SECRETARÍA DE SALUD JALISCO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONES SANITARIAS Y HOSPITALES
DIRECCIÓN DE SUPERVISIÓN Y ASESORÍA
DEPARTAMENTO ESTATAL DE ENFERMERÍA

ENFERMERÍA

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO "PLACE" EN PACIENTES CON "PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA"
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERÍA BÁSICOS EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

AUTORIZACION

DOCUMENTÓ: LIC. ENF. SILVIA PATRICIA GONZALEZ ORTIZ Y COL.

Vo. Bo: MTRA. ANA SILVIA RODRIGUEZ MIRANDA

APROBÓ: DR. JUAN MANUEL ARAGON MORALES

AUTORIZÓ: DR. ALFONSO PETERSEN FARAH
DIRECTORIO EJECUTIVO

Dr. Alfonso Petersen Farah
Secretario de Salud y Director General del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco

Dr. Juan Manuel Aragón Morales
Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Dr. Ángel Silva Almaraz
Director de Supervisión y Asesoría

Mtra. Ana Silvia Rodríguez Miranda
Jefe del Departamento Estatal de Enfermería
COORDINADOR DEL EQUIPO
Lic. Enf. Silvia Patricia González Ortiz
Supervisora Estatal de Enfermería

EQUIPO COLABORADOR EN LA ELABORACIÓN DE PLACES
Lic. Enf. Sue Helene Gutiérrez Rojas. Hospital General de Occidente
Lic. Enf. Ana Isabel Osorio Ocampo. Hospital General de Occidente
Lic. Enf. María Elvira Álvarez Torres. Hospital General de Occidente
LEO y EESP Hilda Gallardo Hidalgo. Región Sanitaria de Colotlán
Lic. Enf. Concepción del Rocío Razo Martínez. Hospital de Primer Contacto de Colotlán
P.S.S. Lic. Enf. Cristina García Castañeda. Departamento Estatal de Enfermería

VALIDADAS EN XIX JORNADAS ESTATALES DE ACTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA 2010
Por: Enfermeras de todas las Unidades de Salud de SSJ.
ÍNDICE

ANTECEDENTES 5
JUSTIFICACIÓN 9
RECOMENDACIONES DE USO 10
OBJETIVO 10
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA 11
GUÍA PARA LA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS (PLACE) ESTANDARIZADO 13
CUADRO DE RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 14
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
   ➢ Exceso de volumen de líquidos 16
   ➢ Dolor agudo 17
   ➢ Ansiedad 18
   ➢ Gestión ineficaz de la propia salud 19
   ➢ Riesgo de alteración de la diada metero-fetal 20
   ➢ Riesgo de caídas 21
   ➢ Disconfort 22
   ➢ Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades 23
   ➢ Trastorno del patrón del sueño 24
BIBLIOGRAFÍA 25
ANEXO 1 Aspectos que debe de integrar la nota de Enfermería 23
JUSTIFICACIÓN

La profesión de la enfermería es una actividad innata y fundamental del ser humano en forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria en sí misma, su responsabilidad esencial es ayudar a individuos y grupos a funcionar de forma óptima en cualquier estado de salud en que se encuentren, por lo que a través de los cuidados de enfermería se pretende Conservar, Mantener, Mejorar y Restaurar la Salud.

Puigvert y Cols. demostraron que la vinculación de las taxonomías NANDA, NOC Y NIC. Permiten homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y la necesidad de utilizar un lenguaje común con terminología estandarizada en relación con los diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados.

Cabe mencionar que en los últimos años, los sistemas sanitarios han sufrido un importante proceso de transformación y desarrollo, que exigen un cambio al profesional de la enfermería en su ejercicio ya que la atención que el paciente requiere, calidad, calidez, seguridad y conocimiento científico en la aplicación de los cuidados y es por ello que el profesional de la enfermería debe ofrecer servicios asistenciales efectivos con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud de la persona, familia y comunidad.

En este contexto se integran los planes de cuidados estandarizados, que proporcionaran a la enfermera y al enfermero en las unidades de atención, la guía para elaborar los planes individualizados, ya que es indispensable incorporar los procesos científicos a la práctica diaria del hacer de la enfermera.

El Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) es el conjunto de actuaciones que realizan la enfermera y el enfermero, para la detección, descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas, y no sólo en las situaciones de enfermedad.
Las ventajas del uso de planes de cuidados de enfermería estandarizados son múltiples entre las que podemos mencionar:
1. prevenir la variabilidad de la asistencia, mediante la normalización de la actividad de las enfermeras a través del establecimiento de un lenguaje común y una metodología homogénea que facilite la identificación de las intervenciones a aplicar a cada paciente, familia y entorno.
2. Disminuir la variabilidad permite aumentar la eficiencia y se permite la evaluación de los resultados mediante la incorporación de indicadores.
3. Mejorar la práctica enfermera asumiendo las recomendaciones basadas en la evidencia sobre la base del conocimiento científico actual.
4. Unificar los criterios en el sistema de trabajo de enfermería a través de los PLACE Estandarizados, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente en las diferentes unidades médicas de Secretaría de Salud Jalisco.
5. Cambiar la práctica con la aplicación del sistema estandarizado de la Taxonomía: NANDA, NIC, NOC.
RECOMENDACIÓN DE USO
El enfoque del Plan de Cuidados Estandarizados es una guía, que conlleva limitaciones cebido a que en ellos no trabajan con individuos sino con abstracciones de individuos que se encuentran en una situación concreta, es por ello que cada plan de cuidados debe entenderse como una propuesta de mínimos que cada enfermera (o) debe adaptar a cada paciente y situación, es fundamental en los procesos garantizar la continuidad asistencial

OBJETIVO
Disponer de una herramienta metodológica con bases científicas en el proceso del cuidado enfermero, que garantice la mejora de la calidad del cuidado y favorezca la seguridad de los usuarios en los Servicios de Salud Jalisco.

Objetivos específicos:

1. Contar con una guía para estructurar, elaborar, implementar y evaluar el plan de cuidados de enfermería
2. Identificar el lenguaje disciplinar estandarizado fortaleciendo la comunicación eficaz y eficiente entre el gremio de profesionales de enfermería
INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

PRESENTACIÓN:

EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO QUE SE PRESENTA, ES UN DOCUMENTO ELABORADO PARA IMPLEMENTAR LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.

Cabe mencionar que el plan de referencia no contiene todos los posibles diagnósticos de enfermería que puede tener una paciente embarazada y que el personal de enfermería buscará otras fuentes de consulta (NANDA, NIC, Y NOC) para fundamentar científicamente los cuidados de enfermería. Con este documento se trata de agilizar la tarea de enfermería relacionada con los cuidados e intervenciones dependientes, independientes e interdependientes y todas aquellas acciones que se lleven a cabo para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.-OBJETIVO DE LAS INSTRUCCIONES:
Facilitar al personal de enfermería el uso del PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA para que aplique los cuidados de enfermería a las pacientes embarazadas en las unidades de salud, en forma sistematizada y permanente.

2.-ESTÁ DIRIGIDO A:
Personal de enfermería que proporciona cuidados a pacientes embarazadas, para contribuir con el logro de la adherencia al tratamiento y lograr la curación de los mismos.

3.-¿CUANDO SE UTILIZA EL DOCUMENTO PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (PLACE) ESTANDARIZADO EN PACIENTES CON PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA?
Se recomienda que el personal de enfermería lo utilice cada vez que la paciente acuda a su cita de control o en la atención de cualquier patología agregada en los distintos niveles de atención.

4.-EQUIPO Y MATERIAL
- Expediente clínico del paciente
- Equipo para toma de signos vitales y somatometría
- Hoja de evolución o de enfermería
- Bolígrafo y lápiz para anotaciones

5.-PASOS A SEGUIR PARA UTILIZAR EL PLAN ESTANDARIZADO:
Como primera actividad la enfermera (o) hará la valoración del paciente adulto o niño, que acuda a la unidad de salud en la cual se debe considerar:

PASO 1
Se realiza la Valoración del paciente, basada en la entrevista, la observación y/o la exploración física.

PASO 2
En el Cuadro de Razonamiento Diagnóstico se identifican los datos significativos, así como su agrupación que valida el diagnóstico de Enfermería que se seleccionará como prioritario

PASO 3
Una vez seleccionado el diagnóstico de Enfermería se realiza:
- Registro en el expediente, en la nota de evolución o en la hoja de enfermería según corresponda.

PASO 4
Identificar el resultado NOC en el formato del Plan de Cuidados de Enfermería, El NOC es el objetivo en forma de resultado que se espera obtener a través de la intervención de Enfermería.
PASO 5
Se selecciona el Indicador o los Indicadores con los cuales se medirá el resultado (sin registrarlo es un proceso mental necesario).

PASO 6
Para cumplir con cada uno de los indicadores seleccionados:
- Se consultan las intervenciones de enfermería (NIC) que se localizan en la parte inferior de cada plan de cuidado
- Se registra en el expediente en la hoja de evolución o nota de enfermería, la intervención prioritaria elegida y sus respectivas actividades

PASO 7
Se aplican las actividades seleccionadas al paciente de acuerdo a la intervención, que cumplirá con el Indicador.

PASO 8
Se evalúa el impacto de los cuidados de enfermería de acuerdo a las actividades realizadas en el paciente, tomando en como referencia estos parámetros.
1. El paciente ha alcanzado el resultado esperado. Sí - No
2. Está en proceso de alcanzar el resultado esperado. Sí - No
3. No ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a alcanzar. Sí - No

PASO 9
CONTINUAR DE ACUERDO A RESULTADOS
GUÍA PARA LA UTILIZACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS "PLACE" ESTANDARIZADO

OBJETIVO DE LA GUÍA DEL PLACE: Facilitar al personal de Enfermería el uso del Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE) ESTANDARIZADO a fin de que aplique los cuidados de enfermería idóneos a los pacientes en las unidades de salud, en forma sistematizada y permanente.

