



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

00942

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA. DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

1
2ej.

LA TEORIA DE DOROTHEA OREM Y EL PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A UNA USUARIA EMBARAZADA CON INFECCION DE VIAS URINARIAS.

ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA PERINATAL PRESENTA: LIC. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

TUTOR ACADEMICO: LIC. TERESA AYALA QUINTERO



MEXICO

1998.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

26 5182



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

Por su amor, su comprensión y apoyo para el logro de una meta más en mi vida profesional, que sin ustedes no habría podido conseguir. Infinitamente gracias.

RAMÓN.

Haz participado de mis emociones y de mis hechos, dándome la fuerza y la felicidad. Eres uno de los grandes significados en mi vida. Y hoy te agradezco haber estado conmigo en un esfuerzo más.

TE QUIERO.

A MIS HIJOS :

Cesar, Liliana y Martha Lilia.
Pilares de mi vida, brillo de nuestro existir. He estado lejos en cuerpo pero mi pensamiento y corazón sólo junto a ustedes. Por ser esas personitas únicas y por haber aguantado las largas horas de ausencia y estar junto a mi...Gracias.

AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Teresa Ayala.

Agradezco la atención y ayuda que de ella he recibido.

A la Profesora Eloisa Romero.

Porque sin su guía y apoyo no hubiera sido posible culminar un sueño más. Gracias por su ayuda. No olvidaré este esfuerzo que ha hecho junto a mi.

A mis compañeras y amigas.

Quienes gracias a su apoyo contribuyeron a mantener el estímulo para seguir adelante.

GRACIAS.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.	1
2. JUSTIFICACIÓN.	2
3. OBJETIVOS.	3
4. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.	4
5. MARCO TEÓRICO	5
5.1 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.	5
5.1.1 TEORÍA DE AUTOCUIDADO.	7
5.1.1.1 Requisitos Universales.	
5.1.1.2 Requisitos de Desarrollo.	
5.1.1.3 Requisitos de Desviación de la salud.	
5.1.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	11
5.1.2.1 Déficit de autocuidado.	
5.1.2.2 Factores condicionantes básicos.	
5.1.2.3 Demanda de autocuidado terapéutico.	
5.1.2.4 Agencia de autocuidado y agencia de autocuidado dependiente.	
5.1.3 TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA.	15
5.1.3.1 Sistema Totalmente Compensatorio.	
5.1.3.2 Sistema Parcialmente Compensatorio.	
5.1.3.3 Sistema de Apoyo-Educación.	
5.2 PROCESO DE ENFERMERÍA	20
5.2.1 CONCEPTO.	
5.2.2 ETAPAS.	
5.2.2.1 Diagnóstico de enfermería (Valoración).	
5.2.2.2 Planificación de cuidados de enfermería.	
5.2.2.3 Cuidados reguladores (Ejecución).	

5.2.2.4 Control de casos (Evaluación).	
5.3 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL EMBARAZO.	25
5.3.1 Antecedentes.	
5.3.2 Factores predisponentes.	
5.3.3 Etiología y población de riesgo.	
5.3.4 Modos de contaminación.	
5.3.5 Epidemiología.	
5.3.6 Clasificación.	
5.3.7 Variantes clínicas.	
5.3.7.1 Pielonefritis aguda, Diagnóstico y Tratamiento.	
5.3.7.2 Cistitis, Diagnóstico y Tratamiento.	
5.3.7.3 Bacteriuria asintomática, Diagnóstico y Tratamiento.	
5.3.8 Daños reales y potenciales (Complicaciones).	
5.3.8.1 Ruptura prematura de Membranas, Diagnósticos y Manejos.	
5.3.8.2 Parto pretérmino.	
6. METODOLOGÍA.	45
7. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASO.	49
7.1 Valoración inicial de Enfermería.	
7.2 Evaluación de los requisitos de Autocuidado.	
7.3 Objetivos del Plan de Cuidados de Enfermería.	
7.4 Plan de Cuidados de Enfermería.	
8. CONCLUSIONES.	72
9. SUGERENCIAS.	76
BIBLIOGRAFÍA.	77
ANEXOS.	81

1. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo resume los hallazgos más sobresalientes en la realización de un estudio de caso sobre la atención especializada de enfermería a una mujer que cursa la segunda mitad del embarazo con una infección de vías urinarias agregada; considerando la incidencia y repercusiones maternas y fetales que sin duda pueden prevenirse con un proceso educativo eficaz y permanente, con la participación activa de la cliente.

La estructura del trabajo responde a un esquema general que incluye inicialmente un marco de referencia y conceptual que abarca aspectos clínicos de las infecciones de vías urinarias durante el embarazo; así mismo se incorporan aspectos teóricos y metodológicos sobre las bases de la práctica en Enfermería - particularmente la Teoría de Orem - intentando aplicarla en el área de la salud perinatal como atención especializada de enfermería sustentando las intervenciones a realizar en el caso descrito.

También se enuncian los aspectos metodológicos considerados como guías para la realización del estudio por lo tanto se señala la descripción genérica del caso, métodos y técnicas para la recolección de datos, así como el proceso de organización para realizar observaciones.

Finalmente se presentan los resultados obtenidos que, organizados de acuerdo al esquema del proceso de enfermería se describen de la siguiente forma: Valoraciones que nos permiten establecer diagnósticos de Enfermería, objetivos, intervenciones de acuerdo al déficit encontrado y la evaluación permanente.

Este es un primer ensayo de lo que pretende ser un acercamiento de la atención especializada en la salud perinatal a partir de un solo individuo; esperando sea de utilidad para el quehacer de Enfermería

2. JUSTIFICACIÓN

La infección de vías urinarias en la mujer embarazada representa un problema importante considerando la incidencia y la magnitud de los riesgos y daños de la madre y el feto. La infección urinaria es uno de los problemas más frecuentes en las pacientes embarazadas existiendo una correlación estrecha entre bacteriuria asintomática, el parto pretérmino y el bajo peso al nacer. Así mismo, la pielonefritis puede ocasionar retardo en el crecimiento intrauterino, prematuridad en el producto y anemia en la madre. Dichos problemas pueden ser abordados desde niveles preventivos de manera multidisciplinaria, teniendo un rol fundamental la enfermera especialista en salud perinatal, quien debe participar tanto en la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y efectivo así como en la rehabilitación de ser necesaria esperando conseguir un embarazo sin complicaciones, procurando que llegue a término con un bebé y una madre sanos.

Las intervenciones de la enfermera especializada estarán enfocadas hacia la educación, identificando factores de riesgo tratando de incidir sobre ellos con cuidados oportunos, acertados y persistentes para el caso, para lo cual se requiere de un exhaustivo trabajo de detección de esos factores para lograr eliminarlos o al menos atenuarlos, mejorando así las condiciones del binomio madre-hijo que necesariamente repercute en ellos y en su entorno; para la planificación de las intervenciones de enfermería se considera como eje la participación consciente y activa del cliente, como lo propone Orem, a fin de prevenir riesgos y daños.

Desde esta perspectiva, la culminación del plan de intervenciones de enfermería exitoso tenderá hacia la autosuficiencia de la paciente procurando el propio autocuidado, logrando un embarazo sin complicaciones e incorporando esa cultura en futuros embarazos.

3. OBJETIVOS

1. Identificar factores de riesgo en el caso de una embarazada con infección de vías urinarias.
2. Valorar sistemáticamente las necesidades de atención de enfermería de acuerdo con los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud a una usuaria embarazada con infección de vías urinarias.
3. Establecer los diagnósticos de enfermería para el caso de una cliente embarazada con infección de vías urinarias de acuerdo con la valoración realizada.
4. Determinar la demanda y capacidad de autocuidado de la mujer embarazada con infección de vías urinarias.
5. Determinar el sistema de enfermería aplicable en el momento de la valoración.
6. Definir las intervenciones especializadas de enfermería para el caso de una gestante con infección de vías urinarias.
7. Paralelamente asegurar que las intervenciones especializadas correspondan a los diagnósticos de enfermería y estos a la valoración realizada.

4. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

Como unidad de observación para el estudio de caso, elegí a una usuaria embarazada cursando la segunda mitad de la gestación con infección de vías urinarias agregada.

Alma, quien actualmente cuenta con 23 años de edad siendo la actual su segunda gestación encontrándose en la consulta de CIMIGEN, para control de su embarazo y tratamiento del proceso infeccioso.

Al primer contacto con ella mostró una actitud cooperadora, de disposición e interés por participar activamente en el propio proceso de su autocuidado, lo cual facilita la aplicación de la estrategia metodológica planteada.

Encontrando al valorar los requisitos de autocuidado universal, alterado el relacionado con la eliminación y los excrementos manifestado por tenesmo y pujo vesical más disuria, el de aporte de alimentos manifestándose con cifras de hemoglobina de 10.5 gr. y el de aporte de aire relacionado con desviación de tabique nasal lo que dificulta la respiración.

El seguimiento del caso se circunscribe de la 2a. mitad del embarazo, hasta antes de iniciar el trabajo de parto. (Aunque se tuvo la oportunidad de conocer la evolución y atención del trabajo de parto, parto y puerperio inmediato).

5. MARCO TEÓRICO

Existen diferentes formas de organizar cuidados de enfermería, que van desde la práctica " empírica " hasta modelos estructurados y definidos como lo puede ser el Modelo Teórico de Orem, entre otros, que ha dirigido la práctica, la investigación y el desarrollo de curriculum; por lo que resulta interesante aplicar el modelo en busca de un forma sistemática del quehacer de enfermería. Para ello es necesario conocer la teoría por lo que a continuación se describirá brevemente.

Una "teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos"¹, así mismo " favorece el desarrollo de la capacidad analítica, estimula el razonamiento, clarifica los valores y los supuestos y determina los propósitos del ejercicio profesional, educación e investigación de la enfermería." ² Así, el presente estudio de caso se apoya en el modelo planteado por la Doctora Dorothea Orem denominado:

Teoría de Enfermería sobre el Deficit de Autocuidado.

5.1. TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

Las teorías generales estructuran lo ya conocido, proporcionando las bases organizadas para el continuo desarrollo, estructuración y validación del conocimiento que tiene valor práctico para quienes ejercen dicho campo. Estas teorías en enfermería tienen un particular valor dado que tienden a proporcionar una estructura para la organización de los conocimientos de enfermería.

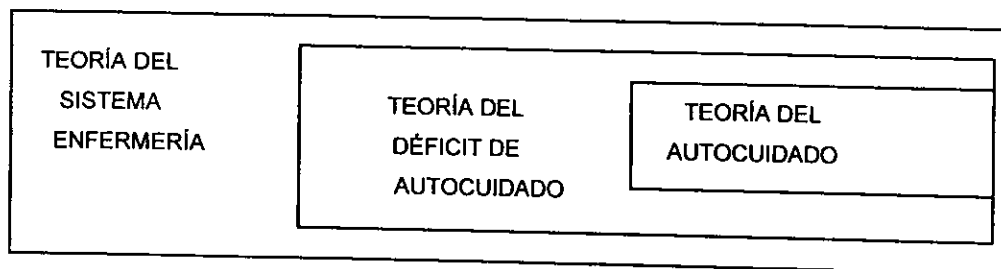
¹ MARRINER- TOMEY, Modelos y Teorías de Enfermería. p. 3

² IBIDEM. p. 3

“ La formulación y expresión de una teoría general de enfermería surge como una síntesis creativa de la conceptualización de las características dominantes que se repiten en situaciones prácticas de enfermería y de la relación entre ellas ”³

Para formalizar conceptos establecidos entre teorías y establecer la relación entre ellos, se dirigieron los esfuerzos a expresar una teoría general de enfermería integrada por la teoría de autocuidado (describe y explica el autocuidado), la teoría del déficit de autocuidado (describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas) y la teoría del sistema de enfermería (que describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se de la enfermería) que constituye la denominada Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado.

TEORÍA DE ENFERMERÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO



³ OREM D. MODELO DE OREM, Conceptos de enfermería Práctica p. 64

5.1.1 TEORÍA DE AUTOCUIDADO.

Orem define el autocuidado como "una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que ha desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en sus situaciones ambientales" ⁴, el proveedor de autocuidado se denominó agente de autocuidado; el proveedor de cuidados a un lactante, a un niño o a un adulto dependiente es denominado como agente de cuidados dependiente. El término agente se usa en el sentido de persona que lleva a cabo la acción. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. También realizan las mismas acciones reguladoras para los miembros de la familia y otras personas dependientes. Los requisitos reguladores son de tres tipos: los requeridos universalmente por todos los individuos independientemente de su edad (requisitos universales); los requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano (requisitos de desarrollo) y los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas y los cuidados de salud asociados (requisitos de desviación de la salud).

5.1.1.1 REQUISITOS UNIVERSALES.

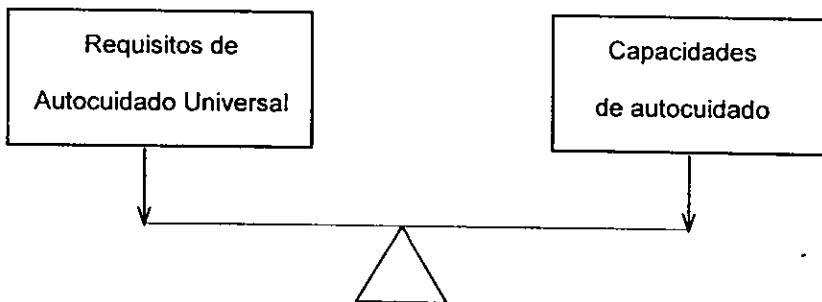
Los requisitos universales que son aquellos que los seres humanos por naturaleza tienen como necesidades comunes para el aporte de materiales y para producir y mantener condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y la conservación de la integridad estructural y funcional. Estos son:

1. Mantenimiento del aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento del aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.

⁴ IBIDEM. p. 131.

4. Provisión de cuidados asociados 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 social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal. (normalidad).

El autocuidado para los individuos sanos puede considerarse como equilibrio entre varios factores; por un lado la necesidad de cuidarse uno mismo satisfaciendo los requisitos de cuidado universal. Y por otra teniendo, el individuo la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas que se le hacen. Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo; un individuo debe cubrir activamente esas demandas, mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen un contexto cultural apropiado. Este concepto de EQUILIBRIO entre las demandas y las actividades es central. Esto se muestra en el siguiente esquema; persona sana : capacidades de autocuidado para satisfacer los requisitos de autocuidado universal.



5.1.1.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo están relacionados con la producción y mantenimiento del humano y el progreso a niveles más altos de organización y hacia la maduración.

Las etapas de desarrollo específico incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro o un niño con peso normal o bajo.
3. Lactancia.
4. Etapa de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Considera también algunas condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano, entre ellas existen :

- a) Deprivación educacional
- b) Problemas de adaptación social
- c) Fracaso de una individualización saludable
- d) Pérdida de familiares, amigos, asociados
- e) Pérdida de personas, pérdida de la seguridad laboral
- f) Cambio brusco de residencia a un entorno desconocido
- g) Problemas asociados con la posición
- h) Mala salud e incapacidad
- i) Condiciones de vida expresiva
- j) Enfermedad terminal y muerte inminente.

5.1.1.3 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud "existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología incluyendo defectos e incapacidades y que estén bajo diagnósticos y tratamientos médicos"⁵. Bajo éstas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidado de la salud:

- a) Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- b) Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos incluyendo efectos sobre el desarrollo.
- c) Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente presentes.
- d) Ser conscientes de los efectos y malestares negativos de las medidas terapéuticas realizadas.
- e) Modificar el autoconcepto y autoimagen aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita cuidados específicos de salud

" La premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades del cuidado de salud "⁶.

Cuando un cambio en el estado de salud comporta la dependencia total o casi total de otros para las necesidades de mantenimiento de la vida o del bienestar la persona pasa de la posición de AGENTE DE AUTOCUIDADO a la de RECEPTOR DE CUIDADOS.

⁵ OREM. op. cit. p.148.

⁶ CAVANAGH, Modelo de Orem , Aplicación Práctica p.11

5.1.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO.

5.1.2.1 DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

El término déficit de autocuidado se refiere a "la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéuticos de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico" ⁷

Los déficit de autocuidado se identifican como completos o parciales. Así un déficit completo significa que no existe la capacidad de satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico y los déficit parciales pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico.

"Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado" ⁸. Es factible que sujetos sanos satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas con alguna enfermedad cualquiera que sea su índole o que no hayan aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado o pueden tener tan solo una capacidad limitada.

Sin embargo, puede darse la situación de que la demanda exceda en capacidad de autocuidado para responder a ella; en tal circunstancia el individuo puede requerir ayuda para satisfacer sus necesidades de autocuidado, dicha ayuda puede proceder de diversas fuentes entre las que se encuentran las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería entre otros.

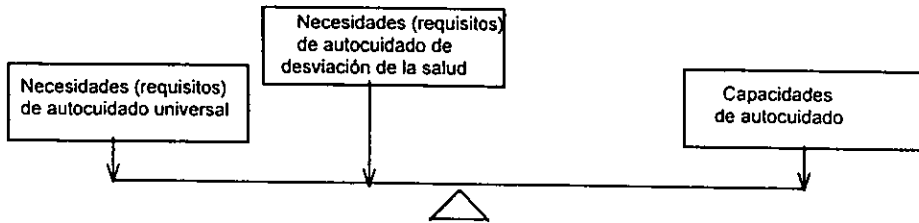
⁷ OREM. Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería Práctica. p.194.

⁸ IBIDEM. p. 194.

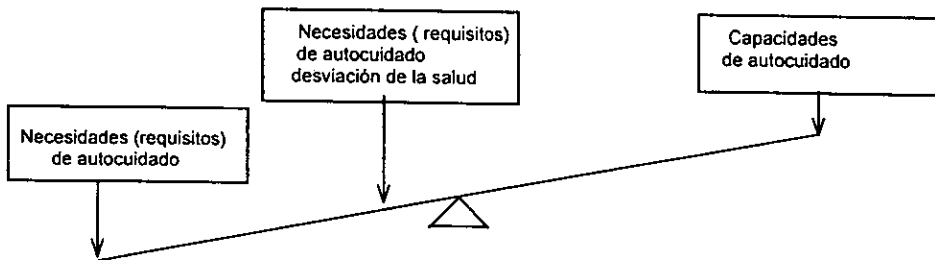
Así, " Los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado... El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes del individuo y las demandas que se le hacen" ⁹ .

