayuda a tener una mejor valoración o corroborar si son necesarios los medicamentos de acuerdo al estado actual del paciente.
5. Mejora la ingesta de la medicación y nos garantiza que los está tomando en tiempo y forma.
6. es necesario que le paciente y familiares sepan identificarlos ya que esto facilitara que den aviso cuando haya alguna reacción

**EVALUACIÓN:**

**Criterio de Resultado:** 2102 Nivel del dolor \_\_\_\_\_ **Puntuación diana: Mantener a: 10** **Aumentó a: 20**

**Criterio de Resultado:** 2101 Dolor: efectos nocivos \_\_\_\_\_ **Puntuación diana: Mantener a: 9** **Aumentó a: 20**



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE  
LA TEORIA DEL DEFICT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**



**VALORACIÓN**

**Datos significativos:**

Herida QX  
Sonda Foley

**dominio:** 11. Seguridad/protección.

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: 00004** Riesgo de infección r/c enfermedades crónicas, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos, defensas primarias inadecuadas, defensas secundarias inadecuadas, vacunación inadecuada, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos invasivos y mal nutrición

**Clase:** 1 Confort físico

**NECESIDAD:** Movilización

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
A. 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso  Pág. 267	1. Identifica los factores de riesgo de infección. 2.Reconoce los factores de riesgo personales de infección 3. Reconoce conductas asociadas al riesgo de infección 4. Identifica signos y síntomas de infección. 5. Controla el entorno para identificar factores asociados al riesgo de infección.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Mantener a: 15  Aumentar a: 25
B. 1908 Detección del riesgo  Pág. 315	1. Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. 2. Identifica los posibles riesgos para la salud. 3. Adquiere conocimiento sobre sus antecedentes familiares. 4. Mantiene actualizado el conocimiento sobre los antecedentes familiares. 5. Controla los cambios en el estado general de salud.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Mantener a: 10 Aumentar a: 25  Mantener a: 25 Aumentar a: 50

**RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

**ETIQUETA (Problema) P:**

00004 Riesgo de infección

**FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:**

Herida quirúrgica

**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SS:**

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 6540 Control de infecciones

Pág. 126

***ACTIVIDADES:***

***FUNDAMENTACIÓN:***

1. limitar el número de visitas según corresponda.
2. enseñar al personal, familiares y paciente el lavado de manos apropiado
3. mantener técnicas de aislamiento apropiadas
4. Asegurar técnica de cuidados de la herida quirúrgica.
5. Inspeccionar la existencia de eritema, calor extremo o exudado en la piel y las mucosas.
6. Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada

1. protege al paciente frente a posibles fuentes de microorganismos.
2. Evita la contaminación cruzada, infecciones nosocomiales.
3. Favorece el bien estar del paciente protegiéndolo del microorganismo exterior.
4. La responsabilidad de una buena práctica con relación a estos procedimientos, se verá reflejada en una cicatrización rápida, que se encuentre libre de infección y con evolución satisfactoria, y por consiguiente, la recuperación favorable del paciente.
5. Permite llevar un control e identificar de manera oportuna datos de infección.
6. La valoración constante del paciente permite la detección oportuna y eficaz de las manifestaciones clínicas de infección.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 6550 Protección contra las infecciones Pág. 386

***ACTIVIDADES:***

***FUNDAMENTACIÓN:***

1. Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
2. Observar la vulnerabilidad del paciente a infecciones.
3. Mantener la asepsia para el paciente de riesgo.
4. Aplicar técnicas de aislamiento.
5. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar sobre ellos al profesional sanitario.
6. Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

1. La identificación precoz del desarrollo de una infección permite intervenir rápidamente y evitar futuras complicaciones.
2. Controlar y prevenir los riesgos para el paciente.
3. Mantener cuidados meticulosos asépticos es una defensa de primera línea frente a las infecciones nosocomiales.
4. Reduce la exposición a un “hospedador afectado”, limita la exposición a las bacterias.
5. Reduce el riesgo de posibles complicaciones e identificar de forma precoz las infecciones.
6. Disminuye las posibles complicaciones y fomenta la estabilidad.

***Criterio de Resultado:*** 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso ***Puntuación diana:*** Mantener a: 15 Aumentó a: 22

***Criterio de Resultado:*** 1908 Detección del riesgo ***Puntuación diana:*** Mantener a: 10 Aumentó a: 25



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE  
LA TEORIA DEL DEFICT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

**VALORACIÓN**

**Datos significativos:**

Peso: 102 kg Talla: 1.62 cm.