PASO 1
Se realiza la Valoración del paciente, basada en la entrevista, la observación y/o la exploración física.

PASO 2
En el Cuadro de Razonamiento Diagnóstico se identifican los datos significativos, así como su agrupación que valida el diagnóstico de Enfermería que se seleccionará como prioritario.

PASO 3
Una vez seleccionado el diagnóstico de Enfermería se realiza: Registro en el expediente, en la nota de evolución o en la hoja de enfermería según corresponda.

PASO 4
Identificar el resultado NOC en el formato del Plan de Cuidados de Enfermería. El NOC es el objetivo en forma de resultado que se espera obtener a través de la intervención de Enfermería.

PASO 5
Se selecciona el Indicador o los Indicadores con los cuales se medirá el resultado (sin registrarlo es un proceso mental necesario).

PASO 6
Para cumplir con cada uno de los indicadores seleccionados:
Se consultan las intervenciones de enfermería (el NIC el cual se localiza en la parte inferior de cada plan de cuidado).
Se registra en el expediente en la hoja de evolución o nota de enfermería, la intervención prioridad elegida y sus respectivas actividades.

PASO 7
Se aplican las actividades seleccionadas al paciente de acuerdo a la intervención, que cumplirá con el Indicador.

PASO 8
Se evalúa el impacto de los cuidados de enfermería de acuerdo a las actividades realizadas en el paciente, tomando en como referencia estos parámetros.

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado. Sí - No
- Está en proceso de alcanzar el resultado esperado Sí - No
- No ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a alcanzar. Sí - No

PASO 9
CONTINUAR DE ACUERDO A RESULTADOS

NOTA: Los diagnósticos ejecutados podrán ser retomados por la enfermera del siguiente turno o consulta o bien podrá aplicar un nuevo plan de cuidados valorando el estado de salud que presente en el momento de su atención.

Los PLACES de Enfermería sirven como una Guía, cualquier aportación puede ser recibida en las Oficinas Centrales de la Secretaría de Salud, en la Dirección General de Regiones Sanitarias y Hospitales, Dirección de Supervisión y Asesoría, del cual depende el Departamento Estatal de Enfermería, con domicilio en Dr. Baexa Alzaga No. 107, Col. Centro C.P. 44100 Guadalajara, Jalisco, México, o bien favor de comunicarse al Departamento Estatal de Enfermería con la Lic. Enf. Silvia Patricia González Ortiz, Supervisora de Enfermería, al teléfono 30 30 5000 en las ext. 35158 o 35159.
**RAZONAMIENTO DIAGNOSTICO**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS SIGNIFICATIVOS (Jerarquizados)</th>
<th>AGRUPACIÓN DE DATOS</th>
<th>ANÁLISIS DEDUCTIVO DOMINIO Y CLASE AFECTADOS</th>
<th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA PROBLEMA INTERDEPENDIENTE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Embarazo de alto riesgo Dolor en bajo vientre</td>
<td></td>
<td>Dolor agudo</td>
<td>Dominio: 12 Confort Clase: 1 Confort físico</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Embarazo de alto riesgo Dolor en bajo vientre Facies de dolor Presión arterial 130/80</td>
<td></td>
<td>Gestión ineficaz de la propia salud</td>
<td>Dominio: 1 Promoción de la salud Clase: 2 Gestión de la salud</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**11**
<table>
<thead>
<tr>
<th>DATOS SIGNIFICATIVOS (jerarquizados)</th>
<th>AGRUPACIÓN DE DATOS</th>
<th>ANALISIS DEDUCTIVO DOMINIO Y CLASE AFECTADO</th>
<th>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA O PROBLEMA INTERDEPENDIENTE</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Visión borrosa</td>
<td>Refiere aumento en la cantidad y frecuencia de comidas diarias IMC elevado Peso Talla</td>
<td>Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades</td>
<td>Dominio: 2 Nutrición Clase: 1 Ingestión Diagnóstico de Enfermería</td>
</tr>
<tr>
<td>Cefalea</td>
<td>Expresión verbal de dolor Dificultad para conciliar el sueño Inquietud Angustia Ansiedad</td>
<td>Transtorno del patrón de sueño</td>
<td>Dominio: 4 Actividad/reposo Clase: 1 Sueño/reposo Diagnóstico de Enfermería</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA

#### DOMINIO: 2 Nutrición

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</th>
<th>RESULTADO (NOC)</th>
<th>INDICADOR</th>
<th>ESCALA DE MEDICIÓN</th>
<th>PUNTUACIÓN DIANA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ETIQUETA (PROBLEMA):</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Exceso de volumen de líquidos</td>
<td></td>
<td>(060001)Frecuencia cardiaca apical.</td>
<td>1. Desviación grave del rango normal.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(00026)</td>
<td></td>
<td>(060002)Ritmo cardiaco apical.</td>
<td>2. Derivación sustancial del rango normal.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEFINICION:</td>
<td></td>
<td>(060003)Frecuencia respiratoria.</td>
<td>3. Desviación moderada del rango normal.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aumento de la retención de</td>
<td></td>
<td>(060004)Ritmo respiratorio.</td>
<td>4. Desviación leve del rango normal.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>líquidos isotónicos.</td>
<td></td>
<td>(060023)Sensibilidad en las extremidades.</td>
<td>5. Sin desviación del rango normal.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FACTORES RELACIONADOS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(CAUSAS):</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Compromiso de los</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mecanismos reguladores.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Exceso de aporte de sodio</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(SIGNOS Y SINTOMAS):</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aumento de peso por encima</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>de lo normal.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Presión arterial</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 140/90.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Edema en manos y pies.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Oliguria</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Orina oscura.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Creatinina sérica.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Proteinuria.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ETIQUETA:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eliminación urinaria (0503)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEFINICION:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recogida y descarga de la orina</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DOMINIO:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Salud fisiológica (II)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLASE:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Líquidos y electrolitos (G)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ETIQUETA:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eliminación urinaria (0503)</td>
<td></td>
<td>(050302)Olor de la orina</td>
<td>1. Gravemente comprometido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEFINICION:</td>
<td></td>
<td>(050303)Cantidad de la orina</td>
<td>2. Sustancialmente comprometido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Recogida y descarga de la orina</td>
<td></td>
<td>(050304)Color de la orina</td>
<td>3. Moderadamente comprometido</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DOMINIO:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Salud fisiológica (II)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLASE:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eliminación (F)</td>
<td></td>
<td>(050332)Retención urinaria</td>
<td>4. Leve</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESCALA DE MEDICIÓN</td>
<td>PUNTUACIÓN DIANA</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

#### INTERVENCIÓN (NIC): manejo de la hipovolemia (4170)

**ACTIVIDADES**
- Observar el patrón respiratorio por si hubiera dificultad respiratoria.
- Vigilar la ingesta y eliminación.
- Comprobar los signos vitales, si procede.
- Observar cambios del edema periférico, si es el caso.
- Realizar el seguimiento de los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos.
- Ajustar la frecuencia de flujo de perfusión intra-venosa adecuada.
- Vigilar líquidos i. v. prescritos para determinar si son adecuados.
- Administrar diuréticos prescritos, si resulta oportuno.
- Observar el efecto terapéutico de un diurético.
- Elevar el cabecero de la cama para mejorar la ventilación, si procede.
- Cambiar de posición frecuentemente al paciente con edema dependiente.