⁹ OREM. op. cit. p. 16.

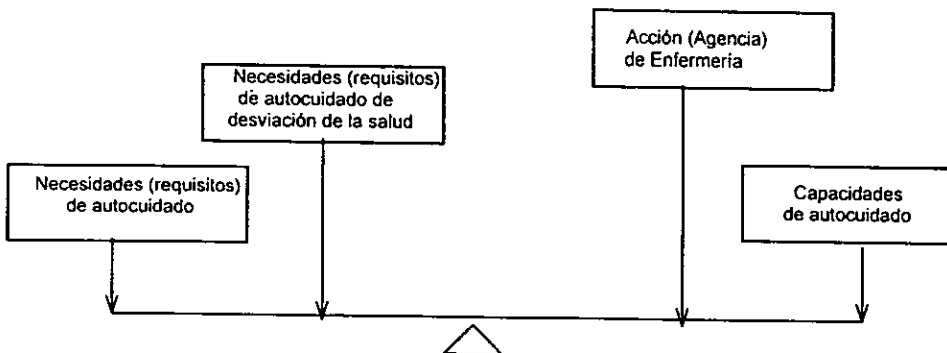
MODELO VISUAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO



Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, pero aún es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud.



Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud y que, por lo tanto, necesitan la intervención de la enfermera.



Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud con ayuda de la enfermera.

FUENTE: Cavanagh. S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. p. 14-15.

5.1.2.2 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS.

Existen factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su propio autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado que se requiere, estos se denominan factores básicos condicionantes entre los que se encuentran:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de desarrollo
4. Estado de salud
5. Orientación sociocultural
6. Factores del sistema de cuidados de salud, por ejemplo: diagnóstico médico y modalidad de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en que se ocupa regularmente.
9. Factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Más los que se puedan identificar.

5.1.2.3 DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.

Otro concepto que se destaca en ésta teoría son: demanda de autocuidado: Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo; un individuo debe cubrir activamente éstas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen un contexto cultural apropiado. Es decir, son las capacidades de autocuidado que tiene un individuo para satisfacer los requisitos de autocuidado universal.

5.1.2.4 AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.

En la conceptualización de la agencia de autocuidado se considera como la capacidad de un individuo para ocuparse de operaciones esenciales para su autocuidado, es una característica o cualidad humana compleja y adquirida.

Y en la agencia de cuidado dependiente Orem reconoce que hay circunstancias en las que las personas cuidan unas de otras, donde las primeras con cierta capacidad reconocen que las otras tienen requisitos de autocuidado que no pueden satisfacer por sí mismas.

5.1.3 TEORÍA DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA.

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo porque establece la forma de actuar de enfermería y la relación entre las propiedades del paciente y la enfermera.

Las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería (Agencia de Enfermería) establecerá un sistema de relaciones para satisfacer los requisitos de autocuidado ahora y en el futuro; es decir " La enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos " ¹⁰ . La manera y el contexto en el que la enfermera y el paciente interactúan es denominado SISTEMA DE ENFERMERÍA y donde los elementos básicos los constituyen:

- La enfermera
- El paciente o grupo de personas y,
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo entre ellos, las interacciones de los familiares y amigos.

¹⁰ CAVANAGH. Modelo de Orem. Aplicación Práctica, p.26.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

5.1.3.1 SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO.

En este sistema la enfermera realiza el principal papel ya que el paciente es incapaz de ocuparse de la satisfacción de sus propios requisitos de autocuidado, por ejemplo, cuando esta en cama o cuando no responde a estímulos auditivos, visuales, táctiles, etc.

5.1.3.2 SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO.

Es en el que no se requiere con la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería, " La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente esta mucho más implicado en su propio cuidado en términos de tomas de decisiones y acción " ¹¹ . Éste sistema será apropiado cuando el paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos o por déficit de conocimientos.

5.1.3.3 SISTEMA DE APOYO-EDUCACIÓN.

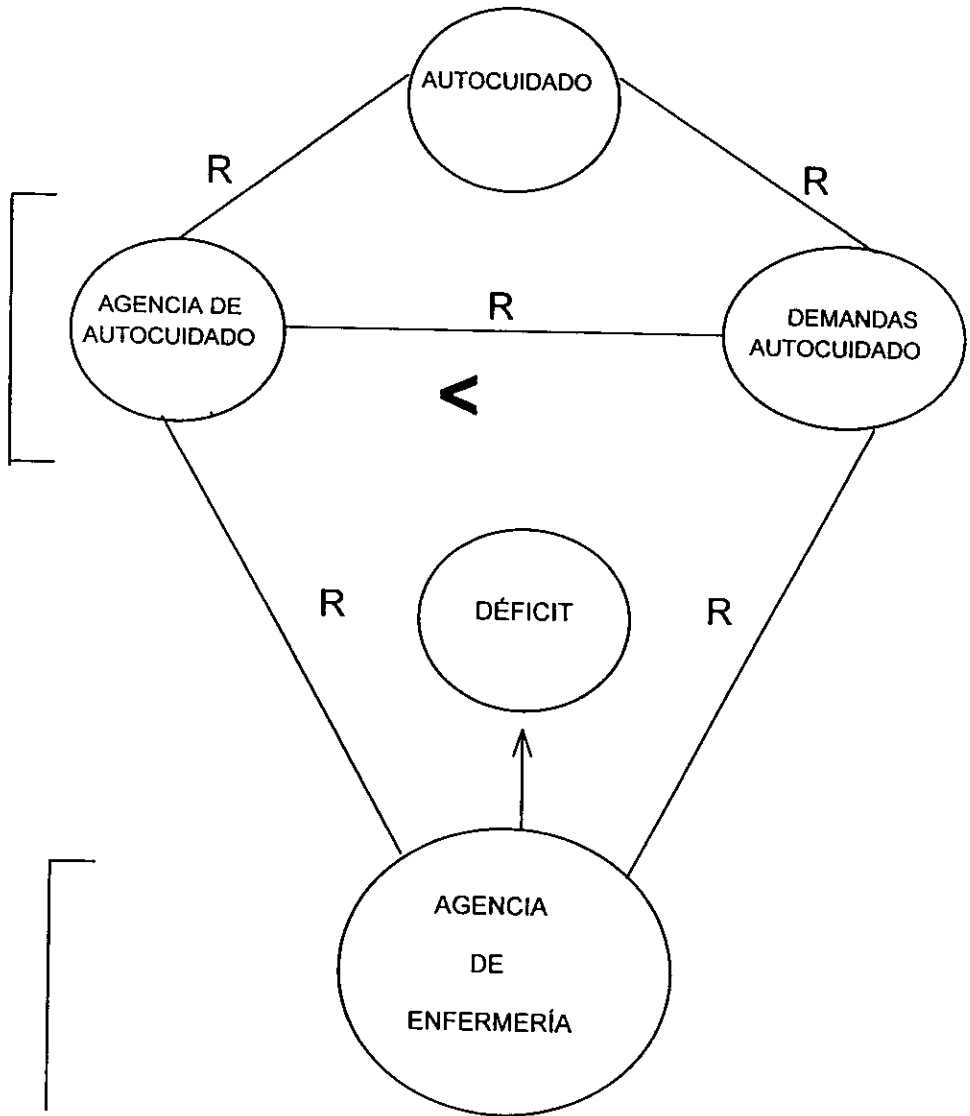
El sistema de soporte-educación será apropiado para pacientes que son capaces de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería. El sistema puede requerir que la enfermera enseñe, modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, ayude a tomar decisiones, a comunicar conocimientos y habilidades o simplemente a alentarlos.

El concepto de Agencia de Enfermería expone que a mayor demandas de autocuidado y menor la agencia de autocuidado intervendrá más activamente la

¹¹ IBIDEM. p. 28.

enfermera; y el de los Sistemas de Enfermería donde se presenta la participación de la enfermera y el usuario dependiendo de las demandas y capacidades de autocuidado, se esquematizan a continuación para mayor énfasis de la teoría de sistemas de Orem.

MARCO CONCEPTUAL PARA LA ENFERMERÍA

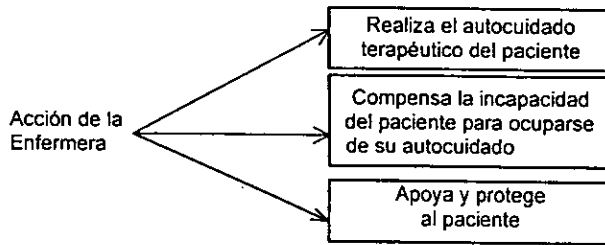


R: relación <: déficit en la relación actual o potencial. [: Factores condicionantes

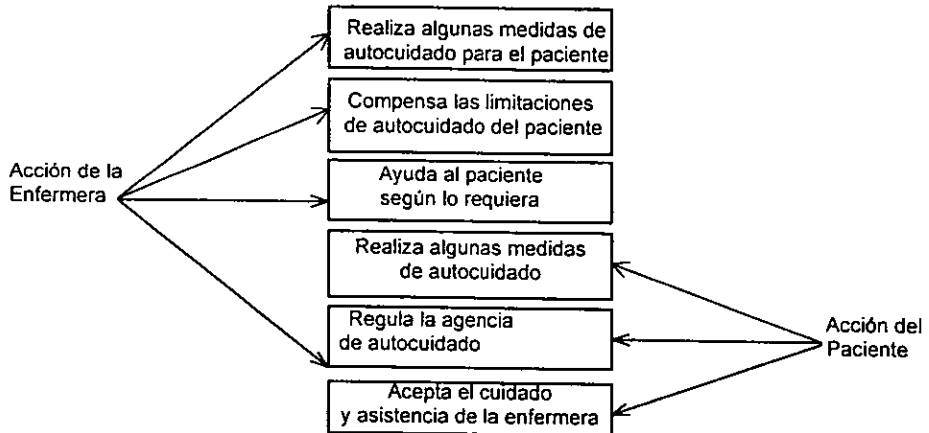
FUENTE: OREM. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería de la práctica. p. 71.

SISTEMAS BÁSICOS DE ENFERMERÍA.

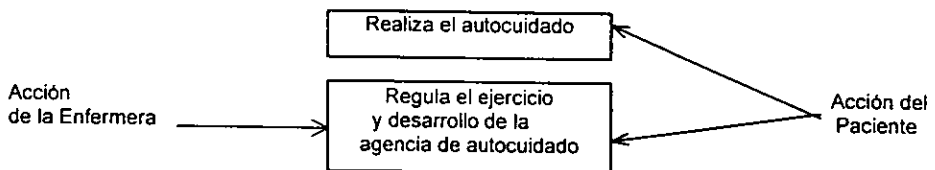
* Sistema Totalmente Compensador *



* Sistema Parcialmente Compensador *



* Sistema de Apoyo-Educación *



FUENTE: Conceptos de Enfermería en la Práctica. Dorothea E. Orem. p. 322

5.2 PROCESO DE ENFERMERÍA.

5.2.1 CONCEPTOS.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el proceso de enfermería es un término que se aplica a un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos. Implica pormenorizar el uso de métodos científicos para la identificación de necesidades de salud del paciente, cliente, familia o de la comunidad, así como su utilización para escoger aquellas que se pueden cubrir con mayor eficacia al proporcionar cuidados de enfermería; incluye también la planificación para cubrir éstas necesidades, la administración de cuidados y la evaluación de los resultados.

Así mismo, se hace mención de la colaboración de la enfermera (o) con otros miembros del equipo de salud en función del bienestar del cliente. Señala que de éste modo la Enfermería se convierte en un proceso dinámico que se presta a adaptación y mejoría.

Es así que el proceso constituye una herramienta metodológica para proporcionar un cuidado, es un aspecto básico e importante dentro de la estructura de pensamiento lógico de la Enfermería.

El proceso aplicado solo por etapas es " Acéfalo " , su sentido lo adquiere a través de estar vinculando las teorías y modelos de Atención, su trascendencia es relevante ya que solo así podemos llegar a tener un lenguaje propio y unificado en la comunidad de Enfermería permitiendo interpretar su objeto de estudio (El cuidado- Enfermero).

Dicho concepto se rescata en Orem, quien se refiere al proceso de Enfermería como " las operaciones profesionales tecnológicas de la práctica de la Enfermería y a las operaciones asociadas de planificación y evaluación... Proceso: se usa en el sentido de una acción o una sucesión de acciones continua y regular que tienen

lugar o son llevadas a cabo de manera definida ... esclareciendo que dichas acciones son intencionadamente seleccionadas y realizadas por las enfermeras cuando cuidan pacientes específicos".¹² Requiriendo para ello además participar en operaciones interpersonales y sociales.

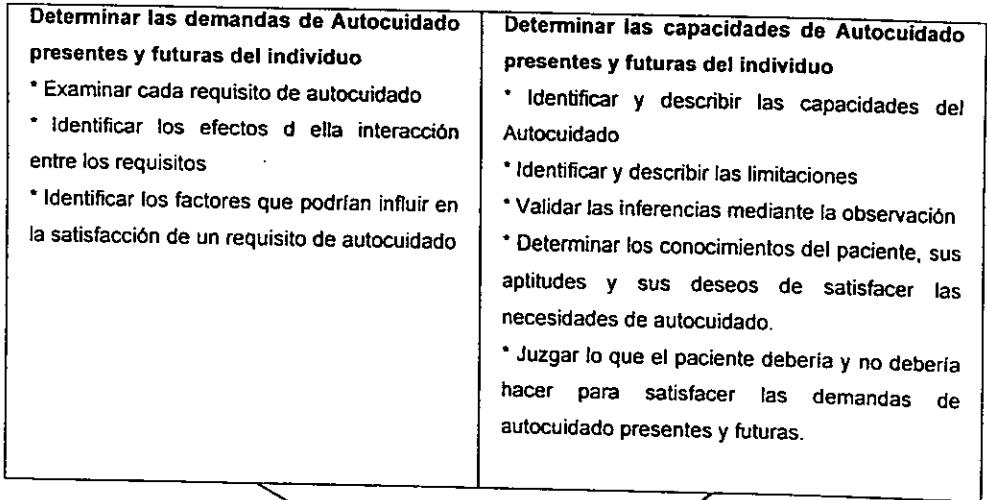
Las operaciones tecnológico-profesionales son particularmente en el modelo de Orem, diagnóstico de Enfermería, planificación y ejecución de intervenciones y la evaluación o auditoria de casos que a continuación se explican brevemente con el propósito de sustentar el caso clínico que nos ocupa dado que la teoría seleccionada para el seguimiento es justamente la teoría de déficit de autocuidado de la Dra. Orem.

5.2.2 ETAPAS

5.2.2.1 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (VALORACIÓN).

Considerando la teoría del autocuidado, el diagnóstico de Enfermería implica la investigación de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado de un individuo, sus demandas y la relación que existe entre ellas, es decir, el diagnóstico de Enfermería determina si el cliente necesita ayuda de Enfermería, lo cual puede corresponder a la etapa de valoración del "proceso de Enfermería"; que a continuación se muestra.

¹² OREM D. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica, p. 300.



¿ Existe un déficit de Autocuidado ?

Diagnóstico de Enfermería (Valoración)

Fuente: CAVANAGH. Modelo de Orem. Aplicación Práctica, p. 22.

Con el fin de desarrollar esta etapa en el estudio de caso se requirió el empleo de guías de valoración para identificar demandas de autocuidado y capacidades de autocuidado para así determinar el déficit apoyada en la historia clínica prenatal elaborada particularmente para ello; además de las guías de sistema de riesgo perinatal que permiten identificar factores de riesgo que alteran la evolución del embarazo.(Anexos I, II, III).

5.2.2.2 PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA.

Una vez identificada la necesidad de ayuda hacia un cliente la enfermera debe diseñar un plan de intervenciones apropiada para lograr la salud del individuo.

Para establecer la planificación se deben considerar factores como tiempo, lugar, condiciones ambientales, equipamiento, suministros y equipo necesario para evaluar cuidados; y sobre todo las condiciones de la persona para su participación en el desarrollo del plan.

Esta fase puede ser equiparable a la de planificación de enfermería.

Pueden existir diverso instrumentos para el plan de cuidados, en este caso se diseño un instrumento que contiene: fecha, diagnóstico de Enfermería, intervenciones de Enfermería y evaluación. (Anexo IV)

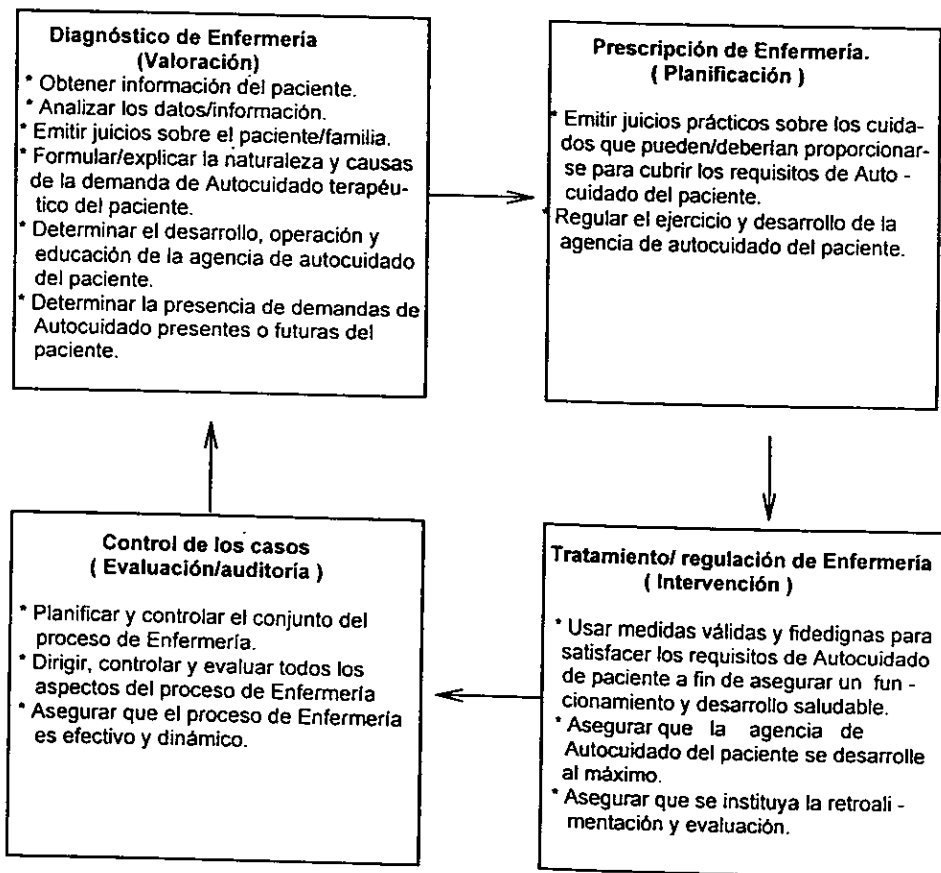
5.2.2.3 CUIDADOS REGULADORES (EJECUCIÓN).

