

60942



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LA TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO Y EL PROCESO
DE ENFERMERIA, APLICADO A UNA USUARIA
EMBARAZADA CON DIABETES MELLITUS DEL TIPO 2A.

ESTUDIO DE CASO CLINICO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**ENFERMERA ESPECIALISTA PERINATAL
P R E S E N T A :**
LIC. ENF. Y OBST. ANGELINA RIVERA MONTIEL

No. CUENTA 8210988-2

ASESOR: LIC. EN ENF. GLORIA POPOÇA ORTEGA



MEXICO, D.F.

JUNIO ~~1998~~

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
I. Descripción Genérica del Caso	3
II. Objetivos	4
III. Fundamentación Teórica del Caso	5
3.1. Proceso de Enfermería	5
3.2. Modelo Conceptual del Déficit del Autocuidado	13
3.3. Enfoque de Riesgo	27
3.4. Modificaciones Generales de la Embarazada sana	29
3.5. Diabetes y Embarazo	34
3.6. Embarazo, Diabetes y Ansiedad	41
IV. Metodología	
4.1. Variables	45
4.2. Indicadores de Variables	45
4.3. Definición Operacional de la Variables	47
4.4. Esquema Metodológico	49
4.5. Métodos utilizados para la recolección de los datos	50
4.6. Fuentes utilizadas para la recolección de los datos	50
4.7. Criterios de análisis de la Información	50
4.8. Clasificación de la Información	51
4.9. Instrumentos utilizados para la recolección de datos	51
V. Valoración de Enfermería	
5.1. Historia Clínica Perinatal	52
5.2. Hoja de Seguimiento de Caso	59
5.3. Diagnóstico de Enfermería	62
5.4. Diseño de Enfermería (Plan de Cuidados)	63
VI. Conclusiones	80
Bibliografía	82
Anexos	
1. Historia Clínica Perinatal de Enfermería	84
2. Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal	88
3. Anecdótico de Alumna	97
4. Insulina y Embarazo	102

INTRODUCCION

Es evidente que varios factores han influido en la profesión de Enfermería a través de la historia, constituyéndose en antecedentes vitales para su conceptualización, identidad y estatus actual, siendo aspectos fundamentales para ello los siguientes elementos:

- la imagen de su papel social (rol social),
- la conceptualización e identidad propia de los integrantes de esta disciplina, y
- las Instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería entre otros.

Básicamente, en ésta última, la Enfermería, enfrenta el reto de ser y consolidarse como una disciplina científica, ya que en ella (Universidad), se cumplen tres funciones:

- a) transmisión de la cultura.
- b) enseñanza de la profesión, e
- c) investigación y educación.

A este respecto las Dras: Olivia Beuis y. Jean Weston, en su libro "Hacia un Nuevo Curriculum más humanizado: Una Nueva Pedagogía de Enfermería". manifiestan la necesidad de crear nuevos modelos de Curriculum de Enfermería que permita a los egresados ser más responsables de las necesidades de la sociedad y exitosos en humanizar la situación de salud dentro de un medio ambiente que cada día sé técnica más, un curriculum orientado hacia el cuidado humanizado con mayor fortaleza acerca de problemas éticos y morales, más creativo, más capaz de propiciar el pensamiento crítico y abordar científicamente los problemas de los individuos. Es por ello que la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ha iniciado la formación de profesionales de Enfermería en el ámbito de estudios de Post grado en donde la profundización en el conocimiento es la base fundamental para la formación de profesionales especializados, que siendo expertos en los aspectos conceptuales y metodológicos de la de esta disciplina, pueden contribuir en su reconceptualización, transformando su identidad y estatus profesional, promoviendo y desarrollando el avance del conocimiento, que en este caso en particular esta enfocado hacia el área de la Enfermería Perinatal, para otorgar cuidados de Alta Calidad, reflejándose en la Salud de los individuos en las diferentes etapas del Proceso Reproductivo.

Como muestra de ello, se presenta un Estudio de Caso, realizado a una mujer embarazada, en el segundo trimestre de la gestación, la cual presentaba Diabetes Mellitus del Tipo 2-A.

Dicho estudio, tuvo como ejes fundamentales: El Proceso de Enfermería y la Teoría del Déficit del Autocuidado, elaborada por Dorothea Orem.

En él se abordaron aspectos como: Fundamentación Teórica, Metodología, la cual incluye la valoración y diagnósticos de enfermería, así como las intervenciones llevadas a cabo, finalizando con las conclusiones y sugerencias.

JUSTIFICACION

Es evidente que uno de los principales problemas de nuestro país han sido los relacionados con la salud, fundamentalmente aquellos que están vinculados con los aspectos Materno-Infantil y Perinatal, a pesar de que la mayoría de estos problemas pueden ser prevenidos si se actúa en forma oportuna y adecuada con la participación activa de los individuos, para lo cual se requiere de dotarlos de dos aspectos fundamentales: por un lado los conocimientos y habilidades para que lleven acabo su autocuidado, pero por otro lado, también se les otorguen las herramientas y medios necesarios para ejercer ese autocuidado, motivo por el cual la Organización Panamericana de la Salud, propuso cinco orientaciones estratégicas para mejorar las condiciones de salud de la población, dentro de las cuales, es importante el resaltar la que hace referencia a la Promoción y Protección de la Salud, ya que en ella, se señala la importancia de la Educación con relación a la modificación de actitudes favorables al cuidado y por consecuencia a una nueva Cultura en el Cuidado de la Salud.

En este sentido, la Enfermería, ha empezado a tener varias transformaciones, fundamentalmente en el aspecto Formativo ya que los profesionales de esta disciplina, cuentan con una metodología propia (Proceso de Enfermería) y con aspectos epistemológicos encaminados al Cuidado Enfermero, en donde las diferentes Teorías y Modelos son la base fundamental de esta construcción, teniendo como filosofía el CUIDAR y no el CURAR.

En el caso específico de los Estudios a Nivel del Postgrado en Enfermería en México, la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, desde hace un año, ha iniciado la formación de egresados en diferentes Especialidades, mediante el Programa Único de Especialización en Enfermería, siendo una de estas la Especialidad en Enfermería Perinatal donde el Cuidado Enfermero, está orientado hacia las diferentes etapas del Proceso Reproductivo, mediante la utilización de una metodología y marco conceptual propios, apoyada por otros elementos, como lo son el Método Clínico y el Enfoque de Riesgo

Como muestra de ello y como parte del proceso terminal del postgrado, se ve la necesidad de llevar acabo un Estudio de Caso Clínico, en el cual se haga evidente como los elementos Teórico-Clínicos que adquiere la Enfermera Especialista, contribuyen al Cuidado de la Salud de los individuos.

Por consiguiente, este Estudio de Caso fue realizado a una mujer embarazada, en el segundo trimestre de la gestación, a la cual se le diagnóstico Diabetes Mellitus del tipo 2-A, encontrando déficit en el autocuidado, el cual atentaba contra su salud y la de su hijo(a), por lo tanto la labor de enfermería se enfoco a ayudarla a desarrollar las capacidades de autocuidado. Para tal efectos utilizo el Proceso de Enfermería y la Teoría del Déficit del Autocuidado elaborada por Dorothea E Orem.

I. DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.

Para realizar el Estudio de Caso Clínico, se seleccionó a la Sra. Avelina, la cual es una mujer de 43 años, que vive con su Esposo Bulmaro de 44 años, en Ecatepec, Edo. de México, los cuales consideran su relación de pareja estable, con 16 años de casados y adecuada comunicación ya que los sucesos ocurridos en su vida han hecho su relación más estrecha y de mayor comprensión. Su domicilio cuenta con todos los servicios urbanos, no hay centros comerciales y con relación a los servicios médicos, no son derechohabientes a ninguna Institución de Salud ubicándose el Centro más cercano a una hora de camino.

Ella, cuenta con antecedentes perinatales de importancia, como lo es G V, P I, A II, C I; antecedente de placenta previa en sus embarazos anteriores; una muerte infantil y una muerte neonatal temprana; en su embarazo actual, inicio su vigilancia prenatal a la semana 8 de gestación con un médico particular, el cual por sus factores de riesgo la refiere a las 25 semanas al Instituto Nacional de Perinatología, al cual ingresa el día 16 de febrero de 1998, con diagnóstico de embarazo de 27.5sdg/edad materna avanzada / diabetes mellitus del tipo 2-A y descontrol metabólico

Durante su estancia hospitalaria recibió tratamiento con medicamentos, control dietético y vigilancia del bienestar materno-fetal, con participación del servicio de endocrinología, obstetricia, psicología, estomatología, nutrición y medicina fetal entre otros; más sin embarazo, la Sra. Avelina presentaba déficit con relación a su Autocuidado y a la Desviación actual de la Salud (Diabetes), debido a que de Diabetes, para ella fue impactante y significo un proceso de pérdida y modificaciones en su estilo de vida y de alguna manera también en el de su esposo Bulmaro.

Aunque en el Instituto, diversos integrantes del equipo de salud le habían proporcionado información sobre su padecimiento, ella no aceptaba este hecho; además de que no había comprendido y asimilado la información que había recibido, por lo tanto no comprendía la importancia que tenía el hecho de que la participación de ella era primordial para el cuidado de su salud.

Los déficit que se encontraron y que dificultaban el hecho de que ella no pudiera satisfacer su Demanda de Autocuidado Terapéutico, estaban relacionados con aspectos cognoscitivos y de habilidades, los cuales gracias a la motivación positiva que generaba el deseo de tener a su hijo(a), le ayudo a desarrollar las capacidades de autocuidado.

II. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Mediante la utilización del Proceso de Enfermería y de la Teoría del Déficit del Autocuidado, la alumna ayudará a la usuaria a desarrollar su agencia de autocuidado en la Etapa de Desarrollo Actual.

2.2. ESPECIFICOS

Qué la Sra. Avelina:

- ◆ Apartir de sus capacidades de autocuidado presentes, adquiera los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar su Agencia de Autocuidado Terapéutico en la etapa actual de Desarrollo.
- ◆ Comprenda los riesgos que implica la desviación actual de salud y en consecuencia sea capaz de llevar acabo las acciones de autouidado que se requieran.
- ◆ Con la ayuda y participación de quienes la rodean (Sistema de Apoyo), supere los efectos generados por un cambio súbito en sus condiciones de vida, secundarios a la desviación actual de salud.

III. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.

3.1 PROCESO DE ENFERMERIA.

En términos generales, se acepta que la Filosofía en Enfermería ha tratado de incidir en tres aspectos importantes, como son: preocupación por el conocimiento, por los valores y por el ser.

En el conocimiento porque, ésta es una ciencia y su proceso se basa en la lógica y el método científico. La importancia concedida a los valores, es esencial porque, las enfermeras efectúan de manera constante declaraciones de actitud y valores, conforme se comprometen en la relación que existe entre ella y el usuario.(1)

Lo anterior es referido, debido a que en el ejercicio profesional y aún en la vida cotidiana, siempre se interactúa con otros individuos, con los cuales se difiere o se converge en actitudes, creencias o valores, los cuales actúan dinámicamente en la interrelación Usuario-Enfermera; por lo tanto se debe de encontrar un equilibrio entre estos elementos y con el entorno de los sujetos para lograr que la balanza en el Proceso Salud Enfermedad se incline con mayor frecuencia hacia la salud, en donde el o la usuaria hagan uso consciente y responsable de su Capacidad de Autocuidado, para lo cual la Enfermería cuenta con estrategias que le permiten ayudar para que el sujeto descubra y desarrolle esas capacidades, entre estas se encuentran el Proceso de Atención de Enfermería, o que bien, en los últimos años, también ha sido denominado como, el Método Enfermero, el cual se define como:

“Un Método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería de acuerdo con el enfoque básico de cada persona ó grupo de personas,... es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesite de cuidado de salud y reciba el mejor cuidado de enfermería posible. “ (2)

También se puede definir como: **“Un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería”.** (3)

Su propósito fundamental, es el de proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las “necesidades” individualizadas del cliente, de la familia y de la comunidad, por ende; a la luz de la Teoría del Déficit del Autocuidado, permite que la enfermera participe y contribuya a que el individuo ó los individuos a su cuidado, reconozcan y desarrollen durante toda su vida, su capacidad de autocuidado, en los aspectos motriz, psicológico, emocional, espiritual y cultural en pro de su propia salud y la de otros; por lo tanto el usuario o usuarios de los servicios de enfermería, se convierten en el Eje Fundamental del ejercicio de su profesión y el Cuidado en su objeto de estudio.

En la actualidad al Proceso de Enfermería se le han adjudicado 3 etapas para su aplicación: Valoración, Planeación y Ejecución; más sin embargo, para fines de este trabajo se han considerado cuatro etapas:

- Valoración,
- Planeación,
- Ejecución y
- Evaluación,

de las cuales en este trabajo se presentan cuadros esquemáticos de cada una de ellas.

1. LEDDY, Susan. “ Perspectivas Filosóficas en la Educación y práctica de Enfermería”. En: Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Washington, DC, OPS, OMS, 1985.

2. ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Ed. Mosby-Doyma. Barcelona / España. 1998, p.181.

3. KOZIER, Bárbara. et. al. Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Prácticas. Ed. Interamericana. 4a.ed. México, 1993, p 1548.

3.1.1 VALORACIÓN.

Es la primera fase del proceso de enfermería. Es una parte de cada actividad que la enfermera hace para y con la persona (paciente, cliente, usuario). Esta etapa incluye el Diagnóstico de Enfermería.

RECOLECCIÓN DE DATOS	VALIDACION DE LOS DATOS	ORGANIZACION DE LOS DATOS.
<p>Es el proceso sistemático y continuo para obtener información sobre el nivel de salud del individuo, a través de la integración de una base de datos lo cual implica la participación activa de la persona usuaria de los servicios de enfermería.</p> <p>↳ TIPOS DE DATOS:</p> <p><u>OBJETIVOS (SIGNOS):</u> Son aquellos que se pueden observar o verificar mediante criterios establecidos, a través de los sentidos, por ejemplo: la coloración de la piel.</p> <p><u>SUBJETIVOS (SINTOMAS):</u> Sólo son evidentes para la persona afectada y únicamente ella puede describirlos o verificarlos, como el dolor, el prurito o la preocupación.</p> <p>↳ FUENTES DE DATOS:</p> <p>PRIMARIA: La persona usuaria de los servicios de enfermería es la fuente de información.</p> <p>SECUNDARIA: Familiares, amigos, otros profesionales, expediente clínico, bibliografía.</p> <p>↳ METODOS PARA LA RECOGIDA DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ OBSERVACION ☞ ENTREVISTA ☞ EXPLORACION FISICA (METODO CLINICO) 	<p>Sólo pueden ser aceptados aquellos datos susceptibles de ser evaluados, lo cual se puede llevar a cabo a través de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La revisión de los propios datos (La temperatura). 2. Comprobando que no existan factores transitorios capaces de alterar la precisión. 3. Revisando siempre los datos quien son anormales. 4. Solicitando a otra persona, de preferencia a un experto, que realice la medición y obtenga el mismo dato. 	<p>Se organizan y agrupan en categorías de información que ayuden a identificar los problemas de salud del individuo.</p> <p>Se recomienda la utilización de algún modelo conceptual.</p>

3.1.1.1 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

El término *diagnóstico* se deriva de la palabra griega *diagignoskein* que significa "distinguir". En 1990 la NANDA en la Novena Conferencia para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería llevado a cabo en Orlando, Florida en marzo, refiere que "El diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud / procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable".

Por lo tanto aportan la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de la enfermera, en la cual aplica las técnicas cognoscitivas que se necesitan para realizar el análisis y síntesis como son la objetividad, crítica, toma de decisiones y razonamiento inductivo y deductivo.

Para llegar al diagnóstico se realizan tres fases en el procesamiento de datos: análisis, determinación del nivel de salud de la persona y formulación en el cual debe de ser claro, conciso, centrado en la persona relacionado con un problema y basado en una valoración completa y apropiada.

El planteamiento diagnóstico puede tener dos o tres partes:

Un planteamiento de dos partes incluye: la respuesta de la persona a quien se valora y los factores que contribuyen a la respuesta o las causas probables de la respuestas.

Un planteamiento de tres partes además incluye las características definidas de un problema.

VENTAJAS DE UTILIZAR LOS DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA.

- ☞ Facilitan la comunicación entre las enfermeras y otros integrantes del equipo de salud.
- ☞ Identifica el estado de salud de la persona, sus fuerzas y sus problemas de salud.
- ☞ Fortalecen el proceso de enfermería y aportan la dirección para la planificación de las actuaciones independientes de enfermería.
- ☞ Favorecen la comprensión de la atención, identificando, legalizando y respondiendo a los problemas específicos de salud.
- ☞ Ayudan a identificar el foco de una actividad de enfermería y además facilitan el análisis de los compañeros y los programas de control de calidad.

El análisis de los compañeros es la valoración de la práctica de la enfermera, la educación o la investigación por colaboradores del mismo rango.

El control de calidad es la confrontación de los servicios de enfermería aportados y los resultados conseguidos con el modelo establecido.(4)

3.1.1.2 EL PROCESO DIAGNOSTICO.

Consiste en analizar y sintetizar, teniendo en cuenta que analizar es separar un todo en sus componentes y sintetizar es lo contrario, conjuntar las partes en un todo.

METODOS	PROCESO DE DATOS	DETERMINACION DEL NIVEL DE SALUD DE LA PERSONA	FORMULACION DEL DIAGNOSTICO
	<p>Consiste en interpretar los datos recogidos e implica:</p> <p>ORGANIZACION DE LOS DATOS: Deben de clasificarse en un marco útil para la enfermera (marco teórico o conceptual).</p> <p>COMPARACION DE LOS ESTANDARES: Un estándar es un modelo, patrón o medida universalmente aceptada. Para ser utilizado debe de ser confiable, fidedigno; es decir que sea de la misma clase o categoría del dato que se ésta comprobando.</p> <p>AGRUPACION DE LOS ESTANDARES: Agrupar o acumular los datos es un proceso para determinar la relación de los hechos y los hallazgos de los patrones en los hechos. Este es el principio de la síntesis, se examinan los datos para determinar si son incidentes aislados o si son significativos. También se pueden agrupar los datos subjetivos y objetivos dentro de las categorías adecuadas. La agrupación de los datos también implica hacer deducciones, una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales.</p> <p>IDENTIFICAR LAS AUSENCIA O INCONSISTENCIAS: Las ausencias son información pérdida, necesaria para determinar un patrón de datos. Las inconsistencias son datos conflictivos, como por ejemplo errores de medición.</p>	<p>Una vez que los datos se procesan la enfermera y la persona usuaria de los servicios de enfermería identifican el nivel de salud de éste de forma conjunta. Es fundamentalmente un proceso de toma de decisiones.</p> <p>PROBLEMAS DE SALUD. Para que los problemas (actuales o potenciales) se solucionen deben de ser aceptados por el usuario.</p> <p>FACTORES POSITIVOS DEL USUARIO. Se identifican y se establecen la energía, capacidad y recursos de éste.</p>	<p>FORMATO DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.</p> <p>Existen tres componentes esenciales de los planteamientos diagnósticos de la enfermería denominado formato PES.</p> <p>P. Se refiere al título o etiqueta de categoría diagnóstica es una descripción del problema de salud (actual o potencial) del individuo, familia o comunidad.</p> <p>E. Etiología del problema o los factores contribuyentes. Identifica una o más de las causas probables del problema de salud y da una dirección al tratamiento de enfermería. Puede incluir las conductas del usuario, lo factores del entorno mental o ambos.</p> <p>S. Las características definidas de los grupos de signos y síntomas.</p> <p>Se recomienda se utilicen las palabras:</p> <p>“ en relación “ “ manifestado por “</p>

3.1.1.3 PAUTAS PARA EL ENUNCIADO DE ENFERMERÍA.

PAUTAS	ENUNCIADO CORRECTO	ENUNCIADO INCORRECTO
1. Enunciar en términos de problemas y no de necesidades.	Déficit en el volumen de líquidos en relación con hipertermia.	Reposición de líquidos (necesidad) en relación con fiebre.
2. Asegurarse de que ambos elementos de diagnóstico no dicen lo mismo.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con inmovilidad.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea en relación con úlcera de la zona sacra (La respuesta y la causa probable son lo mismo).
3. Asegurarse de que la respuesta del usuario precede al factor causal.	Incumplimiento de la dieta (respuesta) en relación con falta de conocimientos (factor causal)	Déficit de conocimientos para seguimiento de la dieta.
4. Utilizar diagnósticos que proporcionan una guía para la planificación de las intervenciones independientes de enfermería.	Aislamiento social en relación con pérdida de la voz (La pérdida de la voz implica la planificación de métodos alternativos de comunicación).	Aislamiento social en relación con laringectomía (La enfermera no puede hacer nada respecto a la laringectomía).
5. Denominar los diagnósticos específica y precisamente para poder dar instrucciones para planificar las actuaciones de enfermería.	Alteraciones de la mucosa bucal en relación con disminución de la saliva secundaria a radiación del cuello (específica)	Alteración de la mucosa bucal en relación con agentes nocivos . (vago).
6. Utilizar el lenguaje de enfermería y no el médico para especificar las causas probables de las respuestas del usuario.	Riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias en relación con acumulación de secreciones en ambos pulmones.	Riesgo de limpieza ineficaz de las vías respiratorias en relación a enfisema.
7. No comenzar el diagnóstico con una intervención de enfermería.	Alteraciones en la nutrición: por defecto relacionada con ingesta inadecuada de proteínas (dirige la actividad, pero no es en sí misma).	Proporción de dieta rica en proteínas con riesgo de alteración de la nutrición.
8. No utilizar síntomas como respuesta del usuario, como náusea. El síntoma no refleja un patrón y requiere una mayor recogida de datos.	Datos insuficientes para formular el diagnóstico.	Náusea en relación con la medicación.

(5)

3.1.2 CUADRO ESQUE MATICO DE LA PLANIFICACION

Consiste en realizar un diseño que permita la organización de elementos para alcanzar un objetivo, lo cual implica la toma de decisiones y la solución de problemas.

OBJETIVO: Prevenir, reducir y eliminar problemas de salud del usuario, para lo cual se utilizan los datos obtenidos en la valoración.

COMPONENTES

ESTABLECER PRIORIDADES	PLANIFICAR ESTRATEGIAS	REDACTAR LAS PRESCRIPCIONES	FIJAR LOS OBJETIVOS DEL USUARIO Y LOS CRITERIOS DE RESULTADO	REGISTRAR EL PLAN DE CUIDADOS.
<p>Se realizará en función del estado actual de las situaciones y problemas presentes.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar una lista de los problemas.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Determinar el orden de los cuidados de enfermería, la utilización de un marco teórico o conceptual que facilite el proceso.</p>	<p>Son intervenciones de enfermería elegidas para tratar un diagnóstico de enfermería específico, con el fin de lograr los objetivos del usuario.</p>	<p>Son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al usuario a alcanzar los objetivos, deben incluir:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Fecha</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Verbo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Contenido y área</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tiempo y</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Firma</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> OBJETIVO:</p> <p>“ Qué pretende conseguir y cuándo ”</p> <p>Es un resultado o cambio en la conducta del usuario dirigida a su salud.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CRITERIO DE RESULTADO:</p> <p>Son afirmaciones que describen las respuestas del usuario de forma específica, observable y cuantificable.</p>	<p>Es una guía por escrito que organiza la información sobre el usuario en un conjunto significativo y centra las actividades de acción.</p>

3.1.3 CUADRO ESQUEMATICO DE LA EJECUCION.

Esta etapa consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería seleccionadas, sistematizadas, organizadas y registradas en el plan de cuidados.

ACTIVIDAD DE ENFERMERIA	PROCESO DE EJECUCION
<p>◆CONCEPTO:</p> <p>Son aquellas acciones que efectúa la enfermera y el usuario para restablecer, prevenir la enfermedad, conservar la salud o mejorar su cuidado.</p> <p>◆CLASIFICACION:</p> <p>ACTIVIDADES INDEPENDIENTES:</p> <p>Es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (practica autónoma de enfermería)</p> <p>ACTIVIDAD DEPENDIENTE:</p> <p>Son aquellas que se realizan derivadas del tratamiento médico del usuario.</p> <p>ACTIVIDAD DE COLABORACION:</p> <p>Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud como resultado de una decisión de equipo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Actualización de la valoración del usuario. ↳ Validación del plan de cuidados. ↳ La determinación de las necesidades. ↳ La aplicación de las estrategias. ↳ La comunicación de las actividades de enfermería.