IMC 38 obesidad grado 1

**Dominio:** 2. Nutrición

**Clase:** 1. Ingestión

**NECESIDAD:** Alimentación/ hidratación

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** 00232 obesidad relacionada con tamaño de las raciones mayor a las recomendadas, actividad física diría inferior a la recomendada manifestada por índice de masa corporal mayor que 30

Pág. 164

**PLAN DE INTERVENCIÓN:**

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
---------------------------------	-------------	--------------------	---------------------

<p>A. 1004 Estado nutricional</p> <p>Pág. 366</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ingesta de nutrientes</li> <li>2. Ingesta de alimentos</li> <li>3. Ingesta de líquidos</li> <li>4. Relación peso talla</li> <li>5. Hidratación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal</li> </ol>	<p>Mantener a: 15</p> <p>Aumentar a: 22</p>
<p>B. 1627 Conducta de pérdida de peso.</p> <p>Pag.168</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se compromete con un plan para comer saludable</li> <li>2. controla ración de alimentos</li> <li>3. selecciona alimentos y líquidos nutritivos</li> <li>4. establece una rutina de ejercicio</li> <li>5. Selecciona un peso diana saludable</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Mantener a: 25</p> <p>Aumentar a: 42</p>

**RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

***ETIQUETA (Problema) P:***

00232 Obesidad

***FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:***

Obesidad .

***CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS***

***(Signos y Síntomas) SS:***

- Ingesta mayor a las cantidades diarias recomendadas.

▪ Peso corporal mayor en un 20 % o más del peso ideal.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 1100 Manejo de la nutrición Pág. 285

***ACTIVIDADES:***

***FUNDAMENTACIÓN:***

1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
2. Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
3. Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales, es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos.
4. Proporcionar la selección de alimentos mientras se orienta hacia opciones más saludables.
5. Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida, limpio, bien ventilado y sin olores fuertes.
6. Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.

1. Identificar las carencias nutricionales y necesidades terapéuticas, que son muy variables.
2. Puede mejorar la ingestión oral y fomentar la sensación de control y de responsabilidad.
3. Las pequeñas porciones pueden mejorar el consumo de alimentos, ayuda al paciente a comprender la situación.
4. Le permite cambiar las opciones para satisfacer sus preferencias individuales dietéticas dentro de las limitaciones indicadas.
5. La higiene aumenta el apetito y la ingesta oral. Disminuye el crecimiento bacteriano, disminuye la posibilidad de infecciones.
6. Controlar el peso y la eficacia de las intervenciones nutricionales.

#### **PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 1260 Manejo del peso Pág. 321

**ACTIVIDADES:**

**FUNDAMENTACIÓN:**

1. Comentar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar al peso.
2. Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable.
3. Determinar el peso corporal ideal del individuo.
4. Planificar recompensas con el individuo para celebrar el logro de objetivos a corto y largo plazo.
5. Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.
6. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
7. Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.

1. proporcionar información sobre el intervalo de peso deseado y óptimo y la ingestión de calorías recomendadas para la estabilidad nutricional del paciente.
2. Proporcionar información higienicodietética para crear conciencia y bien estar en el paciente.
3. controla la pérdida de peso y la eficacia de la intervención nutricional.
4. Ayuda a motivar al paciente para fijarse metas y objetivos, logrando conseguirlos.
5. fomenta la adaptabilidad de las prácticas alimentarias para el bien estar del paciente.
6. Permite que el cambio alimenticio sea gradual y que el paciente se dé cuenta de las mejoras.
7. Identificar cuáles son los conocimientos del paciente permiten poder aclarar dudas y poder instruir sobre los hábitos alimenticios.

**EVALUACIÓN:**

**Criterio de Resultado:** 1004 Estado nutricional

**Puntuación diana:** Mantener a: 15 Aumentó a: 19

**Criterio de Resultado:** 1627 conducta de pérdida de peso

**Puntuación diana:** Mantener a: 10 Aumentó a: 17



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE  
LA TEORIA DEL DEFICT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

**VALORACIÓN**

**Datos significativos:**

Femenina de 20 años de edad  
Escolaridad primaria  
Madre primeriza

**Dominio:** 1 Promoción de la salud

**Clase:** 2. Gestión de la salud

**NECESIDAD:** Evitar peligros/ Seguridad

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** 00078 Gestión Ineficaz de la salud relaciona con complejidad del régimen terapéutico, déficit de conocimientos y percepción de gravedad manifestado por verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos

Pág. 143

**PLAN DE INTERVENCIÓN:**

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
---------------------------------	-------------	--------------------	---------------------

<p>A. 3100 Autocontrol: Enfermedad aguda. Pag.95</p>	<p>1. Controla signos y síntomas de la enfermedad 2. Sigue las precauciones 3. Sigue régimen de medicación 4. Busca ayuda para el autocuidado 5. Ajusta la dieta</p>	<p>1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>	<p>Mantener a: 10 Aumentar a: 25</p>
<p>B. 1805 Conocimiento: Conducta sanitaria  Pág. 178</p>	<p>1. Uso seguro de la medicación prescrita 2. prácticas nutricionales saludables 3. Patrón de sueño-vigilia normal 4. Beneficios del ejercicio regular 5. Servicios de promoción de la salud.</p>	<p>1. Ningún conocimiento 2. Conocimiento escaso 3. Conocimiento moderado 4. Conocimiento sustancial 5. Conocimiento extenso</p>	<p>Mantener a: 20 Aumentar a: 45</p>

**RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

***ETIQUETA (Problema) P:***

00078 Gestión ineficaz de la salud

***FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:***

Complejidad del régimen terapéutico

***CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SS:***

-Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad Pág. 198

**ACTIVIDADES:**

**FUNDAMENTACIÓN:**

1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
2. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad
3. Identificar cambios en el estado físico y emocional del paciente.
4. Describir el proceso de enfermedad.
5. Dar seguridad sobre el estado del paciente
6. Proporcionar información al paciente y a la familia/ allegados acerca de los progresos de la paciente.

1. Permite establecer metas y definir desde donde se va a partir en el proceso de enseñanza.
2. Ayuda a que el paciente pueda identificar de forma temprana cualquier situación respecto a la enfermedad.
3. Podemos incurrir a técnicas para la mejora del estado de ánimo y así no se pierda el interés de apegarse al tratamiento.
4. Proporciona información real de cómo será el proceso para el paciente.
5. Permite que el paciente tome con mejor actitud y disponibilidad las cosas.
6. Fomenta a que tanto el paciente como sus familiares conserven esperanza y mejora el ánimo.

**EVALUACIÓN:**

**Criterio de Resultado:** 3100 auto control de enfermedad aguda

**Puntuación diana:** Mantener a: 10 Aumentó a: 25

**Criterio de Resultado:** 1805 conocimiento Conducta sanitaria

**Puntuación diana:** Mantener a: 10 Aumentó a: 25



**PROCESO DE ENFERMERÍA CON EL REFERENTE DE  
LA TEORIA DEL DEFICT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM**

**VALORACIÓN**

**Datos significativos:**

Femenina de 20 años primigesta  
Refiere preocupación por su estado de salud. Se encuentra con temor por cambio de rol parental.

**Dominio:** 9. Afrontamiento/ tolerancia al estrés

**Clase:** 2. Respuestas de afrontamiento

**NECESIDAD:** Comunicación

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:** 00146 Ansiedad relacionado con grandes cambios manifestado por insomnio temor.

Pág. 331

**PLAN DE INTERVENCIÓN:**

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
------------------------------	-------------	--------------------	------------------

<p>A. 1211 Nivel de ansiedad Pág. 421</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inquietud</li> <li>2. Aumento de la presión sanguínea</li> <li>3. Aumento de la velocidad del pulso</li> <li>4. Aumento de la frecuencia respiratoria</li> <li>5. Fatiga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Mantener a: 10 Aumentar a: 20</p>
<p>B. 1402 Autocontrol de la ansiedad Pág. 115</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elimina precursores de la ansiedad</li> <li>2. Busca información para reducir la ansiedad</li> <li>3. Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad</li> <li>4. Conserva las relaciones sociales</li> <li>5. Refiere dormir de forma adecuada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Mantener a: 13 Aumentar a: 25</p>

**RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO**

***ETIQUETA (Problema) P:***

00146 Ansiedad

***FACTOR RELACIONADO (Etiología) E:***

Amenaza del estado actual.

***CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (Signos y Síntomas) SS:***

- Inquietud.
- Temor.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

- insomnio

**INTERVENCIÓN (NIC):** 5820 Disminución de la ansiedad Pág. 174

**ACTIVIDADES:**

**FUNDAMENTACIÓN**

1. Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
2. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
3. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
4. Animar a la familia a permanecer con el paciente.
5. Escuchar con atención.

1. Demuestra la inquietud y la voluntad de ayudar al paciente. Estimula el análisis de temas sensibles.
2. Transmite aceptación y alivia la turbación del paciente
3. Ayuda al paciente a comprender el objetivo de lo que se ha hecho, y reduce los problemas asociados a lo desconocido, especialmente el temor.
4. Define el problema, proporcionando una oportunidad para contestar preguntas, aclarar conceptos erróneos y aplicar soluciones para reconocer los problemas.
5. Aumentar la seguridad y capacidad de afrontar la situación.

**INTERVENCIÓN (NIC): 5380 Potenciación de la seguridad Pág. 360**

**ACTIVIDADES**

**FUNDAMENTACIONES**

1. Mostrar calma.
2. Presentar los cambios de forma gradual.
3. Evitar producir situaciones emocionales intensas.
4. Escuchar los miedos del paciente.
5. Comentar situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia.
6. Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de afrontamiento habituales.