Equiparable a la etapa de ejecución donde el quehacer de la enfermera se centra en ayudar a compensar limitaciones para el cuidado de la salud, realizando o coordinando tareas, procurando favorecer el entorno, apoyando capacidades existentes y a la vez limitando déficit en el autocuidado.

5.2.2.4 CONTROL DE CASOS (EVALUACIÓN).

Las operaciones de cuidado de casos se relacionan con la evaluación, asegurando que existe un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios además de asegurar el uso correcto de los recursos.

PERSPECTIVA GENERAL DEL PROCESO DE ENFERMERÍA USANDO EL MODELO DE ENFERMERÍA OREM.



FUENTE: Tomado de CAVANAGH, Modelo de Orem, Aplicación Práctica. p. 35.

5.3 INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO.

Las Infecciones del Tracto Urinario (ITU) son una de las complicaciones más frecuentes encontradas en la mujer embarazada y si no son bien tratadas pueden tener una participación significativa en la morbilidad materna y neonatal.

5.3.1 ANTECEDENTES.

En el año de 1877, Chamberlain describe una enfermedad en la mujer con pus y bacterias en la orina, sugiriendo que el empleo de sondas uretrales favorece el desarrollo bacteriano, al introducir microorganismos por vía retrograda. Robert en el año 1881, acuña el término bacteriuria, sin embargo se refiere únicamente a la presencia de bacterias en la orina. Reblaund, en 1892, asocia la éstasis urinaria con la compresión causada por el útero gestante.

No fue hasta 1956 que Kass demostró que el 20-40% de las mujeres con bacteriuria en etapas tempranas del embarazo, de no recibir tratamiento desarrollarían una infección aguda sintomática en etapas finales del embarazo, y que únicamente el 1-2 % desarrollarían una infección aguda sintomática en etapas finales del mismo, si reciben tratamiento. Incluso previo al advenimiento de los antimicrobianos Crabtree en el año 1930 destacó la asociación de pielonefritis durante el embarazo y la amenaza de parto pretérmino; a partir de entonces se realizaron una gran cantidad de protocolos que llevaron a Sawage en 1967, a concluir que el tratamiento oportuno de la bacteriuria prevenía el desarrollo de pielonefritis y aunque no todos los casos de bacteriuria podían ser prevenidos el tratamiento oportuno de esta disminuyó los índices de morbilidad perinatal como consecuencia de las infecciones del tracto urinario¹³.

¹³ BARRÓN, Hernández R., Infección de las Vías Urinarias, p. 7-8.

Investigaciones recientes en el Instituto Nacional de Perinatología, demuestran la alta incidencia y repercusiones perinatales de las Infecciones de Vías Urinarias (IVU). Así en el estudio realizado por los doctores R. Figueroa Damián, R. Villagrana Zesati, N. Soberanes Medina y J. L. Arredondo García, en el periodo comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre de 1991 encontraron un total de 294 casos, llevándole seguimiento a 256 que corresponden a un 87% de los cuales 185 (72%) eran obstétricas y 71 (28%) ginecológicas. Reportando para el caso de las obstétricas 48% de bacteriuria asintomática, 29% de cistouretritis y 23% con pielonefritis. De dichas pacientes obstétricas el promedio de edad corresponde a 27 años (recorrido de 15-46 años), de las que el 10% cursaba el primer trimestre de gestación, 46% el segundo y 44% el tercero, 28% eran gesta I, 24% gesta II, 25% gesta III y 23% eran multigestas.

De las 294 pacientes detectadas al inicio se encontraron.

No.	%	Microorganismos
189	64.3	Escherichia coli
56	19.0	Staphylococcus coagulasa negativa
49	16.7	Otros microorganismos

Datos que coinciden para el caso de las obstétricas únicamente.

Las conclusiones a las que llegaron son :

- La incidencia de pielonefritis en las mujeres obstétricas es significativamente mayor (23%) comparativamente con pielonefritis en pacientes ginecológicas un 8%.
- Se han incrementado los casos de IVU por Staphylococcus coagulasa negativa, siendo ahora el segundo microorganismo aislado en frecuencia.

Otro estudio en el mismo Instituto llevado a cabo por el Dr. Ibarra R. J. y colaboradores del 1 de enero al 31 de diciembre de 1991, donde fueron

detectadas 185 mujeres embarazadas con IVU corroborada microbiológicamente, teniendo seguimiento de 148. En la mitad de los casos la infección correspondió a cistouretritis. En 38 pacientes (25.6%) se presentaron 40 complicaciones.

De las 148 pacientes en seguimiento, la infección urinaria ocurrió en 16 mujeres durante el primer trimestre, 6 de ellas (37.5%) presentaron alguna complicación obstétrica; en el segundo trimestre 93 embarazadas desarrollaron IVU, de las cuales 18 (19.3%) se complicaron; en el tercer trimestre hubo 39 pacientes con infección urinaria, de las cuales 14 (35.8%) tuvieron alguna complicación.

Los problemas obstétricos más comunes asociados a IVU fueron:

Amenaza de parto pretérmino y Ruptura prematura de membranas.

Con lo que se concluyó que las IVU son complicaciones que incrementan de manera evidente la morbilidad en pacientes gestantes.

Resulta interesante el conocer como las Infecciones urinarias desencadenan alteraciones de la salud de la madre y el niño en la etapa de la gestación; y al mismo tiempo permite plantearse interrogantes en relación al modelo de atención de Enfermería específico para la detección oportuna de este problema, el tratamiento clínico de las pacientes y el seguimiento del caso por parte del Lic. en Enfermería o preferentemente la enfermera perinatal que nos deja el compromiso de diseñar criterios de atención específicos derivados de las características propias de cada paciente independientemente de la patología o circunstancia que presente en el momento de requerir atención.

Una de las propuestas podría ser la aplicación de la teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que nos permite interpretar en la persona capacidades y demandas de Autocuidado para establecer el déficit.

En un intento de incidir significativamente en este problema de infección urinaria es recomendable conocer más de cerca los factores predisponentes que nos permitirá actuar sobre ellos con el fin de disminuir la presencia de ésta enfermedad.

5.3.2 FACTORES PREDISPONENTES

Los cambios fisiológicos asociados al embarazo, convierten a las mujeres en huéspedes susceptibles a infecciones graves como lo pueden ser las infecciones urinarias sintomáticas o asintomáticas.

Durante el embarazo la expansión del volumen sanguíneo conlleva un aumento en la tasa de filtración glomerular y del gasto urinario. Los uréteres sufren relajación tónica secundaria a la producción de hormonas por el trofoblasto en crecimiento. Particularmente la progesterona produce pérdida del tono uretral que sumado al aumento del gasto urinario produce estasis urinaria. "La composición química de la orina misma, se ve enriquecida por productos de desecho del embarazo, como glucosa, aminoácidos y hormonas fragmentadas, que pudieran facilitar la proliferación bacteriana".¹⁴

La infección del tracto urinario y las cervicovaginitis como procesos patológicos frecuentes en la mujer se explican también por lo corto de la uretra y su proximidad con el área perianal lo que facilita la contaminación por la flora bacteriana localizada en la vagina y por bacterias entéricas. Otra posible causa puede ser "la presencia de anomalías estructurales del sistema urinario bajo o alto o bien, en condiciones como el embarazo donde la mujer no vacía la vejiga en forma completa como la no gestante. En alguna forma las alteraciones físicas y

¹⁴ LUCAS, J. Michael. Infección de vías urinarias durante el embarazo. p. 807.

anatómicas del embarazo, actúan como un proceso transitorio que impide el libre tránsito de la orina por el sistema así como su eliminación total".¹⁵

Kass reconoció como infección urinaria verdadera a una cuenta mayor a 100,000 unidades formadoras de colonias por mililitro en una muestra obtenida del chorro medio.

5.3.3 ETIOLOGÍA Y POBLACIÓN DE RIESGO.

La *Escherichia coli* constituye con 80 a 90% de las ITU, otros microorganismos como la *Klebsiella*, *Enterobacter* y *Proteus*, causan la mayor parte de los casos restantes, aunado ahora el *Staphylococcus coagulasa* negativa.

La población de mayor riesgo lo constituye el grupo de pacientes con antecedentes de infección antes del embarazo. También las mujeres con deficientes condiciones socioeconómicas puesto que en ellas la bacteriuria asintomática es cinco veces más frecuente. Así mismo las pacientes con trastornos en la regulación de la glucosa y con patología renal previa presentan a menudo infecciones graves.

5.3.4 MODOS DE CONTAMINACIÓN

La infección puede llegar por tres vías:

La vía ascendente "Es la vía prácticamente exclusiva. La infección urinaria proviene del germen de origen vulvoperineal, en relación con germenres intestinales. La contaminación se realiza por proximidad del ano hacia el meato uretral".¹⁶

¹⁵ CALDERÓN Jaimes Ernesto. Infección urinaria durante la gestación. p.54

¹⁶ AFOURNIE, et. al. Infecciones urinarias durante el embarazo. 1996 p.3

La vía hematógica parece ser excepcional. Podría encontrarse en las septicemias por estafilococos.

“La vía linfática, basada en la existencia de conexiones linfáticas entre el colon derecho y el riñón derecho, con un ciclo enterorrenal de las bacterias, por clásica que sea, no debería considerarse”.¹⁷

5.3.5 EPIDEMIOLOGÍA

“En el 1% de las niñas prepúberes es posible documentar bacteriuria asintomática, durante la etapa reproductora puede aumentar el 3%, durante el embarazo se obtienen las cifras más elevadas variando del 4 al 7%.

Aproximadamente 2-3% de las primigrávidas menores de 21 años desarrollan bacteriuria significativa en cambio 8-10% de las multiparas mayores de 35 años pueden presentar el problema. El conocimiento anterior tiene su máxima importancia en la gestación, debido a que esa población bacteriurica esta en riesgo de desarrollar infección sintomática (20-40%) durante el embarazo e incluso pielonefritis”.¹⁸

5.3.6 CLASIFICACIÓN

Al clasificar las infecciones de vías urinarias podemos considerar la porción anatómica involucrada pudiéndose dividir en:

- Infección de vías urinarias bajas.
- Infección de vías urinarias altas.

O bien si tomamos en cuenta el tipo de presentación de la patología pueden ser:

¹⁷ Op. cit. p.3

¹⁸ CALDERON J.E. Conceptos actuales en infectología perinatal. p. 252

- Infección urinaria aguda.
- Infección urinaria crónica.
- Infección asintomática.

Una vez establecida la clasificación podemos definir la variante clínica.

5.3.7 VARIANTES CLÍNICAS

Durante el embarazo existen tres formas clínicas de presentación de patología urinaria.

La infección de vías urinarias superiores se denomina "Pielonefritis aguda".

La infección sintomática de las vías urinarias bajas es considerada como "cistitis".

La infección asintomática de vías urinarias inferiores se llama "bacteriuria asintomática" (2 al 12% en las embarazadas).

5.3.7 PIELONEFRITIS AGUDA (PNA), DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

La PNA es la inflamación aguda de origen bacteriano del parénquima renal, de los cálices, de la pelvis y del uréter. Se presenta preferentemente en el tercer trimestre de la gestación. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, vómito, náuseas, anorexia y dolor intenso a nivel de fosas renales.

El diagnóstico se establece considerando los antecedentes patológicos y datos clínicos que refiere la paciente además de un examen general de orina, el cual puede encontrarse con hemoglobina, leucocitos, cilindros y bacterias. Puede haber elevación de la creatinina sérica por disminución en su depuración.

También en la biometría hemática suelen encontrarse datos de anemia y leucocitosis.

Debe realizarse un urocultivo y dentro de los exámenes de gabinete puede incluirse "ultrasonido, radiografía simple de abdomen, urografía excretora en caso de sospecha de un proceso anatómico obstructivo".¹⁹

La PNA es un evento indeseable ya que compromete seriamente el curso del embarazo y como consecuencia la salud de la madre y el feto pudiendo provocar anemia materna, hipertensión arterial, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, muerte neonatal, recién nacido de bajo peso y enfermedad renal crónica; sin embargo la administración del tratamiento debe resolver el cuadro.

"La nitrofurantoína fue altamente eficiente para obtener cura clinicomicrobiológica en más del 80% de las pacientes con esquema primario y llegar al 85% con un segundo esquema.

Estos resultados demuestran que un pequeño número de pacientes, escapa, en las mejores condiciones de tratamiento a la solución del problema infeccioso de las vías urinarias superiores".²⁰

5.3.7.2 CISTITIS, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Proceso infeccioso agudo que provoca inflamación de la pared vesical con manifestaciones clínicas que incluyen disuria, urgencia para orinar y polaquiuria habitualmente piuria, en ocasiones hematuria microscópica e incluso macroscópica y malestar pélvico.

¹⁹ INPer. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. 1994 p.22.1

²⁰ CALDERON J. E. Infección urinaria durante la gestación. p. 63 INPer.

Se diagnóstica a través de los datos clínicos y examen general de orina en el que se encuentra leucocitos, eritrocitos y bacterias. El urocultivo confirma el proceso infeccioso y permite identificar el agente causal.

El tratamiento puede depender del urocultivo aunque el medicamento de elección es la nitrofurantoina y la ampicilina que ministradas tempranamente garantizan una pronta solución clínica y microbiológica evitando así otras complicaciones.

5.3.7.3 BACTERIURIA ASINTOMÁTICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Presencia de bacterias en orina que aparentemente no provocan sintomatología atribuible al sistema urinario, sin embargo dada su frecuencia en la mujer gestante y considerando las repercusiones en el producto resulta obligatorio realizar exámenes de laboratorio como el general de orina donde es factible encontrar leucocitos y bacterias, las cuales se pueden confirmar con el urocultivo para establecer diagnóstico etiológico.

El tratamiento debe ser temprano y oportuno, dependerá del resultado del urocultivo aunque se insiste que los de elección es nitrofurantoina 100 mg c/6 hrs. V.O. durante 10 días o bien ampicilina 500 mg c/6 hrs. V.O. durante 10 días.

No debemos olvidar que el tratamiento incluye medidas dietéticas e higiénicas como lo es el aseo perineal correcto (de adelante hacia atrás); ingesta suficiente de líquidos (2 a 3 litros diarios); consumir frutas cítricas (naranja, mandarina, guayaba, tamarindo) para acidificar la orina y así contribuir a que no sea un medio propicio para el crecimiento bacteriano; uso de ropa interior de algodón con cambio diario (para evitar un medio húmedo en la zona perineal que facilitaría un desarrollo de microorganismos).

5.3.8 DAÑOS REALES Y POTENCIALES (COMPLICACIONES).

Un riesgo potencial al que se enfrenta la mujer gestante que cursa con IVU. durante el embarazo es la ruptura prematura de membranas (RPM) y el parto pretermino (P.P.) situaciones que en la mayoría de los casos afecta la adaptación del neonato a su nuevo ambiente por condiciones de prematuridad.

A continuación se hace mención de los contenidos relativos a RPM y PP.

5.3.8.1 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, DIAGNÓSTICOS Y MANEJOS.

"Se define con éste nombre a la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes de la iniciación del trabajo de parto".²¹

Dicha ruptura puede ser completa o incompleta, se ha calculado que alrededor del 11 al 16% de los embarazos menor a 37 semanas cursan con esta eventualidad.

El diagnóstico se establece mediante la evidencia franca de salida de líquido amniótico a través del cervix pudiendo comprobarse con especuloscopia observando la salida espontánea o con la maniobra de Tarnier aunque existen también auxiliares de laboratorio y gabinete como lo es la Cristalografía que implica tomar una muestra de fondo de saco vaginal siendo positiva a la formación de helechos.

La prueba de nitrazina en el que se determina con tira reactiva el pH vaginal que normalmente es de 3.5 a 4.5 y en prueba positiva se encuentra pH de 7.0

²¹ INPer. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. 1994 p. 34,1.

La prueba de Azul de Nilo consiste en teñir una muestra de fondo de saco, que si las células se tiñen de naranja el reactivo es positivo.

Existen otras pruebas y el empleo de ultrasonido que establece oligohidramnios habiendo existido anteriormente líquido normal.

El manejo es controversial ya que en ocasiones con la intención de ofrecer mayor posibilidades de supervivencia al producto se intenta un manejo conservador corriendo el riesgo de que se presente una infección que si no es detectada tempranamente aumenta la morbimortalidad perinatal, o bien, cuando se decide una posición más intervencionista se cae en la posibilidad de prematuridad con los riesgos que de esta se desprenden.

De acuerdo con las Normas de los Servicios de Obstetricia del Hospital "Luis Castelazo Ayala" del IMSS, la conducta a seguir es la siguiente:

-- En edad gestacional de 35 semanas se debe interrumpir el embarazo esperando trabajo de parto espontáneo en las primeras 24 hrs o inducirlo bajo vigilancia estrecha, si las condiciones obstétricas lo permiten o decidir cesárea.