3.1.4 CUADRO ESQUEMATICO DE LA EVALUACION.

Consiste en evaluar el grado en que se han alcanzado los objetivos, es un proceso continuo y terminal.

ETAPAS

IDENTIFICACION DE LOS CRITERIOS DE RESULTADO	RECOGIDA DE DATOS.	COMPARACION DE LOS DATOS.	RELACIONAR LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA .	ANALISIS	MODIFICACION DEL PLAN DE CUIDADOS
<p>Los criterios tienen dos propósitos:</p> <p>a) Orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger.</p> <p>b) Proporcionar un estándar para enjuiciar esos datos.</p>	<p>La recogida de datos se hará en relación con los criterios.</p> <p><u>FUENTES:</u></p> <p>Observación</p> <p>Entrevista.</p> <p>Registros de otros profesionales de la salud.</p> <p>Exploración Física.</p>	<p>En esta etapa se llevará a cabo la comparación de los datos con los criterios identificados y juzgar si los objetivos se han logrado.</p>	<p>Esta etapa consiste en relacionar las actividades de enfermería con los resultados obtenidos.</p>	<p>En esta etapa se llevará a cabo el análisis del plan de cuidados del usuario, haciendo la evaluación de los objetivos lo cual permitirá retroalimentarlo para modificarlo en beneficio de la salud del usuario.</p>	

3.2. MODELO CONCEPTUAL DE DOROTHEA OREM: "TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO".

3.2.1 ANTECEDENTES (Resumen)

DOROTHEA OREM:

- ❖ Nace en Baltimore Maryland.
- ❖ Su padre fue trabajador de la construcción aficionado a la pesca; su madre fue ama de casa y aficionada a la lectura, de la cual recibe gran influencia.
- ❖ Estudió Enfermería, en la escuela de Enfermería del Providence Hospital Washington DC. , terminándola a principios de los 30's.
- ❖ En 1939, obtuvo un BSN de la Universidad Católica de América.
- ❖ En 1945, obtiene un Master of Science en formación en enfermería.
- ❖ De 1940 a 1949, fue directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería del Providence Hospital de Detroit.
- ❖ De 1949-1957, permaneció en Indiana en el Departamento de Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del mismo estado, con el objetivo de mejorar la calidad de enfermería en hospitales generales del estado.
- ❖ En este período, desarrollo su definición del "Ejercicio Profesional de la Enfermería".
- ❖ En 1957, se traslado a Washington. D.C, donde trabajo como consultora para planes de estudios de la oficina de Educación del Ministerio de Salud, Educación y Bienestar.
- ❖ En esta etapa, detecta déficit en la formación de enfermeras no tituladas, motivo por el cual elabora un proyecto para elevar la formación de enfermeras.
- ❖ En 1959, inicia su actividad docente en la Universidad Católica de América, durante su estancia, continuó el desarrollo de su concepto de enfermería y del autocuidado, escribiendo en 1962: " The Hope Of Nursing ", el cual se publico en el Journal Of. Nursing Education.
- ❖ En 1970, abandona la Universidad Católica y establece su primera consulting-form, como Orem y Shields.
- ❖ En 1971, se publica su primer libro: " Nursing Concepts Of. practice ".
- ❖ En 1976, recibe el título honorífico de Doctora en Ciencias.
- ❖ En 1980, recibió el premio honorífico de Doctora en Ciencias, de la Asociación de Alumnos de la Universidad Católica de América.
- ❖ En este mismo año, se publica la segunda edición de " Nursing: Concepts an Practice ".
- ❖ En 1984, se retira residiendo en Savannah Georgia.
- ❖ En 1985 y 1991, se publican la tercera y cuarta edición de su libro. (6)

3.2.2 ORIGEN DEL MODELO.

El desarrollo inicial de la teoría, tiene su origen en los años de 1940 a 1945, período de guerra en los Estados Unidos, donde el curar era más caro que prevenir; en esta época a las enfermeras se les atribuía en gran parte los problemas de salud que en este entonces prevalecía, motivo por el cual un destacado médico de salud comunitaria señalaba que: “ las enfermeras, tienen gran parte de la culpa de que los pacientes estén mal cuidados en los hospitales “. (7)

Los problemas de salud predominantes de esta época, se centraban en el aumento de enfermedades crónico degenerativas y descenso de enfermedades transmisibles, lo que origino un aumento en la hospitalización y por lo tanto un aumento en la especialización de las diferentes disciplinas. Debido a los altos costos que esto generaba, la tendencia gubernamental fue dirigida hacia la PREVENCIÓN, para la disminución de costos en donde la enfermera jugo un papel importante en esta estrategia, por ende se mejoro y perfecciono la formación de enfermeras en 1958 y 1959 continuándose en los años 1960, 70 y 80's, donde Orem, señala como elemento fundamental para: “la comprensión de la condición humana” llegando a la conclusión de que

LAS PERSONAS TIENEN CAPACIDAD PARA EL AUTOCUIDADO, HABIENDO ETAPAS DE DESARROLLO DEL SER HUMANO, SIENDO LA ETAPA DE LA INFANCIA UNA ETAPA CRITICA DE FORMACIÓN DE ESA CAPACIDAD, POR LO TANTO, DEPENDE DE OTROS PARA SU CUIDADO, SIENDO SUS PADRES.SUS PRINCIPALES CUIDADORES.

3.2.3 SUPUESTOS PRINCIPALES.

Los supuestos básicos de la Teoría General se formalizaron a principios de la década de los años 70's, entre los cuales Orem, señala cinco supuestos básicos, que a saber son:

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.

2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia

los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.

3. los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo de los demás mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.

4. La acción humana se lleva acabo, al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás, medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.

7. OREM, E. Dorothea. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Ed. Salvat/Masson, 4a.ed. Barcelona / España. 1993.

5. Grupos de seres humanos que poseen unas relaciones estructurales, agrupan las tareas y reparten las responsabilidades, para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar las aportaciones deliberadas, necesarias hacia sí mismo y los demás. (8)

Orem, considera la Teoría del Déficit del Autocuidado, como una Teoría General, la cual a su vez se encuentra integrada por tres teorías:

a) **LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO**, la cual describe y explica el autocuidado:

lo que el individuo puede hacer por sí mismo

b) **LA TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO**, la cual describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a la persona.

Lo que el individuo no puede hacer por sí mismo, o necesita ayuda.

c) **LA TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA**, la cual describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería. (9)

Como la enfermera participa para que el individuo adquiera su autonomía en el cuidado de sí mismo.

En conclusión cada Teoría hace referencia a:



8. DONAHUE, Op.cit. p 121-123

9. CAVANAGH, J. Stephen, Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Ed. Salvat/Masson. Barcelona-España. 1993

3.2.4. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

Orem, ve a los seres humanos como agentes de autocuidado. Define el autocuidado, como “la práctica de actividades que los individuos inician personalmente y llevan a cabo en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar. (10)

PREMISAS:

- a) El autocuidado se basa en acciones voluntarias, que los humanos son capaces de emprender.
- b) Esta basado en un juicio deliberado y meditativo, que lleva a una acción adecuada. El individuo se vuelve el agente principal para guiar, dirigir y regular su propia conducta.
- c) Es un requerimiento de cada persona y es un requisito universal para satisfacer las necesidades humanas básicas. Cuando no se mantiene el autocuidado ocurre un cambio en detrimento a la salud.
- d) Los adultos tienen el derecho y la responsabilidad de autocuidarse a ellos mismo, para mantener su salud, su vida y su bienestar.; a veces tienen esa responsabilidad, para con otras personas.
- e) El autocuidado es un comportamiento que se autodesarrolla.
- f) La autoayuda contribuye a obtener autoestima y la autoimagen y esta afecta directamente el autoconcepto. (11)

En conclusión, Orem, señala aspectos importantes que la enfermera debe de reconocer en sí misma y en los sujetos a su cuidado: El autocuidado, no nace por generación espontánea; si no, que por el contrario, durante el proceso de vida de todos los sujetos se va desarrollando, fundamentalmente en las primeras etapas de la vida, siendo racional y consciente en donde el o los sujetos toman decisiones con relación a su vida, su bienestar y su salud. La enfermera, tiene la responsabilidad de ayudar a encontrar o incluso a desarrollar, esta capacidad de autocuidado que todos los seres humanos tenemos, cuando esta es menor a las necesidades que tiene el individuo, puede afectar su equilibrio y el de los que lo rodean.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

Dentro de esta propuesta, Orem señala que “... **ayudar a los individuos a comprometerse y llevar a cabo el autocuidado, prometiendo la salud, facilitando la recuperación de la enfermedad, o permitiendo tener una muerte tranquila**”. (12) constituye uno de los objetivos fundamentales, en donde el papel de la Enfermería y de la enfermera es facilitar y aumentar las habilidades de autocuidado del cliente, esta ayuda podrá ser dependiente cuando es realizado por otras personas ó meramente Autocuidado, cuando es realizado por la propia persona.

10. SACCO, Linda. Autocuidado y el Proceso de Enfermería p 1

11. OREM. Op.cit p 77.

Por lo tanto, el consumo de materiales requeridos y la provisión de condiciones que son conocidas como presumiblemente de apoyo para regular el funcionamiento y desarrollo humano, están identificadas en tres categorías:

1. Aquellas que universalmente están requeridas por todos los individuos en cada etapa de su vida,
2. Aquellos que son específicos para apoyar la regulación de los procesos de desarrollo humano y
3. Aquellos que se derivan del desorden o detrimento de aspectos físicos y psíquicos del funcionamiento humano o de la aplicación de medidas de prevención, de diagnóstico o tratamiento de la función deteriorada. (13)

REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL:

- a) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire,
- b) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua,
- c) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos,
- d) Provisión de cuidados en los procesos de eliminación y los excrementos.,
- e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo,
- f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social,
- g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano,
- h) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad). (14)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

Existe cuando el individuo esta enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o ésta recibiendo cuidados médicos; bajo estas circunstancias, la persona tiene las siguientes demandas adicionales de cuidado de la salud:

- a) Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos ó cuando hay inicio de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se saben que producen patología humano ó están asociadas a ésta.
- b) Ser consciente de los resultados y efectos de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ellos.
- c) Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas, dirigidas a la prevención de enfermedades, a la regulación del funcionamiento humano integrado, o a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
- d) Ser consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas, incluyendo su influencia sobre el desarrollo y atender dichos efectos y regularlos.
- e) Aprender a vivir con los efectos de condiciones patológicas y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida que promueve el desarrollo personal continuado. (15)

13. OREM, E. Dorothea. El mundo de la Enfermera. En: Taller y Conferencia de Autocuidado. Documento Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. XXX aniversario. Octubre 9-11 de 1995. México. (Manuscrito). Traducción: LEO. Laura Moran Peña. ENEO

14. CAVANAGH. Op.cit. p 7

15. IDEM. Op. cit. p 11.

POR ENDE, LOS CAMBIOS DINÁMICOS Y CONSTANTES EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, REQUIEREN QUE EL INDIVIDUO BUSQUE CONSEJO Y AYUDA DE OTRAS PERSONAS, CUANDO EL MISMO NO CUENTA CON LOS ELEMENTOS NECESARIOS PARA SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS QUE LE AYUDEN A CONSERVAR LA SALUD.

En este sentido, Orem destaca la importancia de los **CUIDADOS PREVENTIVOS DE SALUD**, como un componente esencial de su modelo:

☑ PREVENCIÓN PRIMARIA:

* La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiados para el individuo.

☑ PREVENCIÓN SECUNDARIA:

* Evitar mediante la detección temprana y la intervención oportuna, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada.

☑ PREVENCIÓN Terciaria:

* Ocurre cuando hay una rehabilitación después de la incapacidad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Se clasifican en:

a) Producción y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo.

b) Provisión de Cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes o potenciales, de una condición o acontecimiento particular. " Progreso Humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas hacia la maduración". Implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano; como ejemplo, se puede mencionar la provisión de descanso y nutrición adecuados durante el embarazo.

Se asocian con etapas específicas del desarrollo:

- ☞ Vida intrauterina y nacimiento,
- ☞ Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o peso bajo,
- ☞ Lactancia,
- ☞ Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven y,
- ☞ Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.
- ☞ Deprivación educacional,
- ☞ Problemas de adaptación social,
- ☞ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.

- ↳ Pérdida de posesiones o del trabajo,
- ↳ Cambio súbito en las condiciones de vida,
- ↳ Mala salud, malas condiciones de vida o de incapacidad,
- ↳ Enfermedad terminal o muerte esperada y,
- ↳ Peligros Ambientales. (16)

En conclusión, desde una perspectiva general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

- a) Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales,
- b) Mantener la estructura y funcionamiento humano,
- c) Desarrollar plenamente su potencial humano,
- d) Prevenir lesiones o enfermedades,
- e) Curar o regular la enfermedad, y
- f) Curar o prevenir los efectos de la enfermedad

3.2.5. TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO.

El déficit en el autocuidado, surge cuando los individuos NO pueden satisfacer sus demandas y no se produce la conducta deseada de autocuidado. El individuo, tiene una agencia de autocuidado insuficiente para satisfacer su demanda terapéutica, debido a:

- ⇒ La falta de conocimiento,
- ⇒ La falta de habilidad o,
- ⇒ La falta de motivación.

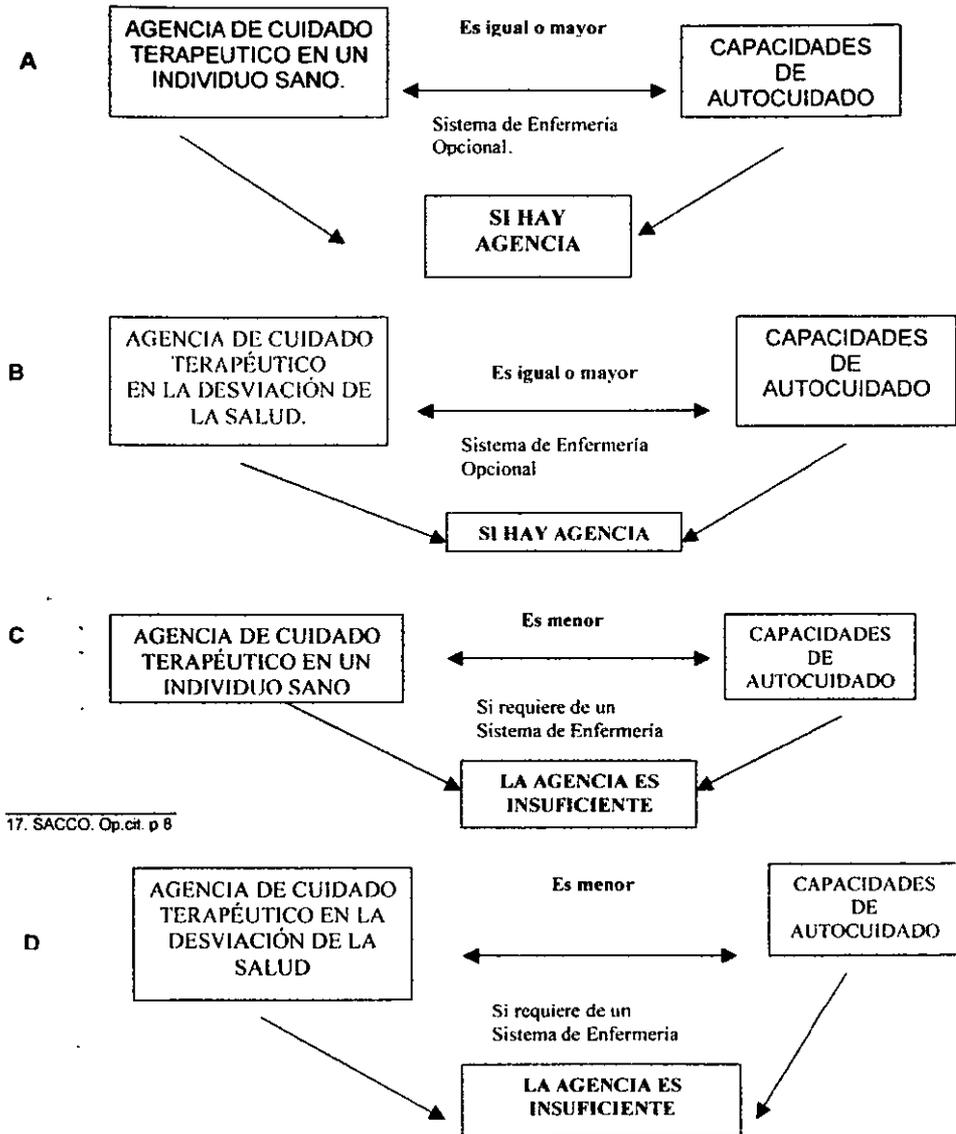
Esta incapacidad puede ser resultado de la edad, del nivel de desarrollo, del suceso de la vida o a la falta de recursos.

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

En este sentido, la labor de la Enfermería y de la enfermera, es ayudar a los individuos con las acciones que no son capaces de hacer por ellos mismos, por lo tanto, participarán tres factores fundamentales:

- El Déficit del Autocuidado (SCD),
- La Demanda de Autocuidado Terapéutico (TSCD) y
- La Agencia de Autocuidado (SCA)

ESQUEMA REPRESENTATIVOS DE LA RELACIÓN DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.



17. SACCO. Op.cit. p 8

NOTA: LA AGENCIA DE CUIDADO TERAPÉUTICO DEBE DE SATISFACER LOS REQUERIMIENTOS UNIVERSALES. DE DESVIACIÓN DE LA SALUD Y DE DESARROLLO.

3.2.6 OPERACIONES TECNOLÓGICO - PROFESIONALES.

Orem, las considera como los puntos importantes en el Proceso de Enfermería, y su realización dependerá del individuo, familia y enfermera. Son identificadas como diagnósticas, prescriptivas (o reguladoras) y operaciones de caso.

A. OPERACIONES DIAGNÓSTICAS.

Estas operaciones tecnológicas profesionales, deberán ser contempladas, cuando se investiga la relación entre la capacidad de autocuidado del individuo y sus demandas de autocuidado, estableciendo la relación entre ellas.

B. OPERACIONES PRESCRIPTIVAS.

Son los juicios prácticos que debe de realizar la enfermera y el individuo después de la valoración y que pueden incluirse con la fase de planificación dentro del Proceso de Enfermería, deberán ser dirigidas hacia presente y futuro.

C. OPERACIONES REGULADORAS O DE TRATAMIENTO.

Son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente, pueden compararse con los componentes de ejecución y evaluación dentro del Proceso de Enfermería.

D. OPERACIONES DE CUIDADO (CONTROL DE CASOS).

Se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo, incluyen la valoración.

Dentro del Diagnóstico de Enfermería, estas operaciones deberán ser contempladas cuando se investiga la relación entre la capacidad de autocuidado del individuo y sus demandas, estableciendo la correlación entre ellas.

Determinar las demandas de autocuidado, presentes y futuras del individuo.

- Examinar cada requisito de autocuidado.
- Identificar los efectos que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado.

Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo.

- Identificar y describir las capacidades de autocuidado.
- Identificar y describir las limitaciones.
- Validar las diferencias, mediante la información, etc.
- Determinar los conocimientos del individuo, aptitudes y deseos de satisfacer sus necesidades.
- Juzgar lo que el individuo debería y no hacer para satisfacer sus demandas de autocuidado presentes y futuras.

¿ Existe déficit de autocuidado?

(18)

3.2.6 TEORIA DE SISTEMAS DE ENFERMERIA.

La teoría de Sistemas de Enfermería, hace referencia a como esta disciplina contribuye a que los individuos desarrollen sus propias capacidades de autocuidado; esto es, como la enfermera a través de la valoración no solo identifica los déficit que presenta el sujeto, sino también a partir de las capacidades con las que cuenta, como las puede utilizar con el fin de propiciar la agencia de autocuidado.

La forma en que las enfermeras pueden ayudar a los individuos puede ser de acuerdo a los diferentes sistemas que a continuación se presentan:

TIPOS DE SISTEMAS.

A. Sistema Global Compensatorio.

El individuo no tiene los recursos para satisfacer la demanda terapéutica de autocuidado y es responsabilidad de la enfermera hacerlo.

B. Sistema Parcialmente Compensatorio.

Tanto el individuo como la enfermera, llevan acabo las medidas de cuidado a la salud.

C. Sistema de Apoyo Educativo.

El individuo tiene los recursos para satisfacer sus demandas pero necesita de la enfermera para tomar decisiones.

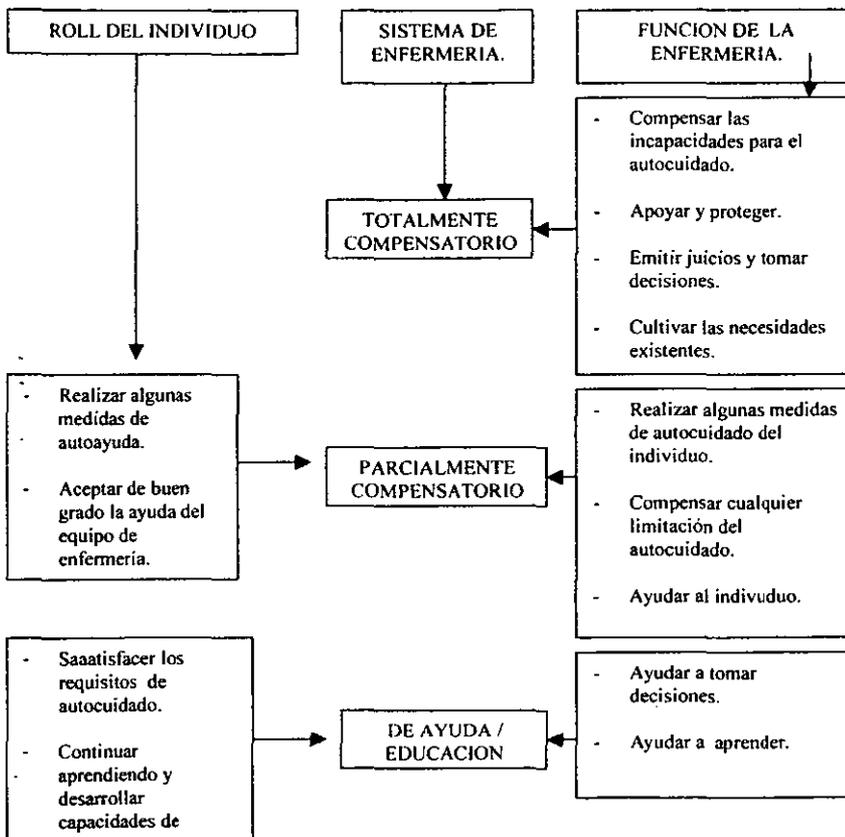
SISTEMA DE ENFERMERIA

Orem, visualiza el Sistema de Enfermería, como el producto de enfermería.

Está generado por la enfermera y el individuo, para ayudarle a satisfacer sus demandas y superar los déficits, para generar o satisfacer su agencia de autocuidado.

