



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ENFERMERIA

**METODOLOGIA DE ENFERMERIA EN UN CASO DE
PREECLAMPSIA LEVE SUSTENTADO CON LA TEORIA DE
DEFICIT DE AUTOCUIDADO**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

L.E. LIBERTAD ROSALINA BAUTISTA MEZA

ASESORA:

M.C.E. VANESA JIMÉNEZ ARROYO

Morelia, Michoacán Octubre 2007

JURADO

M.C.E. VANESA JIMÉNEZ ARROYO

PRESIDENTA

Q.F.B. GEORGINA HERNANDEZ MATA

VOCAL 1

DR. LUIS SOLORIO SOLORIO

VOCAL 2

L.P. ANTONIA SAUCEDO

SUPLENTE 1

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por haberme permitido realizar uno más de mis sueños concluyendo así una meta más para obtener el título de licenciada en enfermería.

Por darme una familia maravillosa, y por brindarme la paciencia y el conocimiento para poder seguir adelante y lograr algo tan grande en la vida como es servir a los demás.

Por brindarme la oportunidad de haber elegido esta carrera como enfermera para cuidar de los enfermos con humanismo y respeto.

A MIS PADRES

Con cariño y agradecimiento por confiar en mí en todo momento y por brindarme su apoyo ya que con sacrificios y esfuerzo he logrado llegar a este día tan importante, por ello y por mucho más que por mí han hecho les viviré eternamente agradecida, que dios los bendiga y los llene de bendiciones hoy y siempre.

A MIS HERMANOS

Les doy gracias por haberme brindado su apoyo en los momentos que más los necesite, por confiar en mí y por haberme motivado constantemente a seguir adelante y hoy les puedo decir que el querer, es poder siempre y cuando desees superarte día a día.

ASESORA

Un especial agradecimiento, a mi asesora M.C.E. Vanesa Jiménez Arroyo, por haberme dedicado su tiempo y por compartir sus conocimientos.

C R E D I T O S

GUÍA DE VALORACIÓN DE ACUERDO A LA TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

*Elaborado por los alumnos de la Sexta Generación de la Maestría
en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería y
Obstetricia de Celaya Guanajuato.*

<i>Vanesa Jiménez Arroyo</i>	<i>U. M. S. N. H</i>
<i>Rosa Idalia Castro</i>	<i>U. M. S. N. H</i>
<i>Fabiola Morales Ramón</i>	<i>U. M. S. N. H</i>
<i>Alicia García Barrón</i>	<i>Univ. de San Luis Potosí</i>
<i>Marta Elena Huitzache Mtz.</i>	<i>Universidad de Guanajuato</i>
<i>Ma. Elena Landeros Pérez</i>	<i>Universidad de Guanajuato</i>
<i>Ana María Niño García</i>	<i>Universidad de Guanajuato</i>
<i>José Manuel Rodríguez Rmz.</i>	<i>Univ. Auto. de Aguascalientes</i>
<i>Carlos Jaime Esparza Jiménez</i>	<i>Univ. Auto. de Aguascalientes</i>
<i>Ma. De Lourdes Castañeda G.</i>	<i>Univ. Auto. de Aguascalientes</i>

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
I.- JUSTIFICACIÓN.....	3
II.- OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	5
III.- METODOLOGÍA.....	6
IV.- MARCO TEORICO	7
4.1.- PROCESO DE ENFERMERÍA	7
4.1.1.- VALORACIÓN	11
4.1.2.- DIAGNÓSTICO.....	21
4.1.3.- PLANEACIÓN.....	25
4.1.4.- EJECUCIÓN	26
4.1.5.- EVALUACIÓN.....	27
4.2.- MODELO DE DOROTHEA E. OREM	28
4.3. - PREECLAMPSIA LEVE	36
4.4.- ATENCIÓN ENFERMERA	42
V.- ESTUDIO DE CASO.....	48
VI.- CONCLUSIONES	74
VII.- SUGERENCIAS.....	75
VIII.- GLOSARIO DE TERMINOS	76
IX.- BIBLIOGRAFÍA	79
X.- ANEXOS	83

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial representa un importante problema en el embarazo por sus repercusiones sobre el feto y la madre. La mortalidad perinatal sobrepasa el 50%, la incidencia de prematuridad el 12% y el retraso del crecimiento intrauterino el 10%. En las estadísticas de mortalidad materna la hipertensión se encuentra entre las primeras causas de mortalidad, la hipertensión puede aparecer en el embarazo y su presencia puede deberse al propio embarazo es lo que hoy se conoce como hipertensión inducida por el embarazo (HIE).¹

La preeclampsia es una alteración específica del embarazo en el cual se presenta a partir de la vigésima semana de gestación por la elevación de la presión arterial representada por arriba de 140/90 mm/Hg y constituye una de las principales causas de morbilidad materno y fetales a nivel mundial.

La preeclampsia puede predisponer a la mujer hacia complicaciones como es la eclampsia y sobre todo hacia la muerte. Se pueden prevenir las muertes maternas y fetales siempre y cuando las mujeres que están embarazadas se encuentren bajo control prenatal.

La causa de la preeclampsia como la eclampsia sigue sin conocerse pero existen diversos factores por el cual se puede presentar la (Hipertensión inducida por el embarazo) HIE, entre los más importantes son la edad, menor de 20 años y mayor de 35 años, la obesidad, la hipertensión crónica, diabetes mellitus, enfermedad renal, mal nutrición, entre otras.

Actualmente se clasifica la preeclampsia como: Leve con una tensión sistólica de 140 mm de Hg., tensión diastólica de 90 mm de Hg. y severa con una tensión sistólica de 160 mm de Hg., tensión diastólica de 110 mm de Hg. según la Norma Oficial Mexicana 014.

El trabajo se encuentra conformado por una justificación la cual representa la importancia de atender la salud de la mujer embarazada puesto que las complicaciones repercuten directamente en ésta y su producto lo cual se representa en las cifras de morbilidad y mortalidad maternas e infantiles. Además, cuenta con un objetivo general y sus objetivos específicos. La metodología esta sustentada en la Macroteoría del Déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem a una adolescente con preeclampsia leve, en donde se valoran las condiciones de salud, bienestar y riesgo de la usuaria; por una Metodología en la cual se ejecutaron las cinco etapas que la conforman las cuales son: La valoración, el diagnostico, la planeación, ejecución y evaluación. Un Marco teórico que consta de cuatro apartados: Proceso de enfermería, Preeclampsia, modelo Dorotea E. Orem y Atención de Enfermería. Y por último se agrega un apartado de anexos, conclusiones y sugerencias.

I.- JUSTIFICACIÓN

La preeclampsia reviste un problema importante de salud para la mujer embarazada puesto que las complicaciones repercuten directamente en la madre y su producto lo cual se representa en las cifras de morbilidad y mortalidad maternas e infantiles.

Se reporto para el año 2005 en el estado de Michoacán 4 casos de muerte por preeclampsia leve ² ocupando éste el onceavo lugar dentro de las estadísticas a nivel Nacional.

- En el Hospital General Dr. Miguel Silva en Morelia Michoacán en el año 2006 se presentaron 74 casos de morbilidad con preeclampsia leve; en tanto la entidad hubo 23 mujeres de 15-19 años, 13 mujeres de 25-29 años, 9 mujeres de 30-34 años, 2 mujeres de 35-39 años, y 2 mujeres de 40-44 años., el grupo de edad en el que se concentran la morbilidad es de 20-24 años con 25 mujeres con preeclampsia leve.
- En el Hospital General Dr. Miguel Silva hubo 4 defunciones maternas e infantiles en el año 2005 a causa de la preeclampsia leve.³

Esta problemática se ve más acentuada en el Oriente y en la región Purépecha, ya que en algunas zonas de la entidad aún se tiene arraigada la costumbre de que el embarazo y el nacimiento es algo tan natural que se resuelve solo, por lo que generalmente se acude ante la partera tradicional, sin embargo, lo más preocupante es que en zonas como en el Oriente del estado, incluso son atendidas por familiares que no tienen los conocimientos más elementales sobre el parto. ⁴

De acuerdo a las nuevas políticas de Salud en donde se hace importante referencia al papel que desempeña la enfermera como educadora para la salud y promotora de estilos de vida saludables es importante atender las necesidades reales, de riesgo o bienestar que presenta o puede llegar a tener la adolescente en su proceso de gestación es por ello que a través de las intervenciones de enfermería considerando las diferentes etapas que conforman el Proceso Enfermero se puede coadyuvar a la identificación y/o control de la preeclampsia dado que esto de acuerdo a los datos estadísticos mencionados anteriormente es importante para el bienestar y vida del binomio madre e hijo.

Puesto que en la Facultad de Enfermería de la UMSNH no existe una Metodología de Enfermería en un caso de preeclampsia leve sustentada en el Modelo teórico de Dorotea E. Orem se justifica el presente Proceso Enfermero.

II.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Aplicar la metodología de enfermería sustentado en el Modelo teórico de Dorotea Orem a una usuaria con preeclampsia leve.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Valorar las condiciones de desviación de la salud, bienestar y riesgo de la usuaria.
- Identificar los requisitos de déficit de autocuidado y formular los diagnósticos de enfermería correspondientes en cada caso de acuerdo a la taxonomía I de la NANDA
- Planear de acuerdo a los requisitos las intervenciones de enfermería correspondientes en cada diagnóstico y llevarlas a cabo.
- Evaluar focal y globalmente las intervenciones llevadas a cabo.

III.- METODOLOGÍA

La metodología realizada se sustenta en la Macroteoría del Déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem a una adolescente con preeclampsia leve.

El modelo teórico de Dorotea E. Orem es importante desde el punto de vista que aborda principalmente el autocuidado ya que esta enfocado en éste y aborda los ocho requisitos de autocuidado universal.

Para la valoración se solicito autorización para utilizar un instrumento basado en el Modelo de Dorotea E. Orem que fue elaborado por los alumnos de la Sexta Generación de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de Celaya Guanajuato.

Los diagnosticos se elaboraron con el formato conocido como Problema, Etiología y Sintomatología (PES) estableciendo las etiquetas diagnosticas con la Taxonomia I de la NANDA.

La planeación de acciones independientes e interdependientes se realizo de acuerdo a la priorización de los diagnósticos reales, potenciales o de bienestar encontrados según los requisitos de autocuidado universal de la usuaria, diseñando objetivos e intervenciones con la fundamentación respectiva; la ejecución implico el trabajo independiente e interdependiente y se llevo a cabo el registro documental los resultados de tal manera que se evaluó el impacto del trabajo profesional de enfermería.

IV.- MARCO TEORICO

4.1.- PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería, hoy conocido como Proceso Enfermero, es considerado una herramienta para los cuidados de enfermería.

Objetivo

Su principal objetivo es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica, por otro lado permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Antecedentes

En 1955 en Estados Unidos de Norte América, Lidya Hall refería que la asistencia sanitaria era al paciente, para el paciente y con el paciente estableciendo así las dimensiones que deberían de guiar al proceso.

En la década de los 60's Orlando 1. J. habla de la relación dinámica Enfermera - Paciente, donde la Enfermera tiene acciones deliberadas en que existe todo un proceso de asistencia sanitaria.

En 1966, Louis Knowles presenta una descripción del método que contenía las actividades de los profesionales de la enfermería: descubrir, investigar, decidir, actuar y discriminar, fases que sin duda dieron pie a las conocidas actualmente, pues en 1967, en la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica se identificaron las fases de Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. En 1973 el Proceso de Atención de Enfermería se introduce en la enseñanza de las materias de enfermería. En 1975 se añadió la fase diagnóstica y 1976 La Asociación Nacional de Escuelas

de Enfermería A. C. define al Proceso como el ordenamiento lógico de actividades a realizar por la enfermera para proporcionar atención de calidad al individuo, familia o comunidad. Recientemente se incorporaron a la enseñanza teórica de este proceso los diagnósticos enfermeros de la NANDA.

Definición

"Método sistemático y organizado de brindar o administrar cuidados humanistas de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud y al logro de objetivos de forma eficiente". (Alfaro, R. 1994/1999) ⁵

Yura y Walsh (1988) afirman que el proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la institución exija, para llevarlo de nuevo al estado de bienestar.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible.

IMPORTANCIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado, le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

A la otra parte, el profesional, le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el incremento profesional; permite asignar los sujetos de atención en forma racional y le proporciona información para investigación.⁶

BENEFICIOS DEL PROCESO DE ENFERMERIA

- Agiliza el diagnostico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermería)

Ayuda a que:

- ✓ Los usuarios y sus familiares se den cuenta de que su aportación es importante y de que sus puntos fuertes son recursos.
- ✓ Las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.⁷

RAZONAMIENTO CRÍTICO

“El pensamiento crítico de enfermería” supone una investigación cuyo objetivo es examinar una situación, un fenómeno, una duda o un problema para llegar a una hipótesis o conclusión sobre ello, que integre toda la información disponible y que por tanto se pueda justificar de forma convincente.⁸

CARACTERÍSTICAS

Es un **método** por que es un a serie de pasos mentales a seguir, que permite organizar el trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud del usuario, lo que permite la continuidad de los cuidados y por lo tanto se compara con el método de solución de problemas y con el método científico. A través de las acciones su propósito inmediato es brindar cuidados de enfermería.

Es **sistemático** por estar confinado a cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación)

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 fraccionar.

Se centra en el logro de objetivos permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir las funciones de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera.

Es **dinámico** por estar sometido a constantes cambios que obedecen a al naturaleza propia del hombre y es **flexible** por que puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es **interactivo** por requerir de la relación humano - humano con el o los usuarios para acordar y lograr objetivos comunes.⁵

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

4.1.1.- VALORACIÓN

Es la primera fase 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: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, 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. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales.

Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados. Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc.

Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz: Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente: Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos.

Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.

LA SISTEMÁTICA A SEGUIR PUEDE BASARSE EN DISTINTOS CRITERIOS:

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

- ✓ Datos sobre los problemas de salud detectados en el usuario
- ✓ Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del

paciente.

LA RECOLECCIÓN DE DATOS REQUIERE:

- Conocimientos científicos (anatomía , fisiología)
- básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas)
- Convicciones (ideas, creencias)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Esta etapa consta de tres pasos:

I. Recolección de la Información.

Se realiza desde el primer encuentro con el paciente y hasta que es dado de alta. La información se obtiene de fuentes directas primarias (el usuario y su familia); fuentes directas secundarias (los amigos y otros profesionales del área de la salud) y fuentes indirectas (el expediente clínico y la bibliografía relevante).

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de los datos para seguir una metodología durante la valoración, evitando las omisiones y facilitando la agrupación de los datos.

Durante la valoración se recogen cuatro tipos de datos:

- **Datos subjetivos:** No se pueden medir y son propios de paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- **Datos objetivos:** Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial.)

- **Datos históricos - Antecedentes:** Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- **Datos actuales:** Son datos sobre el problema de salud actual. ⁹

Prioridades en la recogida de datos

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del cliente que exigen una intervención de enfermería. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar. por tanto, será preciso establecer un sistema para determinar que datos deben reunirse en primer lugar.

JERARQUIA DE NECEDIDADES HUMANAS

✓ **Jerarquía de Maslow:**

Abraham Maslow (1943) describió las necesidades humanas en cinco niveles: fisiológicas, de inocuidad os seguridad, sociales, de estima y de autorrealización, las necesidades filológicas suelen tener una mayor prioridad para el cliente que las demás. Por tanto, cuando estas necesidades básicas no están satisfechas, es muy posible que el cliente no tenga ganas o no sea capaz de satisfacer necesidades de mayor nivel estas son: Autorrealización, estima, sociales, inocuidad /seguridad, fisiológicas.

✓ **Jerarquía de kalish**

Richard Kalish (1983) mejoró aún más el sistema de Maslow dividiendo las necesidades fisiológicas en necesidades de supervivencia y necesidades de estimulación. Esta división resulta especialmente útil para ayudar al profesional de enfermería a establecer prioridades en la recogida de datos.

Kalish identificó las necesidades de supervivencia como las racionadas con alimentos, aire, agua, temperatura razonable, eliminación, descanso y supresión del dolor. Cuando se produce un déficit en cualquiera de estas áreas, el cliente tiende a utilizar todos los recursos para satisfacer esa necesidad en concreto. Solo entonces podrá preocuparse por necesidades de un nivel más elevado, como la inocuidad como la estima. Por esta razón, el cliente confuso con un déficit de oxígeno (aire) posiblemente intentara continuamente salir de la cama para abrir la ventana de la sala del hospital. La necesidad básica de oxígeno sustituye a la preocupación por la inocuidad.⁸

MÉTODOS PARA OBTENER DATOS:

ENTREVISTA CLÍNICA

“Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. “

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

Cierre: Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

LAS TÉCNICAS VERBALES SON:

- ✓ El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- ✓ La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- ✓ Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

LAS TÉCNICAS NO VERBALES

Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales
- La forma de estar y la posición corporal
- Los gestos
- El contacto físico
- La forma de hablar.

Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.

Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal

Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.

Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad: Ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

La observación

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

La 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.

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 específicas:

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).

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 suaves 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. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

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 aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- 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.

- Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas.

El modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc.

La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.

Para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc.

LOS COMPONENTES DE LA VALORACIÓN DEL PACIENTE QUE HEMOS SELECCIONADO COMO NECESARIOS HOY EN DÍA SON:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

DOCUMENTACION Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN:

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal," «regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa.
- Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común. ⁹

2. Validación de la Información.

Después de la obtención de los datos, debemos validar la información para cerciorarnos de que esta sea correcta.

3. Registro de la Información.

Consiste en informar y registrar los datos obtenidos por medio de la entrevista y el examen físico. Se recomienda: evitar juicios, escribir textualmente lo que el usuario expresa entrecomillado, procurar que la información sea importante y relevante, anotar siempre la fecha y hora en que se realiza el registro y registrar cuando un usuario o familiar rechaza determinado cuidado o medida terapéutica.

4.1.2.- DIAGNÓSTICO

Constituye una función intelectual compleja, para emitir un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia o comunidad; así como de las capacidades o recursos existentes. Se requieren cuatro pasos fundamentales:

I.- Razonamiento Diagnóstico.

Aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas realizando diversas funciones intelectuales, integrando los conocimientos adquiridos y experiencias para finalmente concluir en un juicio clínico.

Los pasos que se siguen son:

1. Realizar un listado de todos los datos significativos subjetivos, objetivos, históricos y actuales que aportó la valoración.
2. Analizar y agrupar los datos que tiene "relación" y realizar las deducciones correspondientes.
3. Comparar los datos significativos con los factores relacionados/ riesgo y con las características definitorias de la NANDA.

4. Cuando existe respuesta fisiopatológica es conveniente investigar lo que a ella se refiere.

5. Determinar si la enfermera tiene la autoridad para hacer el diagnóstico definitivo y ser la principal responsable de la predicción, prevención y tratamiento del problema. Ya que si la respuesta es SI, es un diagnóstico enfermero, si es NO, es un problema interdependiente.

6. Proceder a dar el nombre a las respuestas humanas ya las respuestas fisiopatológicas.

7. Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

2.-Formulación de Diagnósticos de Enfermería y Problemas Interdependientes.

Diagnóstico de Enfermería.

Es un juicio clínico sobre la respuesta ante un proceso vital o un problema de salud de una persona, familia o comunidad a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo, donde la enfermera es la responsable de la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente.

Este se considera cuando la enfermera tiene la autoridad de hacer el diagnóstico definitivo. Deben utilizarse únicamente las categorías diagnósticas de la NANDA .

Se clasifican en diagnósticos:

a)**Reales:** Describen la respuesta actual de una persona, familia o comunidad que se apoya en las características definitorias y en los factores relacionados.

b)**De Riesgo (Potenciales):** Describe la respuesta humana que puede desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad

vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en factores de riesgo.

c) **De Salud:** Diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

El diagnóstico enfermero se estructura de la siguiente manera:

Diagnósticos reales:

1. Problema (respuesta humana correspondiente a la categoría diagnóstica de la NANDA)

Relacionado con

2. Factores Relacionados (causa del problema o etiología que puede ser de origen fisiológico, psicológico, sociocultural, ambiental o espiritual.

Manifestado por

3. Características Definitorias (Sintomatología, datos objetivos y subjetivos que evidencian la existencia del problema).

El diagnóstico de riesgo emplea únicamente el problema más los factores de riesgo, carece de características definitorias.

Los diagnósticos de salud Únicamente utilizan la respuesta humana de la categoría diagnóstica anteponiendo las palabras: **POTENCIAL DE MEJORÍA DE o POTENCIAL DE AUMENTO DE**. Al estructurar un diagnóstico enfermero se debe evitar formularios con terminología médica.

Problema Interdependiente.

Es el juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

Estos problemas se relacionan con la patología y el tratamiento prescrito por el médico, con la respuesta al mismo y su evolución, por lo tanto esto depende de varios miembros del equipo de salud. En la redacción de problemas interdependientes se debe utilizar terminología médica.

Los problemas interdependientes se clasifican en:

a) **Reales:** cuando el problema se hace evidente a través de signos y síntomas.

b) **De Riesgo:** cuando existen factores de riesgo sin existir manifestaciones clínicas.

Al estructurar los se precisa de terminología médica y de la participación continua de los integrantes del equipo sanitario.

En la redacción de problemas interdependientes reales se necesita el problema, la etiología del problema y la sintomatología, los problemas interdependientes de riesgo únicamente requieren del problema y la etiología así como de las palabras RIESGO DE al inicio de su formulación.

Para unir el problema a la etiología se utilizan las palabras SECUNDARIO A Y para integrar la sintomatología se emplean las palabras MANIFESTADO POR.

3. Validación.

Consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes valorando si la estructura de los--diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes se apegó a lo establecido.

4. Registro de los Diagnósticos Enfermeros y Problemas Interdependientes.

Sirve para que la enfermera documente sus juicios clínicos y problemas interdependientes.

4.1.3.- PLANEACIÓN

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.

I. Establecimiento de Prioridades.

Deben identificarse aquellos problemas de salud en los cuales hay que centrar la atención, y realizar acciones inmediatas por que representan una amenaza para la

Aquí debe utilizarse el pensamiento crítico para analizar las prioridades que permita brindar una atención de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

2. Elaboración de Objetivos.

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.

Características:

- a) Deben centrarse en dar solución al problema y en la modificación o desaparición de los factores causales del problema o de sus efectos.
- b) Deben estar dirigidos al usuario, familia o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados; pueden referirse a una parte del organismo o a una función, como en el caso de algunos diagnósticos enfermeros y cuando se trata de problemas interdependientes.
- c) Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.

d) 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 realización (tiempo y grado de tolerancia o dificultad para realizar la acción)

e) Haber involucrado al usuario y su familia, para perseguir el mismo fin y tener mayores posibilidades de éxito.

f) Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.

g) Ser realistas, considerando las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.

3. Determinación de las Acciones de Enfermería.

Las acciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir objetivos y están encaminadas a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema de salud señalando en el diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

4. Documentación del Plan de Cuidados.

Permite guiar las intervenciones y registrar los objetivos alcanzados. Pueden ser registros individualizados cuando se trata de un paciente, se escribe el diagnóstico enfermero/ problema interdependiente, objetivos, acciones de enfermería, fundamentación científica y evaluación.

4.1.4.- EJECUCIÓN

Esta enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a lograr los objetivos deseados.

4.1.5.- EVALUACIÓN

Como parte del proceso, la evaluación es continua y formal por lo que esta en todas las etapas anteriores. Es muy útil para determinar el logro de objetivos e identificar las variables que afectan y decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado. La enfermera y el paciente deben determinar si existe o no un progreso en la realización de las metas identificando obstáculos y estrategias.⁵

4.2.- MODELO DE DOROTHEA E. OREM

Dorotea Elizabeth Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica. Nació en Baltimore Maryland. Su padre trabajaba como obrero de la construcción y era un apasionado de la pesca mientras que su madre ama de casa era muy aficionada a la lectura, la menor de dos hermanas Orem inicio su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del providence Hospital de Washington donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Continúo después su formación y consiguió el B.S.N de The Catholic University of American en 1939 y el M.S. en educación de enfermería por esta misma universidad en 1945.

FUENTE TEORICAS

Orem cita a Eugenia K. Spauldig como gran amiga y profesora, señala que su trabajo no refleja la influencia de ninguna enfermera importante en particular. Cree que su asociación con numerosas enfermeras le ha proporcionado múltiples conocimientos, y concede un gran valor a su trabajo con los estudiantes y a su participación en trabajos elaborados a otros colegas.

APLICACIÓN DE DATOS EMPIRICOS

Orem formulo su concepto de enfermería relativo al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales que realizo en su estancia en el Departamento de Salud del Estado de Indiana. Orem tomo conciencia de la necesidad de una descripción de este estilo y, fruto de un proceso de reflexión espontánea. Esta toma de conciencia le permitió formular y expresar un concepto propio de enfermería.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Orem ve su modelo del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionadas que describen:

Autocuidado: El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo.

Requisitos del autocuidado: Los requisitos del autocuidado son «la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Los requisitos de autocuidado se pueden desglosar en tres categorías:

Requisitos del autocuidado universales:

1. Mantenimiento de aporte suficiente de oxígeno
2. Mantenimiento de aporte de agua suficiente
3. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.
4. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.
8. Funcionamiento humano y grupos sociales

Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo

Se definen como aquellos que tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración a aliviar sus efectos.