-- Con 32 a 34 semanas de gestación se toma muestra del líquido amniótico para realizar pruebas de madurez pulmonar. Si existe madurez pulmonar fetal se interrumpe el embarazo.

De no haber madurez pulmonar se administra esquema de inductores constituido con aplicación de dexametasona 4 mg c/8 hrs I.M. durante 48 hrs (6 dosis). Posteriormente se interrumpe el embarazo.

De no obtenerse muestra del líquido se ministra el esquema de madurez pulmonar y después se valorará interrupción del embarazo por la vía indicada.

-- Con edad gestacional de 27 a 31 semanas se realiza Prueba Sin Stress (P.S.S.) y se ofrece tratamiento de inductores de madurez pulmonar, si ésta se encuentra presente se interrumpe el embarazo.

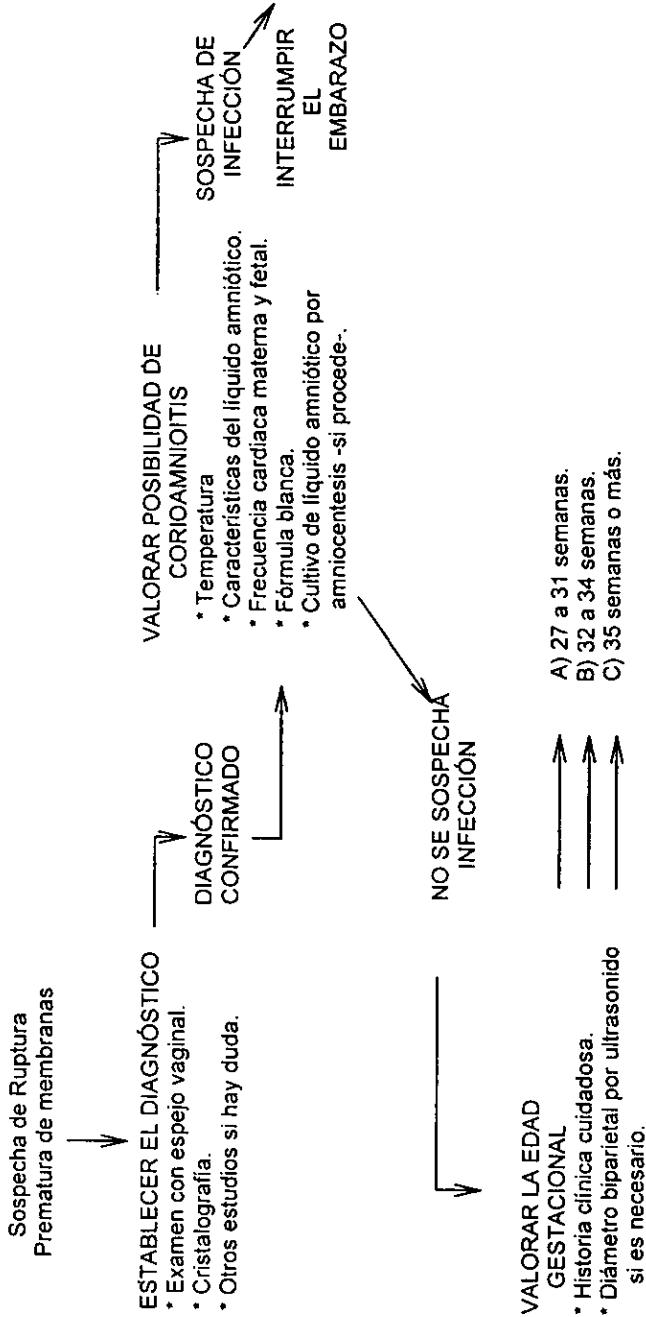
En CIMIGEN en el momento que se detecta y evalúa un riesgo medio y de no poder ser controlados los factores de riesgo y daños se canaliza al nivel que corresponda. Sin embargo, aún siendo evaluado y considerado un caso por las guías de PREVIGEN como riesgo medio pero que sea factible controlar, atenuar o eliminar los factores de riesgo podrá ser manejado en la institución a través de una revaloración de riesgo perinatal, estudios especializados de laboratorio y gabinete e interconsulta con otros especialistas en caso necesario para establecer un plan de manejo.

Asimismo las consultas subsecuentes de control deben ser programadas con la frecuencia y periodicidad que se considere necesario; evaluando la evolución materna y fetal, detección y clasificación de nuevos factores de riesgo ofreciéndoles un manejo terapéutico.

Es necesario mantener educación para la salud materna, fetal y del recién nacido.

Se recomienda un tratamiento intensivo de las alteraciones maternas en las que se incluye las infusiones y amenazas de parto pretérmino, procurando preservar la participación activa de todo el equipo de salud así como de la usuaria y de los familiares.

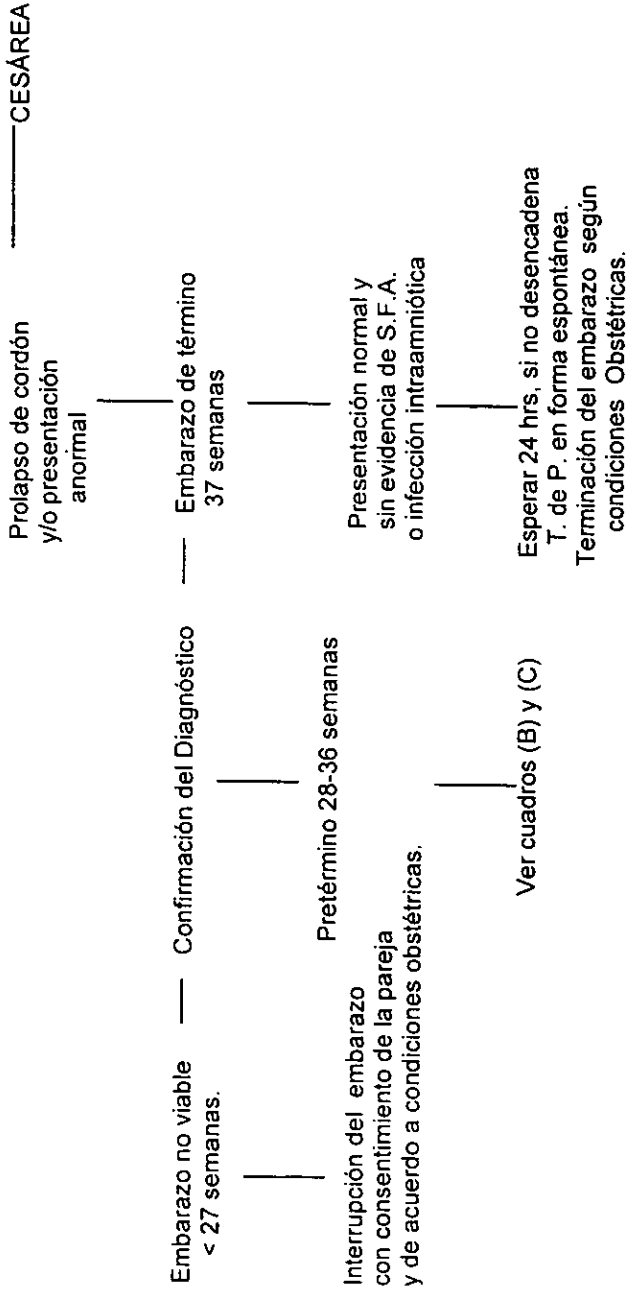
ALGORITMO DE R.P.M. (IMSS)



FUENTE: Normas de los Servicios de Obstetricia del Hospital "Luis Castelazo Ayala" del IMSS.

El tratamiento a este problema en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) es similar; así encontramos la siguiente guía de manejo:

ALGORITMO DE MANEJO DE R.P.M. CUADRO A



FUENTE: Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología 1994. INPer.

CUADRO B

Confirmación del Diagnóstico

Pretérmino 28-36 semanas
Sin indicación de Interrupción
inmediata de embarazo.

VIGILANCIA

CLÍNICA DE:

- F.C. Fetal
- F.C. Materna
- Curva térmica materna
- Actividad e hipersensibilidad uterina
- Características del escurrimiento vaginal.

LABORATORIO

- BH. completa c/24 hrs.
- Proteína C reactiva c/24 hrs.
- Fosfatidilglicerol en pool de L.A. vaginal.

CUADRO C

INDICACIÓN PARA INTERRUMPIR
EL EMBARAZO DE 28-36 SEMANAS
CON MANEJO CONSERVADOR.

DATOS CLÍNICOS

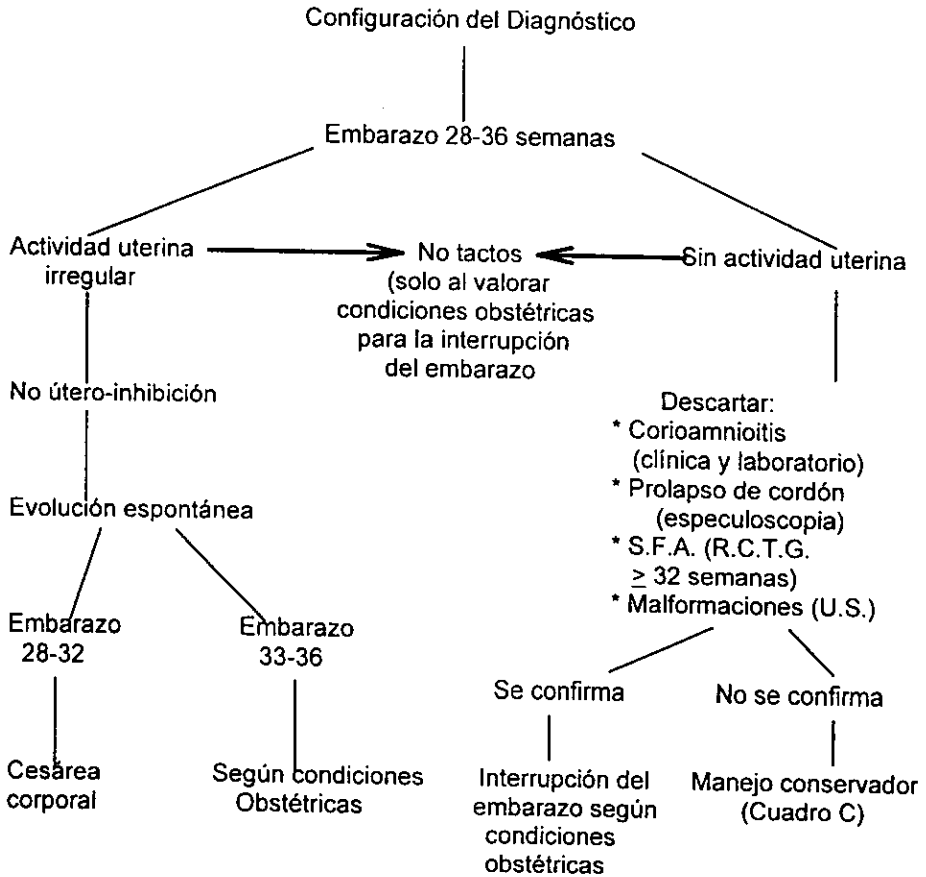
- Taquicardia fetal persistente (160 X')
- Taquicardia materna persistente (160 X')
- Hipertermia (38 C).
- Dolor a la movilización uterina.
- Actividad uterina.
- Fetidez de L.A.

DATOS DE LABORATORIO

- Proteína C reactiva ≥ 2 mg.
- Biometría hemática alterada
 - Leucocitosis $\geq 16,000$
 - Neutrófilos en banda $\geq 6\%$
- Presencia de Fosfatidilglicerol en pool de L.A. vaginal.

FUENTE: Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología 1994. INPer.

CUADRO D



↔

FUENTE: Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. 1994. INPer.

Se establecen las siguientes recomendaciones generales para el manejo:

- No hacer tacto vaginal, solo cuando exista un franco trabajo de parto para valorar condiciones cervicales.
- Hospitalización con reposo en cama.
- Mantener una posición de decúbito lateral izquierdo.
- Antibióticos en caso de datos de infección.
- La vía de interrupción dependerá además de las condiciones obstétricas.

5.3.8.2 PARTO PRETERMINO

Se llama parto pretérmino al que acontece antes de la semana 37.

Esteban-Altirriba señala a este problema como especialmente importante causando más del 50% de las muertes perinatales, encontrando una frecuencia de 4 a 15% de los embarazos

Las causas son diversas, como alteraciones maternas del tipo de la incompetencia cervical, malformaciones (útero septo o bicorne) o tumoraciones.

Las enfermedades infecciosas (pielonefritis, rubéola, sífilis y toxoplasmosis) aumentan la frecuencia de parto pretérmino.

Factores fetales como, embarazo múltiple, macrosómicos o presentaciones anormales condicionan con mayor frecuencia este problema.

La placenta previa, el desprendimiento prematuro de placenta y la ruptura de membranas suelen dar lugar a un parto pretérmino.

Para establecer el diagnóstico de parto pretérmino el dato indicativo es la actividad uterina aumentada en un embarazo cuya edad gestacional es menor a 37

semanas, condiciones de las membranas amnióticas, sangrado transvaginal y dilatación cervical, aspectos considerados en el índice de BISHOP en el cuál tanto más alto sea (> de 6) el porcentaje, mayor es la posibilidad de trabajo de parto efectivo. Se debe determinar edad gestacional para descartar la posibilidad de un crecimiento intrauterino retardado. Además del registro cardiografico para documentar actividad uterina y condiciones fetales.

El manejo del P.P. dependerá de varias circunstancias, así tenemos:

- Membranas ovulares integrales con menos de 26 semanas de gestación se establece protocolo de inhibición durante largo tiempo.
- Entre 26 y 32 semanas, protocolo de inhibición durante largo tiempo, inducir madurez fetal y una vez establecida suspender tratamientos de inhibición.
- Entre 32 y 35 semanas, procurar inhibir en corto plazo y de haber madurez pulmonar fetal, retirar procedimientos de inhibición.

Protocolo de inhibición a corto tiempo, implica inhibir trabajo de parto por un periodo no mayor de 72 horas, valorando efecto de los inductores de madurez pulmonar.

Protocolo de inhibición a largo tiempo, empleada para inhibir actividad uterina por más de 7 días, habitualmente en pacientes cuyo feto es inmaduro, utilizando uteroinhibidores con valoración constante de las condiciones materno fetales.

Para la interrupción del embarazo se debe tomar en cuenta que con menos de 26 semanas de gestación existe franca inmadurez pulmonar fetal. El nacimiento del feto se procura por vía vaginal.

De 26 a 32 S.D.G. se elige cesárea; empleando convenientemente inductores de la madurez pulmonar.

Entre 33 y 35 semanas con presentación cefálica y otras condiciones optimas, monitorizando el trabajo de parto, se sugiere parto vaginal evitando periodo expulsivo prolongado, practicando episiotomía amplia. En presentaciones anormales se debe manejar por vía abdominal.

Procurando evitar que la paciente en estudio llegue a padecer estas complicaciones se establecieron medidas que se mencionan en el capitulo siguiente.

6. METODOLOGÍA

MÉTODOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

MÉTODO : La recolección de la información se sustenta en el método de registro siendo este universal para el estudio de casos. Se utilizan fuentes primarias directas como es la entrevista y el examen clínico a la cliente en cuestión, mediante un formato de evaluación clínica diseñado de acuerdo a la teoría de Orem, para calcular déficit de autocuidado. De igual manera se emplean métodos indirectos para obtener información necesaria de fuentes como lo es el expediente clínico.

TÉCNICA :

- Entrevista directa
- Exploración clínica
- Revisión del expediente clínico
- Revisión bibliográfica y hemerográfica

INSTRUMENTOS :

Fue diseñado por parte del grupo de estudiantes del Posgrado en Enfermería Perinatal un formato de historia clínica Perinatal basado en la teoría de Orem, que permite valorar déficit de autocuidado para poder establecer intervenciones de acuerdo a lo encontrado, es retomado del libro " Aplicación del Proceso de Enfermería " de Rosalinda Alfaro (Anexo I).

Se utilizó el sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal, diseñado y empleado en CIMIGEN, basado para su estructuración en los instrumentos del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal (CLAP) Montevideo, Uruguay.

Dicho sistema consta de nueve guías de las cuales se manejaron los previgen II y III, referentes a la Evaluación inicial de riesgo perinatal en el embarazo, y Evaluación de riesgo perinatal durante la evolución del embarazo respectivamente. (Anexo II).

Se empleó el instrumento de Valoración de los registros de autocuidado realizado por el Departamento de Salud de Vancouver, que permite conocer la evolución del estado del cliente. (Anexo III).

Cabe mencionar que tanto la entrevista como la exploración física se llevaron a cabo tantas veces como consultas se le otorgaron a la usuaria, así como en las visitas domiciliarias realizadas.