OBJETIVO DE LA ENFERMERA:

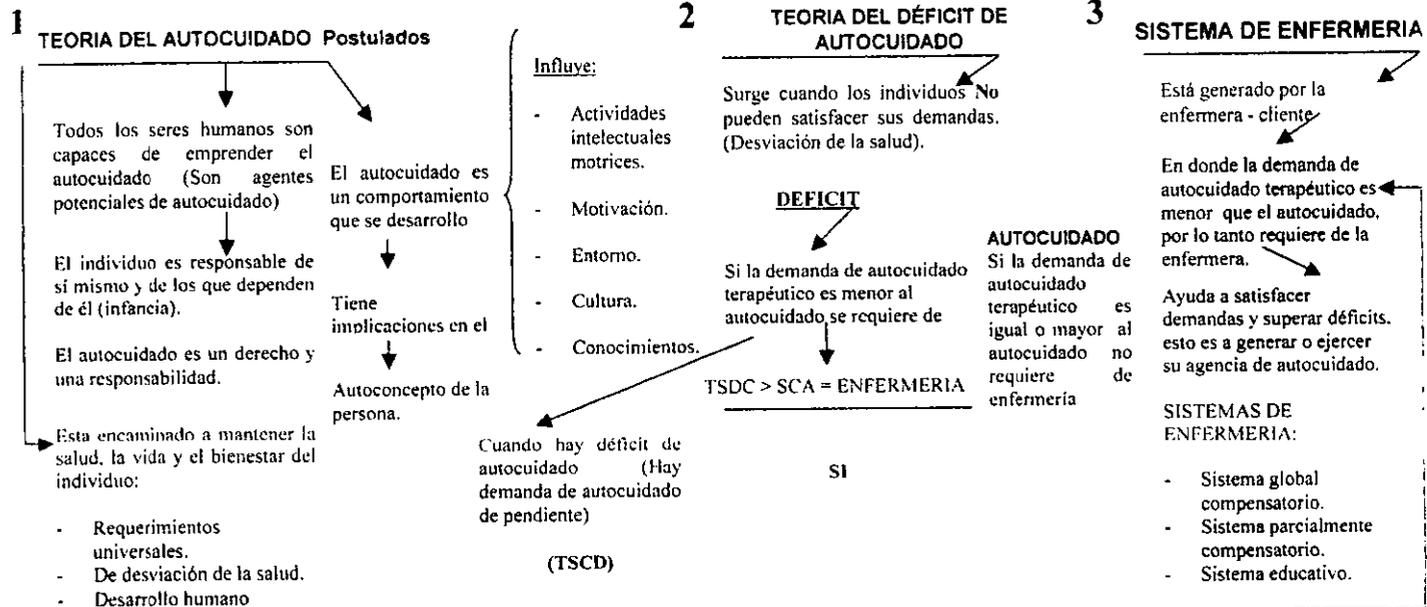
...que el individuo utilice su agencia y prácticas de autocuidado. (19)



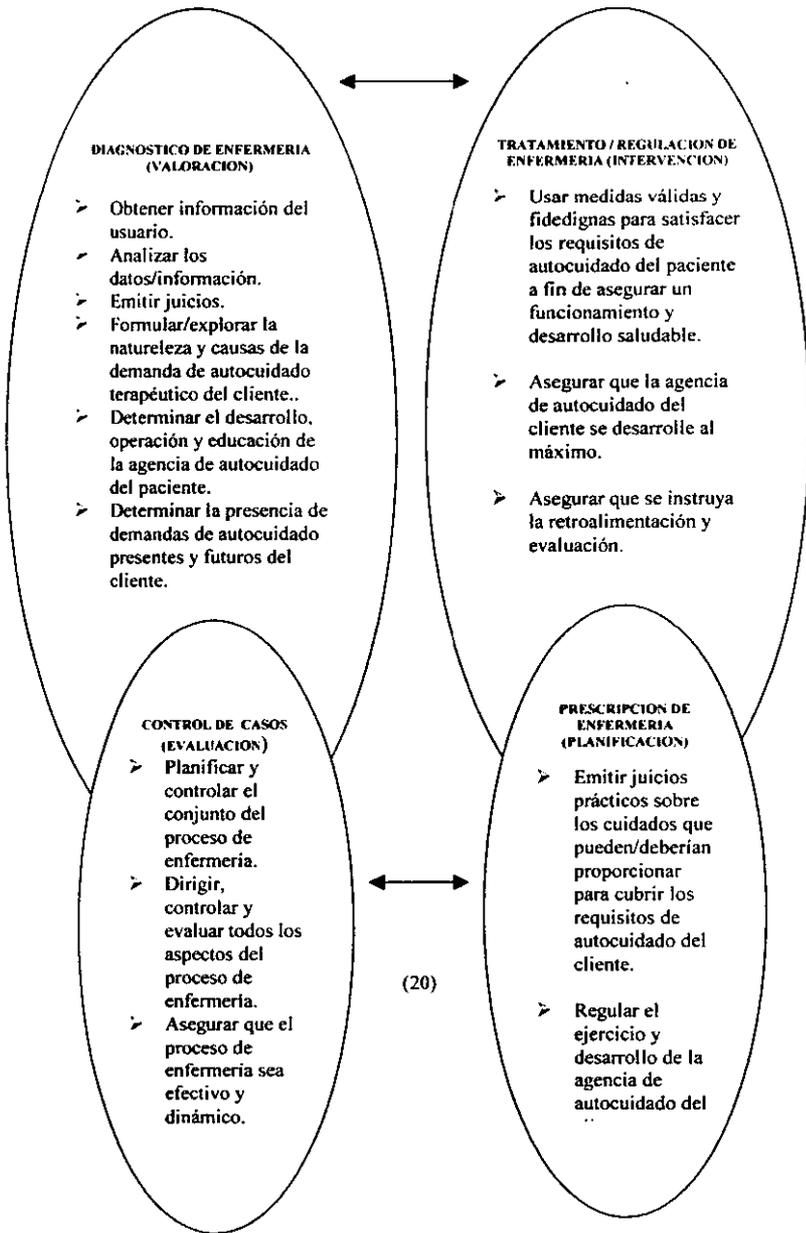
TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO (MODELO CONCEPTUAL DE DOROTHEA. E. OREM.)

DESCRIBE Y EXPLICA LAS RAZONES POR LAS QUE LA
ENFERMERIA PUEDE AYUDAR A LA PERSONA.

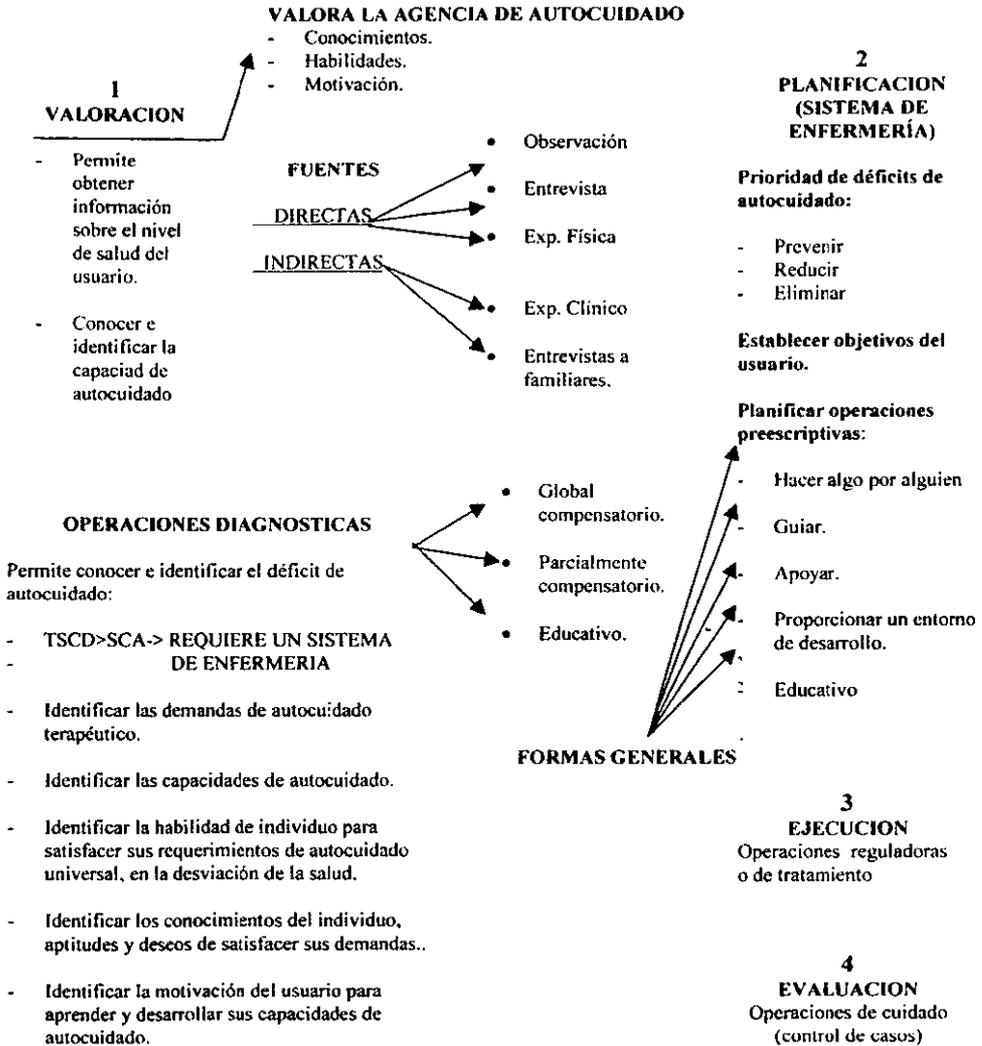
LA TEORIA GENERAL DE ENFERMERIA ESTA CONSTITUIDA POR TRES TEORIAS INTERRELACIONADAS



**PERSPECTIVA GENERAL DEL PROCESO DE ENFERMERIA
USANDO EL MODELO DE ENFERMERIA DE OREM**



EL PROCESO DE ENFERMERIA / LA TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO



3.3 ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades, sustentado en el concepto de riesgo.

Riesgo se define como la probabilidad de sufrir un daño: y **daño** es el resultado temporal o definitivo no deseado.

Este enfoque está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunas esta probabilidad es mayor que para otras.

Se establece así un gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo, para los individuos de bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo necesario para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud. (21)

3.3.1 RIESGO REPRODUCTIVO

La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana, generó el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como la probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción, el mismo que afectará principalmente a la madre, al feto o al recién nacido pero también al padre y la familia en general.

El riesgo reproductivo es un indicador de necesidad que permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir, a aquellas con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como **factores de riesgo reproductivo**. (22)

El enfoque de riesgo reproductivo unifica tres conceptos básicos ofreciendo un panorama más coherente e integrador:

RIESGO REPRODUCTIVO = *riesgo preconcepcional* + *riesgo obstétrico* + *riesgo perinatal*.

3.3.2 RIESGO REPRODUCTIVO OBSTETRICO

El concepto de riesgo obstétrico se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto.

Su utilización permite disminuir pero no evita la morbilidad materno-infantil, pues es un instrumento de prevención secundaria. (23)

21. OPS. Salud Reproductiva: Concepto e importancia. ED. Paltext. 1996. p 123

22. IDEM. p 10 - 11.

23. IDEM. p 11.

3.3.3 RIESGO REPRODUCTIVO PERINATAL.

El periodo perinatal abarca desde la vigésima octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz.

Este se considera como un instrumento de predicción que además de considerar riesgos maternos, incluye los riesgos para el feto o recién nacido.(24)

3.3.4 FACTORES DE RIESGO.

Los principales factores de riesgo son:

EMBARAZO	PARTO	PUERPERIO	RECIEN NACIDO
<ul style="list-style-type: none"> •Anemia •Diabetes •Infecciones •Insuficiente aumento de peso. •Excesivo aumento de peso. •Enf. de transmisión sexual incluyendo el SIDA. •Enfermedad hipertensiva del embarazo. •Embarazo múltiple. •Hemorragias del tercer trimestre. •Exposición a radiaciones. •Riesgos ocupacionales. •Alcoholismo. •Drogadicción. •Tabaquismo. 	<ul style="list-style-type: none"> •HEMORRAGIA Secundaria al desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura uterina o laceraciones del canal del parto. •INFECCIONES Secundaria a higiene inadecuada del tracto genital o por uso de instrumentos no esterilizados. . La ruptura prematura de membranas y la retención de restos de placenta predisponen a las infecciones. •PARTO OBSTRUIDO Por alteraciones en la presentación fetal, desproporción cefalo-pélvica o alteraciones en la dinámica uterina. •PRE - ECLAMPSIA. 	<ul style="list-style-type: none"> •HEMORRAGIA Atonía uterina Infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> •PREMATUREZ •BAJO PESO AL NACER. •INFECCIONES Septicemia Neumonía Diarrea Tétanos •ASFIXIA •TRAUMATISMOS DURANTE EL NACIMIENTO.

(25)

24. IDEM. p 13

25. IDEM. p 13 - 14.

3.4. MODIFICACIONES GENERALES DE LA EMBARAZADA SANA (NORMAL).

Durante el embarazo normal, acontecen modificaciones de adaptación a la nueva situación biológica que involucra a todos los órganos, aparatos y sistemas; por lo tanto, es necesario su conocimiento para comprender en este sentido los factores que colocan en riesgo a la embarazada con relación a DIABETES / EMBARAZO. (26)

3.4.1 MODIFICACIONES CIRCULATORIAS

El inicio de las modificaciones cardiovasculares ocurre en el primer trimestre del embarazo, presentándose:

- ☞ Aumento de la frecuencia cardíaca en 15 latidos por minuto con respecto a valores pregestacionales.
- ☞ Aumento del gasto cardíaco en el 30-40%, presente ya entre la semana 20-24 de la gestación.
- ☞ Disminución de la presión arterial diastólica alrededor de 15mmhg, secundaria a la disminución de la resistencia vascular periférica, secundario a la liberación uterina y renal de prostaglandinas (27)

3.4.2 MODIFICACIONES URINARIAS

En el aparato urinario se presenta:

- ☞ Incremento del flujo plasmático renal, entre el 25 y 50% en comparación a los valores de la mujer no gestante secundario a un aumento del volumen cardíaco y plasmático.
- ☞ Aumento de la filtración glomerular y disminución de la concentración de la urea, creatinina y ácido úrico.
- ☞ Glucosuria fisiológica, secundaria a que la reabsorción tubular no se haya aumentada en la misma magnitud que el filtrado glomerular.
- ☞ Retención de sodio (500-900mEq), lo cual puede influir en la presencia de edema maleolar fisiológico.
- ☞ La compresión del útero sobre la vía excretora urinaria y por la miorelajación secundario al efecto de la progesterona, favorece:
 - ↳ Dilatación uteropielocalicial.
 - ↳ Hipotonía del esfínter uterovesical.
 - ↳ Aumento de riesgo de infección urinaria
 - ↳ En la posición supina y sentada, se comprime la vena cava inferior y la iliaca primitiva disminuye posición sobre el retorno venoso, el gasto cardíaco y el filtrado glomerular.
 - ↳ La posición decúbito lateral izquierdo disminuye esa compresión y aumenta el filtrado glomerular. (28)

3.4.3 MODIFICACIONES DEL CAUDAL SANGUINEO

Debido a la hiperactividad del sistema renina - angiotensina - aldosterona, secundaria a la acción estrogénica y progesteronica se presenta:

- ☞ Aumento del volumen plasmático, alcanzando aproximadamente 1000ml en el embarazo único y 1500ml en la gestación múltiple,
- ☞ alcanzando su máximo entre la semana 34 y 36.
- ☞ Aumento del volumen minuto cardíaco (29)

26. QUEENAN, T.- Normas para la Atención del embarazo de alto riesgo. Ed. Manual Moderno. 2a Edición, 1984.117.

27. PARADA, H. Osvaldo. Diabetes y embarazo. En: Enfoque diabetológico, obstétrico y neonatal. Ed. El ateneo. Argentina. 1989. p 220.

28. IDEM. p 42-43.

29. IDEM. p 44

3.4.4 MODIFICACIONES TIROIDEAS

Se presenta un discreto bocio secundario a:

- ☞ Hiperplasia glandular,
- ☞ Aumento de la vascularidad.
- ☞ Aumento significativo del metabolismo basal.
- ☞ La capacidad del yodo no se modifica ya que su aumento solo compensa la disminución del yodo total.
- ☞ Aumento de los valores séricos de T3 y T4 total, secundario a que los estrógenos estimulan la síntesis hepática de las proteínas transportadoras.
- ☞ Escasa o nula transferencia de hormonas tiroideas T3 y T4 hacia el feto. El eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo no se modifica en la gestación
- ☞ El yodo atraviesa libremente la barrera placentaria.
- ☞ La TSH materna, no se difunde hacia el feto. (30)

3.4.5 MODIFICACIONES SUPRARRENALES

- ☞ Aumento progresivo del cortisol plasmático, secundario a la acción de los estrógenos que aumentan la síntesis de la proteína transportadora (transcortina) y su capacidad de transporte.
- ☞ La vida media del cortisol aumenta al doble.
- ☞ Modificación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, por la alteración del cortisol libre.
- ☞ El cortisol materno atraviesa la barrera placentaria, pero el ACTH no lo hace.
- ☞ En la placenta se haya la 11-beta-hidroxidehidrogenasa, que convierte el cortisol en cortisona y se difunde hacia el feto, de esa manera la madre contribuye con el 25 a 50% del cortisol fetal y casi con el 100% de la cortisona fetal.
- ☞ Los glucocorticoides sintéticos también se difunden al feto. (31)

3.4.6 MODIFICACIONES PÁNCREATICAS

En el embarazo se presenta una situación Hiperinsulínica debido a:

- ☞ Aumento de la concentración plasmática de insulina después del tercer trimestre, antes no hay variación o se pierde.
- ☞ Debido al progresivo aumento de las hormonas placentarias (estrógenos, progesterona, somatotrofina coriónica) y por la prolactina y cortisol materno hay HIPERINSULINEMIA, fundamentalmente durante las primeras 20 semanas de gestación. (32)
- ☞ Aumento de células beta, del ADN y de la insulina en los islotes pancreáticos.
- ☞ Aumento del glucagón en la segunda mitad del embarazo. (33)

30. p 44-45.

31 p 45

32. p 46-47.

33 GAVIÑO, G. Fernando et.al. Diabetes y Embarazo. Tópicos de Fisiopatología y Manejo. En: Revista Médica del ISSSTE. Vol.2. No. 9. Septiembre 1988. p 22-25

3.4.7 CAMBIOS EN EL METABOLISMO DE LOS LIPIDOS

- ☞ En ayuno, aumenta la producción de ácidos grasos libres y de glicerol.
- ☞ La lipólisis se acentúa durante la segunda mitad del embarazo, experimentalmente, bajo la influencia del glucagón, del ACTH y de las catecolaminas; en cambio, disminuye por acción de la insulina.
- ☞ La cetogénesis es estimulada por el glucagón y por los bajos niveles de insulina.
- ☞ Después de las comidas se produce un estado anabólico facilitado.

En el siguiente esquema, se resumen los cambios que se presentan a nivel del metabolismo de los lípidos:

SEMANAS DE GESTACION	CAMBIOS HORMONALES	EFFECTOS	CAMBIOS METABOLICOS	PLACENTA
Hasta las 20 semanas	Aumento de secreción de estrogénos. Aumenta secreción de progesterona. Por lo tanto aumento de secreción de insulina	Aumenta la hipoglucemia. Aumento de depósitos tisulares de glucógeno. Disminución de la producción hepática de glucosa Aumenta la utilización periférica de la misma.	Anabólicos por hiperinsulinismo y aumento de los esteroides sexuales.	
Después de la semana 20	Aumento de secreción de somatotrofina coriónica. Aumento de secreción de prolactina. Aumento de cortisol libre y ligado.	Diabético. Disminución a la tolerancia de la glucosa. Insulina resistencia. Disminución de depósitos hepáticos de glucógeno. Aumento de producción hepática de glucosa	En el ayuno: Catabolismo acelerado. Después de las comidas, anabolismo facilitado, disponibilidad de glucosa y aminoácidos para el feto.	Aumento en la degradación de insulina de acuerdo con la masa placentaria.

(34)

3.4.8 CAMBIOS EN EL METABOLISMO ENERGETICO.

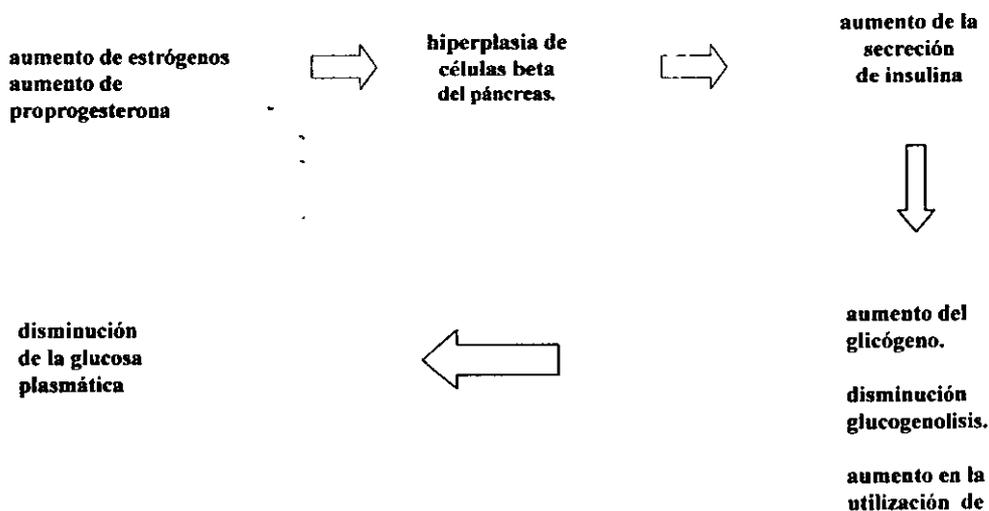
En las primeras 20 semanas, la rápida elevación de los niveles séricos de estrógenos y progesterona, culminan en hiperplasia de las células beta del páncreas, lo cual condiciona un incremento en la producción de insulina e intensifica la sensibilidad tisular a esta hormona con un efecto neto anabólico, con incremento en la utilización de la glucosa periférica y disminución de sus niveles plasmáticos en ayuno.

Después de la semana 20 de gestación, el panorama metabólico se modifica, los niveles de lactógeno placentario, prolactina, cortisol y glucagón se incrementan produciendo un estado relativo de resistencia a la insulina, el cual tiene como efecto una anabolía facilitada durante la alimentación, pero con catabolia en el período postprandial o de ayuno.

En cuanto a la diabetes tipo 2 (no dependiente de insulina), en la primera mitad del embarazo, los requerimientos de calorías disminuyen relativamente, lo que puede ameritar liberación en la dieta o reducción en la dosis de insulina si se usa; en la segunda mitad esto se revierte y el efecto diabetógeno normal de la gestación se incrementa por las alteraciones propias de la diabetes, lo que hará que se requiere control calórico más estricto, o utilización de insulina aun para las pacientes que no la usaban.

Esquemáticamente, los cambios que se llevan acabo en el metabolismo energético, dividen a la gestación en 2 mitades:

CUADRO NO. 1 CAMBIOS EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.

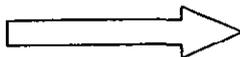


CUADRO NO. 2. CAMBIOS EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA EN LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

**aumento del
láctogeno.**

**aumento de la
prolactina.**

**aumento del
cortisol.**

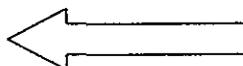


**resistencia a la
insulina.**

**disminución del
glucogeno.**



**incremento constante de la
glucosa sérica.**



**anabolismo en la
alimentación.**

**catabolismo en el
ayuno.**

En el caso del feto de la madre diabética del tipo 2, responde al exceso de la glucosa materna con un estado anabólico favorecido por la secreción propia de la insulina, el cual se muestra con hipertrofia fetal, aunque paradójicamente la reserva fetal, también se encuentra disminuida. Este efecto se encuentra aumentado sobre todo si la paciente toma hipoglucemiantes orales, los cuales pasan la barrera placentaria e incrementan los niveles de insulina fetal y por lo tanto la entrada de glucosa a la célula fetal, adiposidad y macrosomía.

La transferencia de glucosa se efectúa por difusión facilitada en cantidades superiores a las que permite el gradiente normal. Además como el feto es un obligado consumidor de glucosa, hace descender la glucemia de la madre a cifras que en ayuno oscilan entre 55 y 65mg/100ml.

La hiperglucemia materna, origina de inmediato una hiperglucemia fetal con hiperinsulinemia e inhibición del glucagón. (35)

En el caso de mujeres que presentan Diabetes del Tipo I, es más probable que sus hijos al nacer presente bajo peso, relacionado con el daño vascular en la circulación materna.

3.5 DIABETES Y EMBARAZO.

3.5.1 CONCEPTO.

El término Diabetes Mellitus, incluye un grupo heterogéneo de padecimientos que tienen en común la alteración del metabolismo energético causado por la absoluta o relativa acción de la insulina a nivel celular, lo que altera la homeostasis de los carbohidratos, grasas y proteínas. Tales alteraciones, en conjunto, originan complicaciones microvasculares específicas, enfermedad macrovascular por aterosclerosis acelerada y diversas complicaciones secundarias. (36)

3.5.2 ETIOLOGÍA.

Generalmente se considera como una enfermedad genéticamente determinada, usualmente heredada como un rasgo recesivo pero comportándose como carácter dominante en algunas familias. (37)

3.5.3 FACTORES DE RIESGO.

Se podrá sospechar en aquellas mujeres que en etapa pregestacional y gestacional presenten los siguientes factores:

- Síntomas sugestivos de diabetes (polidipsia, polifagia y poliuria),
- Moniliasis recurrente,
- Edad mayor a los 25 años,
- Antecedente familiares de diabetes,
- Antecedente de hijos con peso mayor a 4.0Kg al nacer,
- Antecedente de abortos consecutivos, óbitos, malformaciones congénitas,
- Antecedente de hijos con hipoglucemia o hipocalcemia neonatal,
- Antecedente de polihidramnios en embarazos previos,
- Obesidad,
- Embarazo múltiple.