Requisitos del autocuidado cuando falla la salud

Estos requisitos son comunes en las personas que están enfermas o que han sufrido algún accidente y que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, en los que se incluyen defectos y discapacidad, y para los que existe un diagnóstico y se ha iniciado un tratamiento médico. Las características de la falta de salud como un estado que abarca un cierto periodo de tiempo determinan el tipo de cuidados necesarios mientras se sufren los efectos del estado patológico y dura la enfermedad.

Demanda de autocuidado terapéutico

En esta categoría se encuadra la suma de todas las medidas sanitarias en momentos concretos o a lo largo de un período de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas del individuo, que dependen en particular de cada enfermedad y de las circunstancias y requieren de la aplicación de métodos apropiados para: 1) controlar o gestionar factores identificados en las necesidades, de valor obligatorio para el funcionamiento del organismo como, por ejemplo, el aire, el agua y suficiente alimento, mantenimiento, promoción, prevención y provisión.

Actividad de autocuidado

Esta actividad se describe como la compleja capacidad adquirida por las personas jóvenes y maduras para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual.

Agente

Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

Agente de autocuidado

Es el que proporciona el autocuidado.

Agente de autocuidado dependiente

Por lo general, estos agentes son personas adolescentes o adultas que aceptan y cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas, o bien que regulan el desarrollo o el ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir un autocuidado.

Déficit de autocuidado

Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no sirven o no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o potencial.

Actividad de enfermería

Conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un arco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado.

Diseño de enfermería

Función profesional realizada antes y después del diagnóstico y la prescripción a través de la cual las enfermeras, aplicando criterios prácticos sobre trastornos reales, sintetizan los elementos concretos para descubrir relaciones ordenadas que permitan estructurar las unidades operativas. El propósito del diseño de enfermería es ofrecer líneas maestras que ayuden a lograr resultados necesarios y previos creados por la enfermera para alcanzar determinadas metas; las unidades en conjunto constituyen el modelo que orienta la actuación de la enfermera.

Sistemas de enfermería.

Series y consecuencias de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación que sus pacientes, para conocer y satisfacer los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad auto asistencial.

TIPOS DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: Son necesarios cuando «la enfermera está compensando una incapacidad total (o una prescripción en contra) del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren movimientos de deambulación y de manipulación.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores Son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorios.

Sistemas de apoyo educativo Son «para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda»

Métodos de ayuda

Es una sucesión de acciones que, al aplicarse, resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas, en el ámbito de la salud, para regular su funcionamiento y desarrollo propios de otras personas que dependen de ellas. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y combinan adaptándolos a las necesidades o a las personas que atienden, en función de las limitaciones asociadas al estado de salud de aquéllas.

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo una persona inconsciente.

2. Ayudar u orientar a la persona que se le va otorgar la ayuda, por ejemplo en las mujeres embarazadas recomendaciones sanitarias.
3. Apoyar física y Psicológicamente a la persona que se otorga la ayuda ejemplo, cuando se le aplica su medicamento.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal por ejemplo, medidas de higiene en el hogar o escuela.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Supuestos principales

A principio de la década de 1970. Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general, que fueron presentados en la Escuela de la Marquette University en 1973. En este modelo se identifican premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería.

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.

4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

AFIRMACIONES TEORICAS

El modelo de muestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependiente. Ideas centrales y proposiciones de las tres teorías interrelacionadas de autocuidado, déficit de autocuidado y sistema de enfermería.

LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente. **Estas son:**

Teoría de autocuidado

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es por tanto un sistema de acción. La elaboración de los conceptos, necesidad y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las

necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

Teoría del déficit de autocuidado

La idea central del déficit de autocuidado es que la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas, jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios lo que le hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de si mismos o de quienes estén a su cargo, y les impide aplicar de forma permanente medidas que controlen o, en cierto modo, dirijan los factores que regulan el desarrollo y el buen funcionamiento propio o de las personas a su cargo.

MÉTODO LÓGICO

Razonamiento inductivo y deductivo acerca de esta profesión.⁹

Orem opina que su teoría del autocuidado se puede aplicar a otros grupos a demás de las enfermeras: El componente teórico del autocuidado de la teoría general de la enfermería es común para todas las profesiones sanitarias y para todos los miembros de los grupos sociales. Tanto los médicos como los grupos paramédicos ayudan a las personas en aspectos del autocuidado y en el desarrollo de habilidades para el autocuidado. Las personas que reciben la ayuda pueden necesitar o no de la enfermería y pueden estar o no bajo asistencia de enfermería.¹⁰

4.3. - PREECLAMPSIA LEVE

La preeclampsia también es conocida como hipertensión inducida por el embarazo (HIE), se le conoce también como toxemia, termino utilizado desde fines del siglo XIX cuando se consideraba como causa la presencia de un tóxico en la sangre.¹¹ Es una alteración específica del embarazo en la que se desarrolla hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer que antes estaba con hipertensión normal, es un proceso multisistémico de enfermedad vasoespástica caracterizado por hemoconcentración, hipertensión y proteinuria.

Hipertensión

Se define como una elevación de las presión sistólica y diastólica que igualan o superan los 140/90mm de Hg. Cuando se conocen las presiones arteriales del primer trimestre, sirven como valores basales de la mujer.

Hipertensión crónica

La hipertensión crónica se define como la hipertensión que se origina antes del embarazo o se diagnostica antes de las 26 semanas de gestación. La hipertensión que persiste más de seis semanas en el posparto también se clasifica como hipertensión crónica. Se recomienda la asesoría antes de la concepción para las mujeres con respecto al aumento del riesgo de preeclampsia sobreadañada y los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios.

Hipertensión crónica con preeclampsia o eclampsia sobreadañada

Las mujeres con hipertensión crónica pueden desarrollar preeclampsia o eclampsia. El desarrollo de estas afecciones en la mujer con hipertensión

crónica incrementa la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal. La ACOG recomienda que el diagnóstico de preeclampsia sobreañada se haga en función del incremento de la presión arterial junto con la presencia de proteinuria o edema generalizado.

Hipertensión transitoria

La hipertensión transitoria se define como el desarrollo de hipertensión durante el embarazo o en las primeras 24 horas del posparto, sin otros signos de preeclampsia o hipertensión existente. La presencia de hipertensión transitoria puede ser predictiva del desarrollo eventual de una hipertensión esencial.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

TIPO	DESCRIPCIÓN
Hipertensión inducida por el embarazo	Desarrollo de hipertensión durante el embarazo que cede en el periodo posparto.
Hipertensión (aislada)	Ausencia de proteinuria o edema también conocida como hipertensión transitoria si se desarrolla durante el embarazo o en las 24 horas siguientes al posparto.
Preeclampsia	Hipertensión con proteinuria, edema generalizado o ambos; se desarrolla después de las 20 semanas de gestación o en el periodo posparto inmediato.
Eclampsia	Preeclampsia con convulsiones, o ambos

Trastornos hipertensivos crónicos	Presencia de hipertensión antes del embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.
Preeclampsia sobredañada	Desarrollo de preeclampsia en mujeres con hipertensión crónica.
Eclampsia sobredañada	Desarrollo de eclampsia en mujeres con hipertensión crónica.

FISIOPATOLOGÍA

Como resultado de la preeclampsia se producen cambios fisiopatológicos estos son:

El vasoespasmo arteriolar: disminuye el diámetro de los vasos sanguíneos, lo que impide el flujo sanguíneo a todos los órganos y eleva la presión arterial. La disminución arteriolar y la disminución del flujo sanguíneo de la retina conducen a síntomas visuales como los escomas (puntos ciegos) y la visión borrosa.

Insuficiencia útero-placentaria: Queda comprometida en el 50%, incluso antes de la aparición de los síntomas de preeclampsia, debido a las lesiones en las arterias espirales y al déficit de prostaciclina. La perfusión utero-placentaria sufre una reducción ulterior a medida que la enfermedad progresa. El flujo sanguíneo fetal se reduce por constricción de los vasos umbilicales.

Lesión renal: En el 70% de las pacientes con preeclampsia, la lesión del endotelio glomerular, los depósitos de fibrina y la isquemia resultante reducen el flujo sanguíneo renal y la tasa de filtración glomerular. Se pierden proteínas, principalmente en forma de albúmina, por la orina. Disminuyen los aclaramientos de ácido úrico, creatinina y calcio y a medida que la situación empeora, aparece oliguria. Por tanto, la proteinuria y el aumento de la

concentración plasmática de ácido úrico son signos de preeclampsia y al oliguria es un signo de preeclampsia grave y de lesión renal.

Desequilibrios hidroelectrolíticos: La albúmina sérica disminuye como consecuencia de las pérdidas de proteínas al espacio extracelular y ala orina a través de unos vasos sanguíneos lesionados.¹²

ETIOLOGÍA

La preeclampsia es una enfermedad exclusiva del embarazo humano; los signos y síntomas se desarrollan solo durante el embarazo y desaparecen con rapidez después del parto del feto y la placenta.¹³ La causa de preeclampsia y eclampsia sigue sin identificarse, y han sido tan grandes las especulaciones que esta enfermedad se ha denominado enfermedad de las teorías.¹⁴

FACTORES PREDISPONENTES

Primigravidez	Preeclampsia en un embarazo anterior
Edad mayor de 40 años	Factores geneáticos
Raza negra o latinoamericana	Predisposición genética
Embarazo gemelar	Hábitos alimenticios
Multiparidad	Obesidad morbosa
Tabaquismo	Diabetes mellitus
Enfermedad Renal	Hipertensión crónica
Hiperplacentosis	Mola hidatidiforme
	Hidropesía fetal ^{15, 1, 16}

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Las manifestaciones se desarrollan entre la vigésima semana del embarazo y la sexta semana después del parto.¹⁴ De acuerdo a lo referido de cambios fisiopatológicos en aparatos y sistemas, en general se presentan múltiples síntomas y signos concomitantes como:

Otros síntomas son:

Hipertensión	Probable dolor en epigastrio en el hipocondrio derecho.
Edema generalizado	
Proteinuria	Cefalea
Fosfenos	Oliguria
Acúfenos	Hiperreflexia
Náusea	Somnolencia.
vómito	Dolor epigástrico ^{17, 18, 16}

EDEMA

Caracterizado por la extravasación de líquido al espacio intersticial; es de grado variable y se evalúa clínicamente tanto por los segmentos corporales que comprende, como por la cuantía del mismo en la clásica exploración del signo de Godete. Es importante recordar que el peso corporal se incrementa en forma desproporcionada aun antes de hacerse aparente el edema.¹¹ El edema se identifica cuando el peso aumenta más de 1.5kg/mes durante el segundo trimestre y más de 0.5kg /semana durante el tercer trimestre.¹⁹

Es el signo menos preciso de HIE porque es normal que ocurra en las partes bajas del cuerpo durante el embarazo, y hasta 4% de las pacientes de HIE no experimentan edema. Sin embargo, pueden facilitar el diagnóstico los siguientes criterios.

1. Acumulación generalizada de líquido en los tejidos, es decir edema con signo del hoyuelo mayor de 1+ después de una hora de reposo en cama.
2. Aumento de peso de 1 Kg. o más por semana a causa de la influencia del embarazo.
3. Edema de las partes no bajas (manos y cara) al levantarse por la mañana.
4. Dolor de cabeza.¹⁴

TIPOS DE EDEMA

Edema dependiente: Es aquel que aparece en las partes más inferiores o declives del cuerpo, donde la presión hidrostática es mayor. Si una mujer embarazada no está acostumbrada a permanecer en cama, este edema puede ser evidente en los pies y tobillos. Si la mujer embarazada está encamada, es más probable que se presente en la región sacra.

Edema con fovea: Es aquel que deja una pequeña de presión una vez que se aplica presión con un dedo en el área hinchada. La fovea, que es causada por el movimiento de líquido hacia los tejidos adyacentes lejos del punto de presión, por lo general desaparece en diez a treinta segundos.

Los síntomas que reflejan deterioro del SNC y del sistema visual por lo general acompañan al edema facial aunque no es una valoración habitual durante el periodo prenatal, la evaluación del fondo de ojo ofrece **datos valiosos**. Un hallazgo basal inicial de un fondo de ojo normal ayuda a

diferenciar una enfermedad preexistente de un nuevo proceso patológico.¹³

PROTEINURIA GESTACIONAL

La proteinuria es un importante signo de preeclampsia leve. Se define como la presencia de 300 mg o más de proteínas urinarias en una muestra de 24 horas. Cuando se presenta una proteinuria mayor de 4 g o mayor en la orina de 24 horas constituye a una preeclampsia grave.²⁰

COMPLICACIONES

Las complicaciones maternas se relacionan en primer lugar con la preeclampsia que empeora hasta convertirse en eclampsia y como resultado ocurrirán incapacidad permanente o muerte. Las complicaciones fetales, con insuficiencia uteroplacentaria aguda y crónica (p.ej. feto asimétrico o simétrico pequeño para la edad gestacional, nacimiento de producto muerto o sufrimiento fetal durante el trabajo de parto) y parto temprano.