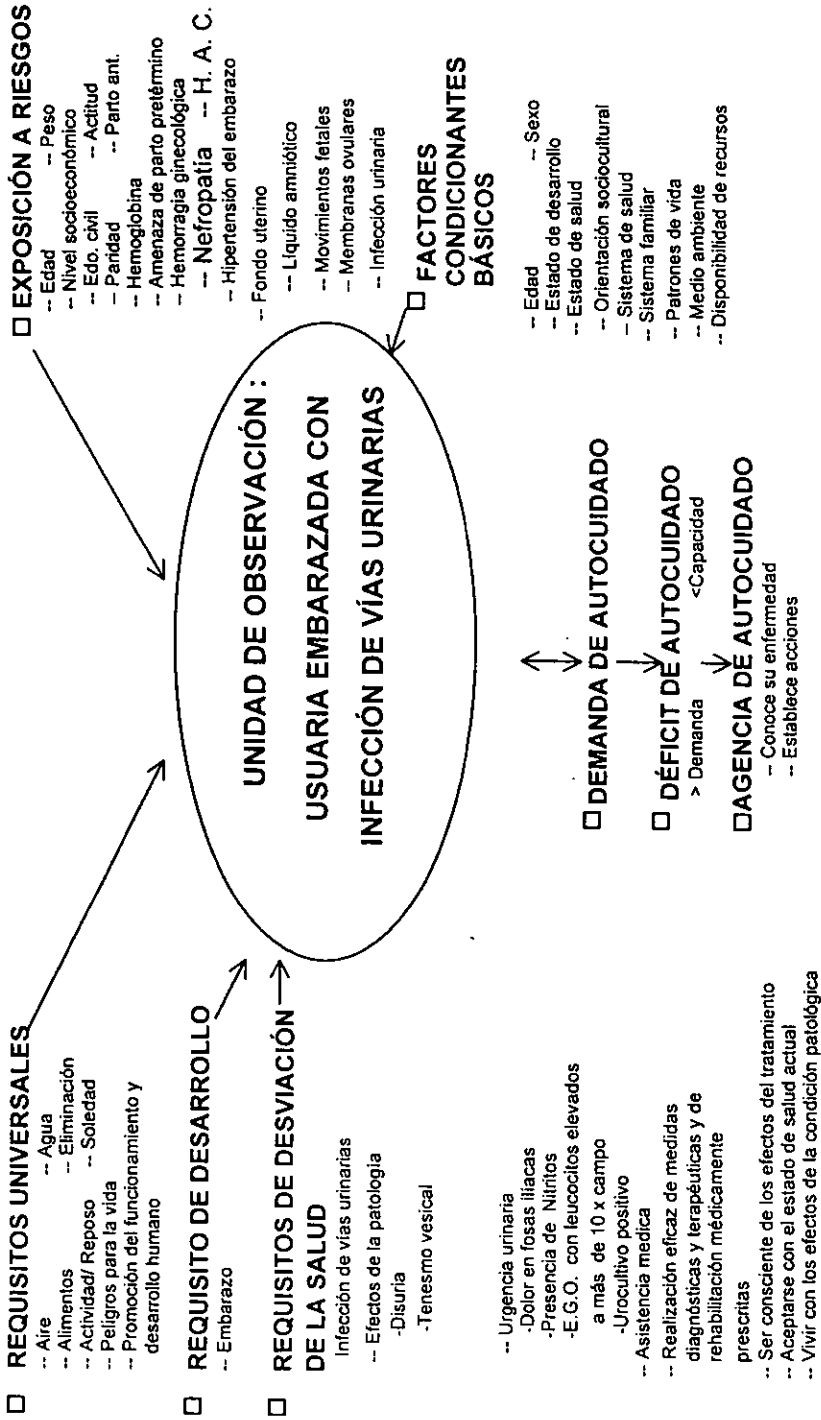
ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

- * La información se clasificó de acuerdo a indicadores.
- * Cuando se aplicó la teoría de Orem se asociaron registros universales con factores condicionantes
- * Así mismo se asociaron factores condicionantes básicos con agencia de autocuidado.
- * Se asocian las demandas de autocuidado con la agencia de autocuidado.
- * Se asocia déficit de autocuidado con los sistemas de enfermería

PRESENTACIÓN

La presentación será por etapas realizando una valoración inicial exhaustiva llegando con ello a establecer demandas de autocuidado, la agencia de autocuidado y el déficit de autocuidado, lo que permite formular diagnósticos de enfermería con lo que se planean e implementan intervenciones de enfermería de acuerdo al sistema necesario siendo éstas evaluadas constantemente con la posibilidad de modificar o adecuar intervenciones de enfermería.

ADAPTACIÓN DEL MODELO DE OREM AL ESTUDIO DE CASO.



RESULTADOS

DEL

ESTUDIO DE CASO

7. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASO.

7.1 VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

12-JUNIO-1997

El presente estudio de caso se abordará bajo el modelo teórico de Dorothea Orem, siendo la unidad de observación una mujer de 23 años de edad, 160 cm de talla, casada, dedicada al hogar, cuenta con una escolaridad de carrera comercial, religión católica, con grupo Rh O+, que nació y vive en el D.F.

Alma forma parte de una familia extensa, vive en la colonia López Portillo, Delegación Tláhuac con su esposo de 26 años quien trabaja de manera particular como electricista, obteniendo un ingreso per cápita de \$700.00 mensuales por cada miembro de la familia. También vive con su hijo de cinco años que acude a preprimaria, la misma vivienda es habitada por sus padres y un hermano, con quienes al decir de ella mantiene buenas relaciones interpersonales incluyendo a su pareja de quien se sabe apoyada, compartiendo incluso actividades en el hogar y responsabilidad con su hijo.

La casa en que habitan es de los padres de ella construida de material duradero, que cuenta con los servicios de agua, luz artificial, drenaje intradomiciliario, la recolección de basura se lleva a cabo diariamente y se deposita en el camión recolector.

Mi cliente, su esposo y su hijo cuentan con una habitación propia para dormir, el resto de las habitaciones son compartidas con los otros miembros de la familia.

Cabe mencionar que a la inspección del domicilio existen evidentes muestras de falta de aseo del inmueble.

La colonia López Portillo es considerada como zona urbana, cuenta con pavimentación, iluminación artificial, banquetas y vigilancia. Existen suficientes medios de transporte en el lugar así como centros educativos, comerciales y de recreación. En cuanto a servicios para la salud no son muy accesibles para ellos por la distancia aunque al área asisten camionetas del DIF que ofrecen estos servicios. No cuentan con teléfonos públicos cercanos.

Cabe resaltar que cerca de la zona (aproximadamente 2 cuadras) existe el canal de Chalco que es un canal de aguas negras descubierto.

En cuanto a medidas higiénico dietéticas refiere consumir carne 7/7, fruta 7/7, verduras 7/7, huevo 1/7, leche 0/7 que sustituye con queso, crema, yoghurt y amaranto 7/7, ingiere 3 tortillas al día, no consume pan y bebe 2 o más litros de agua diarios ; le desagrada la leche. Suplementos alimenticios multivitaminas 1/24 hrs. Actualmente hace 3 comidas mas 1 ó 2 colaciones que prefiere realizarlas en compañía de la familia.

Menciona baño diario con cambio de ropa total y aseo bucal 3 veces al día.

En cuanto a su hábitos de eliminación: el vesical actualmente la realiza 6-8 veces al día de características normales, manifestando disuria, tenesmo y pujo vesical; el intestinal refiere ser una vez al día sin dificultad y de características normales.

Con respecto a su actividad y reposo se dedica a las labores del hogar y las que implique el cuidado de su hijo, con el actual embarazo se siente fatigada por lo que toma una siesta por la tarde para después continuar con sus quehaceres.

Ella se encuentra en etapa de desarrollo de adulta joven con embarazo.

Al cuestionar sobre autoimagen se considera centrada, responsable y que al presentársele situaciones de tensión prefiere enfrentarlas, hablando con la

persona implicada en el problema con la intención de buscar alternativas de solución. Mantiene regularmente buen estado de ánimo.

Al respecto de antecedentes heredo-familiares cuenta con :

Madre diabética en tratamiento

Padre padece cálculos renales en tratamiento

De antecedentes patológicos personales:

Se sabe haber padecido enfermedades exantemáticas propias de la infancia como : rubéola, sarampión y varicela, así como hepatitis a los 4 años de edad. Padece sinusitis alérgica inespecífica, que se ha manifestado por cefalea frontal ocasional y sensación de congestión a nivel de senos paranasales.

Cervicovaginitis e infección de vías urinarias recurrente.

Antecedentes gineco-obstétricos:

Menarca 12 años, ciclos 26 x 7 eumenorréica, IVSA 18 años. Un compañero sexual; GII, PI, A0, C0. Método de planificación : pastillas por 3 años que dejó en junio de 1996.

FUM : 7 diciembre 1996

FPP: 14 septiembre 1997

Presenta flujo blanquecino, no fétido que produce prurito y ardor.

Parto I : 3 julio 1993 con resolución eutócico obteniéndose niño sano que pesó 2,850 kg y al que se le ofreció lactancia materna por 3 meses.

Presentó complicaciones en el alumbramiento por inversión uterina y hemorragia tratados médicamente y resuelta sin otros problemas aparentemente.

Estado Actual :

Paciente que acude a la consulta prenatal donde es captada cursando con 26.5 SDG, presentando cifras de signos vitales normales, ligera palidez de tegumentos,

conjuntivas hipocrómicas, usa anteojos con 9.5 dioptrías, nariz con desviación septal, y resequeza de mucosa, cavidad oral con buena hidratación, caries no tratadas, oídos sin alteraciones, sin adenomegalias; glándulas mamarias simétricas, cónicas; miembros superiores simétricos sin movimientos anormales, abdomen globoso a expensas de útero gestante con producto único vivo, situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho con altura de fondo uterino de 27 cm, y frecuencia cardíaca fetal de 138 x', movimientos fetales presentes, giordanos negativos; genitales de acuerdo a edad y sexo, refiere disuria, pujo y tenesmo vesical, se observa leucorrea blanquecina, no fétida que causa ardor y prurito; miembros inferiores simétricos, sin edema.

Su estado emocional se encuentra alterado relacionado con la experiencia del primer parto.

Exámenes de laboratorio:

B.H.: Hb 10.5 gr

Hto 32

Grupo y Rh: O+

E.G.O. : Bacterias : regulares

pH: 6.5

Leucocitos: 1-2 por campo.

Nitrito: Negativo.

18-JULIO-97. Laboratorio:

B.H. : Hb: 12.1 gr

Hto: 36

RESULTADOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA VALORACIÓN DE LAS GUÍAS DE PREVIGEN Y RESUMEN DE LAS CONSULTAS SUBSECUENTES.

De acuerdo con la valoración inicial podemos decir que el embarazo que actualmente cursa Alma es considerado como de riesgo medio; debido a que cuenta con lesión nasal (desviación de tabique), ingesta insuficiente de alimentos ricos en hierro y sintomatología de infección urinaria lo que altera los requisitos de autocuidado universal. Así, encontramos entonces en la evaluación de riesgo perinatal en el embarazo un factor 37 amarillo con los datos antes mencionados.

Para el 18 de Julio de 1997 se resolvió la sintomatología respiratoria aunque el problema de base se tratara posteriormente.

La sintomatología urinaria remitió, sin embargo se mantiene como riesgo potencial.

De acuerdo al PreviGen III, como alteraciones maternas podemos considerar los déficit en los requisitos universales de autocuidado de Orem al respecto de "equilibrio entre actividad y reposo" y el de "prevención de peligros para la vida" lo que otorga un riesgo medio a la evolución del embarazo en esta fecha.

El 25 de Julio de 1997, se encontraba nuevamente la infección urinaria activa (16 rojo) con lo que el riesgo en este momento del embarazo es alto, aunque no por ello no puede ser manejado en este primer nivel de atención. Con un buen control y vigilancia estrecha apoyados en la enseñanza a la usuaria y confiados en que participará activamente en su propio autocuidado.

Existen otros déficit al respecto del equilibrio entre actividad y reposo de los requisitos de autocuidado universal y de los requisitos de desviación de la salud, existe déficit al respecto si se efectúan medidas de dx, tx, y rehabilitación, médicamente prescritos.

Estos déficit pueden superarse con promoción a la salud y fortaleciendo actividades de autocuidado.

Con fecha 1º de Agosto, controlados los factores de riesgo y resueltos los déficit se considera un embarazo de bajo riesgo, aunque mantiene como potenciales algunos riesgos.

Misma situación se presenta en fecha de 27 de Agosto y 3 de Septiembre de 1997, donde los déficit se mantienen resueltos; el apoyo educacional es constante y las actividades de autocuidado se fortalecen.

7.3 OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- Valorar, planear, ejecutar y evaluar cuidados de calidad y calidez basados en la teoría de Orem.
- Propiciar modificación de pautas de conducta que llevan a la cliente a procurar el autocuidado de su salud identificando capacidades.
- Desarrollar capacidades en la mujer en busca de que se convierta en un adecuado agente de cuidados dependientes en relación a su hijo.

7.4 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.

FECHA Y REQUISITO VALORADO	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>12-JUN-97</p> <p>Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p>	<p>Déficit en la inhalación de aire relacionado con alteración del tabique nasal, y proceso inflamatorio de senos paranasales y/o frontales, manifestado por congestión de los mismos y cefalea frontal ocasional.</p>	<p>SISTEMA DE ENFERMERIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> * APOYO-EDUCACIÓN * PARCIALMENTE COMPENSATORIO <p>Orientar acerca del empleo de vaporizaciones con hojas de eucalipto.</p> <p>Ingesta suficiente de líquidos y cítricos que favorecen defensas orgánicas.</p> <p>Sugerir visita al otorrinolaringologo en cuanto sea posible.</p> <p>Orientar acerca de la necesidad de tratamiento quirurgico a largo plazo.</p>	<p>Mantener un aporte suficiente de oxigeno.</p>	<p>18-JUL-97</p> <p>Mejora la entrada de aire a las vias aéreas favoreciendo la oxigenación, ya que siguió las indicaciones del empleo de vaporizaciones e ingesta suficiente de líquidos.</p>

FECHA Y REQUISITO VALORADO	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>12-JUN-97.</p> <p>Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.</p>	<p>Déficit alimenticio relacionado con un aporte limitado de alimentos ricos en hierro.</p> <p>Presencia de anemia relacionada con las demandas nutricionales en el embarazo, manifestado por palidez de tegumentos y conjuntivas, corroborado con datos de laboratorio.</p>	<p>Establecer junto con el nutriólogo un régimen dietético que incluya suficientes alimentos ricos en hierro como lo puede ser las vísceras del tipo del hígado, así como carne, huevo, nueces, vegetales de hoja verde y cereales enriquecidos, entre otros, que le van a permitir cubrir el requisito nutricional en ésta etapa de embarazo.</p> <p>Ingesta suficiente de cítricos para favorecer la absorción de hierro. Valorar Bh de control.</p> <p>Ministrar Auntrin 600, una tableta c/24 hrs VO, hasta después del parto quien proporciona los elementos fundamentales para el tratamiento de la anemia asegurando la absorción de hierro, mediante el aporte de fumarato ferroso y vitamina C.</p>	<p>Compensar las deficiencias de hierro .</p> <p>Mantener cifras normales de Hemoglobina.</p> <p>Mantener un aporte adecuado con las demandas del embarazo.</p>	<p>18 JUL-97</p> <p>Recuperó coloración rosada de la piel y se esperan resultados de hemoglobina.</p> <p>Con fecha 25-JUL-97 se obtuvieron resultados de laboratorio reportando cifras de Hb. de 12.1 g.</p>

FECHA Y REQUISITO VALORADO.	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>12-JUN-97</p> <p>Continuación del mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.</p>	<p>Hacer hincapié en los efectos colaterales de éste medicamento como puede ser: náuseas, vómito, erupciones cutáneas, heces oscuras. Así mismo, hay que recordar que se mantenga horario y dosis indicada hasta concluir tratamiento.</p> <p>Déficit en el autocuidado relacionado con inadecuados hábitos higiénicos en el aseo dental manifestado por diversas caries.</p> <p>Riesgo potencial de no ingerir algunos alimentos relacionados con dentadura en malas condiciones lo que podría condicionar mal nutrición.</p>	<p>Hacer hincapié en los efectos colaterales de éste medicamento como puede ser: náuseas, vómito, erupciones cutáneas, heces oscuras. Así mismo, hay que recordar que se mantenga horario y dosis indicada hasta concluir tratamiento.</p> <p>Orientar acerca de los beneficios y técnica de cepillado y uso de hilo dental.</p> <p>Orientación dietética acerca del consumo de lácteos y/o sus derivados para compensar la absorción de calcio que está teniendo el producto en desarrollo.</p> <p>Solicitar interconsulta a odontología para que Alma reciba tratamiento específico.</p>	<p>Mejorar hábitos higiénicos que repercutan en su salud.</p> <p>Contribuir a mejorar la digestión de alimentos al mantener una dentadura en buen estado.</p>	<p>18-JUL-97</p> <p>Se logró interconsulta a odontología recibiendo atención y tratamiento necesarios a corto y mediano plazo.</p> <p>Se mantiene el consumo de derivados lácteos, para cubrir necesidades durante el embarazo.</p>

FECHA Y REQUIRITO VALORADO	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>12-JUN-97</p> <p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.</p>	<p>Daño en trazo urinario relacionado con estasis urinaria por compresión del feto hacia la vejiga manifestando por disuria, pujo y tenesmo vesical.</p> <p>Ineficiente autocuidado relacionado con malos hábitos higiénicos de región perineal.</p> <p>Riesgo potencial de amenaza de parto pretérmino secundario a infección urinaria y cervicovaginitis.</p>	<p>Orientar acerca del mantenimiento de la ingesta de 2 a 3 litros diarios de líquidos preferentemente de citricos para acidificar la orina y así disminuir la posibilidad de que actúe como medio de cultivo para la proliferación de microorganismos.</p> <p>Evitar sediluvios para reducir la posibilidad de diseminar microbios</p> <p>Aumentar el consumo de citricos entre los cuales se sugiere: naranja, mandarina, guayaba, melón, brocoli, jitomate, papas, entre otros.</p> <p>Orientar sobre el uso de ropa interior de algodón que reduce la humedad de la región y con ello disminuye el riesgo de proliferación de microorganismos.</p> <p>Insistir en el aseo perineal correcto de adelante hacia atrás sin regresar.</p>	<p>Tratar y remitir el proceso infeccioso.</p> <p>Mejorar hábitos higiénicos.</p> <p>Detectar y/o evitar complicaciones como el parto pretérmino.</p>	<p>18-JUL-97</p> <p>Disminuyó la sintomatología urinaria, aunque la fisiología misma del embarazo favorece la presencia de infección de vias urinarias por lo que es necesario detectarlas oportunamente por medio de una vigilancia estrecha.</p>