3.5.4 FRECUENCIA.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 en México, ocupa el sexto lugar entre las enfermedades crónico degenerativas, con una frecuencia de 6-9% de la población, siendo la Diabetes del Tipo 1 de menor frecuencia.

En lo referente a la Diabetes Gestacional, de acuerdo a diferentes literaturas, es reportada entre 1.6 a 3.0%. (38)

36. INPER. Normas Procedimientos de Obstetricia y Ginecología 1998. Ed. Marketing y Publicidad de México. México, D.F. 1998. p 424.

37. REEDER Sharon et.al. Enfermería Materno Infantil Ed. Interamericana 17a ed. México. 1995. p 1421.

38. INPER. Op.cit p 44

3.5.5 HUESPED.

Todas las mujeres en edad reproductiva que cuenten con alguno de los factores de riesgo antes mencionados.

Penderson postula su "hipótesis metabólica". El mal control prenatal de la diabetes expone al feto a una hiperglucemia sostenida o a picos de hiperglucemia postprandial, lo que ocasiona una adaptación de las células beta del páncreas fetal respondiendo con hiperinsulinismo, determinante de la macrosomía fetal y por lo tanto, capaz de producir distocia, además de influir en el proceso de maduración pulmonar necesario para la producción de surfactante y contribuir por este mecanismo al aumento de la incidencia de Síndrome de Membrana Hialina o Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo I. (39)

Por lo tanto es importante tener claro dos aspectos: los efectos que el embarazo tiene sobre la diabetes y por el contrario, los efectos que la diabetes tiene sobre la gestación

3.5.7 EFECTOS DEL EMBARAZO EN LA DIABETES.

- ◆ La mayoría de los problemas que plantea la asistencia de la embarazada diabética se relacionan con las alteraciones de la tolerancia a la glucosa, modificaciones en la utilización de la insulina y mayor tendencia a la cetosis. (40)
- ◆ En el curso del embarazo la placenta produce lactógeno placentario humano que es un poderoso antagonista de la insulina, favorece la lipólisis y aumenta la utilización materna de grasas, quizá para ahorrar la glucosa para uso del feto; la velocidad de secreción es proporcional a la masa placentaria. (41)
- ◆ El Proceso analógico del crecimiento fetal que obtiene su energía de los recursos maternos, impone adaptaciones adicionales compensadoras sobre los sistemas bioquímicos adaptativos disponibles.
- ◆ Aumento de factores contrainsulínicos, el cual esta compensado por la secreción de insulina, como lo son las hormonas que se originan en la hipótesis, tiroides y suprarrenales, incluyendo la epinefrina, así como los glucocorticoides. (42)
- ◆ El estrógeno y la progesterona que produce la placenta, alteran la respuesta pancreática materna a la insulina y también contrarrestan su influencia, aunque en menor grado. (43)

3.5.8 EFECTOS DE LA DIABETES EN EL EMBARAZO.

El factor de riesgo para complicaciones materno-fetales, aumenta en mujeres que previo al embarazo ya presentaban diabetes, en particular en aquellas que tienen antecedente de mal control del padecimiento antes de la gestación.

39. PARADA. Op.cit. p 70-75.

40. DOUGLAS, M. Haynes. Complicaciones Médicas Durante el Embarazo. Ed. Salvat. 4a ed. México. 1990. p 667.

41. REEDER. Op.cit. p 845.

42. DOUGLAS. Op.cit. p 330.

43. REEDER. Op.cit. p 846.

La diabetes ejerce efectos nocivos en el embarazo, de la siguiente manera:

- ↳ Infecciones, en particular del aparato genitourinario, debido a que la glucosuria, predispone con mayor frecuencia a vaginitis por monilias.
- ↳ El feto suele ser macrosómico, por hiperinsulinismo e hiperglucemia fetal prolongada.
- ↳ En el caso de las mujeres diabéticas que han presentado la enfermedad por mucho tiempo es más probable que su hijo (a) al nacer presente bajo peso.
- ↳ Aumenta la incidencia de hidramnios y en caso de que se produzca junto con macrosomía fetal puede de causar síntomas de dificultad respiratoria en la madre por compresión mecánica del diafragma.
- ↳ Al nacimiento el recién nacido de madre diabética puede presentar inmadurez pulmonar.
- ↳ La hemorragia en el puerperio es más frecuente que en la población obstétrica general.
- ↳ La incidencia de anomalías congénitas aumenta del doble al cuádruple.
- ↳ La tasa de intervención del embarazo por vía abdominal aumenta (45%), principalmente por compromiso fetal y distocias.

De acuerdo a lo anterior una mujer diabética que se embaraza, experimenta mejoría de su diabetes al principio de la gestación, con agravamiento posterior y mayores requerimientos de insulina conforme la gestación progresa.

3.5.9 CLASIFICACION

◆ POR SU ETIOLOGÍA:

- Diabetes Mellitus Tipo 1 (Dependiente de la insulina)
 - Diabetes Mellitus Tipo 2. (No dependiente de insulina)
- La cual puede variar desde una severa resistencia a la insulina con deficiencia relativa de insulina, hasta un defecto en la secreción de insulina asociada a una resistencia a la misma de intensidad variable. (44)
- Diabetes Gestacional: En esta clase, solo se incluyen pacientes cuyo inicio o reconocimiento de la enfermedad se da durante el embarazo, requiriendo reclasificación después del puerperio.

Existen otros tipos de diabetes, que para fines de este trabajo no serán considerados.

◆ CLASIFICACION DE DIABETES Y EMBARAZO. DRA. PRISCILLA WHITE.

En general la incidencia de pérdidas fetales aumenta proporcionalmente a la severidad de la diabetes durante el embarazo, con el objetivo de unificar criterios y con finalidad pronóstica, la clasificación clínica, propuesta por la doctora White, se ha usado ampliamente como un método de valoración materno-fetal. (45)

La Dra. White, hace referencia a las clases: A, B, C, D, E, F, R-F, H y T; en este trabajo solo se describirá la clase A, la cual consiste en CONTROL CON DIETA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA EDAD DE INICIO Y DURACIÓN.

44. INPER. Op.cit. p.38

45. INPER. Diabetes y Embarazo. En: Temas selectos en enfermería perinatal. México. 1990

Si bien es cierto que la clasificación de la doctora White es pronóstica, la morbilidad perinatal se eleva cuando los embarazos de estas mujeres se complican, fundamentalmente con aquellas descritas por Penderson, en las que se encuentran:

- a) pielonefritis clínica
- b) precoma diabético
- c) cetoacidosis diabética
- d) Preeclampsia severa
- e) otros. (46)

3.5.10 DIAGNOSTICO

Se deberá de apegar a las reglas internacionales aceptadas por el Comité Mundial de Expertos.

El diagnóstico y seguimiento, se hará mediante la determinación de la glucemia sérica con el método de glucosa oxidasa.

Se recomienda practicar pruebas de detección o comprobación del diagnóstico en las personas con factores de riesgo.

En el caso de las mujeres embarazadas, se recomienda el Tamiz Metabólico en la semana 24 de gestación fundamentado en los cambios antes mencionados. (47)

En caso necesario también podrá realizarse la curva de tolerancia a la glucosa

Los resultados se podrán comparar con los mencionados en las diferentes literaturas.

3.5.11 COMPLICACIONES

A. MATERNAS

- ⇒ Cetoacidosis,
- ⇒ Hipertensión,
- ⇒ Infecciones urinarias y cervicovaginales
- ⇒ Muerte Materna. (48)

B. FETALES:

- ⇒ Polihidramnios.
- ⇒ Parto pretérmino
- ⇒ Ruptura prematura de membranas,
- ⇒ Macrosomía,
- ⇒ Trauma Obstétrico,
- ⇒ Malformación congénita,
- ⇒ Óbito.

46. IDEM. P 31.

47. GOMEZ, P. Francisco. Tratado de Diabetología. Instituto Nacional de la Nutrición, México. 1997. p 301.

48. IDEM. p 30

C. NEONATALES:

- ⇒ Hipoglucemia,
- ⇒ Hipocalcemia,
- ⇒ Hipertrofia,
- ⇒ Prematurez,
- ⇒ Hiperbilirrubinemia,
- ⇒ Dificultad respiratoria,
- ⇒ Asfixia perinatal. (49)

Son múltiples las complicaciones que puede presentar el neonato, en este rubro sólo se mencionaran las más frecuentes.

HIPOGLUCEMIA NEONATAL

Se considera como tal cuando las cifras séricas de glucosa sean de 40 mg/dL o menos a cualquier edad.

ETIOLOGIA:

- A) Reducción de las reservas de glucógeno como se presenta en neonatos prematuros, con bajo peso, asfixia y glucogenosis.
- B) Disminución de la producción por reducción de la gluconeogénesis, como es el caso de los neonatos con bajo peso al nacer.

FACTORES DE RIESGO:

- Asfixia
- Septicemia
- Prematurez
- Bajo peso al nacer
- Policitemia
- Cardiopatías congénitas.

CLASIFICACION:

- I** Hipoglucemia transitoria temprana, que se presenta en las primeras 6 a 12 horas de vida, es considerada como agravamiento del descenso fisiológico de la glucemia y se observa básicamente en niños pretérmino.
- II** Hipoglucemia secundaria a un fenómeno específico como septicemia, cardiopatía y supresión brusca de soluciones IV con glucosa.
- III** Hipoglucemia sintomática.
- IV** Hipoglucemia grave y recurrente (después de los siete días de edad).

DIAGNOSTICO:

Clínicamente: temblores, apnea, cianosis, crisis convulsivas, letargia, irritabilidad.

Cifras sanguíneas de glucosa por abajo de 40 mg / dL a cualquier edad. En general se considera que existe hipoglucemia en el prematura cuando tiene cifras menores a 20 mg / dL y el de término menos de 30 mg / dL en las primeras 72 horas.

Estas cifras se podrán determinar en forma semicuantitativa auxiliado con tira reactiva.

Cuantificación de la insulina con curva de tolerancia a la glucosa por vía bucal e IV, además de determinar ácido láctico, pH y cuerpos cetónicos en sangre.

TRATAMIENTO:

En el caso de ser asintomática incrementar el aporte de glucosa por vía enteral o parenteral según las condiciones del neonato. Si el neonato presenta sintomatología se deberá aportar glucosa IV a razón de 200 a 300 mg / Kg por medio de solución glucosada al 10%, evitando el aporte de glucosa hipertónica ya que puede aumentar la hiperinsulinemia cuyo efecto será acentuar la hipoglucemia.

Si los signos persisten o la glucosa esta por debajo del 20 mg % después de 4 a 6 horas de tratamiento se agrega hidrocortisona a 5 mg / Kg, IM cada 12 horas o prednisona a 2 mg / Kg / día. cada 12 horas por vía bucal.

COMPLICACIONES:

Choque

Acidosis

Edema cerebral

Secuelas neurológicas. (50)

FETOPATIA DIABETICA.ETIOLOGIA:

Diabetes materna.

DIAGNOSTICO:

Considerar antecedentes como: madre diabética, hermanos con peso de 4000 mg

Datos clínicos de macrosomía, facies de Cushing, pliegues cutáneos muy marcados (principalmente en brazos y músculos), rubicundez, plétora, cuello de búfalo, hipertrichosis o hepatoesplenomegalia.

Por laboratorio: Determinación de glucosa sérica, medición de la densidad urinaria (riesgo a trombosis renal), cuantificación del calcio total y ultrafiltrable, fósforo, bilirrubinas en serie.

Por gabinete: radiografía de tórax (Insuficiencia respiratoria por inmadurez)

COMPLICACIONES:

Trastornos metabólicos (Hipocalcemia, Acidosis mixta, hipoglucemia

Insuficiencia respiratoria

Traumatismos del parto (fracturas, equimosis, lesión del plexo braquial, parálisis diafragmática, hemorragia intracraneana). (51)

3.5.12. TRATAMIENTO.**A. Control Obstétrico:**

Valoración continua de la glucosa sanguínea, vigilancia del crecimiento fetal, vigilancia del bienestar fetal, interrupción oportuna del embarazo.

B. Control metabólico:

- ↳ Dieta
- ↳ Medicamentos (insulina)
- ↳ Ejercicio

3.6 EMBARAZO, DIABETES Y ANSIEDAD.

Es evidente que la "pérdida", de cualquier valor o posesión genera angustia, sobre todo cuando esta pérdida se relaciona con aspectos significativos del individuo; por tal motivo, se considera necesario hacer una rápida revisión referente a la angustia relacionada con la pérdida de la salud, situación en la cual se puede ubicar a la Sra. Avelina,

quien no solamente tuvo que enfrentar el hecho de ser diabética, sino también, él haber perdido su salud, modificar su estilo de vida y costumbres, pero sobre todo el temor a la pérdida de su bebé.

3.6.1 GENERALIDADES.

A continuación, se presentará en términos generales, el pensar de diferentes autores con referencia a la angustia y posteriormente la misma relacionada con el embarazo y diabetes, elementos teóricos fundamentales, que la enfermera requirió para entender y comprender al usuario y poderlo ayudar a recuperar su autoestima y autocuidado en beneficio de sí mismo.

De acuerdo a diversos estudios realizados por Freud, llevó a cabo varias modificaciones a su teoría referente a la ansiedad, llegando a la conclusión de que existen dos tipos de angustia: la angustia automática y la señal de angustia.

La angustia automática es la "reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones de origen externo o interno, que es incapaz de controlar". En la definición de angustia automática, entra aquella angustia a la que Freud llamó, angustia ante un peligro real; esta última se refiere a la emoción que se experimenta cuando el organismo se enfrenta a una amenaza externa y real.

La señal de angustia es "un dispositivo puesto en acción por él yo, ante una situación de peligro con vistas a evitar ser desbordado por el flujo de excitaciones"; este tipo de angustia es una señal del yo que actúa cuando éste considera que puede repetirse una situación traumática, lo que sirve para que la persona implemente una estrategia de protección ante el posible daño.

Para Gray(1979), "La ansiedad es una respuesta provocada por la amenaza de dolor, la amenaza de pérdida significativa o de un fracaso o por circunstancias nuevas o poco familiares".

Vallejo y Diez (1990), mencionaron que "la angustia es un estado emocional complejo, que surge inespecíficamente cuando el ser humano se ve amenazado en su integridad, sea ésta física, psíquica, en su propia esencia"

Lazarus (1972), considera a la ansiedad como "una emoción basada en la evaluación de una amenaza, evaluación que vincula elementos simbólicos y de incertidumbre".

Por lo tanto y considerando las diferentes opiniones de los autores antes señalados, se puede considerar a la ansiedad como una respuesta natural ante la pérdida de "algo", que de interés del sujeto y que le permite recuperarlo o evitar que nuevamente le afecte.

La ansiedad, por lo tanto, se puede manifestar de tres maneras:

- Manifestaciones conscientes del sujeto (que comunica al observador)
- Manifestaciones corporales y
- Manifestaciones somáticas objetivables. (Kielholz, 1970).

A) MANIFESTACIONES CONSCIENTES.

La ansiedad es un estado de conciencia que puede ser diferenciado por la persona de otros estados emocionales como la tristeza o la alegría, por lo que es posible de ser comunicado al observador. (Kielholz, 1970).

Los sujetos catalogados como ansiosos, manifiestan tener sensaciones subjetivas de amenaza, aprensión, temor, incertidumbre, intranquilidad, perplejidad, duda, desaliento o nerviosismo. (Ey, 1970).

B) MANIFESTACIONES CORPORALES.

Cuando observamos a una persona ansiosa se pueden notar algunas alteraciones corporales como:

Vacilaciones, dudas o titubeos, desorganización de la conducta motora dirigida hacia un objeto, cese de movimientos, incremento en la tensión muscular, alteraciones de la emisión verbal como son temblor, carraspeos, lapsus, hiperactividad motora o tartamudeo. (Valdés y col. 1983)

C) ALTERACIONES SOMATICAS OBJETIVABLES

Antes de mencionar los cambios fisiológicos, metabólicos y hormonales que ocurren en las situaciones de ansiedad, se tendrá que aclarar que todos esos cambios tienen una finalidad positiva para el organismo. Ciertos grados de ansiedad sirven al organismo como impulso para actuar. (Valdés y col 1983) y en la mayoría de las coacciones lo preparan para reaccionar en caso de peligro, lo que es útil para la sobrevivencia y adaptación de los seres vivos, aunque cuando rebasa los límites del individuo suele resultar perjudicial. (Surwit, col. 1992).

☞ ALTERACIONES FISIOLÓGICAS:

Taquicardia, palpitaciones, aumento de la presión arterial, aumento de la actividad cerebral, aumento de la tensión muscular y en el índice de coagulación de la sangre, dilatación de las arterias principales, constricción de vasos sanguíneos periféricos, dilatación de los bronquios, suspensión de la actividad estomacal, activación de las glándulas sudoríferas dilatación de las pupilas y resequedad de la boca. (Valdés y col 1983; Boro y Callase 1989).

☞ CAMBIOS METABOLICOS Y HORMONALES:

El principal cambio metabólico que ocurre durante la ansiedad es la liberación de glucosa por el hígado, resultado de la secreción de una serie de hormonas con efectos hiperglucemiantes en el organismo. (Rhose y Sachar 1984).

Las hormonas que son liberadas en situaciones de ansiedad o peligro son: la adrenocorticotrópica glucocorticoides epinefrina vasopresina y tirotrópica, entre otras.

En este punto es importante recalcar que algunos autores consideran al embarazo como un tipo de estrés ya que las hormonas liberadas durante el embarazo son casi las mismas que se liberan durante el estrés, las que causan la hiperglucemia. (Caplan 1981; Shelvin, Pedowite 1962).

3.6.2 ANSIEDAD / DIABETES

Es importante señalar, que algunos autores consideran al embarazo por sí mismo un tipo de “estrés”, debido a los cambios hormonales y metabólicos que ocurren en él; por otra parte se sabe que el embarazo es generador de ansiedad psicológica, con sus consecuentes manifestaciones hormonales.

En el caso de la embarazada a la cual se le hace el diagnóstico de diabetes, esta noticia en ella genera ansiedad, por que apartir de este momento, ella sabe que ha perdido su salud y que su embarazo es de “alto riesgo”, palabras que la usuaria interpreta como “ PELIGRO”, tanto para ella como para su hijo, esto hace señalar, que la usuaria, presenta un miedo legítimo hacia lo que pueda ocurrir en el futuro, presentándose en ella dos elementos claves de la ansiedad: la anticipación y la incertidumbre.

Si a lo anterior se suman los antecedentes obstétricos, es lógico pensar que estas experiencias previas que pueden girar alrededor de abortos, óbitos o pérdidas neonatales, generen en el embarazo actual miedo a la pérdida, por lo tanto el contribuir a desarrollar la agencia de autocuidado en la usuaria, no solamente la ayudará a recuperar su salud; si no también la ayudará a tener un hijo “sano”, lo cual será un motivo (como señala OREM), para el desarrollo de esas capacidades de autocuidado.

A este respecto, dentro de la Teoría de Sistemas de Enfermería, es importante conocer, como desde el punto de vista psicoemocional es importante conocer como se puede ayudar a la usuaria; esto es lo que los psicólogos llaman la ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.

Se entiende por adherencia al tratamiento, “al proceso a través del cual, el paciente lleva acabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta”. (Puente Silva 1985)

Esta definición es interesante, ya que involucra la capacidad y calidad de cuidados que se provea el usuario, como elemento fundamental del tratamiento, ya que un error en ello se considera como un problema en la adherencia, y Malahy en 1966, consideró cuatro tipo de errores:

Por omisión, errores en los objetivos de medicación, errores en la dosis y errores en la secuencia, a los que se les puede agregar la automedicación.

Dentro de las propuestas terapéuticas señalan:

A. RELAJACIÓN.

Se considera como una técnica que ayuda a disminuir los niveles de ansiedad, se ha demostrado que cuando se utiliza en pacientes diabéticos se logran disminuir los requerimientos de insulina. (Seeburg 1990.

B. INFORMACION Y EDUCACION.

La información y educación son aspectos que siempre deben de estar juntos, puesto que uno es complemento del otro, ya que ambos son considerados como un factor importante en el control de la ansiedad ya que ayudan a los usuarios a tener ideas claras y reales con referencia a su enfermedad y a su salud, disminuyendo en lo posible la anticipación y la incertidumbre.

C. ENTRENAMIENTO.

Cuando se menciona que los pacientes diabéticos cometen errores en su tratamiento, fundamentalmente en la aplicación de la insulina, la vigilancia de su glucosa y en su dieta, se pueden inducir dos conclusiones:

- a) el usuario no está interesado y motivado para el cuidado de su salud, ó
- b) no sabe como hacerlo.

Por ende la capacitación y entrenamiento del usuario (el desarrollo de sus capacidades de autocuidado), tiene un papel primordial, por lo tanto la enfermera interviene con un Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo.

3.6.3 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

El impacto de la Diabetes en nuestro país no sólo se relaciona con su magnitud epidémica que ocupa para 1996 el cuarto lugar como causa de muerte, siendo la mayor prevalencia global en el medio urbano que en el rural (INEGI, 1996), sino también por las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales.

En los últimos años se ha admitido que la educación del diabético es un elemento fundamental para sobrellevar la enfermedad con éxito e incluso se ha legislado acerca de la adecuada atención que deben recibir estas personas (Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA-1994) en donde se señalan las acciones preventivas a realizar por los sectores público, social y privado.

CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida se define como el grado de impacto que tiene la enfermedad en la vida de la persona. Engquist (1979) la define como un conjunto de factores necesarios para lograr un medio ambiente que permita un espacio personal, sea estable, favorezca la toma de decisiones, no propicie dependencia y reconozca los intereses individuales a través de proveer actividades recreativas, educacionales, vacacionales y espirituales y que permita a la persona mantener el contacto con su familia y comunidad asegurando la confianza personal.

Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, estado psicológico de la función e interacción social y de los síntomas físicos; por lo tanto se señalan cinco indicadores: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.

LA FAMILIA Y LA SALUD FAMILIAR.

La familia es una unidad biopsicosocial, la cual tienen un papel fundamental en la atención primaria, no solo por considerar que en ella se transmiten pautas culturales sino porque el proceso que se inicia con la definición de enfermedad hasta su curación está pleno de decisiones sociales que toma el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud. Algunas de las decisiones se relacionan con la percepción de alguna alteración de la normalidad como la enfermedad, la validación preliminar del papel del enfermo, los pasos iniciales para buscar consejo o ayuda, la determinación de cuando deben darse y a quién hay que acudir y por último el cumplimiento de las indicaciones recibidas.

IV. METODOLOGIA

4.1 VARIABLES

A) Agencia de Autocuidado.

La capacidad de autocuidado con relación a la regulación de los aspectos físicos y del desarrollo humano, medible por la satisfacción de los requisitos universales de autocuidado, de desarrollo y de desviación de la salud.

B) Déficit de Autocuidado.

Existe cuando el individuo no es capaz de satisfacer por sí mismo los requerimientos antes señalados, regulados a través de la Agencia de Autocuidado y la Demanda de Autocuidado Terapéutico insuficientes.

C) Sistema de Enfermería.

4.2 INDICADORES DE LAS VARIABLES.

A) Agencia de Autocuidado.

◆ REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO:

- Mantenimiento del aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento del aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados con los procesos de eliminación.
- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con él
- Potencial humano, las limitaciones humanas conocida y el deseo humano de ser normal (normalidad).

◆ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD:

- Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada, en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos, estados patológicos humanos o cuando hay inicio de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se saben producen patología humana o están asociada a ésta.
- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ellos.
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas por el médico, dirigidas a la prevención de enfermedades, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.

- Ser consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo y atender dichos efectos o regularlos.
- Modificación de autoconcepto, aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones patológicas y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida que promueve el desarrollo personal continuado.

◆ *REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:*

- Producción y mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo.
- Provisión de cuidados asociados a condiciones que puede afectar adversamente el desarrollo humano.
- Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes o potenciales de una condición o acontecimiento particular, como: privación educacional, problemas de adaptación social, pérdida de familiares, amigos o colaboradores, cambio súbito de condiciones de vida, cambio de posición social o económica, mala salud, mas condiciones de vida o de incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada y peligros ambientales.