Hay un grupo importante de pacientes que presentan toxemia fulminante del embarazo, cuadro que no constituye un nuevo síndrome pero que se caracteriza por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y cuenta baja de plaquetas. Estas mujeres grávidas requieren conservación especial porque suelen tener un pronóstico perinatal y materno en extremo malo sin el diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado, que incluya parto expedito.

4.4.- ATENCIÓN ENFERMERA

Prevención

Puesto que la causa de la enfermedad se desconoce, es difícil diseñar un protocolo para prevenirla. Sin embargo algunos estudios científicos la práctica de algunos principios generales parece contribuir a la disminución de la incidencia de la enfermedad.

Nutrición adecuada: Toda mujer embarazada debe ser informada acerca de

los beneficios que supone una dieta nutritiva y equilibrada que contenga al menos 60-70 g de proteínas, 1.200 mg de calcio, una cantidad adecuada de magnesio, cinc, sodio, otros minerales y vitaminas, especialmente folatos, vitamina C y E cada día. Si la mujer embarazada no incluye una cantidad adecuada de calcio, debe incluirse un suplemento diario de 2 g en forma de gluconato de calcio, ya que se ha observado que el riesgo de preeclampsia se reduce.

Reposo adecuado: El reposo en cama facilita el retorno venoso, que aumenta el volumen circulatorio y, por tanto, la perfusión renal y placentaria, disminuyendo la presión arterial. Por tanto, las pacientes de riesgo elevado pueden beneficiarse de un reposo de 8-12 horas de sueño cada noche, con un periodo de descanso a mitad del día. El reposo en cama también moviliza el edema hacia el espacio intravascular.

TRATAMIENTO PRENATAL PRECOZ Y OPORTUNO

Un tratamiento precoz y adecuado es muy eficaz para prevenir las formas graves de preeclampsia. Por tanto la detección precoz de su desarrollo resulta muy eficaz para disminuir la elevada mortalidad fetal y materna asociada con la enfermedad.

La detección debe comenzar en la primera visita prenatal, al inicio de la gestación. La enfermera debe realizar una historia clínica completa, incluyendo edad, gestiones previas, e historia de enfermedades como diabetes mellitus y alteraciones persistentes de la presión arterial, así como antecedentes familiares de preeclampsia o eclampsia. En cada visita la paciente se pesará, se obtendrá de la forma adecuada la presión arterial y se estudiará la presencia de proteínas en la orina por la mañana.

Aspirina a dosis bajas: La revisión sistemática hecha por la Cochrane

Collaboration sobre los estudios realizados acerca de la eficacia de administración de aspirina a dosis bajas (60-75 mg/día). Para reducir la incidencia de preeclampsia en algunas mujeres con riesgo de sufrir la enfermedad, la aspirina inhibe de forma selectiva la producción de tromboxano con un efecto mínimo sobre la síntesis de prostaciclina y tromboxano. Estas dosis bajas no parecen tener ningún efecto nocivo sobre el feto o el neonato y son seguras para la madre.¹²

Las finalidades del tratamiento es la interrupción del embarazo para así lograr la supervivencia de la madre sin morbilidad (o con morbilidad mínima), y hacer nacer a un lactante sobreviviente sin secuelas graves.¹⁴

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Las acciones de enfermería se derivan del tratamiento médico. La terapia más efectiva es la prevención. Los componentes esenciales en la optimización de los resultados maternos y fetales son el cuidado prenatal precoz, la identificación de las mujeres embarazadas en riesgo de preeclampsia y el reconocimiento y a la notificación de los signos físicos de alerta. Nosotras como personal de enfermería debemos tomar medidas para mejorar la educación pública y el acceso a la atención prenatal. Se necesita la asesoría, la derivación a los recursos de la comunidad, la movilización de los sistemas de apoyo, la asesoría de nutrición y la información sobre las adaptaciones normales al embarazo son componentes preventivos del cuidado.

El papel que enfermería desempeña como educadora es importante en lo que se refiere a informar a la mujer sobre su situación y las responsabilidades en el tratamiento, ya sea en el domicilio o en el hospital.

El apoyo emocional y el psicológico son esenciales para ayudar a la mujer y a la familia en este trance. Su percepción del proceso de enfermedad, las razones del mismo y los cuidados recibidos afectarán su tolerancia y su

participación en la terapia. La familia tendrá que poner de su parte sistemas de apoyo para ayudar durante la crisis.

CUIDADO EN CASA

Las intervenciones para la preeclampsia como el reposo en cama y la dieta se consideran paliativas. La terapia más efectiva para la preeclampsia es prevenir que la enfermedad avance, lo cual permite continuar el embarazo (Autocuidado de la paciente).

El tratamiento a domicilio puede ser satisfactorio si la preeclampsia es leve o moderada la valoración del estado de la mujer por lo general se hace dos o tres veces por semana ya sea en el hogar por parte de una enfermera, en el consultorio de un obstetra o el consultorio de alto riesgo.

Para que el cuidado en casa sea efectivo la enfermera debe valorar el ambiente del hogar y la capacidad que tiene la paciente de asumir responsabilidades. Además deben considerarse los efectos de enfermedades, idioma, edad, cultura, creencias y sistemas de apoyo.

La motivación, la disposición y la capacidad para aprender son consideraciones esenciales para una mujer que requiere instrucciones sobre su autocuidado en el domicilio. La mujer con preeclampsia que es tratada en casa debe recibir instrucciones acerca de su enfermedad y los efectos que ésta tiene sobre la madre y el feto de una forma y con un lenguaje que ella lo pueda entender. El conocimiento de los síntomas subjetivos y objetivos que indiquen un deterioro de la situación es vital; si éstos se presentan la mujer debe de llamar de inmediato a su proveedor de salud.

El reposo en cama en posición de decúbito lateral es un tratamiento estándar para la preeclampsia ya que mejora el flujo sanguíneo útero – placentario durante el embarazo. Sin embargo, las mujeres embarazadas de alto riesgo cada vez son más controvertidas Maloni (1994) halló resultados fisiológicos adversos relacionados con el reposo absoluto en cama, que incluían

descompensación cardiovascular; diuresis con pérdida asociada de líquido, electrolitos y peso; atrofia muscular y estrés psicológico. Se debe tener en cuenta que estos cambios continúan durante toda la terapia. Cuando se está desarrollando el plan de cuidados deben sospecharse los riesgos y beneficios del reposo en cama. Se ha demostrado que una de las ventajas del reposo en cama es la disminución de la presión y la estimulación de la diuresis.

Se recomienda el ejercicio suave, por ejemplo amplitud de movimientos, estiramiento, es importante para mantener el tono vascular, el flujo sanguíneo, la regularidad de la función intestinal y una sensación de bienestar.

Además las técnicas de relajación pueden ayudar a reducir el estrés asociado con la situación de alto riesgo y preparar a la mujer para el parto y nacimiento.

Se instruye a la mujer sobre cómo tomarse la presión arterial y llevar un registro de las mediciones explicarle la técnica adecuada.

Se le indica a la mujer que se pese todos los días y que revise la presencia de proteínas en la orina. La aparición inicial de proteinuria en la orina nos indica una severidad progresiva de la preeclampsia. Un aumento de peso se asocia con formación de edema.

Las recomendaciones de alimentos y líquidos son de suma importancia se recomienda una dieta rica en proteínas, evitar los alimentos abundantes en sodio y abandonar el uso del salero en la mesa, las mujeres con hipertensión tienen un volumen plasmático menor que las normotensas, por tanto, no se les recomienda la restricción de sodio. Las mujeres necesitan sal para mantener el volumen sanguíneo y la perfusión placentaria. El consumo adecuado de líquidos ayuda a mantener el volumen óptimo de fluidos y es bueno para la perfusión y la filtración renales.

Durante el período de instrucción a la mujer a su familia, debe dejarse tiempo para la asimilación de la información, las preguntas y las inquietudes que

tengan. Los métodos para mejorar el aprendizaje incluyen ayudas visuales, cintas de video, carteles y demostraciones como ensayos de las pacientes para demostrar lo que aprendieron.²¹

²¹ Perry L, Enfermería materno infantil, 6ª ed. México, D. F.: Editorial Harcourt Brace interamericana;1998 p. 734,735

V.- ESTUDIO DE CASO

VALORACIÓN GENERAL

V. O. Lizet es una usuaria de sexo femenino tiene 17 años de edad es originaria de Puruandiro y residente de Álvaro Obregón Michoacán desde hace 3 años.

El día 19 de a Junio acude al hospital General Dr. Miguel Silva a consulta con el Obstetra, presenta 24 SDG a la cual le detecte una T/A de 140/90 Hg/mg al igual se observo edema en sus miembros inferiores, le informe al medico de lo que observe, comenzó a realizar la evaluación y se llego a la conclusión de que la paciente presenta preeclampsia leve. El médico la transfiere a embarazo de alto riesgo con 24 SDG, ella dice haber ido porque que ya necesitaba ir al medico para ver como estaba su bebe ya que desde que esta embarazada no venia al médico y que además ella ya observaba sus pies con edema desde hace 2 meses se le comento que porque no asistió desde que empezó su embarazo, dijo que le pareció que es parte del embarazo y que además había ido con una partera hace más de 4 meses a Puruandiro. Se le informo del problema que presenta a horita y que es un poco delicado lo que presenta y que si ella sigue descuidando su embarazo se le puede complicar más de la cuenta al grado que esta en peligro tanto la vida de ella como de su bebé.

Se caso a los 14 años de edad, su esposo se dedica a la construcción y su hija tiene año $\frac{1}{2}$, termino la secundaria, ella refiere no estar cumpliendo con su rol de madre ya que es muy agresiva con su niña le grita mucho ella piensa que puede ser el mismo embarazo, y que no esta llevando las labores de su casa como deben de ser ya que dice estar muy cansada pero siente mucha preocupación de no saber nada respecto a su enfermedad además se observa ojerosa ya que dice que casi no duerme por el mismo estrés que tiene ya que desde hace 2 meses comenzó con edema en sus miembros inferiores pero que

lo vio como normal, la usuaria comenzó a llorar, por otro lado su esposo es muy atento con ella pero sin embargo dice que no logra comprender que le pasa a su esposa el comenta que ya su relación no es la misma por que ella casi no habla con el.

ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES

Su madre padece de diabetes mellitus tipo II, su padre es alcohólico al igual que su hermano mayor y eso le da mucho coraje ya que dice no tener el valor suficiente para hacerles ver el mal que les ocasiona, desde que ella tiene uso de razón siempre ha habido violencia intrafamiliar ya que su padre siempre ha golpeo a su madre y hasta la fecha lo sigue haciendo.

ANTECEDENTES PERSONALES

Refiere haber presentado un cuadro de cefalea cuando tenía 12 años el cual desapareció al año. Ella tiene una hija de año $\frac{1}{2}$ la tuvo por vía vaginal con partera ya que su bebe nació en Puruandiro Mich, fuma desde los 13 años consumiendo hasta la fecha 4 cigarros diariamente.

PADECIMIENTO ACTUAL

Actualmente padece Preeclampsia leve, ella esta llevando acabo el tratamiento recomendado por el medico Nifedipina 10mg. Sublingual.

EXPLORACIÓN FÍSICA

SINTOMAS OBJETIVOS

T/A: 140/90mm/Hg

Frecuencia cardiaca 84

Frecuencia respiratoria 21

Temp. 37

Peso: 69 kg.

Talla: 1.60

Edema en sus miembros inferiores

Orientada en tiempo y espacio

Aspecto limpio

SINTOMAS SUBJETIVOS

Ansiedad

Insomnio

Agresiva con su hija y esposo

Estreñimiento

METODOLOGIA DE ENFERMERIA

VALORACION POR NECESIDADES SEGÚN DOROTHEA E. OREM

1. Mantenimiento de aporte suficiente de oxígeno.

En base a la exploración física que se le realizó se observa una Frecuencia Respiratoria de 21 por minuto con un ritmo y amplitud normal. Tensión arterial de 140/90 mm/Hg, Frecuencia cardíaca 84 por minutos pulso rítmico.

2. Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

No existen evidencias de deshidratación pero sin embargo refiere un consumo de 1500 ml. de agua al día.

3. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

Antes del embarazo pesaba 55 kg y actualmente pesa 69 lo cual implica una ganancia de peso de 8 kg. Talla: 1.60 m refiere llevar a cabo una dieta hipoproteica y sin restricción alguna de sal.