FECHA Y REQUISITOS VALORADOS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>12-JUN-97</p> <p>Continuación de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.</p>	<p>Inadecuado autocuidado relacionado con malos hábitos de higiene sexual, manifestado con presencia de flujo blanquecino, no fétido que provoca prurito y ardor.</p>	<p>Indicar se realice urocultivo.</p> <p>Ministrar: Macrodantina (Nitrofurantoina) 100mg V.O., c/6 horas por diez días. Se emplea como bactericida específico de primera elección en el tratamiento de infecciones urinarias. Se considera un bactericida de amplio espectro que abarca la mayoría de gérmenes uropatógenos.</p> <p>Orientar para que se mantenga horario, dosis, vía.</p> <p>Indicar E.G.O. de control.</p> <p>Administrar el uso de Vagitrol óvulos aplicado uno c/24 hrs de preferencia por las noches previo aseo de manos.</p> <p>Orientar sobre ciertas medidas higiénicas como el aseo de manos de su pareja previo a las relaciones sexuales.</p> <p>Recomendar baño diario con cambio de ropa interior preferentemente de algodón.</p>	<p>Corregir proceso infeccioso.</p> <p>Modificar hábitos higiénicos tendientes a mejorarlos.</p> <p>Evitar complicaciones secundarias a infecciones.</p>	<p>18-JUL-97</p> <p>Se reducen datos de cervicovaginitis posterior a medidas terapéuticas.</p>

FECHA Y REQUISITOS VALORADOS	DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
12-JUN-97 Requisitos de autocuidado de desarrollo.	<p>Usuaría adulto-jóven embarazada cuenta con el apoyo de su pareja y familiares.</p> <p>Se mantiene preocupada por la experiencia de su parto anterior.</p>	<p>Orientar a la pareja acerca del proceso que cursa su mujer, procurando involucrar al esposo en el desarrollo del embarazo.</p> <p>Ofrecer confianza a la cliente a través de escucharla y disipar dudas al respecto del embarazo y parto.</p>	<p>Coadyuvar al fortalecimiento de la relación de pareja.</p> <p>Que la usuaria comprenda la evolución del crecimiento y desarrollo fetal y tenga confianza hasta que nazca su bebé.</p>	<p>Alma ha mostrado conforme transcurre el embarazo mayor tranquilidad y confianza en que su embarazo culmine con un parto normal sin complicaciones.</p>

FECHA Y REQUISITOS VALORADOS	FORTALEZAS	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA
<p>12-JUN-97</p> <p>Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.</p>	<p>Habilidad satisfecha para el mantenimiento suficiente de agua.</p>	<p>Recomendar ingerir entre 2 y 3 litros de agua al día que puede ser purificada o hervida.</p> <p>Consumir jugos de frutas naturales.</p>	<p>Mantener hidratación adecuada.</p>
<p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.</p>	<p>Alma es receptiva a la información que se le ha brindado y realiza indicaciones que se sugieren.</p>	<p>Orientar sobre el proceso evolutivo intrauterino del feto, el desarrollo normal de la gestación y los signos y síntomas de alarma en la evolución del embarazo.</p>	<p>Reforzar responsabilidad y compromiso de la cliente al respecto de su estado de salud y la de su hijo.</p>

FECHA Y REQUISITOS VALORADOS	FORTALEZAS	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA
<p>12-JUN-97</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad, descanso y sueño.</p>	<p>Se mantiene un equilibrio entre la actividad máxima que realiza con periodos de descanso suficiente.</p>	<p>Aconsejar sobre el reposo relativo. Apoyo psicológico.</p>	<p>Promover equilibrio entre actividad y reposo</p>
<p>Mantenimiento de equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p>	<p>Existe interacción social enfrenta los problemas mediante la comunicación</p>	<p>Conversar con la pareja, la importancia de tratar situaciones difíciles a través del dialogo; así como, la necesidad del lenguaje para comunicar nuestros gustos o desagrados y como herramienta fundamental en las relaciones interpersonales.</p>	<p>Estimular el fortalecimiento de lazos de comunicación.</p>
<p>Promoción de la normalidad.</p>	<p>Identifica peligros, reconociendo las repercusiones que pueden tener los procesos infecciosos en el progreso del embarazo.</p>	<p>Continuar con la orientación de medidas preventivas y terapéuticas; así como verificar el seguimiento de dichos cuidados.</p>	<p>Concientizar la importancia de llevar a cabo medidas terapéuticas prescritas .</p>

FECHA Y REQUISITOS VALORADOS	FORTALEZAS	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA
	<p>Realiza medidas terapéuticas para eliminar o atenuar ciertos factores y daños.</p>	<p>Verificar que la enseñanza ofrecida sea llevada a cabo en la práctica cotidiana.</p> <p>Orientación acerca de los signos y síntomas de alarma durante la gestación como lo es la ruptura prematura de membranas, hipo o hipermotilidad fetal, sangrado transvaginal, aumento de contracciones uterinas en frecuencia intensidad y duración y la necesidad de consulta profesional en caso que se presenten.</p>	<p>Que la embarazada comprenda lo importante que es tener una actitud positiva pensando optimistamente.</p> <p>Que la usuaria busqué apoyo profesional cuando así lo necesite.</p>
<p>Alma buscó ayuda especializada en cuanto supuso el embarazo. Al parecer a llevado eficientemente medidas terapéuticas. Cumple oportunamente con su calendario de consulta diseñado especialmente para ella.</p>		<p>Concientizar la necesidad de continuar sus consultas e indicaciones establecidas para el estado de salud particular que esta cursando.</p>	

FECHA Y REQUISITO VALORADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVO PARA CON UNA USUARIA	EVALUACION
<p>18-JUL-97</p> <p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.</p>	<p>Riesgo potencial de alteración en el proceso de eliminación relacionado con cambios fisiológicos durante el embarazo aunado con posibles hábitos higiénicos deficientes que podrían manifestarse con sintomatología urinaria.</p>	<p>Reorientar acerca de medidas higiénicas.</p> <p>Insistir en la ingesta de 2 a 3 litros diaria de agua.</p> <p>Aconsejar sobre el reposo relativo.</p> <p>Ministrar Alupent media tableta c/8 hrs por 5 días o de acuerdo a actividad uterina, empleado como inhibidor de la hipercontractilidad uterina.</p> <p>Valorar estado fetal a través de monitorización.</p> <p>Indicar se realice USG (valorar crecimiento fetal).</p>	<p>Que la paciente incorpore como parte de su vida diaria indicaciones higiénicas establecidas.</p> <p>Reducir el riesgo de parto prematuro.</p> <p>Evitar daños en el producto como lo es la prematuréz.</p> <p>Coadyuvar a la aplicación medicamentosa.</p>	<p>Al parecer se llevaba a cabo recomendaciones indicadas, sin embargo reincide el proceso infeccioso.</p> <p>No se realizó USG, por falta de recursos económicos por parte de la paciente.</p>
<p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>Alteración en la relajación uterina relacionado con posible estado emocional alterado, aunado a proceso infeccioso que estimula actividad uterina irregular percibida por la usuaria.</p>			

FECHA Y REQUISITO VALORADO.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>18-JUL-97</p> <p>Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.</p>	<p>Estado emocional aprehensivo en relación a la actividad uterina y el temor al nacimiento antes de tiempo.</p>	<p>Orientación relativa a los signos clínicos de la etapa prodromica del trabajo de parto, donde existen contracciones irregulares e infectivas pudiendo ser éstas anormales.</p> <p>Orientar acerca de la importancia de guardar reposo</p> <p>Estimular para que realice alguna actividad recreativa (lectura, tejido, escuchar música) lo que despejará la mente y disminuirá su estado de angustia.</p> <p>Motivar la preparación de la canastilla del bebé.</p> <p>Disipar dudas acerca del embarazo y trabajo de parto.</p>	<p>Mantener un estado emocional óptimo que reduzca riesgos en el embarazo.</p>	<p>Manifiesta con menor ansiedad sus dudas, sigue las indicaciones prescritas.</p>

FECHA Y REQUISITO VALORADO.	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
25-JUL-97. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.	Déficit en el autocuidado relacionado con malos hábitos higiénicos y eslasís urinaria; por compresión del útero sobre la vejiga, manifestado por disuria y tenesmos vesical.	Enseñar técnica adecuada para el aseo perianal, es decir, de adelante hacia atrás. Lavado mecánico posterior a la defecación. Uso de ropa interior de algodón. Consumo suficiente de líquidos. Ingerir frutas cítricas para acidificar la orina y evitar el crecimiento microbiano. Ministrar Macrodantina 100 mg VO c/6 hrs por 10 días.	Fomentar hábitos higiénico-dietéticos que favorezcan el embarazo y la vida futura.	Ha remitido sintomatología de proceso urinario infeccioso; sin embargo cabe la posibilidad de que reincida por lo que es necesario reorientar en las visitas domiciliarias
Requisito de desviación de la salud.	Déficit en el autocuidado siendo éste inconstante, relacionado con falta de compromiso en llevar a cabo medidas terapéuticas relacionado con la reincidencia del proceso infeccioso.	Orientar acerca de la importancia de llevar a cabo medidas terapéuticas involucrando de manera directa a la pareja.	Concientizar sobre la importancia de llevar a cabo medias terapéuticas a fin de evitar complicaciones.	Reidentifica las medidas terapéuticas reconociendo la relevancia de estas.

FECHA Y REQUISITO VALORADO	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	CUIDADOS DE ENFERMERIA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACION
<p>25-JUL-97</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>Alteración en el estado emocional lo cual al parecer desencadena actividad uterina percibida por la cliente (aunque no por la enfermera perinatal).</p>	<p>Orientar sobre el reposo relativo.</p> <p>Valoración cardiográfica del feto.</p> <p>Reorientar acerca de signos y síntomas de alarma.</p> <p>Insistir en ocupar su mente y su tiempo en otras actividades como la lectura, el tejido, etc, que permitan distraer la atención que se tiene sobre el embarazo.</p>	<p>Tranquilizar a la paciente para que el curso del embarazo sea lo más normal posible.</p>	<p>Aparentemente ha desaparecido sintomatología de actividad uterina, sin embargo es necesario una vigilancia constante.</p>
<p>01-AGO-97</p> <p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excrementos.</p>	<p>Riesgo potencial de infección urinaria relacionada con cambios fisiológicos producidos en el embarazo.</p>	<p>Insistir en medidas terapéuticas señaladas al respecto.</p>	<p>Evitar recidivas y fomentar hábitos higiénicos adecuados.</p>	<p>No ha reiniciado el proceso infeccioso.</p> <p>Lleva a cabo indicaciones establecidas.</p>

FECHA Y REQUISITO VALORADO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	CUIDADOS DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS PARA CON LA USUARIA	EVALUACIÓN
<p>01-AGO-97</p> <p>Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.</p>	<p>Riesgo potencial de presentar actividad uterina antes de tiempo relacionada con posible proceso infeccioso y estado emocional alterado.</p>	<p>Vigilancia constante.</p> <p>Orientar a la usuaria y su pareja acerca de signos y síntomas de alarma.</p> <p>Cita cada 15 días para control prenatal.</p>	<p>Detectar oportunamente signos y síntomas de alarma e incidir sobre ellos.</p> <p>Detectar, atenuar y evitar lo posible parto pretérmino.</p>	<p>Al parecer no se ha presentado actividad uterina pretérmino ni pérdidas transvaginales.</p> <p>Se mantiene vigilancia</p>

COMENTARIO FINAL DEL CASO.

Se logró remitir el proceso infeccioso de vías urinarias y cervicovaginal, al parecer Alma concientizó su participación activa en el embarazo procurando su autocuidado, el feto se mantuvo con constantes vitales dentro de límites normales y no existen más datos para suponer otra complicación.

La gestación se resolvió a la semana 38.4 (4-SEP-97), habiendo presentado trabajo de parto espontáneo que a partir de la fase activa hasta el nacimiento tuvo una duración de 4 ½ hrs estando acompañada durante este tiempo por su esposo lo que le ofreció mayor seguridad, confianza y optimismo.

Se obtuvo un producto de sexo masculino, con Apgar de 8/9 al minuto y 5 minutos respectivamente, con un peso de 3,040 grs y una talla de 48 cm., considerado como un bebé de término, maduro sin malformaciones, ni complicaciones. La valoración de Capurro determino 38.1 semanas de gestación. Paso a alojamiento conjunto.

La madre y su pareja participaron activamente en el trabajo de parto y parto colaborando y siguiendo indicaciones establecidas. Se le realizó episiotomía y episiorrafia bajo bloqueo epidural. No se presentaron complicaciones durante el nacimiento, alumbramiento ni puerperio.

La lactancia materna se inicio desde la primera media hora después de nacido el bebé, quien la toleró sin ningún problema.

8. CONCLUSIONES

El abordaje de la problemática de salud de una persona requiere por parte del otorgante de servicios, en este caso la enfermera de recurrir a diferentes teorías que le ayuden a explicar la situación social y las manifestaciones psicobiológicas del cliente a través de los cuales podrá adquirir elementos que le permitan interpretar el caso en forma totalizadora (u holística) para el diseño de estrategias pertinentes en un intento de resolución a la situación concreta.

El modelo de Orem ofrece una utilidad inmediata, para las enfermeras quienes podrán establecer el tipo de asistencia que implementará en el cuidado; que podrá ser de apoyo, sustitutorio o complementario de acuerdo con las capacidades y demandas de autocuidado del individuo identificadas a través de una valoración de enfermería.

El aplicar esta teoría permite a la enfermera diseñar estrategias ante una situación concreta de la persona a la que atiende, comprometiendo a ésta como parte activa en las acciones a seguir y rescatándola de una situación pasiva-determinista de su situación de salud.

El modelo tiene su base en el individuo siendo la principal preocupación el cuidado del cliente dirigiendo gran parte de las acciones hacia la promoción de la salud e involucrando al sujeto a su propio autocuidado. Orem considera que el sujeto maduro tendrá la capacidad de autocuidado, lo que en términos generales puede ser; sin embargo, existen otro tipo de factores que impiden a un sujeto buscar atención aún cuando sabe que la necesita; tales condiciones pueden ser la cuestión económica, la no accesibilidad a los recursos médicos, aspectos culturales o educacionales, entre otros.

Es decir, Orem considera que los sujetos tienen grandes capacidades de interrelación, educación, decisión, etc., sin embargo en nuestra realidad existen muchas personas que carecen de éstas cualidades debido a la influencia del entorno en el actuar del individuo, así tenemos que la forma de construir de las personas es determinada por factores hereditarios, nutricionales, ambientales, educacionales y culturales, así como experiencias personales que son muy diferentes en nuestra sociedad comparada con otras lo que considero que limita la aplicación de la teoría, aunque habría que buscar condiciones que lo favorezcan como lo sería la educación en salud.

Para este caso estudiado, esta propuesta resulta una franca confrontación con el esquema tradicional de la práctica de enfermería, lo cual puede confundir al propio especialista y a los profesionales que lo rodean. Sin embargo, aquí radica su valía y es la diferencia en la forma de trabajo para rescatar y sistematizar esta función educativa como prioritaria del profesional de enfermería.

Quizá uno de los "problemas" a los que las enfermeras nos enfrentamos sería el estar obligadas a hacer nuestro el lenguaje que maneja dicha teoría para poder con conocimiento de causa implementar en la práctica los conceptos que la autora maneja, familiarizándonos con la terminología y sustento teórico-metodológico del modelo para su aplicación eficaz en cada caso particular.

Aunque, el aproximarse al objeto de estudio de la enfermería, como lo es el cuidado en la atención de la persona con un enfoque humanístico determinará una motivación para la enfermera por rescatar los verdaderos valores en la esencia de su hacer que nos permitirá alcanzar un alto grado de satisfacción al lograr contribuir más de cerca a solucionar problemas de salud de la persona a la cual se le otorga el cuidado, logrando identificar el placer de dar y servir a cumplir con esa misión.

Aunque las teorías guían el cuidado enfermero, de emplear solo una de ellas, la atención del usuario estaría limitada, por lo tanto para lograr una visión holística del cliente es recomendable apoyarse en tantas teorías como sea necesario para cada caso en particular.

Los factores condicionantes básicos entorpecen o limitan el proceso de autocuidado, lo que lleva a pensar en el trabajo multidisciplinario, que permita mejorar las situaciones que condicionan al usuario en lo personal, familiar y ambiental.

Al hablar con respecto a la metodología del trabajo, me parece que el tiempo fue suficiente considerando que el caso debe ser elegido desde el primer semestre permitiendo un lapso razonable para hacer seguimiento, logrando con ello sistematizar la forma de trabajo, planear oportunamente actividades evaluándolas y reconociendo avances y retrocesos con posibilidad de actuar sobre estos últimos para elevar la calidad de atención.

Considerando mi experiencia, aunque mínima, en la aplicación de la Teoría de Orem, se reconoce que ésta, tiene utilidad para la atención de la salud perinatal ya que permite reconocer el papel de la Enfermera y del cliente en la provisión de cuidados, dirigidos hacia este último; situación concreta en el caso particular de Alma, mujer embarazada de 23 años de edad con un proceso urinario infeccioso agregado, donde el modelo contribuyó a dirigir las acciones hacia el fomento del autocuidado ya que la usuaria recibió con agrado la orientación y concientizó su responsabilidad en éste proceso vital que cursa, sin embargo algunos problemas reincidieron quizá debido a la influencia de su entorno (incluyendo deficientes hábitos higiénicos, zona urbana con gran riesgo de contaminación ambiental por el río de aguas negras cercano al domicilio, stress adicional tal vez por problemas familiares).

El estudio de las Teorías y su aplicación práctica permite que el profesional de la salud -enfermera especialista perinatal- aborde los problemas de salud, desde un enfoque holístico, ético y consciente de la importancia que implica que usuario y enfermera actúen en pro de la calidad de vida individual, familiar y social.

9. SUGERENCIAS

Este comentario lo dirijo a quienes inicien en el trabajo con el Proceso de Enfermería guiados con un modelo teórico, recomendando:

Mostrar un interés profundo por el usuario en sus condiciones de salud al aplicar un modelo.

No desesperar en los avances y/o manifestaciones de respuesta de un usuario hacia el cuidado, dado que cada persona es producto de una situación histórica particular que puede emitir diferentes respuestas, ante los estímulos o estrategias propuestas por la persona que oferta los cuidados.

Pensar que los logros por mínimos que sean tienen mayor valor por el solo hecho de haberlos intentado.

Valorar siempre a la persona aunque exista un daño grave ayudando a salvar lo rescatable de la vida misma, contribuyendo con ello a continuar viviendo o en su caso a morir con dignidad.