1. es indispensable para proporcionar seguridad y apoyo al paciente.
2. ofrece la oportunidad de comenzar a incorporar cambios reales en un entorno de aceptación y esperanza.
3. estoy evitara que el paciente se sobre salte o pierda la capacidad de afrontar la situaciones.
4. Las habilidades de comunicación terapéutica, ofrecen la oportunidad y animan al paciente a hablar con libertad y afrontar la situación.
5. fomenta la sensación de seguridad y la verbalización.

**PLAN DE INTERVENCIÓN (NIC)**

**INTERVENCIÓN (NIC):** 5880 Técnica de relajación Pág. 408

**ACTIVIDADES:**

**FUNDAMENTACIÓN**

1. Comentar la experiencia emocional con el paciente.
2. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
3. Animar al paciente a que exprese sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
4. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
5. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
6. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

1. Aclara la percepción de la paciente; ayudando con la identificación emocional.
2. La ansiedad por uno mismo y el resultado puede enmascarse con comentarios o estallidos, identificarlos para trabajar en ellos.
3. Ofrece la oportunidad de examinar los temores y mal entendidos reales sobre el diagnóstico.
4. Ayuda a sentirse apoyado y no perder la esperanza.
5. Puede ayudar a reducir la ansiedad adoptando una relación terapéutica y facilitando la continuidad de los cuidados.

**EVALUACIÓN:**

**Criterio de Resultado:** 1211 Nivel de ansiedad

**Puntuación diana:** Mantener a: 10 Aumentó a: 17

**Criterio de Resultado:** 1402 Autocontrol de la ansiedad

**Puntuación diana:** Mantener a: 13 Aumentó a: 18

## CONCLUSIONES

En lo personal, la realización del proceso enfermero me parece de suma importancia, ya que de esta manera se logra conocer con exactitud los problemas y necesidades de cada paciente por individual, estableciendo un plan de cuidados para poder llevar a cabo las intervenciones y lograr el objetivo principal que es contribuir a mejorar el estado de salud del usuario, tanto físico, mental y social.

Además, a través del proceso enfermero se logra brindar una atención con calidad y calidez, se realizan diversas acciones por parte del personal de enfermería, cada una de ellas con un fundamento científico, las cuales ayudan a establecer relaciones interpersonales entre el paciente, familia y sociedad.

Gracias a la elaboración de dicho proceso se establecen prioridades que apoyan al usuario a mejorar su bienestar, es necesario constituir una comunicación efectiva para conocer con claridad cada una de la intervención realizada de acuerdo a los problemas que presenta el paciente, así se mejora el estado de salud de manera individualizada. Si los objetivos son cumplidos significa que el proceso enfermero se llevó a cabo de manera satisfactoria, de lo contrario se tendrá que realizar modificaciones en el plan de cuidados.

## SUGERENCIAS

- Identificar las prioridades que tenga el paciente para proponer alternativas que beneficien al paciente.
- Fomentar una alimentación saludable.
- Fomentar el consumo de frutas y verduras.
- Tomar bebidas sin azúcar.
- Continuar con la ingesta limitada de sodio.
- Tomar los medicamentos, correctos, dosis correcta y hora correcta.
- Fomentar prácticas de ejercicio para la disminución de peso.
- Diseñar actividades recreativas que lo mantengan ocupada para disminuir la ansiedad y que fomenten el rol parental.
- Fomentar mejores hábitos de sueño y descanso.
- Capacitar a la familia sobre la patología y los cuidados específicos de la misma.
- Continuar con la implementación de intervenciones para mejorar la salud del usuario.

## BIBLIOGRAFÍAS

1. Gonzales., M., Y Monroy., A (2016).Proceso de enfermero tercera generación. *Enfermería universitaria* 13(2), 124-129, disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n2/1665-7063-eu-13-02-00124.pdf>
2. González., R., Rodríguez., M., Bas., P (2017) Etiquetas diagnosticas de la NANDA-I en un área de salud del sur de España. *Revista latinoamericana de enfermagem* 25 (2), 1-8, disponible en [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2911.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2911.pdf)
3. Leiva, V., Cubillo, K., Porras, Y., Ramírez, T., Sirias, I. (2016). Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica*, 31, 1-18. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/448/44846315007.pdf>
4. Naranjo., Y., Concepción., J Rodríguez., M., (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Universidad de Ciencias Médicas. Sancti Spíritus*, 19 (3) 2-11. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
5. Ojeda., M., Alegre., C., (2008). Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera a propósito de un caso. *Norte de salud mental*, 7(31) 20-26. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830490>
6. Olivella., M., Bastidas., C., Bonilla., C. (2016).\_\_Comportamientos de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué Colombia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 18 (2). 13-19. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145245624002.pdf>
7. Ramírez., E., (2016), Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es Enfermería *Universitaria autónoma de México* 13(2) ,71-72, disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358745743001.pdf>