4. La prestación de la asistencia que se asocia con los procesos de eliminación y los excrementos.

Su hábito intestinal es 1 vez cada tercer día, refiere presentar alteraciones al evacuar como pujar al momento de ir a baño, las características de eses fecales son color café y de consistencia dura. Su frecuencia urinaria es de 4-5 veces al día su característica es turbia; Sudoración cutánea normal, menstruación normal.

Temp: 37° C.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

No lleva acabo ningún tipo de actividad ya que nada más camina cada que va de compras esto es cada tercer día el resto de tiempo se la pasa en su casa viendo televisión. Refiere dormir habitualmente 4-6 horas, ya que presenta dificultad para conciliar el sueño cada que dice despertar siente mucho cansancio, lleva más de un mes sin poder dormir adecuadamente, se observa insomnio, bostezo, ojeras y habitualmente las pesadillas interrumpen su sueño.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Considera que su relación con su familia es regular, ya que su familia no se encuentra con ella además dijo que casi no puede ver a su padre y hermano ya que ambos son alcohólicos y violentos con su madre con los que interactúa mas es con su marido es hija.

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

Esta orientada en tiempo y espacio, presenta problema de concentración, refiere que su madre padece diabetes y que su tía presento preeclampsia hace 10 años.

8. Funcionamiento humano y grupos sociales

Se acepta tal cual es tanto en su físico como en los cambios corporales de su enfermedad, considera que su vida no ha sido tan productiva como ella quería

ya que dice estar muy chica para tener otro bebe a su corta edad, se observan alteraciones emocionales como la ansiedad, negatividad, irritabilidad y agresión.

DIAGNOSTICOS

DIAGNOSTICO ENFERMERO No.1

Ansiedad: Estado en que la persona experimenta una sensación de inquietud cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo.

Ansiedad Relacionada con amenaza de pérdida de la salud y vida Manifestado por expresión de preocupación, irritabilidad, trastornos del sueño, tensión facial y llanto.

OBJETIVO

La usuaria identificara los acontecimientos que le generan ansiedad.

PLANEACIÓN

- ✓ Proporcionar una atmósfera que facilite la confianza.
- ✓ Insistir en que todo el mundo presenta ansiedad de vez en cuando.
- ✓ Hablar despacio y con tranquilidad, utilizando frases cortas y sencillas.
- ✓ Transmitir una sensación de comprensión y empatía
- ✓ Proporcionar medios físicos que puedan ayudar a la relajación muscular como son baños calientes y masoterapia.

- ✓ Reducir la estimulación ambiental, ruidos.
- ✓ Explicarle las normas y funcionamiento de la unidad de hospitalización en la que tendrá a su bebe.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

- ✓ La confianza es un primer paso esencial en la relación terapéutica. Es la creencia en que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos.²²
- ✓ Del total de personas que han padecido alguna vez ansiedad, las estadísticas afirman que el 54% son mujeres y el 46% hombres. Ellas son más propensas a padecer un trastorno de ansiedad como fobias y estrés postraumático. Estas diferencias se deben a factores biológicos, hormonales y sociales que hacen a las mujeres más vulnerables que el género masculino.²³
- ✓ El platicar con tranquilidad, en forma clara y precisa la paciente nos puede entender mejor lo que le queremos decir esto puede ayudar a que la paciente se desahogue, como permitirle llorar y escucharla que es lo más importante.
- ✓ La comprensión es la actitud tolerante para encontrar como justificados y naturales los actos o sentimientos de otro. Es en este momento nos percatamos que la comprensión va más allá de “entender” los motivos y circunstancias que rodean a un hecho, es decir, no basta con saber que pasa, es necesario dar algo más de nosotros mismos.²⁴
- ✓ La empatía es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder

correctamente a sus reacciones emocionales. Las personas empáticas son aquellas capaces de escuchar a los demás y entender sus problemas y motivaciones, que normalmente tienen mucha popularidad y reconocimiento social, que se anticipan a las necesidades de los demás y que aprovechan las oportunidades que les ofrecen otras personas.²⁵

- ✓ El efecto del agua caliente presenta una acción relajante sobre los vasos sanguíneos, los músculos y los nervios, fomentando la actividad funcional de las células corporales.²⁶
- ✓ El masaje es un sistema de contacto terapéutico en el que el tacto dado que una de las funciones de la piel es recibir impresiones mediante receptores específicos y corpúsculos reactivos, trasmitirlas y procesarlas para elaborar sensaciones. Los efectos del masaje son: incremento sanguíneo o linfático en la región tratada, disminución de inflamación peri articular, relajación muscular, restaurar la vitalidad.²⁷
- ✓ El reducir la estimulación ambiental y ruidos es parte fundamental para que se lleve un platica adecuada sin intervención alguna ya que ayuda a una mejor concentración y no sentirse ansiosa o estresada por lo ruidos.
- ✓ El platicar acerca de cómo funciona el hospital en donde nacerá su bebe es de suma importancia ya que se explica los procedimiento que se llevaran acabo cuando este internada ya que a veces tienen concepto erróneo de lo que les hacen en el hospital.

EJECUCIÓN

Se le incentivo para obtener seguridad al permanecer junto a ella durante 3 hrs. el día 26, 28 de junio y 25,26 de julio del 2007 en su casa en Álvaro Obregón, se compartieron experiencias similares a la que esta pasando ella de tal manera que se coadyuva a disminuir ésta, al momento de estar entablando la plática, la paciente mostró tranquilidad y se expreso en forma clara. Se estableció empatía, contacto físico, la paciente expreso demasiada ansiedad por no saber que le ocurría, por esta razón termino llorando y eso le ayudo a desahogar un poco su ansiedad. Cuando logro estar más tranquila platico algunos aspectos de su familia. Se le proporcionaron medidas físicas que pueden ayudar a su relajación como son un baño con agua caliente estas actividades las llevaba a cabo diariamente. Se le explicaron las normas y funcionamiento de la unidad de hospitalización en la que tendrá a su bebe.

EVALUACIÓN

Se logró el objetivo deseado ya que la paciente si colaboro de forma adecuada, esto se observo al momento de platicar con ella cuando se le hizo visita domiciliaria el día 26,28 de junio, 25 y 26 de julio del 2007.

DIAGNOSTICO ENFERMERO No.2

Impotencia: Percepción de que las propias acciones no varían significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o los acontecimientos inmediatos.

Impotencia Relacionada con falta de influencia en el cambio conductual de consumo de alcohol de su padre y hermano Manifestado verbalmente.

OBJETIVO

La paciente lograra entablar una relación positiva con su papá y hermano alcohólicos.

PLANEACIÓN

Explicarle a la usuaria lo importante que es entablar pláticas positivas con su papá y su hermano de tal manera que se incida sobre el daño que les ocasiona el alcohol a su organismo.

FUNDAMENTACIÓN

Expresar los sentimientos incrementa la comprensión del estilo personal de afrontamiento ante cualquier situación.

EJECUCIÓN

Se le explico la importancia que tiene que platique con su familia respecto al alcoholismo, se le pidió que permaneciera tranquila cuando platicara con ellos.

EVALUACIÓN

La usuaria logro entablar una relación positiva con su padre y hermano lo cual, le ayudo a permanecer mas tranquila ya que logro que reflexionaran lo perjudicial que es el alcohol y a partir de esto, se integraron a un centro de rehabilitación. Ella realizo búsqueda de información respecto al alcoholismo para así poder llevar acabo charlas con su padre y hermano respecto a los efectos indeseables del alcohol.

DIAGNOSTICO ENFERMERO No.3

Estreñimiento: estado en que la persona experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución en la frecuencia y/o por la eliminación de heces duras y secas.

Estreñimiento Relacionado con falta de ejercicio, dieta pobre en residuos (fibra), el embarazo, estrés, manifestado por sensación de presión rectal, náusea, heces duras, esfuerzo excesivo para la defecación.

OBJETIVO

La paciente mejorara su hábito intestinal.

PLANEACIÓN

- ✓ Planificar una dieta rica en residuos y fibras (frutas frescas sin pelar, verduras, salvado, hortalizas, pan y cereales integrales).
- ✓ Recomendar una ingesta mínima de 2 L de líquidos al día.
- ✓ Ayudar a adoptar una posición en semicuclillas normal para permitir la utilización óptima de los músculos abdominales y aprovechar el efecto de la fuerza de la gravedad.
- ✓ Enseñar la importancia de responder a la necesidad urgente de defecar.
- ✓ Pedirle que camine 30 min. diariamente.

FUNDAMENTACIÓN

Son necesarios suficientes residuos en la dieta como es la fibra para proporcionar volumen fecal; existen 2 tipos de fibras soluble e insoluble la

insoluble es: Celulosa y algunas semicelulosas que no se disuelven en agua este tipo de fibra predomina en alimentos como el salvado de trigo, granos enteros y algunas verduras, su principal efecto en el organismo es aumentar el volumen de las heces y disminuir su consistencia y su tiempo de tránsito a través del tubo digestivo Como consecuencia, este tipo de fibra, al ingerirse diariamente, facilita las deposiciones y previene el estreñimiento. **Fibra soluble:** Está formada por componentes (inulina, pectinas, gomas y fructooligosacáridos) que captan mucha agua y son capaces de formar geles viscosos. Este tipo de fibra también aumenta el volumen de las heces y disminuye su consistencia. Este tipo de fibra predomina en las legumbres, en los cereales (avena y cebada) y en algunas frutas. Las dietas blandas y las dietas pobres en fibra contienen pocos residuos y, por tanto, crean insuficientes residuos de productos de desecho para estimular el reflejo de la defecación. La alimentación irregular también puede alterar la defecación regular.²⁸

- ✓ Cuando la ingestión de líquidos es inadecuada el quimo se seca más de lo normal. Y las heces son más duras. Además, la disminución de la ingestión de líquido lentifica el paso del quimo por el intestino, con lo que la reabsorción de líquido del quimo aumenta. una eliminación fecal sana suele precisar una ingestión diaria de líquido de 2000 a 3000 mL.
- ✓ Ayudar a adoptar una posición en semicucullas normal permite la utilización óptima de los músculos abdominales y aprovechar el efecto de la fuerza de la gravedad.
- ✓ El responder a la necesidad de defecar es de suma importancia ya que si se ignora esta necesidad, sigue reabsorbiéndose agua, con lo que las heces son más duras y difíciles de expulsar. Cuando se inhiben o ignoran los reflejos normales de la defecación, estos reflejos

condicionados tienden a debilitarse progresivamente. Cuando se ignora de forma habitual, la necesidad de defecar finalmente se pierde.

- ✓ La actividad física frecuentemente favorece el tono muscular necesario para la expulsión de las heces también aumenta el riego sanguíneo del tubo digestivo, lo cual promueve el peristaltismo y facilita la evacuación de las heces.²⁹

EJECUCIÓN

Se le explico la importancia que es llevar una dieta rica en fibras así como la ingesta adecuada de líquidos.

Se le emplearon técnicas para la defecación como la posición de semicuclillas, masaje, la importancia de responder a la necesidad de defecar y la actividad diaria.

EVALUACIÓN

El objetivo planteado se cumplió satisfactoriamente ya que se realizaron las actividades programadas y el plan continua sin cambios.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 4

Alteración del patrón del sueño: Estado en el que la interrupción del tiempo de sueño provoca, malestar o interfiere con el estilo de vida deseado.

Alteración del patrón del sueño Relacionado con ansiedad, amenaza de pérdida de la salud y vida Manifestado por expresión verbal, dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, despertarse antes de lo deseado, cansancio, irritabilidad, párpados inflamados, bostezos, ojeras, postura de cansancio, llanto.

OBJETIVO

La paciente dormirá de 6-8 horas ininterrumpidas por la noche.

PLANEACIÓN

- ✓ Animar a la paciente que inicie un hábito de caminar durante el día 30min diarios, pero no 2 o 3 horas antes de acostarse.
- ✓ Ayudar al cliente a identificar las maneras de eliminar las preocupaciones estresantes sobre el trabajo antes de acostarse por ejemplo, dedicar un tiempo antes de dormir a leer una novela.
- ✓ Animar al cliente a establecer un hábito a la hora de acostarse y un patrón normal de sueño.
- ✓ Que se de una ducha con agua tibia antes de acostarse para que su cuerpo se relaje.
- ✓ Explicarle algunas razones que provocan trastornos del sueño durante el embarazo (p.ej. calambres en las piernas, lumbalgia).
- ✓ Controlar un entorno, el ruido, la temperatura y la luz de la habitación.
- ✓ Sugerirle tomar un vaso de leche antes de acostarse ya que es una bebida ligera.
- ✓ Enseñara al cliente a realizar relajación muscular antes de irse a dormir.