Conocer limitaciones para aprovechar potencialidades existentes.

BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO**, Rosalinda, RN, MSN. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Barcelona, ediciones Doyma. pp. 157.
- BAENA** ; Paz Guillermina. Instrumentos de investigación, manual para elaborar trabajos de investigación y tesis profesionales. México D.F. 1984, 12ª edición, Editores mexicanos unidos, pp. 134.
- BARRON**, Hernández Raúl. Infección de las vías urinarias. (Monografía) México 1993, INPer, pp. 73
- CALDERON**, Jaimes E. et. al. Conceptos actuales en Infectología perinatal. México, 1988, INPer, pp. 397.
- CAVANAGH**, J. Stephen. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona, 1993, Ediciones Científicas y Técnicas S.A. pp. 165.
- FIGUEROA**, Damian R. y col. Las Infecciones de vías urinarias (IVU) en las pacientes del INPer (mecanograma). 1992.
- HORTA**, Martínez Ismael. Infección urinaria durante el embarazo. Tesis. México, D.F. 1990. INPer pp. 60.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Normas de los servicios de Obstetricia., México. pp. 545.
- Instituto Nacional de Perinatología. Infecciones urinarias en la etapa reproductiva de la mujer. Taller Internacional, México 1988, pp. 65.

- Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología. México, 1994, Ed. Marketing y Publicidad de México.
- KNOR**, Emily R. Decisiones en Enfermería Obstétrica. Traduc. Vila Planas y Giméroz Serrano, Ediciones Doyma 1990, Barcelona pp. 286.
- MONDRAGON**, Castro Hector. Gineco-obstetricia para enfermeras. Ed. Trillas, México, 1ª edición 1991, pp. 510.
- MONDRAGON**, Castro Hector. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Trillas. México, 3era. Edición 1989, pp. 724.
- OREM**, Dorothea E. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4ta. Edición, Barcelona 1993, Ediciones Científicas y Técnicas S.A. pp. 423.
- PAVISIC**, Jenny, García Alma Luz. Material del curso taller de estimulación temprana. Abril 1995, pp.55.
- PERNOLL** Martín L. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstetricos. Ed. El Manual Moderno S.A. de C.V. 6ta. Edición 1993, México pp. 1444.
- POLIETTI**, A. Rosette. Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales. Traduc. Alberdi Castell y Mompert García, 1980, Ed. Rol S.A. Barcelona. pp. 158.
- PRITCHARD**, Jack A. et. al. Williams, Obstetricia. 3era. Edición 1987, Ed. Salvat, México, pp. 900.

READER, Sharon J. et. al. Enfermería materno-infantil. Traduc. Aguilar Ortega María Teresa y Feher de la Torre Guillermina, 17ava. Edición 1995. Ed. Interamericana, México, pp. 1421.

TRUEBA, Guadalupe. et. al. Curso de preparación para el parto. México, pp.90.

SCOTT, James R. et. al. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ta. Edición 1990, México, Ed. Interamericana, pp. 1296.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

HEMEROGRAFÍA.

- FIGUEROA ; Damian R y col. Patogenesis y manejo de la Infección Urinaria durante la Gestación. PERINATOL REPROD HUM. 1993, Vol. 7 No. 2.
- FOURNIÉ, A. LESOURD-PONTONNIERF. Infecciones Urinarias durante el embarazo. ENCICLOPEDIA MEDICO-QUIRÚRGICA. 1996, No. 5047-A-10 : 1-10.
- IBARRA, R. J. et. al. Complicaciones Perinatales en las Mujeres con Infección Urinaria durante su Gestación. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. 1993.
- IRIS DE LA CRUZ, Sebastián. Nuevos enfoques en el Tratamiento de Infección de Vías Urinarias. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. 1996, Vol. 64 :319.
- LUCAS, Michael J. y col. Infección de vías urinarias durante el embarazo. CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS. Vol.4/1993 : 807-818. Ed. Interamericana.
- ORTIZ, Ibarra, FJ. Y col. Utilidad de dos pruebas para el Diagnóstico presuntivo rápido en Infección de Vías Urinarias y Embarazo. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO. 1993, Vol. 61 :220-224.
- VARGAS y cols. Sistemas de riesgo perinatal. CIMIGEN, 1987.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN MATERNA

Fecha de elaboración _____

Elaborado por _____

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____ Edad: _____
Edo Civil _____ Peso _____ Talla _____ Grupo y Rh _____
Ocupación _____ Escolaridad _____ Religión _____
Lugar de nacimiento _____ Residencia _____ Tiempo de residencia _____
Domicilio actual _____ Tel. _____
Persona responsable (Parentesco, nombre, ocupación, domicilio y tel.) _____

1 Características de la familia.

Tipo de familia (nuclear, extensa, integrada, desintegrada, etc) _____

Nº de integrantes _____

Comunicación con:

- La pareja
- Hijos
- Otros familiares

¿Cuál considera usted que son los principales problemas de relación familiar?

Tipo y recreación con:

- La pareja
- Hijos
- Otros familiares

2. Características del ambiente.

Vivienda. Propia _____ Rentada _____ Otra _____ Ventilación natural _____ Iluminación natural _____

Tipo de construcción (perecedero, durable o mixto) _____

Nº de habitaciones (Para dormir, cocinar, baño propio o compartido) _____

Servicios Intradomiciliarios : (especificar características)

Tipo de combustible para cocinar

Agua

Luz

Drenaje

Iluminación artificial

Convive con animales _____ Fauna Nociva _____

Manera de recolectar la basura en el hogar _____

3 Características de la comunidad

Pavimentación	_____	Medios de transporte	_____
Iluminación	_____	Centros educativos	_____
Banquetas	_____	Servicios de salud	_____
Recolección de basura	_____	Centros comerciales	_____
Vigilancia	_____	Centros de recreación	_____
teléfonos públicos	_____		

II. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

A. AIRE

1. Hábitos de salud

- Higiene fosas nasales, bucal.
- Exposición a gases nocivos.
- Si fuma, cuantos cigarros al día, ¿varía la cantidad según estado emocional?
- Utiliza técnicas que mejoran su respiración (Relajación, yoga)
- Modelos de oxigenación (ayudas)

2. Revisión por sistemas.

- Aparato respiratorio. Signos vitales (pulso central y periféricos. T/ A, temperatura y patrones respiratorios) Nariz: deformaciones, obstrucción nasal, desviación de tabique, características. Mucosa, olfato, epistaxis, secreción, sensibilidad de senos paranasales Torax y pulmones : forma y simetría, auscultación y percusión, tos, sibilancias, estertores, alteraciones en la respiración.
- Sistema cardiovascular: Inspección del área cardiaca en busca de depresiones o protusiones, identificar si existen palpitaciones, soplos cardiacos, dolor precordial, arritmias, ortopnea.
- Sistema vascular periférico : extremidades torácicas y pélvicas (temperatura, color, llenado capilar, varicosidades, uñas) frialdad, entumecimiento , edema periférico

B. LÍQUIDOS

1. Hábitos de salud.

- líquidos orales en 24 hrs (cantidad y tipo) _____
- Líquidos que le gustan / desagradan _____
- Preferencia en cuanto a temperatura de los líquidos. _____

2. Revisión por sistemas.

- Hidratación: signos de deshidratación, diaforesis, edema, polidipsia, poliuria.
- Líquidos parenterales: Sangre o derivados, soluciones, hiperalimentación.

C. ALIMENTOS

1. Hábitos de salud.

- Registro dietético: N° de comidas al día _____
Días a la semana de consumo de :

carne _____	verdura _____	aceite vegetal _____	frituras _____
huevo _____	fruta _____	mantequilla _____	embutidos _____
leche _____		manteca _____	enlatados _____

consumo diario de

Nº de tortillas _____ Nº de panes _____ sal _____ azúcar _____

b) Alimentos que gustan / desagradan

c) Variantes dietéticas (culturales, religiosos y médicas) _____

d) Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales)

e) Problemas relacionados con la ingestión / digestión

f) Uso de medicamentos relacionados con la ingestión / digestión ¿Cuáles?

g) ¿Que sentido le da a la comida?(amor, recompensa, supervivencia, paliativo de aburrimiento...)

h) ¿Con quién come? ¿Dónde come?

i) ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación?

2.Revisión por sistemas.

a) Boca: dolores dentarios, sangrado de encías úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, halitosis, dificultad para masticar, adoncia parcial o total.

b) garganta : Dolor, disfagia, antecedentes de infección estreptocócicas (fecha de último episodio).

c) Aparato digestivo: náuseas, vómito (frecuencia, características) anorexia, polifagia, eructos frecuentes, dolor abdominal, indigestión por acidez.

d) Antropometría (peso, talla, pliegues cutáneos, diámetro del brazo)

D. ELIMINACIÓN.

1. Hábitos de salud.

a) Hábitos intestinales y vesicales. Características y Nº de veces.

b) Ayudas (líquidos, alimentos. Fármacos, enemas)

2.Revisión por sistemas.

a) Características de la orina : poliuria, oliguria, disuria, nicturia, incontinencia, dificultad para iniciar o detener la micción, fuerza de la micción, goteo, dolor lumbar y / o a nivel de fosas ilíacas.

b) Características intestinales : peristalsis, dolor, diarrea, estreñimiento agudo o crónico, flatulencia, hemorroides, características de las heces (color, consistencia y cantidad)

F. EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.

1. Hábitos de salud.

a) Comunicación : verbal (directa y abierta, poco clara o evasiva, habilidades de comunicación, barreras idiomáticas, tartamudeos) No verbal (contacto visual, lenguaje corporal, gestos, tono de voz, congruencia con la verbal)

Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc)

b) Interacciones sociales : perteneciente a algún grupo social, deportivo, cultural.

2. Revisión por sistemas.

a) Oído: dolor, secreción, tinnitus, aumento/ disminución de la audición, uso de audifono, malformación.

b) Ojos: Dolor, lagrimeo, secreción, simetría, pupilas, edema palpebral. Vista: lentes de corrección, visión borrosa, diplopia, ceguera nocturna, daltonismo

G. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANOS.

a) Prácticas de seguridad personal :

- *¿Conoce las medidas de prevención de accidentes en su trabajo, calle u oficina?
- *¿Realiza los controles de salud periódicos recomendados para cada edad y situación de la persona y familia ? (esquema de vacunación, revisiones médicas, papanicolaou, mamografía, etc).
- *¿Conoce las medidas de autocontrol para prevenir enfermedades ?
- *¿De qué manera maneja las situaciones de tensión en su vida ? (Enfadarse consigo mismo o con los demás, culpabilizar a los demás de su situación, hablar con la persona que está implicada en el problema, sentirse ansioso, rezar, leer, escuchar música o realizar actividades relajantes, dedicarse a actividades intelectuales, infravalorarse, adoptar un comportamiento inhibido, sumiso o activo)
- *¿Ha sufrido alguna alteración física que haya alterado su autoimagen o autoconcepto ?
- *¿Es usted alérgico a algún medicamento ?
- *¿Ha tenido alguna alteración del sistema inmunológico ?
- *¿Ha tenido historia de enfermedades de transmisión sexual, transfusiones sanguíneas, antecedentes de lesiones o accidentes ?
- *¿Cuáles son sus hábitos respecto a drogas, alcohol, tabaco, café, té, bebidas con cola, medicamentos?

Hábitos de higiene y protección de la piel.

a) Concepto / imagen de sí mismo.

- *Imagen corporal
- *Concepto de sí mismo
- *Salud mental (actitud, afecto/ estado de ánimo, procesos de pensamiento, sensorio y raciocinio)
- *Espiritualidad.

H. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD:

Promueve el funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

I. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEO DESARROLLO.

A. Etapa de la vida y aspectos relacionados (neonatal, lactancia, infancia, edad escolar, adolescencia, edad adulta media, procreación, etc)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

a. Desviación actual

1. Percepción de la desviación

- a. Motivo de consulta
- b. Comprensión de la alteración actual del estado de salud
- c. Sentimientos en relación con el estado actual de salud
- d. Preocupaciones específicas

- 2. Mecanismos de adaptación
 - a. Uso previo de los mecanismos de adaptación para afrontar alteraciones similares
 - b. Repertorio actual de mecanismos de adaptación y adecuación de los mismos.
 - c. Factores concomitantes de estrés (hechos cotidianos)
- 3. Efectos de la desviación sobre el estilo de vida
 - a. Psicológicos
 - b. Fisiológicos
 - c. Económicos.
- B. Historia previa de desviaciones de la salud.
 - 1. Enfermedades en la edad adulta
 - 2. Enfermedades en la infancia
 - 3. Hospitalizaciones
 - 4. Medicamentos prescritos o por iniciativa propia
- C. Historia familiar de salud
 - 1. Familiares vivos o fallecidos con desviaciones similares de salud.

“SISTEMA PARA DETECCIÓN Y EVALUACION DE RIESGO PERINATAL”

OBJETIVOS

El sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal se aplica fácilmente y con mínimos recursos para:

1. **Detectar** tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida Reproductiva.
2. **Facilitar** la atención Materno Infantil al clasificar el riesgo
3. **Hacer** posible el funcionamiento del Sistema de Atención Perinatal por niveles progresivos de acuerdo al riesgo:

- Nivel I
- Nivel II
- Nivel III

Riesgo Bajo
Riesgo Medio
Riesgo Alto

Verde
Amarillo
Rojo

4. **Propiciar** la Referencia y Contrarreferencia en forma oportuna e integral
5. **Utilizar** un sistema **Codificado Integral** que permite evaluar la operatividad y eficacia del sistema de Atención.

INSTRUCTIVO

El sistema consta de:

- 9 Guías para detectar y clasificar riesgos. (PREVICen I al IX).
- 1 Cédula de referencia. (PREVICen 77).
- 1 Cédula de contrarreferencia. (PREVICen 88).
- 1 Cédula de registro de datos. (PREVICen 99).

Las guías deben utilizarse para buscar sistemáticamente los factores de riesgo que pueden presentarse en cada etapa de la vida reproductiva. Los datos positivos de Riesgo (Amarillo y Rojo) deben anotarse en el apartado correspondiente del PREVICen 99 y deben además ser anotados y comentados en la Nota de evolución de la Historia Clínica.

- **Ejemplo:** Apgar 5 a los 5 minutos de vida.
 - Se debe anotar en PREVICen 99 en el apartado PREVICen VI, el número 25 que corresponde a la clave del factor de riesgo y la letra A que corresponde a la clasificación **Amarillo** o **Riesgo Medio**.
- **Ejemplo:** Ingreso en Trabajo de Parto con Ruptura de Membranas de 17 horas
 - Se debe anotar en PREVICen 99 en el apartado PREVICen IV (Inicial en el Trabajo de Parto), el número 14 que corresponde a la clase del factor de Riesgo y la letra R que corresponde a la clasificación **Rojo** o **Riesgo Alto**.
- **Ejemplo:** Tensión Arterial de 170/110 en el 4to mes de embarazo.
 - Se anota en PREVICen 99 en el apartado PREVICen III (Evolución del embarazo), los números 01 y 02 que corresponden a las claves del factor de riesgo y la letra R que corresponde a la clasificación **Rojo** o **Riesgo Alto**, esta anotación se hace en el renglón de las 16 semanas de gestación.

El PREVICen 99 debe integrarse al expediente

— CEDULA DE REFERENCIA: (PREVIgen 77)

— Sirve para enviar a otro nivel al paciente que así lo amerite. (Llenar todos los datos que se piden y recordar que el envío debe ser en "Las Mejores Condiciones" de seguridad, oportunidad y justificación). (Una copia debe integrarse al expediente), y el original se entrega al paciente o familiar para que gestione la atención en el lugar al que se envía.

— CEDULA DE CONTRAREFERENCIA: (PREVIgen 88)

— En ella se registran los datos correspondientes en el lugar de nacimiento y se envía una copia (clera y detallada) al sitio en que se lleva a cabo la Atención Primaria de la Familia.

Esta cédula o una copia de ella, debe quedar integrada al expediente del niño.

— Las guías para Detección y Evaluación de riesgo deben estar en los lugares donde van a ser utilizadas para consultar y recabar todos los datos contenidos en ella. (Consultorios, bolsillo).

— No forman parte del "Expediente" deben estar disponibles en las áreas de trabajo correspondientes.