8. Sanabria., F., Lizano., A (2016) Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Enfermería univerditaria* 13 (4),208-2015, disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n4/2395-8421-eu-13-04-00208.pdf>
9. Roberth Ortiz Martínez MS, Cesar Augusto Rendón, Cristal Ximena Gallego, José E. Chagüendo. (2017). Hipertensión/ preeclampsia postparto, Recomendaciones de manejo según escenarios clínicos, seguridad en la lactancia materna, una revisión de la literatura. 06 de Mayo de 2019, de REV CHIL OBSTET GINECOL Sitio web: [http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR\\_020.pdf](http://www.revistasochog.cl/files/pdf/AR_020.pdf)
10. Dra. Kimberly Herrera Sánchez. (2018). PREECLAMPSIA. 06 de junio de 2019, de Revista Médica Sinergia Sitio web: <http://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/117/219>
11. Ortellado Maidana J., Ramírez A., González G. Consenso Paraguayo de Hipertension Arterial 2015. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. setiembre 2016; 3 (2): 11-57 [consultado el día 10 de junio de 2019]. Disponible en URL: <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v3n2/v3n2a02.pdf>
12. Pérez-Adan M., Vázquez-Rodríguez M., Álvarez-Silvares E., Alvez-Pérez MT., Domínguez Vigo P. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en gestantes con estados hipertensivos. Experiencia de 10 años. Ginecol Obstet Mex. 2016 ago; 84(8):573-585 consultado el día 10 de junio de 2019]. Disponible en URL: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2016/gom169f.pdf>

13. Rosas-Peralta M, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Ramírez-Arias E, Pérez-Rodríguez G. Hipertensión durante el embarazo: el reto continúa. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016; 54 Supl 1:s90-111 [consultado el día 10 de junio de 2019]. Disponible en URL: [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_medica/article/view/426/929](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/426/929)
14. Gutiérrez Ramírez JA, Díaz Montiel JC, Santamaría Benhumea AM, Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses. Rev Nac (Itauguá) 2016; 8(1):33-42 [consultado el día 18 de junio de 2019]. Disponible en URL: <http://scielo.iics.una.py/pdf/hn/v8n1/v8n1a06.pdf>
15. [Johnson M, et al. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; \(2010\).](#)
16. [NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Editorial: Elsevier. Año: 2015](#)
17. CENETEC. GPC Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia. México: Secretaria de Salud, 2011. [consultado el día 05 de junio de 2019]. Disponible en URL: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586\\_GP\\_C\\_Enfermeriaenpreeclampsia/586GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586_GP_C_Enfermeriaenpreeclampsia/586GER.pdf)
18. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). [5ta Ed. Elsevier España 2013.](#)
19. [Dochterman JM, Bulechek G. Clasificación de Intervención de Enfermería \(NIC\). 6ta Ed. Elsevier, España 2013.](#)

20. [Organización mundial de la Salud. Mortalidad materna. 2018](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality) [consultado el día 20 de junio de 2019]. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
21. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado; Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med Electron [internet]. 2014 [consultado el 3 de junio 2017]; 36 (6): 1-2. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S16841824201400060004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16841824201400060004)
22. Naranjo Bermúdez I., Ricaurte García G. La comunicación con los pacientes. Investigación y Educación de Enfermería. Medallín Vol. XXIV. 1ro de marzo de 2014 [consultado el día 11 de julio de 2019]. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>
23. Wagner M. Servicios oficiales de atención del embarazo en Europa. Conferencia Interregional en tecnología apropiada en la atención prenatal. AMRO/EURO, Washington, DC; 2016.
24. Fundamentos de enfermería volumen I,II Audrey Berman Shirlee Syder 9.º edición.
25. Fundamentos de enfermería Potter, Perry, Stockert, Hall, octava edición.
26. Fundamentos de enfermería Susana Rosales, 3º edición.
27. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de la Investigación para La Salud, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

## ANEXOS

### HISTORIA CLÍNICA

#### Guía de valoración (Dorothea Elizabeth Orem)

##### 1. factores condicionantes básicos

###### a) descripción de la persona

Fecha 01/01/19 nombre: L.L.R.M sexo: masc. ( ) Fem. ( x ) edad 20 años religión católica edo. Civil: unión libre escolaridad: Primaria Lugar de residencia: Rancho de San Nicolás de Paranguero municipio de Valle de Santiago

Características de la vivienda:

renta x propia \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Material de construcción

adobe \_\_\_\_\_ ladrillo x otros \_\_\_\_\_

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable x luz eléctrica x drenaje x pavimento x

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios básicos:

Alambrado público ( x ) recolección de basura ( x ) drenaje y alambrado ( x )

Rol que ocupa la familia:

Padre ( ) madre ( x ) hijo ( ) esposa/o ( x )

Cuántos hijos tiene: 0 ( ) 1 ( x ) 2 ( ) más de 3 ( )

Como es su relación con la familia:

Buena ( x ) regular ( ) mala ( )

Nivel de educación:

Analfabética ( ) primaria ( x ) secundaria ( ) bachillerato ( ) licenciatura ( ) otros \_\_\_\_\_

Ocupación: Al Hogar

Antecedentes laborales: actividades culturales del DIF

Ingreso económico familiar:

Menos de 1s.m. ( x ) 1-2 s. m. ( ) mas de 3 s. m. ( )

Dependencia económica: si ( x ) no ( ) de quien: padres ( ) esposo/a ( x )

otros \_\_\_\_\_

###### b) patrón de vida

¿Qué actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales ( ) culturales ( x ) deportivas ( ) religiosas ( ) otras manualidades

¿Qué hace usted para cuidar su salud? Ocasionalmente realiza caminatas

c) estado de sistema de salud

¿Cómo percibe su estado de salud?

Bueno ( ) regular ( x ) deficiente ( )

¿A qué servicio de salud acude usted regularmente?

IMSS ( ) ISSSTE ( ) salubridad ( x ) particular ( ) otros \_\_\_\_\_

Diagnostico medico: Preeclampsia

Estado de salud: grave ( x ) delicado ( ) estable ( )

Valorar la existencia de recursos disponibles para la atención del cliente:

\_\_\_\_\_

d) estado de desarrollo:

¿Tiene la capacidad de tomar decisiones respecto a su tratamiento médico? Si ( )  
no ( x )

¿Cuáles son los factores que afectan la toma de decisiones? Poco entendimiento  
de prescripciones y términos médicos

¿Quién autoriza su tratamiento médico? conyugue

## II. requisitos de autocuidado universales

a) mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia respiratoria 22 x llenado capilar normal de 3 segundos

cianosis \_\_\_\_\_ si ( ) no ( x ) especifique \_\_\_\_\_

Tabaquismo: si ( ) no ( x ) especifique: \_\_\_\_\_

¿Cocino con leña? Si ( ) no ( x ) ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Alergias: si ( ) no ( x ) especifique: \_\_\_\_\_

Tipo de respiración: normal ( x ) disnea ( ) bradipnea ( ) taquipnea ( ) polipnea  
( ) otros: \_\_\_\_\_

Nariz:

Desviación de tabique ( ) pólipos ( ) secreciones ( ) dolor ( ) edema ( )  
otros: \_\_\_\_\_

Tórax:

Tonel ( ) en quilla ( ) en embudo ( ) otros: \_\_\_\_\_

Ruidos respiratorios: estertores ( x ) sibilancias ( ) murmullos vesicular ( )

Padece alguna enfermedad pulmonar: si ( ) no ( x )  
especifique: \_\_\_\_\_

Cardiovascular:

T/A: 145/90 FC: 100x soplos ( ) arritmias ( )

Otras alteraciones: \_\_\_\_\_

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta disnea:

Si ( x ) no ( ) apoyo ventilatorio: \_\_\_\_\_

b) mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de deshidratación:



Que tan frecuente usted come:

1=cada día 2= una vez a la semana 3= una vez al mes 4= nunca

alimento/ frecuencia	1	2	3	4
Leche			X	
Deriv. de la leche	X			
carnes	x			
Cereales	x			
verduras		X		
Frutas			x	
Huevos	x			
Pescado		X		
pastas y harina	X			

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite ( x ) manteca ( x ) otros: \_\_\_\_\_

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones ( x ) diabética ( ) hiposódica ( ) hipoproteica ( ) otros: es este momento hiposódica por la presencia de preclamsia

d) provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y excrementos.

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de: estoma intestinal: colostomía ( ) ileostomía ( ) hemorroides ( ) pólipo rectal ( ) rectorragia ( ) otros: \_\_\_\_\_

Alteración vascular: tenesmo ( ) pujo ( x ) cólico ( ) otros: \_\_\_\_\_

Apoyo para la eliminación intestinal: movilización ( ) medicación ( )

Higiene ( ) otros: \_\_\_\_\_

Evacuación intestinal: espontánea ( ) estreñimiento ( x ) diarrea ( ) otros: \_\_\_\_\_

Características de las eses fecales:

Café ( x ) acolia ( ) melena ( ) otros: \_\_\_\_\_

Consistencia de las eses fecales: pastosa ( ) semipastosas ( x ) líquida ( ) semilíquida ( ) dura ( ) .