FUNDAMENTACIÓN

- ✓ El ejercicio aumenta los grados de actividad y la necesidad de dormir. El ejercicio justo antes de irse a dormir es un estimulante que impide dormir.
- ✓ Un exceso de preocupación antes de acostarse pueden estimular e impedir el sueño.
- ✓ Mantener un plan consistente ayuda al sueño inducido.³⁰
- ✓ El efecto del baño con agua caliente presenta un efecto relajante sobre los vasos sanguíneos, los músculos y los nervios, fomentando la actividad funcional de las células corporales.²⁶
- ✓ Muchas mujeres embarazadas padecen dolorosos calambres en las piernas. Se desconocen las causas de este padecimiento, aunque resulta molesto, la mayoría de las pacientes se tranquilizan cuando se les asegura que se trata de una molestia normal del embarazo.³¹
- ✓ Es frecuente en muchos embarazos, después de tensión o fatiga, cargas o paseos excesivos es frecuente una lumbalgia menor, la lumbalgia leve apenas suele requerir algo más que la eliminación de la tensión y en ocasiones un corsé ligero. En los casos graves la mujer será incapaz de andar o incluso de permanecer cómoda sin el apoyo proporcionado por un corsé ajustado y periodos prolongados de reposos.³²
- ✓ Para crear un ambiente propicio para el reposo es necesario disminuir las distracciones ambientales, como son los ruidos, la luz encendida son factores que generan no conciliar el sueño favorablemente.

- ✓ La leche y los alimentos con proteínas contienen triptófano, un precursor de la serotonina, al que se atribuye la capacidad de inducir y mantener el sueño.
- ✓ La terapia de relajación puede ayudar a reducir la ansiedad, que interfiere con el sueño.³⁰

EJECUCIÓN

Con la ayuda de su esposo se le brindo un ambiente de comodidad favoreciendo su descanso. Se le ofrecieron estrategias para poder conciliar el sueño más fácilmente como fue, caminar, baño con agua tibia, masajear en espalda, y se le explico lo importante que es que duerma de 8-10 horas diarias.

EVALUACIÓN

El objetivo se logró de forma eficaz ya que logró conciliar el sueño hasta por 8 horas diarias, al igual comenzó con la realización de caminar por las tardes.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 5

Déficit de conocimiento: Estado en que un individuo carece de las habilidades o información para manejar con éxito sus propios cuidados de salud.

Déficit de conocimiento Relacionado por desconociendo de la fuentes, mala interpretación de la información y falta de interés Manifestado por seguimiento inexacto de cuidados para la salud, información incompleta o errónea, insatisfacción con la propia capacidad para manejar los cuidados y búsqueda de información.

OBJETIVO

La paciente y su esposo adquirirá los conocimientos y/ o habilidades necesarias para manejar su situación de salud.

PLANEACIÓN

- ✓ Respetar el ritmo de aprendizaje de la persona / familia; dar los conocimientos de forma gradual, retroalimentación frecuente, dedicar unos minutos al inicio de la sesión para recordar la información de la sesión anterior.
- ✓ Favorecer el aprendizaje en un entorno tranquilo y sin interrupciones.
- ✓ Proporcionar métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuados a la capacidad de la paciente y al tema a tratar; material escrito, información oral, demostración repetida de técnicas, simulaciones.
- ✓ Proporcionar material permanente (escritos, dibujos), de los principales puntos a recordar a fin de poder consultarlo en caso de duda.

FUNDAMENTACIÓN

- ✓ Es importante respetar el ritmo de aprendizaje de cada individuo ya que si insistimos la persona no aprenderá de forma adecuada.
- ✓ Esto desarrolla un entorno propicio para el aprendizaje.
- ✓ Cuando se lleva acabo una exposición es necesario que se manejen métodos como es la ilustración, televisión, láminas ya que es una forma de captar mejor las cosas.

- ✓ El proporcionar material permanente ayuda a las personas que cuando presenten alguna duda puedan recurrir al formato que se les otorga con los principales puntos ya antes mencionados, además de que les sirve de recordatorio.
- ✓ El conocimiento respecto a los factores que causan alteraciones en la presión arterial en el proceso de gestación y el contar con información respecto a esta situación a través de fuentes fidedignas y profesionales como lo es en este caso de Enfermería favorece la colaboración de la paciente para atender y controlar dichas alteraciones.

EJECUCIÓN

Al momento de llevar acabo la sesión se le invito al esposo a que también participara junto con su esposa, se dio inicio con la ponencia de forma clara y precisa y se observo que ambos estaban muy atentos a lo que les explicaba, al termino de la primera sesión se les cuestiono respecto a lo abordado y de igual manera aclarar dudas respecto a ello.

Las sesiones se llevaron a cabo en la casa de Álvaro Obregón el día 25/Junio /2007, el lugar estaba tranquilo lo cual, favoreció para que no hubiera interrupción alguna y de esta manera el ambiente generado fue de confianza lo que permitió la indagación profunda de la situación y la apertura y confianza para llevar a cabo cuestionamientos.

Se les proporcionaron los métodos de enseñanza/aprendizaje más adecuados a la capacidad de la paciente y su esposo y al tema a tratar; material escrito, información oral, demostración repetida de técnicas, simulaciones. Se les Proporciono material permanente (escritos, dibujos), de los principales puntos a recordar a fin de poder consultarlo en caso de duda. A finales de Julio se llevo acabo una verificación de la información proporcionada para lo cual, se observo y evidencio la asertividad de la pareja.

EVALUACIÓN

El objetivo se logró ya que ambos adquirieron los conocimientos necesarios, mostrando desempeño e interés por aprender todo acerca de este proceso fisiológico alterado.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 6

Exceso de volumen de líquidos: Estado en que la persona experimenta un aumento de la retención de líquidos isotónicos.

Exceso de volumen de líquidos relacionado con incremento en el aporte de sodio, disminución de proteínas plasmáticas y embarazo. Manifestado, por edema, incremento de peso, piel brillante.

OBJETIVO

La paciente disminuirá en su dieta las cantidades de sodio agregada a los alimentos y aumentará las cantidades de proteína que consume diariamente.

PLANEACIÓN

- ✓ Se tomara la T/A cada 1 hora para evitar complicaciones posteriores en caso de que presente complicaciones se canalizara a un hospital de tercer nivel.
- ✓ Registra su peso corporal cada 15 días.
- ✓ Confeccionar conjuntamente una dieta hiper proteica e hiposódica.
- ✓ Decirle que en el estado que se encuentra es muy riesgoso que continúe consumiendo sal de mesa, ya que este hace que retenga más líquido de

lo normal al igual eleva su presión arterial y eso es perjudicial tanto para ella como para su bebe.

- ✓ Capacitar a la paciente respecto a adecuada (posición de decúbito lateral izquierdo) para favorecer una mejor circulación.

FUNDAMENTACIÓN

- ✓ La presión arterial puede variar cada hora, se eleva como mayor resultado de una mayor resistencia vascular periférica por vasoconstricción periférica y espasmo arteriolar.
- ✓ El sodio es necesario para mantener el volumen adecuado de sangre circulante. Las restricciones deben ser supervisadas por un profesional sanitario.
- ✓ El edema durante el embarazo se cree debido a la vasodilatación periférica, a la retención de agua y sodio, a la disminución del umbral de la sed, al aumento de la presión capilar en las extremidades inferiores por el crecimiento del útero y a los cambios en el sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- ✓ El decúbito lateral izquierdo elimina el peso del útero grávido sobre los vasos, aumenta el retorno venoso al corazón y mejora la función renal.

33

EJECUCIÓN

Durante el resto del embarazo se le tomo la T/A para estar valorando su estado de salud el cual permaneció 140/90 mm/Hg.

Tuvo un incremento de peso de 8 Kg., Se le explico lo importante que es llevar una muy buena alimentación baja en sodio y conjuntamente una dieta normo proteica, en lo cual la paciente comenzó a implementar más proteínas en sus comidas como son las verduras y más carnes rojas, al igual disminuyo en forma eficaz la sal de mesa. Se le pidió que elevara sus pies cada que permaneciera sentada para obtener una mejor circulación venosa. Al igual se le dijo que asistiera al medico de inmediato en caso de sentirse mareada, y que sus pies se estén edematizando más de la cuanta.

EVALUACIÓN

El objetivo se logró ya que disminuyo en su dieta las cantidades de sodio y aumento cantidades de proteínas en su dieta.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 7

Fatiga: Estado en el que un individuo experimenta una sensación abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental.

Fatiga relacionado enfermedad manifestado por expresión de falta de energía, desinterés.

OBJETIVO

La paciente disminuirá la fatiga para poder realizar sus actividades cotidianas.

PLANEACIÓN

- ✓ Favorecer la sensación de seguridad explicando que la fatiga se debe a una depleción de las reservas de energía y que requiere cierto tiempo para la recuperación.

- ✓ Considerar la posibilidad de un periodo de reposo lejos de las exigencias y presiones diarias como es la reducción de cosas del hogar.
- ✓ Enseñarle a realizar ejercicios de estimulación en sus extremidades y también a que cambie de posiciones.
- ✓ Solicitarle que trate de pensar en cosas agradables para que así pueda estar más motivada que antes, como es en la llegada de su próximo bebe al igual que la visita de su familia.

FUNDAMENTACIÓN

- ✓ El masaje en la espalda posee la capacidad de desencadenar una respuesta de relajación. Un masaje simple de tres minutos en la espalda puede potenciar la comodidad y la relajación del paciente, y ejercer positivos sobre parámetros cardiovasculares como la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria ya que el objetivo de este es aliviar la tensión muscular, promover la relajación física y mental y aliviar el insomnio.²⁵

EJECUCIÓN

Se le explico que la fatiga se debe a una disminución de las reservas de energía y que requiere cierto tiempo para la recuperación y que la mejor forma es descansar lo necesario lo que son de 8 a 10 horas, considerar la posibilidad de un periodo de reposo lejos de las exigencias y presiones diarias como es la reducción de cosas del hogar. Se le enseñó como dar masaje en la espalda y para que sirve este mismo. Se le pidió a la paciente que pensara en cosas agradables como es la llegada de su bebe al igual la de su familia.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió totalmente ya que aprendió los ejercicios adecuados para la relación muscular al igual que su esposo ya que ahora el le da los masajes.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 8

Dificultad para el mantenimiento del hogar Relacionado con enfermedad, falta de organización familiar, y niño pequeño en casa Manifestado por expresión de dificultad para mantener en orden y confortable el hogar, entorno desordenado y con falta de higiene.

OBJETIVO

La paciente mejorara el mantenimiento de su hogar.

PLANEACIÓN

- ✓ Incentivar a su esposo para que coadyuve en las labores domesticas a fin de favorecer el mantenimiento del hogar.
- ✓ Hacer participe del mantenimiento del hogar a la niña con actividades acorde a su edad.

EJECUCIÓN

El esposo ha estado participando en las labores del hogar hasta el momento. La niña ha colaborado en recoger sus juguetes y para que la actividad se llevara acabo se diseño un baúl para que la niña guardara sus juguetes.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió satisfactoriamente y el plan continúa sin cambios.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 9

Manejo efectivo del régimen terapéutico personal: Patrón de regulación en la vida diaria de un programa para el tratamiento de las enfermedades y de sus secuelas que resulta satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

Manejo efectivo del régimen terapéutico personal relacionado con su enfermedad manifestada por expresión verbal en querer mejorar su salud y continuar con su tratamiento.

Objetivo

La paciente fortalecerá la conducta a través de la ingesta de sus medicamentos indicados.

PLANEACIÓN

- ✓ Revisar conjuntamente los objetivos de salud de la usuaria; si es adecuado, ayudarle a reformularlos.
- ✓ Durante la visita crear un ambiente tranquilo y seguro y mantener una actitud empática.
- ✓ Explicar la importancia de la toma de medicamentos indicados de acuerdo a la dosis, horario y tipo.

FUNDAMENTACIÓN

- ✓ El hacer hincapié en los objetivos es para verificar si todos continúan sin cambio alguno y fortalecerlos.
- ✓ **Metildopa:** Esta indicada en hipertensión, leve o severa, La metildopa reduce la presión arterial tanto en decúbito como de pie. Usualmente produce importantes reducciones de la presión arterial en decúbito con raros casos de hipotensión sintomática postural. La hipotensión durante el ejercicio y las variaciones de la presión arterial diurna ocurren raramente. La disminución máxima de la presión arterial ocurre cuatro a seis horas después de la administración por vía oral o intravenosa. Una vez que se ha llegado a una dosificación eficaz, la mayoría de los pacientes presenta una respuesta suave de la presión en 12 a 24 horas. Al suspender la administración de metildopa, la presión arterial suele volver a sus valores anteriores al tratamiento en 24 a 48 horas.