01. Nivel Socioeconómico	Medio y alto	Bajo	Muy bajo
02. Espondil (área aprobados)	6 o más	1 a 5	Cero
03. Edad (años)	20-30	15-19	14 o menos
04. Edad (años)		31-35	30 o más
05. Estatura Cm	150 o más	145-149	144 o menos
06. Estado civil	Casado	Soltero	Sin conyuge
07. Estado Civil	Unión libre	Viuda	
08. Partida	1 a 3	Nulipara	
09. Partida		4 y más	
10. Partos anteriores	Normal	Oligici	Traumático
11. Intervalo intergenésico	1 a 2 años	Menos de 1 año	
12. Abortos	No	1 a 2	Más
13. Nacidos muertos	No	1 a 2	Más
14. Hijos con bajo peso	No	1 a 2	Más
15. Hijos con malformaciones	No	1 a 2	Más
16. Hijos prematuros	No	1 a 2	Más
17. Muestras neonatales	No	1 a 2	Más
18. Diabetes	No	Controlada	Activa
19. Hipertensión	No	Controlada	Activa
20. Epilepsia	No	Controlada	Activa
21. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
22. Enfermedades del hígado	No	Controlada	Activa
23. Enfermedades renales	No	Controlada	Activa
24. Consecuenciad	No	Si	
25. Heridas mentales	No	Si	
26. Exposición radiaciones	No	Si	Exagerado
27. Carga de trabajo	Normal	Excesivo	
28. Exposición a toxicos	No	Si	Grave y
29. Ostrucción	No	Moderada y	menos de 6
30. Anemia Mb. en Gramos	10 o más	3 a 9 a 9	
31. Alcoholismo	No	Si	
32. Tabaquismo	No	Si	
33. Otras farmacodependencias	No	Tuvo	Actual
34. Trombozismos	No	Tuvo	Actual
35. Rubeda	Tuvo		Si
36. Citomegalovirus	No	Tuvo	Si
37. Herpes	No	Tuvo	Actual
38. Sífilis	No	Tuvo	Actual
39. S.I.D.A.	No	Sospecha	Si
40. Otros estrésque			

■ Riesgo bajo ■ Riesgo medio ■ Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO

(PREVIgen II)

1 DATOS GENERALES

- 01. Edad (señal) 15 a 19
- 02. Edad (años) 20 a 30
- 03. Peso al inicio (kg) 31 a 35
- 04. Peso al inicio (kg) 36 a 75
- 05. Peso al inicio (kg) 65 a 75
- 06. Escalera (cm) 41 a 50
- 07. Nivel socioeconómico 1 a 5 o más
- 08. Estado civil Bajo
- 09. Estado civil Casada
- 10. Estado civil Unión libre
- 11. Estado civil Viuda
- 12. Estado civil Soltera
- 13. Estado civil Sin pareja
- 14. Estado civil Otro
- 15. Estado civil Sin pareja
- 16. Estado civil Otro
- 17. Estado civil Sin pareja
- 18. Estado civil Otro
- 19. Estado civil Sin pareja
- 20. Estado civil Otro
- 21. Estado civil Sin pareja
- 22. Estado civil Otro
- 23. Estado civil Sin pareja
- 24. Estado civil Otro
- 25. Estado civil Sin pareja
- 26. Estado civil Otro
- 27. Estado civil Sin pareja
- 28. Estado civil Otro
- 29. Estado civil Sin pareja
- 30. Estado civil Otro
- 31. Estado civil Sin pareja
- 32. Estado civil Otro
- 33. Estado civil Sin pareja
- 34. Estado civil Otro
- 35. Estado civil Sin pareja
- 36. Estado civil Otro
- 37. Estado civil Sin pareja
- 38. Estado civil Otro
- 39. Estado civil Sin pareja
- 40. Estado civil Otro
- 41. Estado civil Sin pareja
- 42. Estado civil Otro
- 43. Estado civil Sin pareja
- 44. Estado civil Otro
- 45. Estado civil Sin pareja
- 46. Estado civil Otro
- 47. Estado civil Sin pareja
- 48. Estado civil Otro
- 49. Estado civil Sin pareja
- 50. Estado civil Otro
- 51. Estado civil Sin pareja
- 52. Estado civil Otro
- 53. Estado civil Sin pareja
- 54. Estado civil Otro
- 55. Estado civil Sin pareja
- 56. Estado civil Otro
- 57. Estado civil Sin pareja
- 58. Estado civil Otro
- 59. Estado civil Sin pareja
- 60. Estado civil Otro
- 61. Estado civil Sin pareja
- 62. Estado civil Otro
- 63. Estado civil Sin pareja
- 64. Estado civil Otro
- 65. Estado civil Sin pareja
- 66. Estado civil Otro
- 67. Estado civil Sin pareja
- 68. Estado civil Otro
- 69. Estado civil Sin pareja
- 70. Estado civil Otro
- 71. Estado civil Sin pareja
- 72. Estado civil Otro
- 73. Estado civil Sin pareja
- 74. Estado civil Otro
- 75. Estado civil Sin pareja
- 76. Estado civil Otro
- 77. Estado civil Sin pareja
- 78. Estado civil Otro
- 79. Estado civil Sin pareja
- 80. Estado civil Otro
- 81. Estado civil Sin pareja
- 82. Estado civil Otro
- 83. Estado civil Sin pareja
- 84. Estado civil Otro
- 85. Estado civil Sin pareja
- 86. Estado civil Otro
- 87. Estado civil Sin pareja
- 88. Estado civil Otro
- 89. Estado civil Sin pareja
- 90. Estado civil Otro
- 91. Estado civil Sin pareja
- 92. Estado civil Otro
- 93. Estado civil Sin pareja
- 94. Estado civil Otro
- 95. Estado civil Sin pareja
- 96. Estado civil Otro
- 97. Estado civil Sin pareja
- 98. Estado civil Otro
- 99. Estado civil Sin pareja
- 100. Estado civil Otro

2 ANTECEDENTES

- 10. Paridad 4 a 6
- 11. Paridad 1 a 3
- 12. Parto anterior Normal
- 13. Abortos consecutivos No
- 14. Cesáreas previas No
- 15. Parto pretérmino 37 sem. No
- 16. Preeclampsia-ectampsia No
- 17. Heces > 2500 g. o menos No
- 18. Heces de 4000 g. o más No
- 19. Muertes perinatales No
- 20. Hijo malformado No
- 21. Cónyuge previa Ginecológica
- 22. Cónyuge previa No
- 23. Cónyuge previa No
- 24. Cónyuge previa No
- 25. Cónyuge previa No
- 26. Cónyuge previa No
- 27. Cónyuge previa No
- 28. Cónyuge previa No
- 29. Cónyuge previa No
- 30. Cónyuge previa No
- 31. Cónyuge previa No
- 32. Cónyuge previa No
- 33. Cónyuge previa No
- 34. Cónyuge previa No
- 35. Cónyuge previa No
- 36. Cónyuge previa No
- 37. Cónyuge previa No
- 38. Cónyuge previa No
- 39. Cónyuge previa No
- 40. Cónyuge previa No
- 41. Cónyuge previa No
- 42. Cónyuge previa No
- 43. Cónyuge previa No
- 44. Cónyuge previa No
- 45. Cónyuge previa No
- 46. Cónyuge previa No
- 47. Cónyuge previa No
- 48. Cónyuge previa No
- 49. Cónyuge previa No
- 50. Cónyuge previa No
- 51. Cónyuge previa No
- 52. Cónyuge previa No
- 53. Cónyuge previa No
- 54. Cónyuge previa No
- 55. Cónyuge previa No
- 56. Cónyuge previa No
- 57. Cónyuge previa No
- 58. Cónyuge previa No
- 59. Cónyuge previa No
- 60. Cónyuge previa No
- 61. Cónyuge previa No
- 62. Cónyuge previa No
- 63. Cónyuge previa No
- 64. Cónyuge previa No
- 65. Cónyuge previa No
- 66. Cónyuge previa No
- 67. Cónyuge previa No
- 68. Cónyuge previa No
- 69. Cónyuge previa No
- 70. Cónyuge previa No
- 71. Cónyuge previa No
- 72. Cónyuge previa No
- 73. Cónyuge previa No
- 74. Cónyuge previa No
- 75. Cónyuge previa No
- 76. Cónyuge previa No
- 77. Cónyuge previa No
- 78. Cónyuge previa No
- 79. Cónyuge previa No
- 80. Cónyuge previa No
- 81. Cónyuge previa No
- 82. Cónyuge previa No
- 83. Cónyuge previa No
- 84. Cónyuge previa No
- 85. Cónyuge previa No
- 86. Cónyuge previa No
- 87. Cónyuge previa No
- 88. Cónyuge previa No
- 89. Cónyuge previa No
- 90. Cónyuge previa No
- 91. Cónyuge previa No
- 92. Cónyuge previa No
- 93. Cónyuge previa No
- 94. Cónyuge previa No
- 95. Cónyuge previa No
- 96. Cónyuge previa No
- 97. Cónyuge previa No
- 98. Cónyuge previa No
- 99. Cónyuge previa No
- 100. Cónyuge previa No

3 EMBARAZO ACTUAL

- 22. Cansancio No
- 23. Factores No
- 24. Hemoglobina en g. No
- 25. Tachicardia No
- 26. Alcebrano No
- 27. Tosconadas No
- 28. Anemia al parto No
- 29. Anemia al parto (20 sem. o menos) No
- 30. Anemia al parto (21 o más sem.) No
- 31. Carpalgia No
- 32. Nefropatía No
- 33. Diabetes No
- 34. Hipertensión crónica No
- 35. Hipertensión del embarazo No
- 36. Rotura de membranas No
- 37. Otros específicos No
- 38. Otros específicos No
- 39. Otros específicos No
- 40. Otros específicos No
- 41. Otros específicos No
- 42. Otros específicos No
- 43. Otros específicos No
- 44. Otros específicos No
- 45. Otros específicos No
- 46. Otros específicos No
- 47. Otros específicos No
- 48. Otros específicos No
- 49. Otros específicos No
- 50. Otros específicos No
- 51. Otros específicos No
- 52. Otros específicos No
- 53. Otros específicos No
- 54. Otros específicos No
- 55. Otros específicos No
- 56. Otros específicos No
- 57. Otros específicos No
- 58. Otros específicos No
- 59. Otros específicos No
- 60. Otros específicos No
- 61. Otros específicos No
- 62. Otros específicos No
- 63. Otros específicos No
- 64. Otros específicos No
- 65. Otros específicos No
- 66. Otros específicos No
- 67. Otros específicos No
- 68. Otros específicos No
- 69. Otros específicos No
- 70. Otros específicos No
- 71. Otros específicos No
- 72. Otros específicos No
- 73. Otros específicos No
- 74. Otros específicos No
- 75. Otros específicos No
- 76. Otros específicos No
- 77. Otros específicos No
- 78. Otros específicos No
- 79. Otros específicos No
- 80. Otros específicos No
- 81. Otros específicos No
- 82. Otros específicos No
- 83. Otros específicos No
- 84. Otros específicos No
- 85. Otros específicos No
- 86. Otros específicos No
- 87. Otros específicos No
- 88. Otros específicos No
- 89. Otros específicos No
- 90. Otros específicos No
- 91. Otros específicos No
- 92. Otros específicos No
- 93. Otros específicos No
- 94. Otros específicos No
- 95. Otros específicos No
- 96. Otros específicos No
- 97. Otros específicos No
- 98. Otros específicos No
- 99. Otros específicos No
- 100. Otros específicos No

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL EN EL EMBARAZO

(PREVICen II)

- 01. Presión arterial Sist. 140-160
- 02. Presión arterial Diast. 91-109
- 03. Aumento de peso (kg/mes) 1,6 a 2,9
- 04. Aumento de peso (kg/mes) Sin aumento
- 05. Aumento F.U. (cm/mes) 6-7
- 06. Aumento F.U. (cm/mes) 1-2
- 07. Líquido amniótico (cantidad) Moderado
- 08. Líquido amniótico (cantidad) Moderado
- 09. Movimientos fetales Moderado
- 10. Movimientos fetales Normal
- 11. Hemorragia genital No
- 12. Membranas ovulares Integras
- 13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora) 2 a 3
- 14. Aborto 20 sem. o menos No
- 15. Parto pretérmino (21-36 sem.) No
- 16. Infección urinaria No
- 17. Otras alteraciones maternas Específicas
- 18. Otras alteraciones fetales Específicas
- 19. Otros específicos Específicas

Riesgo bajo

Riesgo medio

Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO

(PREVICen III)

01. Riesgo en el embarazo	■ Bajo	■ Medio	■ Alto
02. Embarazo Ego Psicológico	■ Tranquila	■ Escasos	■ Sin control
03. Actividad Uterina	■ 3 a 4	■ Menos de 3	■ 5 o más
04. Intensidad Contracciones	■ Normal	■ Baja	■ Elevada
05. Duración seg	■ 40-60	■ 61 a 90	■ + de 90
06. Tono	■ Normal	■ Hipotónico	■ Hipertónico
07. Dilatación cervix cm/mora	■ 1-2	■ 3 o más	■ Estacionaria
08. Baza	■ 121-150	■ 111-120	■ 110 o menos
09. Baza	■ 151-180	■ 151-160	■ 161 o más
10. Ritmo	■ Dip I	■ Dip variable	■ Dip II
11. Vapores Resp- Fetal	■ Reactivo	■ No reactivo	■ Bradicardia
12. Puesta fetal	■ Util	■ Inapropiada	■ Desproporcionada
13. Pavis	■ Integras	■ Rotas 12 hrs o más	■ Rotas 13 hrs o más
14. Membranas	■ Util	■ Integras	■ Rotas 12 hrs o más
15. Presentación	■ Cefalica	■ Pelvica	■ Otros
16. No. de Fetos	■ Uno	■ Dos	■ 2 o más
17. Cantidad	■ Normal	■ Regular	■ Poco
18. Cantidad	■ Normal	■ Regular	■ Poco
19. Color	■ Claro	■ Verdoso	■ Verde Oscuro
20. Color	■ Claro	■ Verdoso	■ Verde Oscuro
21. Calidad	■ Grueso	■ Emulsion	■ Hojizo
22. Peso Calculado (J. Toshach)	■ 2501-3500	■ 2001-2500	■ Sin grumos
23. Peso Calculado (J. Toshach)	■ 2501-3500	■ 3501-4000	■ 2000 o menos
24. Pausa Inserción	■ Normal	■ Baja marginal	■ 4001 o más
25. Cordón Compresión	■ Sin gajos	■ Sostecida	■ Previa
26. Malformaciones	■ No	■ Fetales	■ Positivo
27. Marez. Complicaciones	■ No	■ Contradas	■ Sin control
28. Otros especifico	_____	_____	_____

01. Riesgo en Prevegen IV	■ Bajo	■ Medio	■ Alto
02. Frecuencia cervical fetal	■ 121-150	■ 111-120	■ 110 o menos
03. Frecuencia cervical fetal	■ Reactivo	■ No reactivo	■ Bradicardia
04. Valoración respuesta fetal	_____	_____	_____
05. Valoración respuesta fetal	_____	_____	_____
06. Tono uterino	■ Normal	■ Hipotónica	■ Hipertónica
07. Frecuencia con en 10 min	■ 2-4	■ 3 o más	■ Inapropiada
08. Duración seg.	■ 40-60	■ 61 a 90	■ + de 90
09. Dilatación Cervical cm /hora	■ 1-2	■ 3 o más	■ Estacionaria
10. Descenso presentación	■ Normal	■ Rápida	■ Dificil
11. Temperatura G.C.	■ 36-37	■ Mas de 37	■ Menos de 36
12. T.A. sistólica	■ 80-139	■ 140-160	■ 161 y más
13. T.A. diastólica	■ 50-90	■ 91-109	■ 110 y más
14. Membranas	■ Integras	■ Rotas 12 Hs	■ 13 Hs. o más
15. Inducción	■ No	■ Oxitocina	■ Dulocina y otros
16. Anestesia	■ No	■ Regional	■ General
17. Uterotombradores	■ No	_____	■ Si
18. Parto atendido en	■ Cama	■ Exquison	■ Quirófano
19. Episiotomia	■ Si	■ Desjarros	■ No
20. Faltres	■ No	■ Profilactico	■ Indicado
21. Duración del T.P. hs.	■ Hasta 6	■ 7-9	■ 10 o más
22. Alumbramiento	■ No	■ Dirigido	■ Espontáneo
23. Acreismo	■ No	_____	■ Si
24. Hemorragia	■ Normal	■ Moderada	■ Excesiva
25. Otros especifico	_____	_____	_____

■ Riesgo bajo ■ Riesgo medio ■ Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO

(PREVICase IV)

■ Riesgo bajo ■ Riesgo medio ■ Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO

(PREVICen V)

- 01 Riesgo en el parto Previgen V Bajo Medio Alto
- 02 Hemorragia No:tal Moderada Excesiva
- 03 hipertensión No Moderada Severa
- 04 Hipotensión No Moderada Severa
- 05 Taquicardia No Moderada Severa
- 06 Hipertermia No Moderada Severa
- 07 Involución uterina Adecuada Subinvolución Aloria
- 08 Insuficiencia respiratoria No Moderada Severa
- 09 Edema No Regional General
- 10 Infección No Local Generalizada
- 11 Embarazos Regulares No
- 12 Lactancia al seno No
13. Otros especifique: _____

- Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto
- PUERPERIO
- Inmediato hasta 24 horas
- Mediato 25 a 72 horas
- Tardío > a 42 días

- 01 Riesgo Previgen VII Bajo Medio Alto
- 02 Riesgo Previgen VIII Bajo Medio Alto
- 03 Peso Normal Desv. leve Desv. severa
- 04 Estatura Normal Desv. leve Desv. severa
- 05 Perímetro cefálico Normal Inadecuado Severa
- 06 Alimentación Normal Incompleta Severa
- 07 Inmunizaciones Completas No Moderada Severa
- 08 Desnutrición No Moderada Severa
- 09 Insuficiencia respiratoria Buena Mala
- 10 Higiene Si No
- 11 Cuidado Materno Normal Letargo
- 12 Respuesta examen Normal Tensa
- 13 Fontanelas Normal Hipertonia
- 14 Tono muscular Normal Focal
15. Convulsiones No General
- 16 Movimientos anormales No Cónicos
- 17 Deglución Normal Anormal
- 18 Mamarlactación No Mayor
- 19 Desarrollo motor Normal Menor
- 20 Desarrollo coordinación Normal Retraso > 1 mes
- 21 Desarrollo social Normal Retraso > 1 mes
- 22 Desarrollo lenguaje Normal Retraso > 1 mes
- 23 Otros especifique: _____

- Riesgo bajo Riesgo medio Riesgo alto

EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN EL PUERPERIO

PREVI(Gen VIII)

(PREVI(Gen IX)

EVALUACION DE RIESGO EN EL NIÑO DE 7 DIAS A 1 AÑO

EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

NOMBRE:
SEXO:
EDAD:
EDO. CIVIL:

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

G: P: C: A:
FUM: FPP:

D= Déficit P= Potencial + = No Déficit NE= No Evaluado R= Resuelto

A. AUTOCUIDADO UNIVERSAL	FECHA:				
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire					
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua					
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos					
4. Provisión de cuidados asociados 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 social.					
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.					
8. Promoción de la normalidad.					

B. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

1. Provisión de condiciones que promueven y apoyan el desarrollo.					
2. Prevención de condiciones que afectan el desarrollo.					

C. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

1. Buscar y asegurar los recursos médicos y comunitarios					
2. Atención a los efectos de los estados patológicos.					
3. Efectúa medidas de Dx., Tx, Reh, médicamente prescritas.					
4. Consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas prescritas por el profesional de la salud.					
5. Modificación del autoconcepto aceptándose como un ser con estado particular de salud.					
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos.					

VANCUVER HEALTH DEPARTMENT.