B) Déficit de Autocuidado.

- Falta de conocimientos.
- Falta de habilidades.
- Falta de motivación.

C) Sistema de Enfermería.

- Sistema Global compensatorio,
- Sistema parcialmente compensatorio
- Sistema de apoyo educativo.

La enfermera utilizará:

- Operaciones Diagnósticas.
- Operaciones Prescriptivas
- Operaciones Reguladoras o de tratamiento y
- Operaciones de Cuidado (Control de Casos)

4.3 DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

AGENCIA DE AUTOCAUIDADO

Es la práctica de actividades que los individuos inician personalmente y llevan acabo en su propio beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar; esto es, lo que el individuo puede hacer por sí mismo.

DEFICIT DE AUTOCAUIDADO.

Es cuando el individuo tiene una agencia de autocuidado insuficiente para satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y por lo tanto no se produce la conducta deseada de autocuidado.

Describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a la persona.

DEMANDA DE AUTOCAUIDADO.

Es el conjunto de acciones que requiere un individuo para lograr su autonomía en el autocuidado.

DEMANDA DE AUTOCAUIDADO TERAPEUTICO.

Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

Puede verse como el "resumen" de la relación de los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un individuo (o los que pueden ocurrir en el futuro) y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos.

FACTORES BASICOS CONDICIONANTES.

Son determinantes de enfermería que contribuyen en la habilidad propia para participar en el autocuidado.

FACTOR DE RIESGO.

Son todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si es o no una de las causas del daño, aún cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de casualidad.

OPERACIONES DIAGNOSTICAS.

Son las operaciones tecnológicas-profesionales, que deberán ser contempladas cuando se investiga la relación entre las capacidades de autocuidado del individuo y sus demandas, estableciendo la relación entre ellas.

OPERACIONES PRESCRIPTIVAS.

Son los juicios prácticos que debe de realizar la enfermera y el individuo después de la valoración y que pueden incluirse con la fase de planificación.

Abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. También se considera lo que podría suceder a futuro.

OPERACIONES REGULADORAS O DE TRATAMIENTO.

Son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.

Una reflexión formulada y expresada sobre las acciones que se han de realizar, que se sabe o que se supone que son necesarias en la regulación de uno o de más aspectos de funciones y desarrollo humanos continuamente o en condiciones y circunstancias específicas.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Promueve el desarrollo; es decir, el progreso humano a niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACION DE LA SALUD.

Existe cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

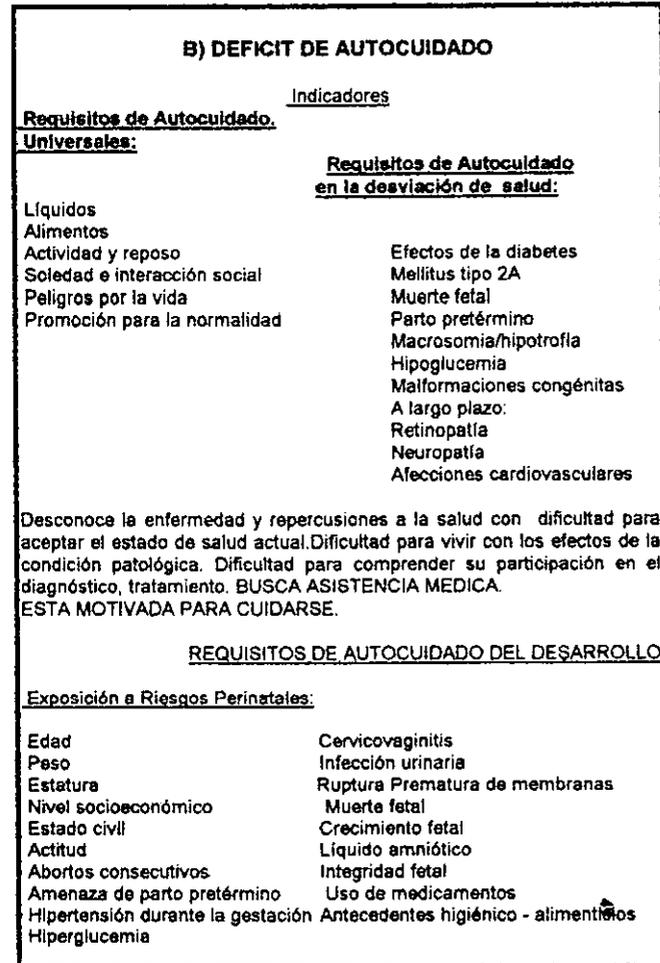
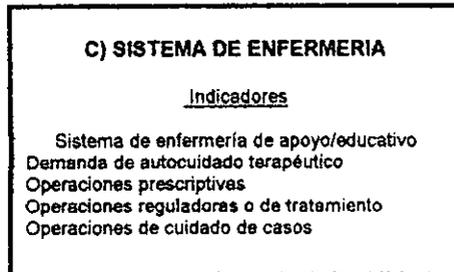
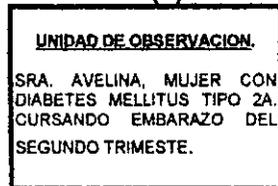
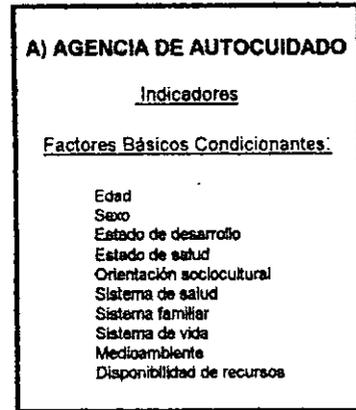
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

Son esenciales para el logro del autocuidado, abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

SISTEMA DE ENFERMERIA.

Es como la enfermera participa para que el individuo adquiera su autonomía en el cuidado de sí mismo.

ESQUEMA METODOLÓGICO



4.5 METODOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS.

Tratándose de un Estudio de Caso Clínico, desde la aplicación del Proceso de Enfermería bajo un Modelo Conceptual, se utilizaron como elementos de apoyo, el Método Clínico y el Enfoque de Riesgo, que sumados a la observación y a la entrevista, permitieron llevar a cabo la valoración para identificar las capacidades de autocuidado, la agencia de autocuidado y los déficit de autocuidado, estableciendo los diagnósticos de enfermería (Operaciones Diagnósticas), realizando junto con la usuaria, un diseño de enfermería, para la aplicación de operaciones tecnológico-profesionales, en pro del desarrollo de las capacidades y agencia de autocuidado de la Sra. Avelina.

4.6 FUENTES UTILIZADAS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

A) FUENTE PRIMARIA:

La usuaria (Sra. Avelina)

B) FUENTES SECUNDARIAS:

Familiares (esposo), personal de enfermería, médico, estomatología y nutrición, expediente clínico, bibliografía e Internet.

4.7 CRITERIOS DE ANALISIS DE LA INFORMACION.

A) Con base a los instrumentos de valoración utilizados, se clasificó la información obtenida, para poder conocer: La Agencia de Autocuidado/Capacidades de Autocuidado y Déficit de Autocuidado de la Sra. Avelina

B) Para lo anterior se consideraron como elemento fundamental los requisitos de autocuidado: Universal, de desarrollo y de desviación de la salud, en relación a su satisfacción o no por parte de la usuaria (Agencia de autocuidado).

También se llevó a cabo la identificación de las capacidades de autocuidado en lo relacionado con aspectos cognoscitivos, de habilidad y de motivación, para el establecimiento de Déficit de Autocuidado.

C) Basado en los elementos señalados en los incisos A y B, se procedió a la realización de los diagnósticos de enfermería (Operaciones prescriptivas), utilizando para su estructuración los elementos del método PES:

P- PROBLEMA,

E- ETIOLOGÍA O CAUSA Y

S- SIGNOS Y SÍNTOMAS.

Los cuales fueron clasificados como reales o potenciales; en función de la presencia de la enfermedad o del daño y de la posibilidad de que se presente, para lo cual se identificaron los Factores Básicos Condicionantes y la Exposición a Riesgos, apoyándose en el Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal.

D) Habiendo realizado las Operaciones Diagnósticas, se procedió a planear junto con la usuaria las Operaciones Prescriptivas, las cuales al aplicarse en la ejecución (Operaciones Reguladoras o de Tratamiento), se evaluaron (Operaciones de Cuidado o de Control de Caso) y nuevamente se hizo la valoración de enfermería para retroalimentar el Diseño de Enfermería y lograr los Objetivos planeados.

4.8. CLASIFICACION DE LA INFORMACION.

Se clasificó de acuerdo a indicadores basados en la Teoría del Déficit del autocuidado de Dorothea Orem. Llevando acabo la asociación de la agencia de autocuidado, la capacidad de autocuidado y déficit de autocuidado, con relación a la satisfacción o no del individuo en sus demandas.

En la valoración del Autocuidado y la Capacidad del autocuidado se consideraron los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud.

En relación al Déficit de Autocuidado se consideraron los aspectos cognoscitivos, de habilidad y de motivación del individuo.

En cuanto al Sistema de Enfermería, de acuerdo a las Operaciones Diagnósticas realizadas, se eligió el Sistema que se considerada de Ayuda a la usuaria (Apoyo Educativo) y junto con ella se planearon las Operaciones prescriptivas.

En este aspecto, también se consideraron los Factores Básicos Condicionantes y la Exposición a Riesgos (Factores de Riesgo).

Para la Evaluación y retroalimentación del Diseño de enfermería se llevó acabo la aplicación de las Operaciones Reguladoras y de Cuidado.

4.9 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS.

A) Historia Clínica Perinatal de Enfermería (Adaptada de acuerdo a los conceptos y elementos que conforman el modelo conceptual de Orem, por el grupo de estudiantes de la Especialidad en Enfermería Perinatal, generación 97, ENEO-UNAM).(Anexo 1)

B) Hoja de Seguimiento de Caso.

C) Hoja de Control Metabólico.

D) Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal del Centro de Investigación Materno Infantil. CIMIGen. (Anexo 2)

E) ANECDOTARIO (Anexo 3)

5. VALORACION

5.1 HISTORIA CLINICA PERINATAL.

FECHA DE APLICACION: 15 de febrero de 1999

I. PERFIL DEL CLIENTE.

A) CARACTERISTICAS PERSONALES.

NOMBRE: Galván Hernández María Avelina.

GRUPO Y RH: 0 Rh positivo.

DOMICILIO: Calle san Cristóbal, No. 24. Col. Valle de Guadalupe. Ecatepec. Edo. de México.

EDAD: 43 años.

ESTADO CIVIL: Casada

ORIGINARIA: Del Estado de Puebla.

RESIDENTE: De Ecatepec Estado de México desde hace 23 años.

ESCOLARIDAD: Tercero de primaria (Sabe leer, escribir y operaciones básicas).

OCUPACION ACTUAL: Se dedica al cuidado del hogar, antes de embarazarse lavaba ropa, lo cual le generaba ingresos económicos.

RELIGIÓN: Católica.

B) DATOS DE SU PAREJA

NOMBRE: Ruiz Acosta Bulmaro.

EDAD: 44 años.

ORIGINARIO: Del Estado de Puebla

RESIDENTE: De Ecatepec. Edo. de México desde hace 22 años.

ESCOLARIDAD: Sexto de primaria. (sabe leer, escribir y operaciones básicas)

OCUPACIÓN ACTUAL: Albañil; más sin embargo por las características de su trabajo sus ingresos son inestables y variables.

RELIGIÓN: Católico

ACTIVIDADES RECREATIVAS: Le gusta el fútbol y el béisbol.

C) CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA.

Su familia, está integrada por ellos dos, aunque mantienen una estrecha relación con la familia de ambos, que aunque radican en el Edo. de Puebla, tratan de visitarse los más frecuente que se puede.

La Sra. Avelina y Don Bulmaro, llevan 16 años de casados y ambos manifiestan que su relación es de comprensión, comunicación y amor, ya que las vivencias que han tenido con relación a la pérdida de sus "otros" bebés, ha creado "Lazos de fortalecimiento entre ellos".

Con relación al embarazo actual, Don Bulmaro expresa que "yo sé que mi esposa ya es grande, pero siempre hemos deseado tener un hijo o hija, creemos que esta es una última oportunidad que Dios nos ha dado, y pondremos nuestro granito de arena procurando hacer todo lo que nos digan los médicos y ustedes".

D) CARACTERISTICAS AMBIENTALES.

Su domicilio se encuentra ubicado en Ecatepec, Estado de México, su casa está construida con material no perecedero, basándose en ladrillo y cemento.

Cuenta con: cocina, sala, recámara y baño: en cada habitación hay una ventana, lo cual permite que este adecuadamente ventilada e iluminada, consideran que es fría, cuentan con agua potable, drenaje, alcantarillado, luz eléctrica, pavimentación y alumbrado público.

Con relación a medios de transporte, consideran que es escaso puesto que solo algunos peseros llegan a la colonia en donde viven.

Con referencia a centros comerciales, no hay y solo cuentan con el mercado de la colonia.

En lo concerniente a servicios de Salud, el Hospital más cercano a su domicilio se encuentra a la hora de camino, el Centro de Salud a una hora, cerca de su domicilio existen pocos consultorios de tipo particular, en el cual el costo por consulta es de \$100.00(cien pesos).

En cuanto a lugares de recreación: el cine más cercano está a 30 minutos, hay un parque cercano, no cuentan con deportivos.

E) ORIENTACION ACTUAL DE SALUD.

La Sra. Avelina manifiesta encontrarse desconcertada, sorprendida y temerosa por su estado de salud actual. Refiere que ella deseaba embarazarse a pesar de las recomendaciones que le había hecho un médico particular, al cual ocasionalmente ella visitaba y nunca le menciono que ella presentará Diabetes.

Ahora que se encuentra embarazada manifiesta que "no puedo creer que tenga diabetes, los médicos se han de haber equivocado", pero que a pesar de ellos contribuirá en su tratamiento.

II VALORACION DE LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

◆ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

A) MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

HABITOS DE SALUD:

Refiere realizar higiene bucal dos veces al día, al observar su técnica de cepillado se detectan alguna deficiencia, no acostumbra utilizar hilo dental, no acostumbra a realizar ejercicio ni caminata, no utiliza medias, no le gusta la ropa ajustada.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

Frecuencia respiratoria de 22 x min. , Frecuencia cardíaca: 72 x min. , Presión arterial 110/60mmhg, se observa con adecuada coloración de tegumentos; en cavidad oral se observa la presencia de caries dental no tratadas, datos de gingivitis (edema en las encías y sangrado al cepillado), leve halitosis; mamas: blandas, depresibles, cónicas, no dolorosas, con pezón formado ligeramente secretantes; área pulmonar: movimientos respiratorios rítmicos, sin datos de dificultad respiratoria, con adecuada entrada de aire bilateral, sin presencia de estertores; área cardiovascular: A la auscultación ruidos cardíacos normales, con adecuado llenado capilar menor a 3 segundos, a nivel periférico se observa la presencia de venulas en miembros inferiores, las cuales esporádicamente causan prurito, refiere que las noto apartir de hace 8 meses a la fecha.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS:

Ella refiere que desconoce:

Que medidas puede aplicar para disminuir la frecuencia de sangrado de sus encías y a que se debe.
Desconoce técnicas de amamantamiento y si podrá hacerlo cuando ocurra el nacimiento de su bebe, debido a los medicamentos que se le están aplicando.
Desconoce los cuidados que debe de llevar acabo con relación a la prevención de insuficiencia venosa.
Desconoce los efectos que el embarazo y la diabetes pueden tener con relación a alteraciones bucales.

B) MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE AGUA.HABITOS DE SALUD:

Refiere que por lo general ingiere de 1 a 2 litros de agua en un día, de preferencia acompañado por alguna fruta, ocasionalmente utiliza polvos o jarabes para preparar agua de sabor, el agua que ingieren es embotellada y no la hierven ni la cloran, le gusta el refresco aunque ocasionalmente lo bebe, le gusta la leche y el café, micciona entre 3-4 veces en un día y su aseo post micción lo realiza de atrás hacia adelante.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

Piel turgente, mucosa oral hidratada, tolerando vía oral, sin soluciones parenterales, niega datos de urosepsis, giordano negativo, edema de miembros inferiores de *.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS:

Desconoce el cuidado que debe de tener con relación a la prevención de infecciones urinarias,
Desconoce los riesgos potenciales relacionados con la presencia de infecciones urinarias durante el embarazo.
Desconoce los efectos que el embarazo y la diabetes pueden tener en el aparato urinario

C) MANTENIMIENTO DEL APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.**HABITOS DE SALUD:**

Refiere tener de 2 a 3 comidas al día (desayuno, comida y merienda), procurando tener un horario fijo para cada uno de ellos; prefiere alimentos como el pollo, frijoles, arroz y sopa de haba. le desagrada: los hongos y el caldo de pescado; esporádicamente consume alimentos en la calle, aunque por lo general es en su casa. El desayuno y la merienda lo hace acompañada por su esposo. ; no le gusta cocinar con manteca.

Actualmente, dado a la presencia de la diabetes, se ha tenido que modificar sus horarios, la cantidad de alimentos y la variedad de los mismos, ella manifiesta que le es difícil adaptarse a este nuevo estilo de vida y más aun por que no cree que padezca esta enfermedad.

Alimentos: carne: 2-3x7, verduras 4-5x7, leche o derivados: 4-5x7, huevo: 6-7x7, pan: 2-3pzasx7, tortillas: 5-6/24hrsx7, leguminosas: 5-6x7.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

Peso actual 78.200gr, bajo régimen dietético (1600cal) secundario a la presencia de Diabetes Mellitus del tipo 2A, talla 152cm.

Abdomen blando, depresible no doloroso sin datos de distensión abdominal, niveles séricos de glucosa actualmente bajo control metabólico.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS:

Desconoce como actúa la insulina para ayudarla a mantener niveles "normales" de glucosa.

Desconoce como se la aplicará cuando sea dada de alta a su domicilio.

Desconoce la importancia de llevar la dieta, como parte del tratamiento de su padecimiento.

D) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

Ella refiere que no realiza ejercicio físico, que únicamente se dedica a los quehaceres del hogar (lavar, planchar, etc), esporádicamente sale de paseo con su esposo y cuando lo hacen acuden a parques u ocasionalmente al cine, acostumbra dormir de las 21:00-22:00pm a las 5:00-6:00am, por la tarde suele recostarse de 1 a 2 hrs. pero no duerme.

Actualmente como parte del tratamiento después de los alimentos se le ha indicado deambular durante 20 a 30 minutos, más sin embargo no siempre lo hace, ella manifiesta que se debe a que no le gusta caminar sola.

ASPECTOS COGNOSCITIVOS:

Desconoce la importancia que tiene la deambulación en el tratamiento de su padecimiento.

E) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL.

No le gusta estar, sola y aprovecha el tiempo en que no esta su esposo para bordar, por lo general son visitados por sus familiares de 3-4 veces al año, ahora que esta embarazada ha sido con mayor frecuencia y disfruta de ellos, puesto que le gusta convivir tanto con su familia como con la de su esposo, con las complicaciones que ha tenido en su embarazo, cuando la visitan le ayudan en las actividades del hogar y cuando pueden salen de paseo.

Ocasionalmente sale a pasear con su esposo, acuden a jardines, al cine o a fiestas cuando los invitan, aunque no le gusta bailar.

A veces participan en reuniones organizadas por los vecinos como por ejemplo en las posadas de diciembre.

F) PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

Ella procurar a acudir a revisión médica de 1-2 veces al año, lo cual aprovecha para realizarse su papanicolau, no lleva acabo la exploración mamaria para la detección oportuna de Ca. mamario, solo acude al dentista cuando tiene alguna molestia; actualmente desde que sabe que esta embarazada ha acudido a control prenatal, sobre todo para evitar la pérdida de este bebé ya que manifiesta que ha sido difícil la experiencia que ha tenido de sus otros embarazos, ella pertenece a la religión católica y confía que "con la ayuda de Dios todo saldrá bien" y esto la hace sentir bien.

La convivencia con su esposo durante sus 16 años de matrimonio y su presencia durante los horarios de visita la hace sentir segura.

No practica hábitos dañinos a su salud como tabaquismo o alcoholismo; más sin embargo esta consciente que el no hacer ejercicio no es bueno para su salud.

❖ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.

A) ASEGURAMIENTO Y BUSQUEDA DE LA AYUDA MEDICA.

La Sra. Avelina, ha llevado control prenatal y generalmente sigue las indicaciones de su tratamiento, motivo por el cual ella llevo al Instituto, ya que el médico que le llevaba su control prenatal encontró alteraciones en sus exámenes de laboratorio y considerando los antecedentes perinatales que ella tenía la refirió a este centro, que aunque se encuentra a 2-3 horas de su domicilio ella y su esposo decidieron asistir.

B) CONOCIMIENTO Y ACEPTACION EN RELACION A SU ENFERMEDAD.

En su embarazo actual se realizó el diagnóstico de Diabetes Mellitus del tipo 2A, hecho que la señora Avelina aun no acepta y aunque ha acudido a las plásticas que dan en el Instituto por parte del departamento de endocrinología, ella aun no acepta que presenta esta enfermedad y como consecuencia de ello no esta aun consciente de los daños que puede ocasionar a la salud de ella y de su bebé en el caso de que no lleve acabo los cuidados necesarios que de ella dependen.. Para tal efecto también ha recibido apoyo del Departamento de Psicología.

C) REALIZACION DE MEDIDAS TERAPÉUTICAS.

En este aspecto y tomando como referencia lo señalado en el punto anterior, la Sra. Avelina no cuenta con los elementos que le permitan llevar a cabo los cuidados necesarios en su hogar como son: desde el punto de vista de habilidades y destrezas: la aplicación de la insulina, la realización del destrostix, en lo referente a conocimientos: no cuenta con los necesarios que le ayuden a prevenir daños a la salud

D) ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD.

En este sentido ha presentado ansiedad, estrés y falta de aceptación lo cual ha tenido como consecuencia lo que los psicólogos llaman: "Falta de adherencia al tratamiento".

Durante la sesión de evaluación psicológica (en la cual la Sra. Avelina me permitió estar), se encontró que aun tiene duelos no resueltos con referencia a las pérdidas de sus bebés.

Más sin embargo se considera que la MOTIVACIÓN que tiene relacionada con la maternidad y el deseo de tener un hijo(a), será un factor positivo que influirá en su cuidado en el desarrollo de capacidades de autocuidado, lo cual tendrá repercusiones en su agencia.

❖ REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Actualmente la Sra. Avelina se encuentra en la etapa prenatal, en la edad propia de situaciones fisiológicas en el ciclo reproductivo de la mujer como son la menopausia y el climaterio; enfrenta la pérdida de la salud en relación a la presencia de Diabetes Mellitus del Tipo 2A, pero también el temor a la pérdida de su bebé por la experiencia previas relacionadas con muertes perinatales, lo cual ha ocasionado un cambio importante en su estilo de vida, como lo es la alimentación, la actividad y reposo entre otros.

La esperanza que le genera este bebé puede ser un factor fundamental para propiciar en ella el desarrollo de capacidades de autocuidado en la desviación actual de la salud y posiblemente para toda la vida; además de que en una opinión personal, él superarlo le ayudará a fortalecerse en todos los aspectos.

RESUMEN DE LA VALORACION

La Sra. Avelina, cuenta con 43 años, es originaria del Edo. de Puebla y actualmente residente del Estado de México desde hace 23 años, es alfabeta casada, católica, ama de casa, con antecedentes heredo familiares y personales patológicos negados.

En sus antecedentes gineco - obstétricos: G 5, P 1, A 2, C 1; dos muertes perinatales, antecedente de placenta previa en dos gestaciones. FUM 15 / 08 / 1997. FPP 22 / 05 / 1998.

Actualmente cursa con embarazo de 26 sdg, siendo ingresada al INPer el día 16 de febrero del año en curso por presentar Diabetes Mellitus del Tipo 2 A.

En la valoración global de enfermería se encontró déficit en la Agencia de Autocuidado Terapéutico, lo cual no le permitirá el cuidado de su salud en la etapa de desarrollo actual.

El riesgo Perinatal con que cuenta de acuerdo al Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal de CIMIGen es alto, debido a los siguientes factores:

PREVIGEN II: 02 R, 03 A, 06 A, 13 R, 14 A, 19 R, 21 A, 33 R, 37 R. (ANTECEDENTE DE PLACENTA PREVIA EN SUS DOS EMBARAZOS ANTERIORES).