Vía oral y dosis: 500mg diarios

En el embarazo ha sido empleado bajo estrecha supervisión médica y obstétrica en el tratamiento de la hipertensión durante el embarazo, y no hubo ningún indicio clínico de que causara anomalías fetales o afectara al recién nacido.

Los reportes publicados sobre el uso de la metildopa durante todos los trimestres del embarazo, indican que si este medicamento se administra durante el embarazo, es remota la posibilidad de daño fetal.³⁴

EVALUACION

Se verifica el manejo efectivo del régimen terapéutico y continua con ello.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA REAL No 10

Conflicto del rol parenteral: Estado en que uno de los progenitores experimenta confusión y conflicto del rol en respuesta a una crisis.

Conflicto del rol parenteral relacionado con descuido de su hija manifestado por agresión verbal a ésta.

OBJETIVO

La madre mostrará más atención a la menor y disminuirá la agresión verbal hacia la misma.

PLANEACIÓN

- ✓ Decirle a la madre que es normal que la niña pida un poco de atención, la niña resiente que va a ser sustituida por su hermanito.
- ✓ Fomentar el permanecer con la niña todo el tiempo posible, estimulando en la medida el contacto físico, caricias, abrazo, jugar con ella y sobre evitar los gritos ya que lo único que va a provocar es que la niña comience también a gritar al igual que ella.

EJECUCIÓN

Se llevo acabo una plática con la pareja respecto al trato de la menor se les explico de lo importante que es que traten a la niña en estos momentos, la menor no comprende muy bien lo que esta pasando necesitan hablar con ella, el padre expreso que la madre se volvió muy agresiva desde que empezó el

embarazo y que el ha tratado de hablar con ella, y que cuando el llega de trabajar se lleva a la niña jugar ya que la niña esta comenzado a gritar igual que la madre y eso a el le molesta dice que ella no entiende que tiene una hija de la cual debe hacerse cargo.

EVALUACIÓN

El objetivo se cumplió ya que la madre logro prestarle más atención a la menor, ya no le grita, sale con ella a jugar, es más cariñosa con ella y se ve un semblante diferente en la menor.

VI.- CONCLUSIONES

La metodología de la intervención de enfermería es una herramienta útil para el trabajo de enfermería. Se concluye que el proceso atención enfermero nos permite brindar al paciente una atención integral en las dimensiones físicas, psicológica y social, así como espiritual, y cultural. Por lo que se debe de brindar una mejor atención de calidad a las mujeres con esta patología, y así poder obtener mejores resultados en los objetivos.

Fue de suma importancia darme cuenta como inicia la patología, cuales son los síntomas, el tratamiento y sobre todo de las actitudes de las madres de que no tienen el conocimiento adecuado acerca de su patología en este caso la preeclampsia leve.

Durante la realización del trabajo me di cuenta de lo importante que es educar a la población con la enfermedad de preeclampsia sobre los cuidados que debe de llevar , además de haber obtenido una gran satisfacción como profesionista ya que el proceso me hizo ver que en verdad se pueden lograr muchos objetivos deseados como es brindar salud y a buscar la mejor manera de que el paciente salga adelante y sobre todo que este enterado que cuenta con el personal de enfermería que estamos preparados para su bienestar.

De ahí la importancia de apoyar al paciente dentro y fuera de las instituciones como es; hacer visita domiciliaría.

Al igual es de suma importancia observar como al elaborar una serie de intervenciones bien planteadas se puede dar una atención no de cantidad si no de calidad al usuario independientemente en el área clínica que se encuentre el usuario.

VII.- SUGERENCIAS

- ✓ Fomentar la participación de los familiares en el seguimiento del régimen terapéutico, por parte del personal de enfermería.
- ✓ Que cada día más profesionales del área de la salud le tomen más importancia a las herramientas con las que contamos como es el proceso enfermero ya que con este podemos dar una mejor calidad al usuario.
- ✓ Romper con el esquema de la rutina en el área hospitalaria ya que debemos prestar más interés por empezar a prevenir que es lo primordial y así otorgar una mejor calidad de vida.
- ✓ Tener muy en cuenta que la prioridad es el usuario.

VIII.- GLOSARIO DE TERMINOS

NANDA

Asociación Norteamérica de diagnósticos de enfermería

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).

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 suaves con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.

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 aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

AGENTE

Persona que se compromete a realizar una serie de acciones o que tiene poder para hacerlo.

HIPERTENSIÓN

Se define como una elevación de las presión sistólica y diastólica que igualan o superan los 140/90mm de Hg. Cuando se conocen las presiones arteriales del primer trimestre, sirven como valores basales de la mujer.

HIE

Hipertensión inducida por el embarazo

TOXEMIA

Presencia de toxinas en la sangre.

PREECLAMPSIA

La preeclampsia también es conocida como hipertensión inducida por el embarazo (HIE), se le conoce también como toxemia, termino utilizado desde fines del siglo XIX cuando se consideraba como causa la presencia de un tóxico en la sangre.²⁶ Es una alteración específica del embarazo en la que se desarrolla hipertensión después de las 20 semanas de gestación en una mujer que antes estaba con hipertensión normal, es un proceso multisistémico de enfermedad vasoespástica caracterizado por hemoconcentración, hipertensión y proteinuria.

ECLAMPSIA

Forma más grave de toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones similares a las del gran mal, como, hipertensión, proteinuria y edemas. Los

²⁶ Dr. Llaca V, Fernández J. Obstetricia Clínica. México, D.F.: Editorial McGraw-Hill interamericana, pp. 2000. p.p 289-299

síntomas de convulsión inminente suelen incluir ansiedad, dolor epigástrico, cefalea y visión borrosa.

HIPERTENSIÓN CRÓNICA

La hipertensión crónica se define como la hipertensión que se origina antes del embarazo o se diagnostica antes de las 26 semanas de gestación.

PROTEÍNURIA

Presencia de cantidad excesiva de proteína, generalmente albúmina, en la orina. Un adulto sano elimina menos de 250 mg. de proteína al día. La proteinuria persistente suele ser de signo de enfermedad renal o complicación renal de un trastorno de otro origen, como la hipertensión y la insuficiencia cardíaca. También puede deberse a ejercicio forzado o a fiebre.

EDEMA

Acumulo anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericardio, espacio intrapleural, cavidad peritoneal o cápsulas articulares. Puede estar causado por aumento de la presión hidrostática capilar, obstrucción venosa. También puede deberse a pérdida de proteínas. Cuando el edema de un miembro se debe a estasis venosa, la elevación de la extremidad y el uso de medias o manguitos elásticos facilitan el retorno venoso.

ACUFENOS

Sensación de zumbidos en los oídos.

IX.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Usandizaga J A, P de la Fuente, Tratado de obstetricia y Ginecología, Editorial McGraw-Hill interamericana de España 1997 P.381, 382
- 2.- Datos otorgados por la Secretaria de Salud de Morelia Michoacán. Consultado el día 11/Junio/2007
- 3.- Departamento de Estadísticas del Hospital Dr. Miguel Silva. (Recuperado Junio 2007).
- 4.- Juárez A. Cambio de Michoacán. Muerte materna en la entidad. [3 páginas]. Disponible en: <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/vemota.php?> Consultado 2 Abril, 2007.
- 5.- Bertha Alicia Rodríguez Sánchez. Proceso Enfermero, Editorial Cuellar, Guadalajara, Jal. México. Pág. 29-33 y 35.
- 6.- Amparo Roldán de T, María Stella Fernández de S. Proceso de Atención de enfermería. [11 páginas]. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/proceso.htm> . Consultado abril 3, 2007
- 7.- Arlene Concepción Acosta Euá, proceso de enfermería. [2 páginas]. Disponible en: <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/proceso/introducci%3n.html>. Consultado Agosto 29 2007.
- 8.- Phaneuf Margot, La planificación de los cuidados. McGraw-Hill. México: 1999. p. 43-47
- 9.- El Proceso de atención de enfermería. [20 páginas]. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> Consultado marzo 25, 2007
- 10.- Taylor S, Compton A, Donohue J, Emerson S, Gashti N, Marriner Ann. "et al", Antología de teorías y modelos, Dorothea E. Orem, 3er semestre, Morelia, Mich, Mayo de 2003. p.66 - 77.
- 11.- Dr. Llaca V, Fernández J. Obstetricia Clínica. McGraw-Hill Interamericana México: 2000., pp. 289-299.

- 12.- Stepp E, Smith J. Manual de Embarazo y parto de alto riesgo. Elsevier. España: 2003. p. 481- 489.
- 13.- Low Dermilk Perry BoBak. Enfermería materno infantil. 6ª ed. México, D. F.: Editorial Harcourt Brace interamericana;1998 p. 727 - 729,734,735.
- 14.- Benson / Pernoll. Manual de Obstetricia y Ginecología novena ed. México, D. F.: Editorial Mc-Graw-Hill. Interamericana 1994 p. 375, 379, 380
- 15.- Aller JP. Obstetricia Moderna. Mc-Graw-Hill interamericana. Mexico: 1999 p. 342-353.
- 16.- Beischer A. N, Mackay E.V, Coldite Paul. Obstetricia y Neonatología. McGraw-Hill interamericana. México: 2000. p. 223, 226.
- 17.- Medline Enciclopedia Medica preeclampsia Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000898.htm>
Consultado Marzo 25, 2007.
- 18.- Giba. M,F. D. Ginecología y Obstetricia, Editorial Limusa ,S.A. de C.V. México, D.F. 1990. p. 30-31.
- 19.- B. Olds Sally, L. London M, W. Ladewig P. Enfermería Materno Infantil. McGraw-Hill Interamericana. México: 1995. p.502.
- 20.- Cunningham, Mac-Donal, Gant, Leveno, Gilstrap, Hankins, "et al". Williams Obstetricia, 20ª ed. Madrid España.: Editorial Media panamericana; 1998 p.648, 649.
- 21.- Perry L, Enfermería materno infantil, 6ª ed. México, D. F.: Editorial Harcourt Brace interamericana;1998 p. 734,735

22.- Laurence Cornu, Gambetta, D. Confianza. [2 páginas] Disponible en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Confianza>. Consultado Agosto 29 2007.

23.- Ansiedad infoansiedad. Disponible en:
<http://infoansiedad.blogspot.com/2007/03/ansiedad-una-mala-compaera.html>
Consultado el día 28 agosto del 2007.

24.- Comprensión. Disponible en:
http://www.proyectosalanhogar.com/Diversos_Temas/Comprension.htm
consultado Agosto 30 2007.

25.- Empatía. Disponible en: <http://www.definicion.org/empatia>. Consultado 30
Agosto 2007.

26.- Mark F. Beck . Masaje Terapéutico. Hidroterapia Madrid España, D.F.:
Editorial paraninfo. 2000 pàg. 431

27.- Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez. Fundamentos de Enfermería
3ª ed. México D.F.: Editorial El manual moderno. 2004. pàg. 138

28.-Fibra dietética [3 páginas]. Disponible en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Fibra_diet%C3%A9tica consultada el 23 agosto
2007

29.- Kozzier B, et. Al, Fundamentos de Enfermería, Vol. II 7ª ed. McGraw-Hill
interamericana España. Pág. 1334, 1345.

30.- Patricia A. Potter, Anne Griffin perry. Fundamentos de Enfermería vol. II.
5ª ed. Editorial Harcourt , Madrid España. 2000, pàg. 1293, 1294

- 31.- Benson Michael D. Perlas de Obstetricia, Editorial Interamericana. México D.F. 1991 P. 30
- 32.-Cunningham G, MacDonald P, Gant Norman, Leveno KennethL, Larry Giltrap, Williams Obstetricia, 4ta Ed, Editorial Masson Mexico D.F. 1996 p. 258.
- 33.- Juall Lynda Carpenito, Diagnosticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica, 9ª ed. , Editorial McGraw-Hill Interamericana , 2003. pág. 725.
- 34.- George E. Downs, Manual Merck, secc. 22 cap. 298. 10ª ed. Editorial Harcourt. 1999.

X.- ANEXOS

1. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

a) Descriptivos de la persona

Fecha: _____ Nombre: _____ Sexo: Mas.