#### INTERVENCIÓN (NIC): Monitorización de líquidos (4130)

**ACTIVIDADES**
- Valorar niveles de albumina en orina.
- Vigilar ingresos y egresos.
- Vigilar presión sanguínea, frecuencia cardiaca y estado de la respiración.
- Observar presión sanguínea ortostática y cambios del ritmo cardiaco si resulta oportuno.
- Instalar sonda vesical si es necesario y llevar un registro preciso de ingresos y egresos.
- Observar las mucosas, turgencia de piel y la sed.
- Observar color y cantidad de la orina.
- Observar si las venas del cuello están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.
- Observar si hay signos y síntomas de ascitis.
- Tomar nota de si hay presencia o ausencia de vértigo al levantarse.
- Restringir y repartir la ingesta de líquidos si procede.
- Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito.
- Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis cuando este prescrito.
**DIAGNOSTICO: DOLOR AGUDO (00132)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DOMINIO:</strong> 12 Confort</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CLASE:</strong> 1 Confort físico</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RESULTADO (NOC)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ETIQUETA (PROBLEMA):</strong> Dolor agudo (00132)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEFINICION:</strong> Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real/ potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o predecible y una duración inferior a 6 meses</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Agentes biológico</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Cambios de la presión arterial</td>
</tr>
<tr>
<td>Cambios de la frecuencia cardiaca</td>
</tr>
<tr>
<td>Cambio de la frecuencia respiratoria</td>
</tr>
<tr>
<td>Conducta expresiva</td>
</tr>
<tr>
<td>Mascara facial</td>
</tr>
<tr>
<td>Observación de evidencias de dolor</td>
</tr>
<tr>
<td>Informe verbal de dolor</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ETIQUETA:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Nivel del dolor (2102)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEFINICION:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Intensidad del dolor referido o manifestado</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOMINIO:</strong> Salud percibida (V)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CLASE:</strong> Sintomatología (V)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INDICADOR:</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>(210201) Dolor referido</td>
</tr>
<tr>
<td>(210204) Duración de los episodios de dolor</td>
</tr>
<tr>
<td>(210206) Expresiones faciales de dolor</td>
</tr>
<tr>
<td>(821008) Inquietud</td>
</tr>
<tr>
<td>(210210) Frecuencia respiratoria</td>
</tr>
<tr>
<td>(210220) Frecuencia de pulso radial</td>
</tr>
<tr>
<td>(210212) Presión arterial</td>
</tr>
<tr>
<td>(210214) Sudoración</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESCALA DE MEDICIÓN</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Grave</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Sustancial</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Moderado</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Leve</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Ninguno</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PUNTUACIÓN DIANA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mantener a:</td>
</tr>
<tr>
<td>Aumentar a:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del dolor (1400)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ACTIVIDADES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Realizar una valoración exhaustiva del dolor: localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad y factores desencadenantes.</td>
</tr>
<tr>
<td>Observar claves no verbales de molestias, especialmente los que no pueden comunicarse eficazmente.</td>
</tr>
<tr>
<td>Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.</td>
</tr>
<tr>
<td>Explorar las creencias y experiencias del paciente sobre el dolor.</td>
</tr>
<tr>
<td>Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.</td>
</tr>
<tr>
<td>Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.</td>
</tr>
<tr>
<td>Proporcionar información acerca del dolor: causas, tiempo que puede durar, incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, falta de conocimientos).</td>
</tr>
<tr>
<td>Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, si procede.</td>
</tr>
<tr>
<td>Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio.</td>
</tr>
<tr>
<td>Proporcionar un alivio óptimo mediante analgesia prescrita.</td>
</tr>
<tr>
<td>Evaluar la eficacia de las medidas de alivio al dolor a través de una valoración continua.</td>
</tr>
<tr>
<td>Instaurar y modificar las medidas en función de la respuesta del paciente.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>INTERVENCIÓN (NIC): Administración de analgésicos (2210)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ACTIVIDADES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Determinar la ubicación, características calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td>Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</td>
</tr>
<tr>
<td>Comprobar el historial de alergias a medicamentos.</td>
</tr>
<tr>
<td>Eleger el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno.</td>
</tr>
<tr>
<td>Controlar los signos vitales antes y después de la administración.</td>
</tr>
<tr>
<td>Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden a la relación para facilitar la respuesta a la analgesia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Administrar los analgésicos a la hora adecuada, para evitar picos y valles de la analgesia.</td>
</tr>
<tr>
<td>Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, principalmente después de dosis iniciales y observar si hay síntomas y señales de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómito, sequedad de boca, estreñimiento).</td>
</tr>
<tr>
<td>Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
**DIAGNOSTICO: ANSIEDAD (00146)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DOMINIO:</th>
<th>9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CLASE:</td>
<td>2 Respuestas de afrontamiento</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) | RESULTADO (NOC) | INDICADOR | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ETIQUETA (PROBLEMA):</td>
<td>Ansiedad (00146)</td>
<td>ETIQUETA:</td>
<td>(121105)Inquietud</td>
<td>Mantener a:</td>
</tr>
<tr>
<td>DEFINICION:</td>
<td>Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañado de una respuesta autónoma; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro emergente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.</td>
<td>DEFINICION:</td>
<td>(121106)Tensión Muscular</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):</td>
<td>Cambio en el estado de salud</td>
<td>DOMINO:</td>
<td>(121108)Irritabilidad</td>
<td>Aumentar a:</td>
</tr>
<tr>
<td>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):</td>
<td>Agitación</td>
<td>CLASE:</td>
<td>(121117)Ansiedad verbalizada</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Angustia</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Aumento de la tensión arterial</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Aumento del pulso</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dificultades respiratorias</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### INTERVENCIÓN (NIC): Disminución de la ansiedad (5820) | INTERVENCIÓN (NIC): Técnica de relajación (5880) |
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTIVIDADES</td>
<td>ACTIVIDADES</td>
</tr>
<tr>
<td>Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</td>
<td>Mantener contacto visual con la paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.</td>
<td>Mantener la calma de una manera deliberada</td>
</tr>
<tr>
<td>Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</td>
<td>Sentarse y hablar con la paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.</td>
<td>Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.</td>
</tr>
<tr>
<td>Permanecer con la paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</td>
<td>Favorecer la expresión de ira por parte de la paciente de una manera constructiva.</td>
</tr>
<tr>
<td>Administrar masajes en la espalda/cuello.</td>
<td>Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.</td>
</tr>
<tr>
<td>Escuchar con atención</td>
<td>Identificar a los seres queridos cuya presencia pueda ayudar a la paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td>Crear un ambiente que facilite la confianza.</td>
<td>Permanecer con la paciente.</td>
</tr>
<tr>
<td>Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</td>
<td>Frutar la espalda</td>
</tr>
<tr>
<td>Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</td>
<td>Ofrecer un baño o ducha caliente</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayudar a la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
PLÁN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>DOMINIO:</th>
<th>1 Promoción de la salud</th>
<th>CLASE:</th>
<th>2 Gestión de la salud</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</th>
<th>RESULTADO (NOC)</th>
<th>ETIQUETA (PROBLEMA):</th>
<th>INDICADOR</th>
<th>ESCALA DE MEDICIÓN</th>
<th>PUNTUACIÓN DIANA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gestión ineficaz de la propia salud (00078)</td>
<td></td>
<td>Gestión ineficaz de la propia salud (00078)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Patrón de regulación e integración en la vida cotidiana de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):</th>
<th>CLASE: Conducta de salud (IV)</th>
<th>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Complejidad del régimen terapéutico</td>
<td>Conocimiento y conducta de salud (IV)</td>
<td>Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo</td>
</tr>
<tr>
<td>Déficit de conocimientos</td>
<td></td>
<td>Verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos</td>
</tr>
<tr>
<td>Percepción de gravedad</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: procedimiento/ tratamiento (5618)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ACTIVIDADES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso</td>
</tr>
<tr>
<td>Explicar el procedimiento/ tratamiento</td>
</tr>
<tr>
<td>Enseñar al paciente como cooperar/ participar durante el procedimiento/ tratamiento, si procede</td>
</tr>
<tr>
<td>Explicar la necesidad de ciertos equipos (dispositivos de monitorización) y sus funciones</td>
</tr>
<tr>
<td>Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación</td>
</tr>
<tr>
<td>Discutir tratamientos alternativos, si procede</td>
</tr>
<tr>
<td>Incluir a la familia/ ser querido si resulta oportuno</td>
</tr>
</tbody>
</table>