5.2 HOJA DE SEGUIMIENTO DE CASO.

La Sra. Avelina fue captada por primera vez en el Instituto Nacional de Perinatología, el 22 de Diciembre de 1997, siendo el motivo de su consulta disuria y tenesmo vesical, a demás de seguir la recomendación del médico que al inicio de su gestación le llevó su control prenatal. El diagnóstico en esta primera consulta fue: Embarazo de 17 sdg, edad materna avanzada e infección urinaria, recibiendo tratamiento con medicamentos (Macrofantina tabletas de 100 mg, una cada 6 horas por 7 días) y consulta en 15 días.

FECHA	ACTIVIDAD
10 - 01 - 98	Acude a su cita programada en la cual le realizan su historia clínica, diagnóstico de Embarazo de 20.5 sdg /EMA/ candidiasis vaginal. Tratamiento con nistatina óvulos, uno cada 24 hrs por 7 días y le solicitan ultrasonografía de primer nivel y exámenes básicos de laboratorio.
20 - 01 - 98	Acude al ultrasonido y tiene cita para el 16 de febrero.
16 - 02 - 98	Acude a su cita programada, en la cual se detecta alteración de la glucosa (105 mg / dL), por lo tanto le solicitan tamiz metabólico diabético. Glucemia en ayuno 112 mg / dL, a las dos horas 253 mg / dL motivo por el cual es hospitalizada. El tratamiento a su ingreso es mediante insulina, dieta para diabético HGT preprandial.
17 - 02 - 98	Tiene interconsulta por parte del servicio de endocrinología, indicándole tratamiento con insulina rápida 2 UI y NPH 4 UI (7:00 - 19:00) y solicitan hemoglobina glucosilada.
18 - 02 - 98	Tiene interconsulta en el servicio de estomatología recibiendo tratamiento en dos piezas dentales con caries, dándole cita en un mes.
19 - 02 - 98	Tiene interconsulta en el servicio de psicología.
23 - 02 - 98	Embarazo de 27.4 sdg /EMA/ Diabetes Mellitus Tipo 2A bajo control metabólico. Tratamiento con insulina rápida 2 UI y NPH 10 UI (7:30) y NPH 12 UI (19:30) Su estancia hospitalaria fue de 7 días, tiempo en el cual se le realizó seguimiento. LOS DATOS PRESENTADOS, SON LOS QUE SE CONSIDERAN DE IMPORTANCIA PARA EL CASO Y COMPRENDEN DESDE EL PRIMER DIA DE SU INGRESO HASTA EL ÚLTIMO DIA DE HOSPITALIZACION.

FUENTE. EXPEDIENTE CLÍNICO Y ANECDOTARIO DE LA ALUMNA.

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CASO.

FECHA	ACTIVIDAD
18 - 03 - 98	Se reingresa por descontrol metabólico, con embarazo de 28 sdg. FU de 30cm, FCF 142 l x min. , Presión arterial 120 / 80 mm Hg. Tratamiento con insulina rápida 2 UI, NPH 10 UI, (7:30) y 12 UI de NPH (19:30), dieta para diabético de 1600 cal. HGT preprandial.
19 - 02 - 98	Embarazo de 29 sdg, química sanguínea de 160 mm / dL, motivo por el cual se aumenta la dosis de insulina: Insulina rápida 2 UI, NPH 14 UI (7:30) por la noche (19:30) 12 UI, signos vitales normales, Frecuencia Cardiaca Fetal 150 l x min.
24 - 03 - 98	ALTA, a los 6 días de hospitalización, con diagnóstico de Embarazo de 31.3 sdg, control metabólico.
10 - 04 - 98	Acude al servicio de urgencias por hipomotilidad fetal, le realizan registro tococardiográfico, en el cual se detectó taquicardia fetal fisiológica. Diagnóstico: Embarazo de 33.5 sdg glucemia materna normal y se da de alta por la noche con esquema de insulina.

DESCRIPCION CRONOLÓGICA DE LOS REGISTROS TOCOCARDIOGRAFICOS

PARAMETROS	13 - 04 - 98	16 - 04 - 98
DIAGNOSTICO	EMBARAZO DE 33.6 SDG	
DURACION	32 MINUTOS	22 MINUTOS
INTEGRIDAD	90%	90%
VARIABILIDAD	TIPO I	TIPO II, ASCENSOS 2, QUE CUMPLEN CRITERIOS DE REACTIVIDAD.
MOVIMIENTOS FETALES	PRESENTES	PRESENTES
ACTIVIDAD UTERINA	AUSENTE	
INTERPRETACION		
PEVA	PRUEBA SIN ESTRES NO REACTIVA	PRUEBA SIN ESTRES REACTIVA
	POSITIVA	POSITIVA

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO.

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CASO.

FECHA	26 01 98	16 02 98	6 03 98	3 04 98
NIVEL	PRIMER NIVEL	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	SEGUNDO NIVEL
INTERPRETACION	Embarazo de 19 - 21 sdg por fetometría; por FUM 23 sdg.	Solo reporta que de acuerdo al DBP (diámetro biparietal) se encuentra por debajo de la percentil normal de crecimiento.	Fetometria 26.4 sdg, líquido amniótico normal, placenta fundica grado I, sin anomalías estructurales.	Fetometría acorde a estudios previos, dos semanas menor, líquido amniótico y placenta sin alteraciones.

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO Y ANECDOTARIO DE LA ALUMNA.

4.9.3 HOJA DE CONTROL METABOLICO.

FECHA	HORA	DESTROSTIX GLUCOSA MG /DL.	INSULINA	OBSERVACIONES.
16 02 98	10:15 12:00	259 106	2 UI rápida y 4 UI de NPH (8:00)	post prandial
17 02 98	6:00	117	2 UI rápida y 4 UI de NPH (8:10)	Clinitex: glucosa de 100 - 300. cuerpos cetónicos neg.
18 02 98	6:00 11:55 19:40	148 155 89	2 UI rápida y 8 UI de NPH (8:05)	
19 02 98	6:00 12:00 13:15 19:00	99 147 60 100	2 UI rápida y 8 UI de NPH (8:00) 2 UI NPH (19:30)	requirió dieta
20 02 98	6:00 12:30 19:00	142 98 87	2 UI rápida y 10 UI de NPH 10 UI de NPH (19:30)	
21 02 98	6:00 12:20 19:00	121 100 83	2 UI rápida y 10 UI de NPH (8:00)	

FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO Y ANECDOTARIO DE LA ALUMNA.

5.3 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Aumento de la concentración sérica de glucosa, relacionado con la deficiente producción de insulina, manifestado por glucosa sérica elevada de 259 mg / dl
- Temor a la pérdida de su bebé, relacionado con pérdidas previas, manifestado por llanto, voz temblorosa, preocupación y aumento de cuestionamiento con relación al riesgo de pérdida de su bebé en la gestación actual.
- Temor a la pérdida de su salud, relacionado con la desviación actual, manifestado por negación verbal de la enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, preocupación e incremento del estado de alerta.
- Déficit de conocimientos, relacionado con la desviación actual de la salud, manifestado por la dificultad para contestar preguntas relacionadas con la misma.
- Déficit de conocimientos, relacionado con la prevención de infecciones urinarias y cervicovaginales, manifestado por la incapacidad para mencionar medidas de prevención.
- Dificultad para adaptarse a los cambios en su estilo de vida, relacionado con las necesidades que implica el cuidado de su salud en la desviación actual. (Diabetes).
- Déficit de habilidades y destrezas para la auto administración de insulina, relacionado con la falta de experiencia, manifestado por la incapacidad para hacerlo por sí misma.
- Deficiencia en el cuidado bucal, relacionado con la falta de conocimientos y técnicas adecuados en el cepillado dental, manifestado por presencia de émulis, placa dentó bacteriana y halitosis.
- Alteración de las encías (gingivitis), relacionado con el deficiente cuidado bucal, manifestado por edema y sangrado.
- Temor a los efectos de la insulina en ella y su bebé durante la gestación, relacionado con la falta de conocimientos, manifestado por preocupación y expresión verbal de su temor.
- Falta de conocimientos para el cuidado de ella en la etapa actual de desarrollo (Embarazo), relacionado con la falta de conocimientos manifestado verbalmente por la Sra. Avelina.
- Alteración de la circulación sanguínea (insuficiencia venosa), relacionado con factores propios de la edad, la gestación y otros factores agregados como la obesidad y vida sedentaria, manifestado por la presencia de venas varicosas de primero y segundo grado en miembros inferiores.
- Problema potencial de progreso en la alteración circulatoria durante la gestación.

5.4 DISEÑO DE ENFERMERIA (PLAN DE ATENCION)

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>aumento de la concentración sérica de glucosa, relacionado con la deficiente producción de insulina, manifestado por glucosa sérica elevada de 256 mg / dl.</p>	<p>La enfermera llevará a cabo intervenciones que favorezcan que la Sra. Avelina recupere la normalidad en la concentración de glucosa sérica.</p> <p>Que la Sra. Avelina comprenda la importancia que tienen los cuidados que se llevan a cabo para el cuidado de la desviación actual de la salud</p>	<p>Destrostix dos veces por turno para valoración de la cualitativa de la glucosa sanguínea.</p> <p>Administración de la insulina rápida y NPH, de acuerdo al esquema indicado para favorecer cifras adecuadas de glucosa (80 - 100 mg / dl)</p> <p>La insulina las concentraciones de glucosa en sangre, aumentando el transporte de glucosa a través de la membrana del músculo y los adipositos con incremento de la formación hepática de glucógeno a partir de glucosa favoreciendo la formación de glucosa en grasa.</p> <p>Vigilar la presencia clínica indicativos de hiper o hipoglucemia, como son:</p> <p>Hiperglucemia: poliuria, polidipsia, sequedad en boca, polifagia, piel caliente, calambres abdominales, respiración profunda y rápida, aliento ectónico, parálisis somnolencia, oliguria o anuria, estupor o coma.</p> <p>Hipoglucemia: nerviosismo, temblor, hambre, sudoración, piel fría y pegajosa, palidez, visión borrosa, diplopia, cefalea desorientación, respiración superficial, irritabilidad y convulsiones.</p>	<p>Las cifras de glucosa encontradas han disminuido de 259 a 106 mg / dl, teniendo fluctuaciones de 83 la más baja y 147 la más alta.</p> <p>El esquema de insulina se ha modificado de acuerdo a las necesidades de la Sra. Avelina, su dosis inicial fue de 2 UI de rápida y 4 NPH, actualmente se le administran 2 UI de rápida y 8 de NPH.</p> <p>Durante su estancia clínica no se detectaron datos de hiper o hipoglucemia.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<p>Favorecer la deambulaci3n post prandial acompa1ando a la Sra. Avelina.</p> <p>En algunas literaturas se refiere que la deambulaci3n post prandial favorece los efectos de la insulina.</p> <p>Vigilancia y valoraci3n de la salud fetal a trav3s de la auscultaci3n de su frecuencia cardiaca.</p> <p>Durante la gestaci3n en la cual se complica con la presencia de Diabetes, el riesgo de mortalidad fetal aumenta por la presencia de cuadros maternos de hiper o hipoglucemia.</p> <p>En el caso de la Sra. Avelina, la cual cuenta con antecedentes de muerte fetal la vigilancia de su beb3 adquiere mayor relevancia.</p>	<p>La Sra. Avelina solo deambula si se le acompa1as, en el turno matutino no hay dificultad para ello porque la enfermera estudiante la acompa1a m3s sin embargo en el turno vespertino ella no lo hace. Por lo tanto se platicar3 con ella para que comprenda su importancia.</p> <p>Se solicitar3 a alguna de sus compa1eras de ambiente que la acompa1e a deambular, ya que se ha observado que ellas se preocupan por la Sra. Avelina, por lo tanto ser3 parte del Sistema de Apoyo.</p> <p>La frecuencia fetal se encontr3 en cifras normales que variaban de 130 a 140 l x min.</p> <p>Al realizarle el VAREFE (Valoraci3n de la respuesta fetal) se encontr3 reactivo</p> <p>Como estrategia de motivaci3n en algunas ocasiones se utilizo doptone para que escuchar3 a su beb3.</p> <p>Otro par3metro que se utilizo fueron los movimientos fetales los cuales la Sra. Avelina reportaba que eran normales.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<p>Vigilar que la Sra. Avelina tenga su dieta de 1600cal y que la ingiera.</p> <p>La dieta le proporcionará los nutrientes que requiere para el mantenimiento de sus funciones vitales, pero sobre todo para regular la glucosa sérica.</p>	<p>La Sra. Avelina ha tenido dificultades para aceptar su nuevo estilo de alimentación, ya que considera que es una dieta pobre y algunos alimentos no son de su agrado. Además de que le pide a su esposo Bulmaro que le lleve golosinas.</p> <p>Se hablo con dietología para ver la posibilidad de que en la dieta de la Sra. Avelina hayan alimentos de su agrado pasándole una lista de los mismos, lo cual en la medida de lo posible si se pudo llevar acabo.</p> <p>Se Platico con el Sr. Bulmaro para que no le llevara alimentos no autorizados a su esposa haciéndole ver que podría dañar su salud. El lo comprendió y ahora hablamos con el médico responsable de Avelina y le preguntamos si se podían traer dulces para diabético, lo cual se autorizo.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<p>Vigilar que la Sra. Avelina tenga su dieta de 1600cal y que la ingiera.</p> <p>La dieta le proporcionará los nutrientes que requiere para el mantenimiento de sus funciones vitales, pero sobre todo para regular la glucosa sérica.</p>	<p>La Sra. Avelina ha tenido dificultades para aceptar su nuevo estilo de alimentación, ya que considera que es una dieta pobre y algunos alimentos no son de su agrado. Además de que le pide a su esposo Bulmaro que le lleve golosinas.</p> <p>Se hablo con dietología para ver la posibilidad de que en la dieta de la Sra. Avelina hayan alimentos de su agrado pasándole una lista de los mismos, lo cual en la medida de lo posible si se pudo llevar acabo.</p> <p>Se Platico con el Sr. Bulmaro para que no le llevara alimentos no autorizados a su esposa haciéndole ver que podría dañar su salud. El lo comprendió y ahora hablamos con el médico responsable de Avelina y le preguntamos si se podían traer dulces para diabético, lo cual se autorizo.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
			<p>Como estrategias de apoyo se le incitaba a pensar en el bienestar de su bebé, no solo ahora sino a futuro, lo cual se hacía cuando estaba en el ultrasonido y le explicaban las imágenes en el monitor.</p> <p>La Sra. Avelina empezó a asistir a las reuniones del club de diabéticos donde la convivencia con otras mujeres diabéticas le ayudo a comprender que se requieren cuidados.</p> <p>El Sr. Bulmaro dentro del tiempo que la visitaba platicaba con ella sobre la importancia que tenía el hecho de que llevar a cabo las medidas que se le indicaban y que valían la pena no solo por ella sino también para el bebé</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Deficit de habilidades y destrezas para la autoadministración de insulina, relacionado con la falta de experiencia manifestado por la incapacidad para hacerlo sola.</p>	<p>La enfermera ayudará a la Sra. Avelina a adquirir habilidades y destrezas para la administración de la insulina en su hogar.</p> <p>La Sra. Avelina Adquirirá habilidades y destreza para la administración de la insulina.</p>	<p>A través de la utilización de técnicas didácticas y de devolución de procedimiento es que se enseñará a inyectar y posteriormente a la administración del medicamento por vía subcutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> • La técnica rotatoria para la administración de la insulina. <p>La técnica rotatoria favorece menor lesión al músculo y mejora la absorción del medicamento</p> <ul style="list-style-type: none"> • La graduación de la jeringa, para la adecuado administración de las unidades que requiere para su tratamiento. <p>El cuidado y conservación del medicamento</p>	<p>La Sra. Adelina aprendió la técnica de inyección y posteriormente la técnica de administración de medicamentos por vía subcutánea, con autorización de la jefa del servicio la Sra. Avelina se administró sola la insulina para adquirir destrezas.</p> <p>Para la conservación del medicamento en su hogar ella cuenta con refrigerador, del cual se le pidió que asignara un espacio específico. En un folleto se le proporcionó información a este respecto.</p> <p>Cuando la Sra. Avelina se dio de alta, ya cargaba sola la jeringa y se administraba su medicamento.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Temor a la pérdida de su bebé, relacionado con pérdidas previas, manifestado por llanto, voz temblorosa, preocupación y aumento de cuestionamientos con relación al riesgo de pérdida de su bebé en la gestación actual.</p>	<p>La enfermera ayudará a la Sra. Avelina a adquirir confianza y seguridad con relación al bienestar de su bebé.</p> <p>La confianza, fe y responsabilidad que tenga hacia ella contribuirá a disminuir el temor de pérdida de su bebé, encontrando en sus creencias un apoyo espiritual que le de el valor durante el tiempo de duda y temor .</p> <p>La Sra. Avelina comprenderá que el cuidado prenatal oportuno y continuo es un factor importante que contribuye a disminuir la posibilidad de muerte fetal.</p>	<p>Informar a la Sra. Avelina lo referente a la desviación actual de la salud (diabétes), haciendo énfasis en la importancia que tiene su autocuidado y adherencia al tratamiento como elementos esenciales que permiten garantizar la salud de su bebé. (Hacerla consciente de su rol como agente de cuidado dependiente).</p> <p>Como elementos que permitan evaluar la adherencia al tratamiento se tendrán: aceptación de la desviación actual de la salud, participación activa en la medidas terapéuticas que se están llevando a cabo para el cuidado de su salud en el hospital, adaptación en su modificado estilo de vida.</p> <p>Otro elemento que será indicativo de su adherencia al tratamiento será el que ella demuestre contar con los conocimientos, habilidades y destrezas para su autocuidado.</p>	<p>La Sra. Avelina durante su estancia hospitalaria ha demostrado interés por las medidas terapéuticas que se están llevando a cabo para el cuidado de su salud.</p> <p>Actualmente cuenta con conocimientos esenciales que le permite saber los efectos de la desviación actual de la salud en ella y su bebé; así como también, cuenta con los elementos que le permiten llevar a cabo su autocuidado en el hogar, ya que ella aprendió a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoinyectarse llevar técnica rotatoria para la administración y mejor aprovechamiento del medicamento. ➤ El manejo y conservación de la insulina. ➤ Graduación de la jeringa para la administración correcta de la insulina. ➤ Detectar datos clínicos de hiper e hipoglucemia.

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<p>Se le enseñarán actividades de estimulación temprana intrauterina las cuales no solamente favorecerán el desarrollo de su bebé, sino también ayudarán a que la Sra. Avelina cuente con el sentimiento de ayuda hacia su bebé y de seguridad.</p>	<p>> Detectar desviaciones en la salud de su bebé a través de la calidad de los movimientos fetales.</p> <p>> Aunque aun no se adapta ya ha tomado conciencia sobre la importancia de seguir su dieta.</p> <p>> Al principio ella era renuente a realizar su camita post prandial, actualmente sola o acompañada lo hace por 15 a 20 minutos.</p> <p>Con relación a las actividades de estimulación temprana intrauterina la Sra. Avelina la acepta y participa, por ejemplo en cuanto a la estimulación vestibular se ha utilizado la marcha lo cual también favorece el tratamiento de la desviación actual de la salud; en la estimulación visual se le solicito al Sr. Bulmaro una lámpara de mano en la cual cuando el acude a la visita ambos llevan a cabo la actividad.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Temor a los efectos de la insulina en ella y su bebé durante la gestación actual, relacionado con la falta de conocimientos, manifestado por preocupación y expresión verbal de su temor.</p>	<p>La enfermera le proporcionará a la Sra. Avelina la información necesaria que contribuya a mitigar o a disminuir el temor de daño ante la administración de insulina.</p> <p>La Sra. Avelina comprenderá la importancia de la insulina como parte fundamental de su tratamiento.</p>	<p>A través de las técnicas didácticas adecuadas se le proporcionará la información necesaria relacionada con la insulina.</p> <p>Se le solicitará a otros integrantes del equipo de salud (médicos) que conversen con la Sra. Avelina con relación a la insulina y sus beneficios en el tratamiento de la desviación actual de la salud.</p> <p>Se invitará a la Sra. Avelina a que asista al Club de diabéticos del hospital para que exprese sus temores e interactúe con otras mujeres diabéticas embarazadas.</p>	<p>Mediante la utilización de esquemas, se oriento a la Sra. Avelina con relación a :</p> <p>Qué es la insulina De dónde proviene Cómo actúa</p> <p>Junto con ella se revisaron artículos médicos en los cuales se hace referencia la insulina como el medicamento más adecuado para el tratamiento de la diabetes durante la gestación, explicándole en un lenguaje sencillo el contenido del mismo y aclarando sus preguntas. (Es importante mencionar que ella solicitó una copia del artículo)</p> <p>Acudió en tres ocasiones a las pláticas que se llevan a cabo en el club de diabéticos del hospital en el cual hasta la segunda sesión expuso su temor hacia la pérdida de su bebé y hacia los efectos de la insulina en la salud de ella y su bebé. Una de las pacientes platicó con ella y le informo que ella tenía 8 años utilizando la insulina y que todos sus hijos (2) actualmente están sanos.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
			<p>La participación de los médicos fue importante no solo por la información que le proporcionaron, sino por que ella asumió que realmente le interesa a las personas que la rodean lo cual fue motivante expresando que " si ustedes se preocupan por mí, yo porque no"</p> <p>Como un comentario: se que el temor de la Sra. Avelina no desaparecerá hasta que tenga a su bebé en sus brazos, más sin embargo, considero que su temor aunque no ha desaparecido en su totalidad si ha sido motivo para que ella mejore su agencia de autocuidado terapéutico.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Falta de conocimientos para el cuidado de ella en la etapa actual de desarrollo (Embarazo) relacionado con la falta de conocimientos, manifestado verbalmente por la Sra. Avelina.</p> <p>Dificultad para adaptarse a los cambios en su estilo de vida, relacionado con las necesidades que implica el cuidado de su salud en la desviación actual (diabetes)</p>	<p>La enfermera proporcionará a la Sra. Avelina la información necesaria que le permita llevar acciones de autocuidado durante la etapa actual de desarrollo.</p> <p>La Sra. Avelina llevará a cabo actividades de autocuidado que le permitirán satisfacer los requerimientos universales y de la desviación actual de la salud en la etapa de desarrollo.</p>	<p>Proporcionar información a la Sra. Avelina con relación a:</p> <p>➤ Alimentación: a este respecto se le informó sobre la importancia de llevar a cabo la dieta, ya que es parte fundamental en su tratamiento y cubre los requerimientos nutricionales necesarios para el adecuado desarrollo de su embarazo.</p> <p>Se le solicito a la dietóloga su participación para que la Sra. Avelina se adaptada mejor a su cambio en su estilo de alimentación al realizarle diferentes dietas que cumplieran tres requisitos: economía, al gusto y que cubriera las necesidades calóricas (1600 cal).</p> <p>➤ Calzado: Se le explico que debido a los cambios en la columna vertebral, a las modificaciones circulatorias y a la desviación actual de la salud (diabetes) ella tenía mayor riesgo de presentar caídas y dificultad en el retorno venoso, motivo por el cual se le sugirió que utilizará calzada bajo y amplio, si era posible calzado para diabético.</p>	<p>La Sra. Avelina expresa que llevará en la medida de lo posible los cuidados antes mencionados, ya que veía en interés de las personas en ella, pero que sobre todo eso ayudaría a disminuir peligros para ella y su bebé.</p> <p>La dietóloga participó en forma importante al realizar 5 dietas diferentes para la Sra. Avelina, por lo cual en este apartado se hace extensiva un agradecimiento.</p> <p>Es importante señalar que la Sra. Avelina tuvo un reingreso al hospital por hiperglucemia, posiblemente debido por la dificultad que presentaba para aceptar los cambios en su alimentación.</p> <p>Con la ayuda del grupo voluntario del hospital se pudo conseguir un descuento para que la Sra. Avelina tuviera acceso a la compra del calzado para diabético, el cual actualmente está utilizando.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Déficit de conocimientos relacionados, con la prevención de infecciones urinarias y cervicovaginales, manifestado por la incapacidad para mencionar medidas de prevención.</p>		<p>➤Ganancia ponderal de peso: se le explico que el aumento excesivo de peso durante la gestación asociado con la desviación actual de la salud (diabetes), aumentaba el riesgo de complicaciones para ella y su bebé y que los más recomendable era aumentar un total de 10 Kg en total durante el embarazo; esto es, de 1.0 a 1.5 Kg / mes.</p> <p>➤Ingesta de líquidos: se le mencionó que debido a los propios cambios durante la gestación y a los efectos de la diabetes sobre su organismo, se encontraba en mayor riesgo de presentar infecciones urinarias (ella ya había presentado dos cuadros infecciosos a nivel de vías urinarias) y que esto podría complicar su embarazo, por lo tanto, se recomendó la ingesta de 2 - 3 litros de agua diarios acompañados de preferencia con una fruta y sin endulzar.</p>	<p>Este rubró no se pudo valorar ya que en sus consultas prenatales posteriores no se registró el peso de la Sra. Avelina.</p> <p>En su primera consulta prenatal posterior a su alta, se le preguntó a la Sra. Avelina que cantidad de líquidos ingería, ella contesto que aproximadamente 2.0 a 2.5 litros en un día, lo cual ratifico su esposo Bulmaro y se observó que ella portaba un recipiente con agua.</p> <p>Otro dato de evaluación es que ella no volvió a presentar infecciones urinarias.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Déficit en el cuidado bucal, relacionado con la falta de conocimientos y técnicas adecuadas de cepillado, manifestado por la presencia de éplulis placa dentó bacteriana y halitosis. Alteración de las encías (gingivitis) relacionado con el deficiente cuidado bucal manifestado por edema y sangrado.</p>		<p>➤Baño y limpieza de genitales: en este rubro se le mencionó que debido a los cambios del embarazo y a la presencia de la desviación actual de la salud el riesgo a presentar infecciones vaginales era mayor y que disponía a complicaciones como ruptura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino entre otras. Es importante mencionar que en su primer ingreso al hospital ella presentaba datos de infección vaginal por monilias y que su limpieza genital era inadecuada (de atrás hacia adelante), por lo tanto se le indico la técnica correcta.</p> <p>➤Cuidado bucal: Se le informo que debido al aumento en la producción de saliva, al cambio del pH secundario a las modificaciones propias del embarazo, a la desviación actual de la salud (diabetes) y a las demandas de calcio de su bebé en la formación de su sistema óseo el riesgo a presentar</p>	<p>En su primera consulta prenatal posterior a su alta se le pregunto a la Sra. Avelina si había presentado datos de infección vaginal como leucorrea fétida y prurito vulvar elle mencionó que no. También menciono que ha tratado de llevar a cabo la técnica correcta de aseo, aunque refiere que se le dificulta por su abdomen.</p> <p>Al revisar su expediente en el último mes de la gestación no se reporto reincidencia en lo referente a infecciones vaginales.</p> <p>En la segunda visita que realizó al servicio de estomatología, el dentista manifestó que había encontrado menor cantidad de placa dentó bacteria y que al pedirle que le hiciera una demostración sobre la técnica de cepillado el consideró que lo hacia en forma correcta.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
<p>Alteración de las encías (gingivitis), relacionado con la falta de conocimientos y técnicas adecuadas en el cepillado, manifestado por la presencia de edema y agrandamiento.</p> <p>Alteración de la circulación sanguínea (insuficiencia venosa), relacionado con factores propios de la edad, de la gestación y otros agregados como obesidad y sedentarismo, manifestado por la presencia de venas varicosas de primer y segundo grado en miembros inferiores.</p>	<p>Que la Sra. Avelina a través de mejorar su técnica de cepillado y su cuidado bucal elimine los factores que están causando alteración en sus encías.</p>	<p>caries y pérdida de piezas dentales era mayor, por lo tanto con la ayuda del servicio de estomatología se le oriento sobre la técnica de cepillado y la realización una o dos veces a la semana de colutorios con agua y limón, debido no tiene acceso a la compra de enjuague bucal.</p> <p>Llevará a cabo las medidas señaladas con anterioridad, además de realizar masaje en sus encías y aplicación de frío local a través de "chupar" un hielo.</p> <p>➤Ejercicio: Debido a los cambios circulatorios que se presentan durante la gestación como son, dificultad para el retorno venoso por acción hormonal y mecánica, así como factores condicionantes como el sobrepeso y el sedentarismo (detectados en la valoración de enfermería)</p>	