Grupo de eliminación intestinal

Presencia de: incontinencia ( ) retención urinaria ( ) tenesmo ( ) disuria ( ) alteraciones útero-vesicales \_\_\_\_\_

Alteraciones en la micción: polaquiuria ( ) oliguria ( x ) anuria ( )

Alteraciones para la evacuación vesical: movilización ( ) cateterismo vesical ( x )  
higiene ( ) otros: \_\_\_\_\_

Características de la micción: ámbar ( x ) coluria ( x ) hematuria ( ) turbia ( ) otros:  
obscura con sedimentación

Grupo de respiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida ( ) ausente ( ) aumentada ( )

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal 37°c dolor \_\_\_\_\_ alt. Emocionales ( ) temperatura  
ambiental \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

Grupo menstruación: menarca 12 años días del ciclo menstrual: 3 días tipo,  
cantidad y características del flujo normal, rojo brillante presencia algún  
problema durante su menstruación si ( ) no ( x ) ocasional ( )  
especifique: \_\_\_\_\_

e) mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

f) Reposo

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

-de 6 hrs. ( x ) 6-8hrs. ( ) 8-10hrs. ( ) + de 10hrs ( ) fatigado ( ) otros:  
\_\_\_\_\_

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? Si ( x ) no ( )

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño? si ( x ) no ( )

¿Desde cuándo? 1 semana ( ) 15 días ( ) 1 mes ( ) +de un mes ( x )

Presencia de: bostezo ( ) insomnio ( x ) hipersomnio ( ) pesadillas ( )  
alucinaciones ( ) ojeras ( ) ronquidos ( ) enuresis ( ) sonambulismo  
( x ) terrores nocturnos ( )

Factores que interrumpan su descanso y sueño:  
\_\_\_\_\_

¿Acostumbra a tomar siestas? si ( ) no ( x )

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño? si ( ) no ( )

Especifique:

### Actividad

Sistema músculo esquelético:

Presencia de articulaciones de:

Dolor ( ) rigidez ( ) inflamación ( ) limitaciones ( ) contracturas ( )  
especifique: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Alguna actividad física le produce dolor? si ( ) no ( )  
frecuencia/duración \_\_\_\_\_

g) mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema auditivo:

Presenta problemas de audición: si ( ) no ( x ) especificique: \_\_\_\_\_

Utiliza apoyo para escuchar: si ( ) no ( x )

Presencia de: mareo ( ) vértigo ( ) acufenos ( ) malformaciones ( ) tumoraciones ( ) lesiones ( )

Sistema ocular:

Presenta problemas visuales: si ( x ) no ( ) especificique: \_\_\_\_\_

Utiliza lentes: armazón ( x ) contacto ( ) tiempo: solo los utilizo un tiempo y ya no los volvió a usar.

Presencia de alteraciones oculares: si ( ) no ( x ) especificique: \_\_\_\_\_

¿Con quienes convive diaria mente? familia ( x ) amigos ( ) compañeros de trabajo ( )

¿Cómo considera sus relaciones con las personas con las que convive? buena ( x ) regular ( ) mala ( )

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia ( x ) amigos ( ) nadie ( ) otros:

Observar:

Seguridad ( ) timidez ( ) introversión ( x ) apatía ( ) extraversión ( ) otros: \_\_\_\_\_

Razones que le impiden realizar: lejanía ( ) enfermedad ( ) rechazo ( ) miedo ( ) dificultad para la comunicación ( ) otros: \_\_\_\_\_

*h) prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.*

Sistema neurológico

Estado de conciencia: consiente ( x ) inconsciente ( ) supor ( ) estupor ( ) confusión ( ) coma ( ) Glasgow: \_\_\_\_\_

Problemas con: concentración ( ) razonamiento ( ) especificar: \_\_\_\_\_

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar de ambulación? bastón ( ) silla de ruedas ( ) andador ( ) otros: \_\_\_\_\_

Antecedentes heredofamiliares patológicos:

Si ( x ) no ( ) especificique: madre con DM I hipertensión y tromboflebitis, madre ya finado hipertenso, embolia, falleció de enfermedad cardiopulmonar

Toxicomanías: si ( ) no ( x ) especificique: \_\_\_\_\_

Implementa medidas de seguridad en su persona y familia:

Si ( ) no ( ) especificique: \_\_\_\_\_

*i) funcionamiento humano y grupos sociales*

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si ( ) no ( x ) especificique: por la obesidad que presenta

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si ( x ) no ( )

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas? si ( ) no ( x ) especifique: \_\_\_\_\_

¿Considera que su vida es o ha sido reproductiva?

Si ( x ) no ( ) especifique: \_\_\_\_\_

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales? si ( x ) no ( )

Depresión ( x ) ansiedad ( ) vergüenza ( ) temor ( ) desesperanza y negatividad ( )

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación ( ) inadaptación ( ) irritabilidad ( ) culpa ( ) agresión ( ) cólera ( )

### III. Requisitos de autocuidado de desarrollo

a) crear y mantener las condiciones que apoyan los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo.

1. etapa del ciclo vital

Recuerda usted algún problema o aspecto relevante referente a su salud en alguna de las siguientes etapas de vida.