INTERVENCIÓN (NIC): Acuerdo con el paciente (4420)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ACTIVIDADES</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Determinar la capacidad mental y cognitiva del individuo para realizar un acuerdo</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayudar al paciente a identificar las prácticas de la salud que debe cambiar</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que pueden conseguirse</td>
</tr>
<tr>
<td>Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos</td>
</tr>
<tr>
<td>Facilitar la implicación de los seres queridos en el proceso de acuerdo, si así lo desea el paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el acuerdo</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## DIAGNOSTICO: RIESGO DE ALTERACIÓN DE LA DIADA MATERO/FETAL (00209)

<table>
<thead>
<tr>
<th>PLAN DE CUIDADOS:</th>
<th>PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DOMINIO: 8 Sexualidad</td>
<td>CLASS: 3 Reproducción</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) vs RESULTADO (NOC)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ETIQUETA (PROBLEMA):</th>
<th>ETIQUETA: Estado fetal: prenatal (0111)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Riesgo de alteración de la diada materno/fetal</td>
<td>Frecuencia cardíaca fetal (011101)</td>
</tr>
<tr>
<td>como resultado de</td>
<td>Frecuencia del movimiento fetal (011105)</td>
</tr>
<tr>
<td>comorbilidad materno/fetal</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>como resultado de</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>condicion</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>generalizadas con el embarazo</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Complicaciones del embarazo

<table>
<thead>
<tr>
<th>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):</th>
<th>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Complicaciones del embarazo</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Compromiso del transporte de O2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):

<table>
<thead>
<tr>
<th>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):</th>
<th>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DOMINO: Salud familiar (VI)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLASE: Estado de salud de los miembros de la familia (Z)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### INTERVENCIÓN (NIC) Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800)

**ACTIVIDADES**

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo.
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematurez, posmaturez, preeclampsia, embarazo múltiple, retraso del crecimiento uterino, desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización Rh, rotura prematura de membranas e historia familiar de trastornos genéticos).
- Reconocer los factores demográficos y sociales relacionados con malos resultados del embarazo (edad de la madre, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos o inexistentes, abuso físico y abuso de sustancias nocivas).
- Escribir guías sobre signos y síntomas que requieren atención médica inmediata (hemorragia vaginal roja brillante, cambios en el líquido amniótico, disminución del movimiento fetal, cuatro o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, jaquecas, trastornos visuales, dolor epigástrico y rápida ganancia de peso con edema facial).
- Ayudar en los procedimientos de diagnóstico fetal.
- Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
- Establecer un plan de seguimiento clínico.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

### INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados prenatales (6980)

**ACTIVIDADES**

- Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- Animar al padre o ser queido a que participe en los cuidados prenatales.
- Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.
- Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- Instruir a la paciente en los ejercicios y reposos adecuados durante el embarazo.
- Vigilar la presión sanguínea.
- Observar toallas, manos y cara para ver si hay edema.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligros que implicuen una notificación inmediata.
- Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados del embarazo.
- Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.
- Enseñar a la paciente a monitorizar la actividad fetal.
- Instruir a la paciente sobre los teratogénicos ambientales que deberá evitar durante el embarazo.
**PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ ECLAMPSIA**