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<p>se requiere de realizar actividad física lo cual mejora la circulación sanguínea y favorece la mejor utilización de la glucosa sanguínea contribuyendo al mantenimiento de su salud.</p> <p>Se comentó con el médico responsable del tratamiento de la Sra. Avelina sobre la posibilidad de que ella realizará actividad física en su hogar, el cual recomendó que sí y que el esquema fuera diseñado por el departamento de Educación Perinatal de la Institución, los cuales previa intercomunicación con gineco obstetrica, endocrinología y revisión del expediente clínico, diseñaron un esquema al cual no se pudo tener acceso.</p> <p>➤Signos de urgencia: Se le explicó la importancia de acudir en forma oportuna a recibir atención cuando se presentará cualquiera de los siguientes datos:</p>	<p>En la segunda consulta posterior a su alta del hospital se le pregunto a la Sra. Avelina si estaba llevando a cabo la actividad física que le recomendaron en el hospital, ella manifesto que sí aunque su esposo Bulmaro señaló que no siempre, pero que trataba de hacerlo con frecuencia.</p> <p>Al estar presente en su segunda consulta prenatal, se realizo una valoración parcial, no encontrando datos clínicos que manifestarán mayor afección del retorno venoso.</p>

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ sangrado por genitales sin importar la cantidad. ➤ salida de líquido por genitales. ➤ Aumento o disminución de los movimientos de su bebé. ➤ dolor de cabeza, visión borrosa o escuchar un zumbido constante. ➤ inchazón por arriba de lo normal. (piernas, manos, cara, abdomen) ➤ dolor tipo cólico de regla que recorra su vientre y lo ponga duro. ➤ datos de hiper o hipoglucemia (ya mencionados con anterioridad) ➤ cifras de glucosa elevadas. (ella acude todos los días por la mañana al Centro de Salud para la realización de su destrostix) ➤ Fiebre 	

OPERACIONES DIAGNOSTICAS	OPERACIONES PRESCRIPTIVAS	OPERACIONES DE TRATAMIENTO	OPERACIONES DE CUIDADO.
		<p>También se le mencionó que en caso de presentar los siguientes datos acudiera al hospital o a un centro hospitalario cercano a su domicilio para consulta, que aunque no se consideran propiamente de urgencia debe de recibir atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dolor o ardor para orinar. ➤ dolor constante en su cintura que a pesar del reposo no desaparezca y que por el contrario se más molesto. ➤ leucorrea fetida. ➤ prurito en genitales 	

Es importante señalar que dentro del diagnóstico que hace referencia a la falta de conocimientos, relacionado con el cuidado de la etapa actual de desarrollo (embarazo) y de la desviación actual de la salud (p 73), se incorporaron otros problemas que presentaba la Sra. Avelina para evitar la repetición en el trabajo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

6. CONCLUSIONES.

CON RELACION AL ESTUDIO DE CASO:

1. Se encontró que la Sra. Avelina (unidad de estudio), contaba con déficit para el autocuidado, fundamentalmente en los rubros que hacen referencia a los requisitos universales y a la desviación actual de la salud, en la etapa de desarrollo en que se encontraba (gestacional).
2. Es importante señalar que a pesar de ello, se encontró que en los requisitos de autocuidado del desarrollo, ella sí contaba con la provisión de cuidados a condiciones que pudieran afectar adversamente su desarrollo en donde la motivación y los aspectos espirituales tuvieron un papel importante para ello.
3. Los déficit que fundamentalmente se detectaron se enfocaron a dos aspectos básicos: el primero relacionado con la falta de conocimientos y el segundo, relacionado con la falta de habilidades, hecho que fundamenta el porque se utilizó un Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo, para ayudar a Avelina, a adquirir y mejorar capacidades que contribuyeran al AUTOCUIDADO.
4. Al final de este Estudio de Caso, Avelina, logró adquirir y mejorar las capacidades de desarrollo necesarias para el autocuidado de su salud en la desviación actual, y en la etapa de desarrollo en que se encontraba, de lo cual se piensa que tendrá repercusiones importantes para su vida futura. Ella ha aceptado que presenta diabetes, reconoce la importancia de la alimentación, ejercicio, reposo, y medicamentos en el mantenimiento de su salud y sobre todo la de su hijo, aprendió a administrarse la insulina, a identificar datos de hiper o hipoglucemia, pero sobre todo a escuchar a su bebé" identificando hiper o hipomotilidad, comprendió que solo ella depende de sí, pero que a veces se necesita creer y apoyarse en alguien.
5. Al final de su embarazo, este se resolvió por vía abdominal (cesárea programada) teniendo una niña de 3450 gr, con talla de 50 cm. Apgar de 8/9, Capurro de 39.5, y Silverman de 2 a los 10 minutos, la cual paso a UCIREN a observación, siendo dadas de alta al tercer día del nacimiento.

CON RELACION A LA METODOLOGIA DE TRABAJO:

1. El trabajar a través de la metodología del Proceso de Enfermería, permite no solo identificar lo que requiere el usuario, sino también, ayuda a la enfermera a identificar lo que el usuario puede hacer por sí mismo y lo que la enfermera puede hacer por el usuario.
2. A través del Proceso de Enfermería, las enfermeras aprenden a investigar, planear y sistematizar.
3. Cuando se combina el Proceso de Enfermería con un Modelo Teórico, como fue el de este caso "La teoría del déficit del autocuidado", este adquiere mayor sentido, un mejor enfoque y un camino a seguir.
4. La integración de los diagnósticos, permite a la Enfermera ser analítica y a llegar a conclusiones con referencia a lo que el o la usuaria requiere, estableciendo y delegando responsabilidades, virtud que tiene la Teoría de Orem, ya que otorga tres Sistemas de Enfermería, según el Déficit de Autocuidado y rompe con el viejo mito, de que los "Individuos dependen de la Enfermera"

CON RELACIÓN A DISCIPLINA DE ENFERMERÍA:

1. El Proceso de Enfermería en conjunto con un Modelo Teórico, permite dar una identidad propia y única a la Enfermería, basada en conocimientos científicos, en aspectos culturales y místicos, lo cual viene a resaltar los cuatro aspectos que conforman el metaparadigma de enfermería: "Salud, Entorno, Individuo y Enfermería".

2. Con relación a los diagnósticos de enfermería, el formato PES, permite en forma clara y didáctica su aprendizaje, ya que al utilizar el método clínico, la observación y la entrevista; así como el Sistema de Evaluación de Riesgo Perinatal facilita la recolección de datos, en la cual la Enfermera adquiere no solamente conocimientos; sino también habilidades y destrezas.

Con base a lo anterior las enfermeras tienen que ordenar, analizar y sintetizar la información para formular los diagnósticos de enfermería.

3. Es grato y satisfactorio poder ayudar, pero el tiempo y los recursos que se requieren para el Cuidado de Enfermería, según la Teoría de Orem, hace que la atención sea personalizada y que la empatía y la confianza con el usuario tengan un papel primordial, sin ellas y sin la motivación del individuo no es posible propiciar el autocuidado.

4. Esta forma de proveer cuidados de enfermería, puede ser una pauta en el ejercicio libre y en su utilización a nivel privado, para ofertar los servicios de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

1. ALFARO, Rosalinda. "Aplicación del Proceso de Enfermería." Ed. Mosby-Doyma. Barcelona/España. 1998. p.181.
2. CAHILL, Matthew. et al. "Tratamientos en Enfermería". Ed. Interamericana. 2a edición. México 1991. pp.773
3. CAVANAGH, J. Stephen. Modelo de Orem. "Aplicación Práctica". Ed. Salvat/Masson. Barcelona España. 1999. p.31.
4. DONOHUE, Eben Jeanne. et.al. "La Teoría del Déficit del Autocuidado". Dorothea. E. Orem. Ed. Mosby-Doyma. 3a.ed. Barcelona España. 1988
5. DOUGLAS. M. Haynes. "Complicaciones Médicas Durante el Embarazo". Ed. Salvat. 4a.ed. México, 1990. p 667.
6. GAVIÑO, G. Fernando. et.al. "Diabetes y Embarazo". Tópicos de Fisiopatología y Manejo. En: Revista Médica del ISSSTE. Vol.2. No. 9. Septiembre 1988. p 22-25.
7. GOMEZ, P. Francisco. "Tratado de Diabetología". Instituto Nacional de la Nutrición. México. 1997. p 301.
8. HAMILTON, Helen K. "Procedimientos de Enfermería" Ed. Interamericana. México 1986. pp.907
9. INPER. "Diabetes y Embarazo". En: Temas selectos en enfermería perinatal. México. 1990
10. INPER. "Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología 1998". Ed. Marketing y Publicidad de México. México, D.F. 1998. p 424.
11. KOZIER, Barbara. et. al. "Enfermería Fundamental. Conceptos, Procesos y Prácticas". Ed. Interamericana. 4a.e.: México, 1993, p 1548.
12. LEDDY, Susan. "Perspectivas Filosóficas en la Educación y práctica de Enfermería". En: Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Washington. D.C. OPS. OMS. 1985.
13. OREM, E. Dorothea. "El mundo de la Enfermera". En: Taller y Conferencia de Autocuidado. Documento Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. XXX Aniversario. Octubre 9 - 11 de 1995. México. (Manuscrito). Traducción: LEO. Laura Moran Peña. ENEO
14. OREM. E. Dorothea. "Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica". Ed. Salvat/Masson. 4a.cd. Barcelona/España. 1993.
15. PARADA. H. Osvaldo. "Diabetes y embarazo. En: Enfoque diabetológico, obstétrico y neonatal.". Ed. El Ateneo. Argentina. 1989. p 220.
16. QUEENAN. T.- Normas para la Atención del embarazo de alto riesgo. Ed. Manual Moderno. 2a Edición. 1984. p.117.
17. REEDER, J. Sharon.et.al. Enfermería Materno Infantil.Ed. Interamericana. 17a ed. México. 1995. p 1421.
18. SACCO, Linda. Autocuidado y el Proceso de Enfermería. p 1

ANEXOS

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) _____

N° 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) _____

N° de habitaciones (Para dormir, cocina, 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 _____	_____		

ANEXO 1

II. NECESIDADES 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, carac. mucosa, olfato, epistaxis, secreción, sensibilidad de senos paranasales. Tórax 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 _____
quesos _____			

consumo diario de:

n° de tortillas _____ n° de panes _____ sal _____ azúcar _____

- Alimentos que gustan/desagradan _____
- Variantes dietéticas (culturales, religiosas y médicas) _____
- Suplementos alimenticios (vitaminas, minerales)
- Problemas relacionados con la ingestión/digestión
- Uso de medicamentos relacionados con la ingestión/digestión ¿cuáles? _____
- ¿Qué sentido le da a la comida? (amor, recompensa, supervivencia, paliativo de aburrimiento...)
- ¿Con quién come? ¿Dónde come?
- ¿Conoce los factores que favorecen su digestión y asimilación?

2.- Revisión por sistemas.

- Boca: dolores dentarios, sangrado de encías, úlceras en la lengua u otros sitios de la cavidad oral, pérdida del gusto, alitosis, dificultad para masticar, adoncia parcial o total.
- Garganta: Dolor, disfagia, antecedentes de infecciones estreptocóccicas (fecha de último episodio).
- Aparato digestivo: náuseas, vómito (frecuencia, características) anorexia, polifagia, eructos frecuentes, dolor abdominal, indigestión por acidez.
- 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 iliacas.
- b) Características intestinales: peristalsis, dolor, diarrea, estreñimiento agudo o crónico, flatulencia, hemorroides, características de las heces (color, consistencia y cantidad)

E. ACTIVIDAD Y REPOSO

1.- Hábitos de salud.

- a) Tipo de actividad diaria que realiza: en casa, trabajo y tiempo libre
- b) Modelo de sueño: hábitos para favorecer el sueño, horario y características
- c) Descanso: tipo y frecuencia

2.- Revisión por sistemas.

- a) Sistema musculoesquelético: fuerza/debilidad, tono muscular, gama de movimientos, dolor, fatiga, rigidez, , tumefacción, deformaciones.
- b) Sistema neurológico: estado de conciencia, entumecimiento, hormigueo, sensibilidad al calor, frío, tacto, movimientos anormales (temblores, convulsiones) parálisis, vértigo, cefalea, alteraciones de la memoria, reflejos.

F. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

1.- Hábitos de salud.

- a) Baño cada: _____ aseo de ropa: _____ aseo bucal en 24 hrs: _____ aseo de manos en 24 hrs: _____ aseo perineal: _____
- b) ¿Qué significado tiene para ud. la limpieza? (Autoimagen, reflejo del estado emocional, relación o comunicación con los demás, etc.)
- c) ¿Tiene por costumbre utilizar productos específicos para el cuidado de la piel? (Jabón, shampoo, antisépticos bucales o vaginales, cremas etc.)

2.- Revisión por sistemas.

- a) Piel: Erupción heridas, turgencia, protuberancias, masas, cambio de color (localización y extensión) olor corporal.
- b) Pelo: Distribución del cabello y vello, alteraciones en cantidad, presencia de parásitos.
- c) Uñas: Lesiones y alteraciones
- d) Mamas: Tamaño, simetría, masas, secreciones, edo. del pezón, alteraciones cutáneas, crecimiento de ganglios axilares.
- e) Genitales: Erupciones e irritaciones perineales, lesión, secreción anormal (cantidad, color, consistencia anormal, olor), varices, prurito, ardor, inflamación, tumoración, estado del cérvix.

G. 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)
- b) Utilización de mecanismos de defensa (negación, inhibición, agresividad, hostilidad, desplazamiento, etc.)
- c) 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 audífono, malformación.
- b) Ojos: Dolor, lagrimeo, secreción, simetría, pupilas, edema palpebral. Vista: lentes de corrección, visión borrosa, diplopía, ceguera nocturna, daltonismo

H. RIESGOS PARA LA VIDA, FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANOS

86

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

III. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO SEGÚN LAS ETAPA DE DESARROLLO

- A. Etapa de la vida y aspectos relacionados (neonatal, lactancia, infancia, edad escolar, adolescencia, edad adulta media, procreación, etc.)
- B. Etapa psicosexual (Freud)
- C. Etapa psicosocial (Erickson)
- D. Etapa intelectual (Piaget)
- E. Etapa moral (Kohlburg)
- F. Condiciones que favorecen o impiden el desarrollo normal (hechos cotidianos, mala salud, educación)

IV. NECESIDADES DE AUTOCUIDADO ANTE UNA 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

PREVIGen I

Nivel Socioeconómico	<input type="checkbox"/> Medio y alto	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
Escolaridad (años aprobados)	<input type="checkbox"/> 6 y más	<input type="checkbox"/> 1 a 5	<input type="checkbox"/> Cero
Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20-30	<input type="checkbox"/> 15-19	<input type="checkbox"/> 14 y menos
Edad (años)		<input type="checkbox"/> 31-35	<input type="checkbox"/> 36 y más
Estatura cm.	<input type="checkbox"/> 150 y más	<input type="checkbox"/> 145-149	<input type="checkbox"/> 144 y menos
Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Viuda	
Gravidez	<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> Nullípara	
Gravidez		<input type="checkbox"/> 4 y más	
Artos anteriores	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
Intervalo intergenésico	<input type="checkbox"/> 1 a 2 años	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año	
Partos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
Fetos muertos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
Fetos con bajo peso	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
Fetos con malformaciones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
Fetos prematuros	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
Fuerzas neonatales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 1 a 2	<input type="checkbox"/> Más
Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
Epilepsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
Enfermedades del tiroides	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
Enfermedades renales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
Hemoglobinopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Retraso mental	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Exposición radiaciones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Carga de trabajo	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Excesivo	<input type="checkbox"/> Exagerado
Exposición a tóxicos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Desnutrición	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada I	<input type="checkbox"/> Grave II
Deficiencia Hb. en gramos	<input type="checkbox"/> 11 y más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input type="checkbox"/> Menos de 8
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Tras farmacodependencias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input type="checkbox"/> Actual
Leishmaniasis	<input type="checkbox"/> Tuvo		<input type="checkbox"/> Actual
Herpes	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
Sífilis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input type="checkbox"/> Sí
I.D.A.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sospecha	<input type="checkbox"/> Actual
Otros especifique _____			<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> _____

PREVIGen II

1 DATOS GENERALES

01. Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20 a 30	<input type="checkbox"/> 15 a 19	<input type="checkbox"/> 14 y menos
02. Edad (años)		<input type="checkbox"/> 31 a 35	<input type="checkbox"/> 36 y más
03. Peso al inicio (kg)	<input type="checkbox"/> 51 a 64	<input type="checkbox"/> 65 a 75	<input type="checkbox"/> 76 y más
04. Peso al inicio (kg)		<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> 40 y menos
05. Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> 1.50 y más	<input type="checkbox"/> 1.45 a 1.49	<input type="checkbox"/> 1.44 y menos
06. Nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/> Alto y medio	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
07. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
08. Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Viuda	
09. Actitud	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inadecuada	<input type="checkbox"/> Muy Alterada

2 ANTECEDENTES

10. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> 4 a 6	
11. Paridad		<input type="checkbox"/> Nullpara	
12. Parto anterior	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
13. Abortos consecutivos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 2 y más	
14. Cesáreas previas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> 2 y más
15. Parto pretérmino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
16. Preeclampsia-eclampsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
17. Hijos 2500 g. y menos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
18. Hijos de 4000 g. y más	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
19. Muertes perinatales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
20. Hijo malformado	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
21. Cirugía previa pélvica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/> Útero

3 EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
23. Factor Rh.	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input type="checkbox"/> Negativo
		<input type="checkbox"/> no inmunizada	<input type="checkbox"/> inmunizada
24. Hemoglobina en g.	<input type="checkbox"/> 11 y más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input type="checkbox"/> Menos de 8
25. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
26. Alcoholismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
27. Toxicomanías	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
28. Amenaza de aborto (menos de 20 semanas)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
29. Amenaza parto pretérmino (20 y más semanas)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
30. Hemorragia ginecológica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
31. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
32. Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
33. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
34. Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
35. Hipertensión del embarazo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
36. Ruptura de membranas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 12 hs. y menos	<input type="checkbox"/> 13 hs. y más

PREVI Gen III

presión arterial Sist.	■ 80-139	■ 140-160	■ 161 y más
presión arterial Diast.	■ 60-90	■ 91-109	■ 110 y más
Incremento de peso (kg/mes)	■ 1 a 1.5	■ 1.6 a 2.9	■ 3.0 y más
Incremento de peso (kg/mes)		■ Sin aumento	■ Disminución
Incremento F.U. (cms/mes)	■ 3 a 5	■ 6-7	■ 8 y más
Incremento F.U. (cms/mes)		■ 1-2	■ No aumento
Fluido amniótico (cantidad)	■ Normal	Moderado ↑	■ Exagerado ↑
Fluido amniótico (cantidad)		Moderado ↓	■ Exagerado ↓
Movimientos fetales	■ Normal	Moderado ↑	■ Exagerado ↑
Movimientos fetales		Moderado ↓	■ Exagerado ↓
Hemorragia genital	■ No	Mínima	■ Regular
Membranas ovulares	■ Integras	Rotas 12 hs. y menos.	■ Rotas 13 hs y más
Contracciones uterinas antes de las 37 semanas (por hora)	■ 1 y menos	2 a 3	■ 4 y más
Estado de parto	■ No	Amenaza	■ En evolución
Parto pretermino (20-36 sem)	■ No	Amenaza	■ En evolución
Excreción urinaria	■ No	Controlada	■ Activa
otras alteraciones			
otras especifique _____		_____	■ _____
otras alteraciones			
otras especifique _____		_____	■ _____
otras especifique _____		_____	■ _____