()

Fem. () Edad: _____ Religión: _____

Edo. Civil: _____ Escolaridad: _____

Lugar de Residencia: _____ Domicilio actual (calle, número, colonia): _____

Características de la vivienda:

Renta _____ Propia _____ Otros _____

Material de Construcción:

Adobe _____ Ladrillo _____ Otros _____

Cuenta con los servicios básicos de vivienda:

Agua potable _____ Luz eléctrica _____

Drenaje _____ Pavimentación _____

Condiciones ambientales de la comunidad:

Servicios Básicos:

Alumbrado Público () Recolección de Basura ()

Drenaje y Alcantarillado ()

Rol que ocupa en la familia:

Padre () Madre () Hijo () Esposa/o ()

Cuantos hijos tiene: 0 () 1 () 2 () mas de 3 ()

Como es su relación con su familia:

Buena () Regular () Mala ()

Nivel de Educación:

Analfabeta () Primaria () Secundaria ()

Bachillerato () Licenciatura Otros _____

Ocupación: _____ Horario: _____

Antecedentes Laborales: _____

Ingreso Económico Familiar:

Menos de 1 S.m. () 1-2 S.m. () más de 3 S.m. ()

Dependencia económica: Sí () No ()

De quien: padres () Esposo/a ()

Otros _____

b) Patrón de Vida

¿Que actividades recreativas realiza en su tiempo libre?

Sociales () Culturales () Deportivas ()

Religiosas () Otras _____

¿Qué hace usted par cuidar su salud?

c) Estado de sistema de Salud

¿Cómo percibe su salud?

Bueno () Regular () Deficiente ()

¿A que servicios de salud acude usted regularmente?

IMSS () ISSSTE () SALUBRIDAD ()
Particular () Otros _____

Diagnostico Medico: _____

Estado de Salud:

Grave () Delicado () Estable ()

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

d) Estado de Desarrollo

¿Tiene la capacidad de tomar de decisiones respecto a su tratamiento medico?

Si () No ()

¿Cuáles son los Factores que afectan la toma de decisiones? _____

¿Quién autoriza su tratamiento medico?

II. REQUISITOS DE AUTO CUIDADEO UNIVERSALES

a) Mantenimiento del aporte suficiente de aire

Frecuencia Respiratoria: _____ Llenado de Capilar: _____

Cianosis: _____

Si () No ()

Especifique: _____

Tabaquismo:

Si () No ()

Especifique: _____

¿Cocino con leña?

Si () No () ¿Cuánto tiempo? _____

Alergias:

Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de Respiración:

Disnea () Bradipnea () Taquipnea () Polipnea ()

Nariz:

Desviación de tabique () Pólipos () Secreciones ()

Dolor () Edema () Otros: _____

Tórax:

Tonel () En Quilla () En Embudo ()

Otros: _____

Ruidos respiratorios:

Estertores () Sibilancias () Murmullo Vesicular ()

Padece alguna enfermedad pulmonar:

Si () No () Especifique: _____

Cardiovascular:

T/A: _____ FC: _____ Soplos () Arritmias ()

Otras alteraciones: _____

Al realizar algún esfuerzo físico, presenta Disnea:

Si () No ()

Apoyo Ventilatorio: _____

b) Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Valore datos de Deshidratación:

Musoca oral:	Seca ()	Hidratada ()
Piel:	Seca ()	Escamosa () Normal ()
Turgencia:	Normal ()	Escasa ()

¿Que cantidad de agua ingiere usted al día?

300-500 ml ()	500-1000 ml ()
1500-2000 ()	>a 2000 ml ()

De donde proviene el agua que consume:

Llave publica () Pipa () Entubada () Garrafón()
Otros: _____

Utiliza algún método para purificar el agua:

Si () No ()

Especifique: _____

Ingiere algún tipo de líquido durante el día:

Si () No ()

Especifique cantidad: _____

Aporte de líquidos parenterales:

Especifique: _____

c) Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Cintura: _____

Ha observado variaciones en el peso:

Si () No ()

Perdida () Ganancia ()

1-3 Kg. () 4-6 Kg. () 7-9 Kg. () >10Kg ()

Dentadura:

Completa () Faltan piezas ()
Prótesis fija () Prótesis extraíble ()

Especifique: _____

Estado de las mucosas:

Presenta algún problema en la mucosa oral.

Si () No ()

Especifique:

Lengua en tónica () Estomatitis () Xerostomia ()
Tumor oral () Leucoplaquia () Edema () Lesión oral ()
Drenaje purulento () Gingivorragia () Ulceraciones ()

Otros: _____

Alteraciones en Cara y Cuello: _____

Abdomen:

Peristaltismo: Ausencia () Disminuido ()
 Aumentado () Normal ()
 Distensión Abdominal ()

Otros: _____

Presenta algún problema en la alimentación:

Si () No ()

Cuál: Acidez () Náuseas () Vómito () Hematemesis ()
 Disfagia () Pirosis () Regurgitación () Polidipsia ()
 Polifagia () Bulimia () Anorexia () Reflujo ()
 Sialorrea () Saciedad () Eructos ()

Necesita algún tipo de ayuda para alimentarse:

Si () No ()

Especifique: _____

Tipo de Nutrición:

Sonda Nasogástrica ()

Sonda Nasoyeyunal ()

Gastroclisis ()

Nutrición Parenteral ()

Qué 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				
Deriv. De la leche				
Carnes				
Cereales				
Verduras				
Frutas				
Huevos				
Pescado				
Pastas y Harinas				

¿Con que guisa los alimentos?

Aceite () Manteca ()

Otros:

¿Cómo es su dieta habitual?

Sin restricciones ()

Diabética ()

Hiposódica ()

Hipoprotéica ()

Hiperprotéica ()

Otros: _____

d) Provisión de los cuidados asociados a los de eliminación y los excrementos

Grupo de evacuación intestinal

Presencia de:

Estoma intestinal: Colostomía () Ileostomía ()

Hemorroides () Pólipo rectal () Rectorragia ()

Otros: _____

Alteraciones al evacuar:

Tenesmo () pujo () Cólico ()

Otros _____

Apoyo para la eliminación intestinal:

Movilización () Medicación () Higiene ()

Otros _____

Evacuación intestinal:

Espontánea () Estreñimiento ()

Diarrea ()

Otros _____

Características de las eses fecales:

Café () Acolita () Melena () Otros _____

Consistencia de heces fecales:

Pastosa () Semipastosa () Líquida () Semilíquida ()

Dura ()

Grupo de eliminación vesical

Presencia de:

Incontinencia () Retención Urinaria () Tenesmo ()

Disuria () Alteraciones Uretero-vesical _____

Alteraciones en la micción:

Polaquiuria () Oliguria () Anuria ()

Apoyo para la evacuación vesical:

Movilización () Cateterismo vesical () higiene () Otros_

Características de la micción:

Ámbar () Coluria () Hematuria () Turbia ()
Otros _____

Grupo perspiración:

Cambio en los patrones normales de sudoración

Disminuida () Ausente () Aumentada ()

Condición o circunstancia:

Temperatura corporal: _____ Dolor () Alt. Emocional ()

Temperatura ambiental: _____ Otros _____

Grupo menstruación:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

e) Mantenimiento del equilibrio entre la vida y el reposo

REPOSO

¿Cuántas horas duerme habitualmente?

<6 Hr () 6-8 Hr () 8-10 Hr () >10Hr ()

¿Cómo se encuentra al despertar?

Cansado () Descanso () Fatiga () Otros _____

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño?

Si () No ()

¿Ha sufrido algún cambio su patrón de sueño?

Si () No ()

¿Desde Cuando?:

1 semana () 15 días () 1 mes () >1 mes ()

Presencia de:

Bostezo () Insomnio () Hipersomnio () Pesadillas ()

Alucinaciones () ojeras () Ronquido () Enuresis ()

Sonambulismo () Terrores nocturnos ()

Factores que interrumpen su descanso y sueño _____

¿Acostumbra a tomar siestas?

Si () No ()

¿Utiliza alguna ayuda para conciliar el sueño?

Si () No ()

ACTIVIDAD

Sistema Músculo Esquelético:

Presencia en articulaciones de:

Dolor () Rigidez () Inflamación () limitaciones ()

Contracturas () Especifique: _____

Tratamiento: _____

¿Alguna actividad física le produce dolor?

Si () No () Especifique: _____

¿Realiza algún tipo de ejercicio?

Si () No () Cual: _____ Frecuencia /Duración: _____

c) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción

Sistema Auditivo:

Presenta problemas de audición:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza apoyo para escuchar:

Si () No ()

Presencia de:

Mareo () Vértigo () Acufenos () Malformaciones ()
Tumorações () Lesiones ()

Sistema Ocular:

Presenta problemas visuales:

Si () No () Especifique: _____

Utiliza lentes:

Armazón () Contacto () Tiempo: _____

Presencia de alteraciones oculares:

Si () No () Especifique: _____

¿Con quienes convive diariamente?

Familia () Amigos () Compañeros de trabajo ()

¿Como considera sus relaciones con las personas con las que convive?

Buena () regular () Mala ()

¿A quienes recurre para platicar de sus problemas?

Familia () Amigos () Nadie () Otros: _____

Observar:

Seguridad () Timidez () Introversión () Apatía ()

Extraversión () Otros: _____

Razones que le impiden socializar

Lejanía () Enfermedad () Rechazo () Miedo ()

Dificultad para la comunicación () Otros: _____

g) Prevención peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar

Sistema Neurológico:

Estado de conciencia:

Conciente () Inconciente () Sopor ()

Estupor () Confuso () Coma ()

Glasgow: _____

Problemas con:

Concentración () Razonamiento () Especificar _____

¿Utiliza algún dispositivo de ayuda para realizar la deambulación?

Bastón () Silla de ruedas () Andador () Otros: _____

Antecedentes heredo familiares patológicos:

Si () No () Especifique: _____

Toxicomanías:

Si () No () Especifique: _____

¿Implementa medidas de seguridad en su persona y familia?

Si () No () especifique: _____

h) Funcionamiento humano y grupos sociales

¿Se acepta en su aspecto físico?

Si () No () Especifique: _____

¿Acepta los cambios corporales a partir de su enfermedad?

Si (☐) No (☐) Especifique: _____

¿Necesita ayuda para realizar las actividades para satisfacer las necesidades básicas?

Si (☐) No (☐) Especifique: _____

¿Considera que su vida es o ha sido productiva?

Si (☐) No (☐) Especifique: _____

¿Habitualmente presenta alteraciones emocionales?

Si (☐) No (☐) Especifique: _____

Depresión (☐) Ansiedad (☐) Vergüenza (☐) Temor (☐)
Desesperanza y negatividad (☐)

¿Cuál es su reacción ante una situación estresante?

Negación (☐) Inadaptación (☐) Irritabilidad (☐) Culpa (☐)
Agresión (☐) Cólera (☐)

III. REQUISITOS DE AUTO CUIDADO DE DESARROLLO

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promueven los procesos de desarrollo

1. Etapas del ciclo vital.

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

Niñez	Si (☐)	No (☐) Especifique _____
Edad escolar	Si (☐)	No (☐) Especifique _____
Adolescente	Si (☐)	No (☐) Especifique _____
Adulto Joven	Si (☐)	No (☐) Especifique _____

Edad fértil Si () No () Especifique _____

Adulto maduro Si () No () Especifique _____

2. Salud Sexual

Sistema Reproductor:

Ha recibido educación sexual

Si () No () Especifique _____

Cual es su orientación sexual _____

Con que frecuencia tiene actividad sexual _____

Esta satisfecho con su vida sexual

Si () No () porque _____

Numero de parejas sexuales: _____

Presenta alguna molestia cuando tiene relaciones sexuales

Si () No () Especifique/tratamiento _____

Utiliza algún método de planificación familiar:

Si () No () Especifique/Tiempo _____ Numero de hijos: _____

Tiene problemas de infertilidad:

Si () No () Especifique: _____

Causa /Tratamiento: _____

Presenta alguna enfermedad de transmisión sexual:

Si () No () Especifique: _____

Cirugías realizadas en aparato reproductor:

Si () No () Especifique: _____

Hombre:

¿Acude a examen Próstata/Testicular?

Si () No () Frecuencia: _____

¿Presenta problemas de erección?

Si () No () Tratamiento: _____

¿Presenta problemas de eyaculación precoz?

Si () No () Tratamiento: _____

Mujer:

Menarca: _____ Días del ciclo menstrual: _____

Tipo, cantidad y características del flujo: _____

Presenta algún problema durante su menstruación:

Si () No () Ocasional () Especifique: _____

Embarazos _____ Partos _____ Cesárea _____ Abortos _____ Óbitos _____

Partos prematuros _____ Embarazo de alto riesgo _____ Periodo Inter.

Genésico _____ Menopausia _____ Fecha de ultimo Papanicolau _____

Presencia de flujo/hemorragia transvaginal _____ Características _____

¿Existe alteración del crecimiento físico?

Si () No () Especifique: _____

IV. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

4-6 meses () 6-12 meses () >12 mese ()

No se realiza ()

Especifique: _____

¿Sabe usted de que esta enfermo?

Si () No ()

¿Qué conoce acerca de su enfermedad? _____

¿Cuándo hay campañas de salud orientadas a la detección oportuna de enfermedades, usted acude?

Si () 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 () Especifique: _____

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

Ambientales () Familiares () Personales ()

Especifique: _____