<table>
<thead>
<tr>
<th>DOMINIO: 11 Seguridad/protección</th>
<th>CLASE: 2 Lesión física</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)** | **RESULTADO (NOC)** | **ETIQUETA:** (182802) Uso correcto de los mecanismos de seguridad  
(182803) Calzado adecuado  
(182808) Cuando pedir ayuda personal  
(182809) Uso de procedimientos seguros de traslado  
(182810) Motivo de restricciones  
(182811) Ejercicios para reducir el riesgo de caídas  
(182815) Cambios en la presión sanguínea que aumentan el riesgo de caídas  
(182817) Como deambular de manera segura |
| **DEFINICION:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daños físicos |
| **FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS):** Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores  
Mareas |
| **CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SINTOMAS):** |

---

**INTERVENCIÓN (NIC) Prevención de caídas (6490)**

**ACTIVIDADES**
- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas
- Ayudar a la deambulación al paciente
- Sugerir cambios en el "paso del paciente"
- Proporcionar dispositivos de ayuda
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa
- Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo
- Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad

**INTERVENCIÓN (NIC) Ayuda con los auto cuidados: transferencia (1806)**

**ACTIVIDADES**
- Determinar la capacidad del individuo para moverse
- Elegir la técnica de traslado que sean adecuadas para el paciente
- Enseñar al individuo el uso de ayudas ambulatorias
- Identificar los métodos para evitar lesiones durante el traslado
- Determinar la cantidad y el tipo de ayuda necesaria
- Mantener la alineación corporal del paciente correcta durante los movimientos al final de la transferencia, evaluar al paciente

---

**INTERVENCIÓN (NIC) Vigilancia seguridad (6654)**

**ACTIVIDADES**
- Observar si hay alteraciones de la función física del paciente que pueden conducir a una conducta insegura
- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad
- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para el paciente y permitir las acciones
- Colocar al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el necesario nivel de observación
- Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a laos peligros específicos del ambiente de cuidados
- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados
<table>
<thead>
<tr>
<th>PLAN DE CUIDADOS: PRÉECLAMPSIA/ ECLAMPSIA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DOMINIO</strong>: 12 confort</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CLASE</strong>: Clase: 1 Confort físico</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ETIQUETA (PROBLEMA)</strong>: Disconfort (00214)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEFINICIÓN</strong>: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones físicas, psicoespiritual, ambiental y social</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS)</strong>:</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS)</strong>:</td>
</tr>
<tr>
<td>Ansiedad</td>
</tr>
<tr>
<td>Síntomas relacionados con la enfermedad</td>
</tr>
<tr>
<td>Informes de falta de tranquilidad en la situación</td>
</tr>
<tr>
<td>Inquietud</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RESULTADO (NOC)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ETIQUETA</strong>: Estado de salud personal (2006)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEFINICIÓN</strong>: Funcionamiento físico, psicológico, social y espiritual en conjunto.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOMINIO</strong>: Salud percibida (V)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CLASE</strong>: Salud y calidad de vida (U)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INDICADOR</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>(200602)Nivel de movilidad</td>
</tr>
<tr>
<td>(200604)Nivel de confort</td>
</tr>
<tr>
<td>(200609)Pauta sueño-descanso</td>
</tr>
<tr>
<td>(200626)Función sensorial</td>
</tr>
<tr>
<td>(200618)Función cognitiva</td>
</tr>
<tr>
<td>(200629)Control de síntomas</td>
</tr>
<tr>
<td>(200630)Control del dolor</td>
</tr>
<tr>
<td>(200620)Equilibrio del estado de ánimo</td>
</tr>
<tr>
<td>(200624)Capacidad para expresar emociones</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESCALA DE MEDICIÓN</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Gravemente comprometido</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Sustancialmente comprometido</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Moderadamente comprometido</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Levemente comprometido</td>
</tr>
<tr>
<td>5. No comprometido</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PUNTUACIÓN DIANA</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Mantener a:</td>
</tr>
<tr>
<td>Aumentar a:</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>INTERVENCIÓN (NIC): Manejo ambiental confort (6482)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ACTIVIDADES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo</td>
</tr>
<tr>
<td>Crear un ambiente tranquilo y de apoyo</td>
</tr>
<tr>
<td>Proporcionar un ambiente limpio y seguro</td>
</tr>
<tr>
<td>Ofrecer la elección, siempre que sea posible de actividades sociales y visitas</td>
</tr>
<tr>
<td>Determinar las fuentes de incomodidad y factores ambientales irritantes</td>
</tr>
<tr>
<td>Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona</td>
</tr>
<tr>
<td>Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad</td>
</tr>
<tr>
<td>Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y lesiones al paciente y su familia, si procede</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ACTIVIDADES</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico</td>
</tr>
<tr>
<td>Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede</td>
</tr>
<tr>
<td>Explorar con el paciente lo que ya se ha hecho para controlar los síntomas</td>
</tr>
<tr>
<td>Identificar cambios en el estado físico del paciente</td>
</tr>
<tr>
<td>Proporcionar información a la familia/ ser querido acerca de los procesos del paciente, según procede</td>
</tr>
<tr>
<td>Analizar las opciones de terapia/ tratamiento</td>
</tr>
<tr>
<td>enseñar al paciente medidas para controlar/ minimizar síntomas, si procede</td>
</tr>
<tr>
<td>Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deben informarse al cuidador, si procede</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### PLAN DE CUIDADOS: PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>DOMINIO: 2 Nutrición</th>
<th>CLASE: 1 Ingestión</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</strong></td>
<td><strong>RESULTADO (NOC)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>DEFINICION: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.</td>
<td>DEFINICION: Grado de comprensión transmitido sobre la dieta recomendada.</td>
</tr>
<tr>
<td>FACTORES RELACIONADOS (CAUSAS): Aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.</td>
<td>DOMINO: Conocimiento y conducta de salud (IV)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS (SIGNOS Y SÍNTOMAS): Talla. Peso. Dieta inadecuada. Aumento de peso elevado.</td>
<td>CLASE: Conocimientos sobre salud (S)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### INTERVENCIÓN (NIC): Asesoramiento nutricional (5246)