Niñez si ( ) no ( ) especifique \_\_\_\_\_

Edad escolar si ( x ) no ( ) especifique viruela

Adolescente si ( ) no ( ) especifique \_\_\_\_\_

Adulto joven si ( ) no ( x ) especifique \_\_\_\_\_

Edad fértil si ( ) no ( x ) especifique \_\_\_\_\_

Adulto si ( ) no ( x ) especifique \_\_\_\_\_

2. salud sexual

Sistema reproductor

Ha recibido educación sexual. si ( x ) no ( ) especifique \_\_\_\_\_

Cuál es su educación sexual: \_\_\_\_\_

Con que frecuencia tiene actividad sexual: \_\_\_\_\_

Está satisfecho con su vida sexual: \_\_\_\_\_

Si ( x ) no ( ) porque: \_\_\_\_\_

Número de parejas sexuales: 1

Presenta algún problema cuando tiene relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

Si ( ) no ( x ) especifique/tratamiento: \_\_\_\_\_

Utiliza algún método de planificación familiar: si ( ) no ( x )  
especifique/tiempo \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_ 1 RN\_\_

Tiene problemas de infertilidad: si ( ) no ( x ) especifique: \_\_\_\_\_

Causa/tratamiento: \_\_\_\_\_

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual: si ( ) no ( x ) especifique:  
tratamiento: \_\_\_\_\_

Cirugías realizadas en aparato reproductor: si ( ) no ( x ) especifique: \_\_\_\_\_

Hombre:

¿Acude a examen de próstata/testicular? si ( ) no ( ) frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Presenta problemas de erección? si ( ) no ( ) tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Presenta problemas de eyaculación precoz? si ( ) no ( ) tx: \_\_\_\_\_

Mujer:

menarca 12 años días de ciclo menstrual: 3 días

Tipo, cantidad y características del flujo: normal rojo brillante

Presenta algún problema durante su menstruación: si ( ) no ( x ) ocasional ( )  
especifique: \_\_\_\_\_

embarazos 1 partos \_\_\_\_\_ cesáreas 1 - abortos \_\_\_\_\_

óbitos \_\_\_\_\_ partos prematuros \_\_\_\_\_ embarazos de alto

riesgo \_\_\_\_\_ periodo inter genésico \_\_\_\_\_ menopausia

\_\_\_\_\_ fecha de ultimo Papanicolaou no se lo ha realizado desde

hace 10 años

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal \_\_\_\_\_

características \_\_\_\_\_

¿Existe alteraciones del crecimiento físico? si ( ) no ( x ) especifique:  
\_\_\_\_\_

#### IV. Requisitos de desviación de la salud

¿Con que frecuencia se realiza usted chequeos generales de salud?

4-6 meses ( ) 6-12 meses ( ) + de 12 meses ( ) no se realiza ( x )

Especifique: \_\_\_\_\_

¿Sabe usted de que está enfermo? si ( ) no ( )

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude? si ( x ) no ( )

¿En caso de déficit o incapacidad física, cual es su sentimiento respecto a su situación?

¿Actualmente realiza actividades de ejercicio o rehabilitación? si ( ) no ( x )  
especifique: \_\_\_\_\_

¿Identifica algún obstáculo que le impide continuar a llevar a cabo los cuidados para su diagnostico, tratamiento y rehabilitación?

Ambientales ( ) familiares ( ) personales ( ) especifique: \_\_\_\_\_



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**Consentimiento informado para participantes en el Proceso de Enfermería con el referente Teórico de D. Orem.**

Yo L.L.R.M doy mi consentimiento para participar en la metodología de intervención de enfermería, que tiene como finalidad conocer e identificar las respuestas humanas, fundamentada en la teoría de Dorotea Orem y estructurar un trabajo académico, con fines de titulación, para obtener el grado de licenciada en Enfermería a través de la cual se me brindarán cuidados integrales que beneficiarán mi estado de salud para tener una vida saludable.

He sido informada(o) con claridad de los objetivos de la metodología de intervención, así como de la importancia de mi participación en la misma, la cual no implica ningún tipo de riesgo a mi persona. Estoy totalmente convencido que mis datos serán totalmente confidenciales y que contribuirán en un futuro al cuidado integral de otras personas que cursan una situación similar a la mía, fortaleciendo a la profesión de enfermería a través del conocimiento de mis necesidades. Me han informado que no existe riesgo alguno sobre mi salud y que mi participación será voluntaria en todo momento, por lo que puedo retirarme en el momento que así lo decida sin que ello repercuta en mi salud.

Enterado(a) que el responsable de la elaboración del proceso de enfermería es la (el)

P.L.E. Paloma Moreno Contreras, por lo tanto doy mi autorización para participar en el presente trabajo.

\_\_\_\_\_

Acepto participar

\_\_\_\_\_

Titular del trabajo

\_\_\_\_\_

Testigo