**ACTIVIDADES**
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.
- Proporcionar información, si es necesario acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud.
- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada.

### INTERVENCIÓN (NIC): Enseñanza: dieta prescrita (5614)

**ACTIVIDADES**
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.
- Reinforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda.
- Remitir al paciente a un dietista/experto en nutrición, si es preciso.
- Incluir a la familia/ser querido, según el caso.

### INTERVENCIÓN (NIC): Manejo del peso (1260)

**ACTIVIDADES**
- Analizar con el individuo las condiciones médicas que pueden afectar el peso.
- Verificar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.
- Determinar el peso corporal ideal del individuo.
## Plan de Cuidados: Preeclampsia/Eclampsia

### Diagnóstico de Enfermería (NANDA)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dominio: 4 Actividad/reposo</th>
<th>Clase: 1 Sueño/reposo</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Diagnóstico de Enfermería (NANDA)</strong></td>
<td><strong>Resultado (NOC)</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Etiqueta (Problema):</strong> Trastorno del patrón del sueño</td>
<td><strong>Etiqueta:</strong> Sueño (0004)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Definición:</strong> Interrupciones por un tiempo limitado por la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externos.</td>
<td><strong>Definición:</strong> Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dominio:</strong> Salud funcional(I)</td>
<td><strong>Clase:</strong> Mantenimiento de la energía (A)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Factores Relacionados (Causas):</strong> Iluminación</td>
<td><strong>(000421) Dificultad para conciliar el sueño</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ruidos</td>
<td><strong>(000406) Sueño interrumpido</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Interrupciones</td>
<td><strong>(000425) Dolor</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Intervención (NIC): Mejorar el sueño (1850)

**Actividades**
- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Explicar la importancia de un sueño adecuado durante un embarazo.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (miedo, ansiedad).
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas.
- Disponer/llevar a cabo medidas agradables; masaje, contacto afectuoso.
- Disponer de siestecillas durante el día, si se indica para cumplir con las necesidades del sueño.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

### Intervención (NIC): Manejo ambiental: Confort (6482)

**Actividades**
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta.
- Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, si procede.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Disminuir los estímulos ambientales, si procede.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible.
- Evitar interrupciones innesecarias y permitir periodos de reposo.
BIBLIOGRAFIA


Guía de Actuacion de Enfermería; Manual de Procedimientos. 2da Edición

NANDA international Diagnósticos enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009-2011, Hather Herdman, PhD, RN, Elsevier

Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Sue Moorhead, Marion Johnson, Meriean L. Maas, Elizabeth Swanson. 4ta Ed. Elsevier

Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Gloria M. Butchek, Howard k. Butcher, Joanne McCloskey Dochterm, 5ta Edición.

Diccionario ilustrado de enfermería, Juventina Sánchez Guerrero. Trillas


ANEXO 1

Aspectos que debe de integrar la nota de Enfermería (del 2 al 6 son indispensables de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico; El 1 y el 20 son indispensable por Lineamiento Institucional. Los siguientes deberán integrarse si aplican)

1. Fecha y hora de ingreso
2. Hábitus exterior
3. Gráfica de signos vitales
4. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía.
5. Procedimientos realizados
6. Observaciones
7. Valoración del dolor (escala y localización)
8. Revaloración del dolor
9. Valoración del Estado funcional
10. Valoración de alergias
11. Valoración Nutricional
12. Valoración psicosocial
13. Nivel de riesgo de caídas
14. Necesidades de aprendizaje
15. Habilidades de aprender
16. Prácticas culturales, preferencias
17. Métodos de enseñanza
18. Plan de educación
19. Evaluación del aprendizaje
20. Nombre y firma de la enfermera