■ Riesgo Bajo ■ Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

PREVIgen IV

01. Riesgo en el embarazo	■ Bajo	■ Medio	■ Alto
02. Emotividad Edo. Psicológico	■ Tranquila	■ Excitada	■ Sin control
Actividad Uterina	03. Frecuencia (10')	■ 3 a 4	■ Menos de 3
Contracciones	04. Intensidad	■ Normal	■ Baja
	05. Duración Seg.	■ 40 a 60	■ 61 a 90
	06. Tono	■ Normal	■ Hipotónico
			■ 5 y más
			■ Elevada
			■ Más de 90
			■ Hipertónico
07. Dilatación cérvix cm/hora.	■ 1-2	3 y más	■ Estacionaria
Frecuencia Cardíaca Fetal	08. Basal	■ 121-150	111-120
	09. Basal	■ Dip I	151-160
	10. Ritmo		■ Dip variable
11. Valoración respuesta fetal	■ Reactiva	No reactiva	■ Bradicardia
12. Valoración respuesta fetal	■ Útil	Taquicardia	■ Desproporción
13. Pelvis	■ Integra	Límite o dudosa	■ Rotas 13 h y más
14. Membranas	■ Integra	Rotas 12 hs y menos	■ Otras
15. Presentación	■ Cefálica		■ 2 y más
16. No. de fetos	■ Uno		
Líquido amniótico	17. Cantidad	■ Normal	Regular
	18. Cantidad	■ Claro	Verdoso
	19. Color	■ Claro	Amarillento
	20. Color	■ Grumoso	Emulsión
	21. Calidad		■ Poli
			■ Oligo
			■ Verde osc.
			■ Rojizo
			■ Sin grumos
22. Peso calculado (J. Toshach)	■ 2500 - 3499	2000 - 2499	■ Menos 2000
23. Peso calculado (J. Toshach)		3500 - 3999	■ 4000 y más
24. Placenta Inserción	■ Normal	■ Baja marginal	■ Previa
25. Cordón Compresión	■ Sin datos	■ Sospecha	■ Positivo
26. Malformaciones	■ No	■ Maternas	■ Fetales
27. Madre complicaciones	■ No	■ Controladas	■ Sin control
28. Otros especifique: _____		_____	■ _____

■ **Riesgo Bajo**

■ **Riesgo Medio**

■ **Riesgo Alto**

PREVIGen V

grado en PREVIGen IV	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto
frecuencia cardiaca fetal	<input type="checkbox"/> 121-150	<input type="checkbox"/> 111-120	<input type="checkbox"/> 110y menos
frecuencia cardiaca fetal		<input type="checkbox"/> 151-160	<input type="checkbox"/> 161ymás
reacción respuesta fetal	<input type="checkbox"/> Reactivo	<input type="checkbox"/> No reactivo	<input type="checkbox"/> Bradicardia
reacción respuesta fetal		<input type="checkbox"/> Taquicardia	
tono uterino	<input type="checkbox"/> Normal	Hipotonía	<input type="checkbox"/> Hipertonía
frecuencia cont. en 10min	<input type="checkbox"/> 2 a 4	<input type="checkbox"/> Incoordinación	<input type="checkbox"/> Taquisistolia
duración seg.	<input type="checkbox"/> 40-60	Menos de 40	<input type="checkbox"/> 61 y más
duración cervical cm/hora	<input type="checkbox"/> 1-2	3 y más	<input type="checkbox"/> Estacionaria
tipo presentación	<input type="checkbox"/> Normal	Rápida	<input type="checkbox"/> Difícil
temperatura G.C.	<input type="checkbox"/> 36-37	Menos de 36	<input type="checkbox"/> Más de 37
Sistólica	<input type="checkbox"/> 80-139	140-160	<input type="checkbox"/> 161y más
Diastólica	<input type="checkbox"/> 60-90	91-109	<input type="checkbox"/> 110 y menos
membranas	<input type="checkbox"/> Integras	Rotas 12 hs. y menos	<input type="checkbox"/> 13 hs. y más
oxitocina	<input type="checkbox"/> No	Oxitocina	<input type="checkbox"/> Oxitocina y otros
anestesia	<input type="checkbox"/> No	Regional	<input type="checkbox"/> General
medicamentos	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
lugar atendido en	<input type="checkbox"/> Cama	Expulsión	<input type="checkbox"/> quirófano
episiotomía	<input type="checkbox"/> Sí	Desgarros	
episiotomía	<input type="checkbox"/> No	Profiláctico	<input type="checkbox"/> Indicado
duración del T.P. hs.	<input type="checkbox"/> Menos de 6	6-8	<input type="checkbox"/> 9 y más
tipo de parto	<input type="checkbox"/> Espontáneo	Dirigido	<input type="checkbox"/> Manual
hemorragia	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	Moderada	<input type="checkbox"/> Excesiva
otros especifique: _____			<input type="checkbox"/> _____

PREVIGen VI

1 ANTECEDENTES

- | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------|-------------------------------|
| 01. Riesgo en el embarazo | <input type="checkbox"/> Bajo | Medio | <input type="checkbox"/> Alto |
| 02. Riesgo en el parto | <input type="checkbox"/> Bajo | Medio | <input type="checkbox"/> Alto |

2. TRABAJO DE PARTO Y PARTO

- | | | | |
|--------------------------|--|---------------|--|
| 03. Duración dilatación | <input type="checkbox"/> Normal | Muy rápida | <input type="checkbox"/> Prolongada |
| 04. Duración expulsivo | <input type="checkbox"/> Normal 1-2 h. | Muy rápido | <input type="checkbox"/> Prolongado |
| 05. Ruptura de membranas | <input type="checkbox"/> 6 hs. y menos | 7-12 | <input type="checkbox"/> 13 y más |
| 06. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Con grumos | Emulsionado | <input type="checkbox"/> Sin grumos |
| 07. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Claro | Sanguinolento | <input type="checkbox"/> Con sangre |
| 08. Líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Claro | Amarillento | <input type="checkbox"/> Verdoso |
| 09. Líquido A. cantidad | <input type="checkbox"/> Normal | Regular | <input type="checkbox"/> Exagerado ↑ |
| 10. Líquido A. cantidad | | | <input type="checkbox"/> Exagerado ↓ |
| 11. Placenta desprendida | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Desprend. prematuro |
| 12. Placenta peso | <input type="checkbox"/> Normal | Aumento | <input type="checkbox"/> Muy bajo |
| 13. Placenta infartos | <input type="checkbox"/> No | Aislados | <input type="checkbox"/> Múltiples |
| 14. Cordón cm. | <input type="checkbox"/> 31-60 | 61 y más | <input type="checkbox"/> 30 y men. |
| 15. Cordón posición. | <input type="checkbox"/> Normal | Circular laxa | <input type="checkbox"/> Circular apret. |
| 16. Anestesia | <input type="checkbox"/> No y B.P.D. | Analgesia | <input type="checkbox"/> General |
| 17. Parto | <input type="checkbox"/> Cefálico | | <input type="checkbox"/> Pélvico |
| 18. Nacimiento | <input type="checkbox"/> Parto | Fórceps prog. | <input type="checkbox"/> Fórceps urg. |
| 19. Nacimiento | | Cesárea prog. | <input type="checkbox"/> Cesárea urg |
| 20. Trauma fetal | <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Sí |

3. NEONATO

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------|-------------------------------------|
| 21. Peso en gramos | <input type="checkbox"/> 2500-3499 | 2000-2499 | <input type="checkbox"/> Menos 2000 |
| 22. Peso en gramos | | 3500-3999 | <input type="checkbox"/> 4000 y más |
| 23. Edad gest. Capurro (sem). | <input type="checkbox"/> 37-41 | 33-36 | <input type="checkbox"/> 32 y menos |
| 24. Edad gest. Capurro (sem). | | | <input type="checkbox"/> 42 y más |
| 25. Apgar | <input type="checkbox"/> 07-10 | 04-06 | <input type="checkbox"/> 01-03 |
| 26. Reanimación, maniobras | <input type="checkbox"/> Normales | Moderadas | <input type="checkbox"/> Intensivas |
| 27. Signos de infección | <input type="checkbox"/> No | Sospecha | <input type="checkbox"/> Positivo |
| 28. Sufrimiento fetal | <input type="checkbox"/> No | Moderado | <input type="checkbox"/> Severo |
| 29. Malformaciones | <input type="checkbox"/> No | Menor | <input type="checkbox"/> Mayor |
| 30. Otros: _____ | | _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PREVIGen VII

Riesgo PREVIGen VI	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Hasta 8%	9-12%	<input type="checkbox"/> 13% y más
Control de temperatura	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
Alimentación	<input type="checkbox"/> Al seno	Otra	
Dispepsia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
Enfilitis	<input type="checkbox"/> No	Sí	
Tericia	<input type="checkbox"/> Leve	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
Acción deglución	<input type="checkbox"/> Normal	Fatiga	<input type="checkbox"/> Anormal
Planto	<input type="checkbox"/> Normal	Agudo	<input type="checkbox"/> Débil
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ausentes	Focal	<input type="checkbox"/> Generalizada
Respuesta. Examen	<input type="checkbox"/> Normal	Agitación	<input type="checkbox"/> Letargo
Fontanelas	<input type="checkbox"/> Normal	Deprimida	<input type="checkbox"/> Tensa
Tono muscular	<input type="checkbox"/> Normal	Hipertónico	<input type="checkbox"/> Hipotónico
Movimientos anormales	<input type="checkbox"/> No	Temblor	<input type="checkbox"/> Clónicos
Distótonos	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
Asimetría postural	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
Adherencia	<input type="checkbox"/> Normal	Abducción	<input type="checkbox"/> Ortolani pos.
Tensión	<input type="checkbox"/> Con jalón	Sin jalón	<input type="checkbox"/> Ausente
Resistencia	<input type="checkbox"/> Normal	Limitada	<input type="checkbox"/> Ausente
Color	<input type="checkbox"/> Normal	Asimétrico	<input type="checkbox"/> Ausente
Robustez miembros inferiores	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleto	<input type="checkbox"/> Ausente
Cabeza sigue tronco	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
Archas	<input type="checkbox"/> Normal	Incompleta	<input type="checkbox"/> No
Artículos especifique: _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
_____		_____	<input type="checkbox"/> _____

PREVIGen VIII

01. Riesgo en el parto PREVIGen V	<input type="checkbox"/> Bajo	Medio	<input type="checkbox"/> Alto
02. Hemorragia	<input type="checkbox"/> Normal	Moderada	<input type="checkbox"/> Excesiva
03. Hipertensión	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
04. Hipotensión	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
05. Taquicardia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
06. Hipertermia	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
07. Involución uterina	<input type="checkbox"/> Adecuada	Subinvolución	<input type="checkbox"/> Atonía
08. Insuficiencia respiratoria	<input type="checkbox"/> No	Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
09. Edema	<input type="checkbox"/> No	Regional	<input type="checkbox"/> General
10. Infección	<input type="checkbox"/> No	Local	<input type="checkbox"/> Generalizada
11. Emuntorios	<input type="checkbox"/> Regulares	Con dificultad	<input type="checkbox"/> No
12. Lactancia	<input type="checkbox"/> Al seno	Otra	
13. Otros especifique: _____		_____	<input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Riesgo Bajo	Riesgo Medio	<input type="checkbox"/> Riesgo Alto

PUERPERIO:

Inmediato hasta 24 horas

Mediato

25 a 72 horas

PREVIGen IX

PREVIGen VI	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto
PREVIGen VII	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Alto
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Desv. leve	<input type="checkbox"/> Desv. severa
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Desv. leve	<input type="checkbox"/> Desv. severa
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Desv. leve	<input type="checkbox"/> Severa
	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inadecuada	
	<input type="checkbox"/> Completas	<input type="checkbox"/> Incompletas	
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Severa
	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Mala	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Agitación	<input type="checkbox"/> Letargo
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Deprimida	<input type="checkbox"/> Tensa
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipertonía	<input type="checkbox"/> Hipotonía
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Focal	<input type="checkbox"/> General
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Clónicos
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Anormal
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Menor	<input type="checkbox"/> Mayor
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retraso 1 mes	<input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retraso 1 mes	<input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retraso 1 mes	<input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes
	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retraso 1 mes	<input type="checkbox"/> Retraso > 1 mes

especifique: _____

_____ _____

_____ _____

**ANEXO 3
ANEC DOTARIO DE LA ALUMNA**

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA SITUACION	OBSERVACIONES
17 de Febrero 1998	<p>La Sra. Avelina me saluda muy sonriente parece que el establecimiento de la empata va por buen camino.</p> <p>Me pide que la acompañe a estomatología, dice "me siente más tranquila si usted esta conmigo". en su consulta se confirma lo que el días de ayer se observo en la valoración. inflamación de encías.</p> <p>Menciona que por la mañana la vieron los médicos de endocrinología los cuales le explicaron sobre su enfermedad y los cuidados que requería, pero que no entendió.</p> <p>Realiza varias preguntas con respecto a los medicamentos y su bebe.</p>	<p>Hoy se nota más animada que el día de ayer, más sin embargo aún no puede aceptar que está enferma de Diabetes.</p> <p>Se platica con ella y se le propone que aprenda a autoinyectarse para la aplicación de su medicamento (Insulina).</p> <p>También se le recomienda algunas medidas de como realizar el aseo de su boca y la importancia de prevenir infecciones.</p>
18 de Febrero 1998	<p>El día de hoy se encuentra levantada, me solicita le realice su prueba del "azúcar" y le aplique se medicamento.</p> <p>Se le invita a que hoy sea su primera clase, temerosa e insegura acepta.</p>	

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA SITUACION	OBSERVACIONES
<p>18 de Febrero 1998</p>	<p>Hoy se tiene interconsulta en Psicología. Se pregunta al personal de enfermería, a la psicóloga y a la Sra. Avelina si se puede estar presente durante la consulta, de los cual se recibió una respuesta positiva.</p> <p>El día Lunes cuando establecí el primer contacto con la Sra. Avelina, se realizo su Historia Clínica, cuando menciono la pérdida de sus dos bebés anteriores, sus ojos se notaron llorosos y la voz temblorosa. El día de hoy, al platicar con la psicóloga se observa la misma situación, cierta tendencia a la depresión y el duelo no resuelta.</p> <p>Menciona que pondrá todo de su parte para cuidarse, porque ya no quiere que su esposo se ponga triste y porque tal vez sea la última oportunidad que tengan "Es un regalo de Dios"</p>	<p>Aunque desde el punto de vista psicológico, no me siento preparada para darle apoyo profesional a la Sra. Avelina, se que ella es católica y recurre a los aspectos de tipo espiritual para disminuir su temor. También recurro a retomar la disposición y actitud que ella tiene para su cuidado, animándola a confiar en ella, en su esposo y en los que los rodean, porque todos tendremos la misma meta, conocer a su bebé en condiciones óptimas de salud.</p> <p>Hoy hemos platicado sobre la Diabetes y el por que el embarazo aumenta el riesgo a que se presente esta enfermedad; platicamos también sobre la Insulina y el por que la necesidad de aplicar dos tipos diferentes de medicamento.</p> <p>Utilizó una técnica de identificación por colores para que identifique los frascos de Insulina rápidamente: Rojo: Insulina rápida. Amarillo. Insulina NPH, lo cual nos ha facilitado el proceso educativo.</p> <p>Ha avanzado en su técnica de aplicación de Insulina, desde como preparar la graduación de la jeringa hasta como aplicársela.</p>

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA SITUACION	OBSERVACIONES
18 de Febrero 1998	<p>Hoy por primera vez pregunta sobre sus cifras de glucosa, refiere "yo lo quiero saber porque necesito conocer para poder cuidarme en mi casa, porque voy a tener que ir al Centro de Salud a que me hagan mi prueba del "azúcar"</p>	<p>Mucho de esto se debe al apoyo que me proporciona el personal del servicio y mi tutora, quien ha conseguido asesorías con médicos endocrinólogos; con su buen humor y conocimientos nos ha animado a seguir adelante.</p>
19 de Febrero 1998	<p>Hoy la Sra. Avelina ya interactúa más con sus compañeras de ambiente, sus actitudes denotan que ya ha aceptado su enfermedad, ya no dice "y por qué yo", ahora es más sonriente.</p> <p>Me platica de su esposo Don Bulmaro, el cual me quiere conocer en persona, motivo por el cual hacemos una cita para conocernos en el hospital.</p> <p>He valorado las encías de la Sra. Avelina, se notan menos inflamadas pero seguirá trabajando en la técnica de cepillado y colutorios.</p> <p>Me invita a caminar con ella, me habla de su familia que vive en Puebla, menciona que si todo sale bien irá a la catedral de Puebla en manda con su bebé. Solo se le comenta que también lo agradezca en mi nombre.</p> <p>Hoy platicamos sobre su alimentación, ella menciona "que le será difícil dejar de comer antojitos, pero si es necesario que se le va a hacer."</p>	<p>Que gran satisfacción el poder ayudar y sentir que lo que haces es bueno aun cuando muchos se preguntan por qué y para qué.</p> <p>Ahora tiene sentido. Gracias Avelina, por hacerme sentir que no me he equivocado.</p> <p>Hoy conoceré a Don Bulmaro, debido a sus horarios del hospital lo veré afuera.</p> <p>Es un hombre alto, de complexión gruesa, facciones serias pero amable; me hace varias preguntas sobre su esposa y su bebé, le preocupa que van hacer ahora que le den de alta, pero Avelina le ha comentado que esta aprendiendo como cuidarse en casa.</p> <p>Me pide el número telefónico personal el cual se le proporciona.</p>

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA SITUACION	OBSERVACIONES
19 de Febrero 1998	<p>Al valorar la glucosa de la Sra. Avelina, sus cifras de hoy por la mañana han sido normales.</p> <p>Le aviso que el día de mañana no iré.</p> <p>Su trabajo de bordado esta muy avanzado y le esta quedando bonito.</p> <p>Su bebe durante estos días ha estado bien, se mueve como normalmente lo hace y su frecuencia cardiaca ha sido entre lo 136/148 por minuto.</p> <p>Los médicos le han informado que si continua así, tal vez muy pronto se vaya de alta, lo cual la ha puesto alegre.</p>	<p>En lo referente al manejo de la jeringa de Insulina aún le cuesta trabajo, por lo tanto se hacen dibujos grandes para tratar de ser más didácticos.</p>
23 de Febrero 1998	<p>La Sra. Avelina está contenta, le informaron que hoy será dada de alta del hospital. sin embargo no ha podido localizar a su esposo, por lo que refiere que mejor se quedará hasta el día de mañana.</p> <p>Este día lo aprovecho para hacer una evaluación general.</p>	<p>Al platicar con la Sra. Avelina, menciona que se siente más segura, además de los posibles problemas que pueden tener si no se cuida y no aplica la Insulina; reconoce la importancia de su dieta y del ejercicio así como de la prevención de infecciones.</p>
24 de Febrero 1998	<p>La Sra. Avelina ya no esta en el hospital, su esposo fue por ella el día de ayer por la tarde.</p>	

FECHA Y HORA	DESCRIPCION DE LA SITUACION	OBSERVACIONES
26 de Febrero 1998	<p>Hoy le he hablado a la Sra. Avelina a su casa (previa autorización de ella) para saber como se encuentra, y menciona que esta bien, que ha llevado su dieta y la aplicación de su medicamento en el horario correspondiente.</p> <p>No ha identificado datos de hipo o hiperglucemia (los cuales le fueron enseñados durante su estancia hospitalaria), menciona que en diez días tendrá consulta.</p> <p>Para la valoración diaria de su glucosa, la llevará a cabo con un médico particular cercano a su domicilio, el cual le cobrará cinco pesos por cada examen.</p>	Comunicación vía telefónica.
4 de Marzo 1998	<p>La Sra. Avelina se comunica a la casa para preguntarme como estoy e informarme que ella, su bebé y su esposo están bien.</p> <p>Han tenido un poco de problemas económicos por el costo de la Insulina, su dieta la ha llevado a cabo así como su caminata.</p>	Comunicación vía telefónica.
18 de Marzo 1998	<p>La Sra. Avelina se comunica a la casa y se escucha preocupada, la causa es porque no percibe los movimientos fetales por lo cual se le indica acudir al servicio de urgencias del INPer.</p> <p>Por la mañana del día 19 es dada de alta del hospital, hubo un descontrol metabólico porque se aplico menor cantidad de Insulina rápida por la mañana, lo cual origino hipoglucemia nocturna.</p>	Comunicación vía telefónica.

ANEXO 4

INSULINA Y EMBARAZO

Se presenta en una gran variedad de tipos y purezas. La mayor parte de ellas se derivan de res y cerdo, pero la humolina es un producto del DNA recombinante humano, es similar a las formas purificadas insulina, que producen menor formación de anticuerpos y por lo tanto disminuye la posibilidad de una reacción alérgica. (52)

Existen varias presentaciones comerciales de estos fármacos, siendo la Insulina U 100 la que se usa con mayor frecuencia y la Insulina U -500 se encuentra disponible para los pacientes que presentan resistencias grave a la Insulina.

Las Insulinas convencionales, elaboradas principalmente de páncreas de res y de cerdo, han sido sustituidas por semi sintéticas y de DNA recombinante humano, y por Insulinas "purificadas" (Insulina de res o de cerdo con menos de 10 partes por millón ppm . del producto pro insulina en comparación con las 25 ppm para las convencionales). Estas insulinas reducen el riesgo de reacciones alérgicas. Se recomienda para las pacientes que nunca han recibido Insulina, para los diabéticos Tipo II que requiere Insulina durante un promedio de estrés o enfermedad; para las mujeres con Diabetes gestacional y para los no diabéticos que están recibiendo hiper alimentación intravenosa.

Las complicaciones más comunes de la insulino terapia - hipoglucemia e hiperglucemia están relacionados con las dosis.

Las reacciones alérgicas locales pueden presentarse al inicio graves, caracterizado por urticaria, edema angioneurótico, linfadenopatía, bulas o incluso anafilaxia.

Durante el tratamiento, el paciente puede experimentar acumulación de grasa en los sitios de la inyección si estos se cambian adecuadamente, con el tiempo puede desarrollarse resistencia a la Insulina.

La Insulina regula las concentraciones de glucosa en sangre, aumentando el transporte de glucosa a través de la membrana del músculo y los adipositos, con incremento de la formación hepática de glucógeno a partir de glucosa y favoreciendo la formación de glucosa en grasa.

Su administración por vía subcutánea ayuda a regular las concentraciones de glucosa en sangre, ya que al administrarse en el tejido adiposo, lo hace llegar al torrente sanguíneo más rápidamente que por vía bucal.

La Insulina administrada por esta vía, se absorbe mediante los capilares.

Es preferible inyectar la Insulina en brazos, abdomen, muslos y nalgas.

52. CAJILL, Matthew. "Tratamientos en Enfermería". Ed. Interamericana. 2a ed. México, 1991. p.773

Cuando se combinan distintos tipos de Insulina en la jeringa, hay que asegurarse de que sean compatibles:

La Insulina simple puede mezclarse con todas las demás.

La de acción rápida en suspensión con zinc (semilenta) no puede mezclarse con la NPH (53)

Si se administra Insulina NPH o lenta en la misma jeringa con Insulina regular, hay que tener la certeza de que se administre de inmediato la mezcla para evitar uniones.

INSULINAS

FARMACO	INICIO DE ACCION	EFFECTO MAXIMO	DURACION
Insulina Humana, origen DNA recombinante	R: 15 min. N: 1 hr.	R: 1 hrs N: 4 hrs.	R: 6 - 8 hrs N: 24 hrs
Insulina inyectable (regular)	1/2 hr	2 - 4 hrs	5 - 8 hrs
Insulina inyectable concentrada	1 hr	4 hrs	24 hrs
Insulina, isofano suspensión (NPH)	1 - 1 1/2 hr	8 - 12 hrs	24 hrs
Insulina, suspensión protamíca - zinc (Insulina protamíca - zinc)	4 - 8 hrs	14 - 20 hrs	36 hrs
Insulina zinc en suspensión (Insulina lenta)	1 - 2 1/2 hrs	8 - 12 hrs	24 hrs
Insulina purificada de cerdo en suspensión e Insulina purificada de cerdo inyectable, U - 100 cerdo	1/2 hr	4 - 8 hrs	24 hrs

(54)

En embarazadas con Diabetes Tipo I o Tipo II, se requerirá de la utilización de Insulina; pero especialmente, para las diabéticas Tipo II, se aconseja el empleo de Insulinas "Humanas" con mínima capacidad anti alérgica, puesto que están en riesgo de desarrollar diabetes permanente años después del parto. Es común recurrir a la administración de una dosis de Insulina intermedia, sola o acompañada de Insulina rápida para controlar el intervalo de cuatro horas antes de que la Insulina intermedia comience a ejercer efecto negativo en el promedio de glucosa sanguínea. (55)

53. HAMILTON, M.B. "Procedimientos en Enfermería". Ed. Interamericana, México, 1986. p.907

54. "Enciclopedia de la Enfermería. "Farmacología" Vol. 6. Ed. Occánica. España. 1998. p. 1059

55. REEDER. Op cit. p.850

Para el control metabólico en la diabetes del Tipo II y para la diabetes gestacional que necesitan Insulina, se recomienda la hospitalización de la paciente. En el primer día se mantienen con un esquema de glucemias preprandiales e Insulina rápida dependiendo de si existen o no hiperglucemia.

ESQUEMA DE GLUCEMIA (Tira reactiva) E INSULINA RAPIDA

Glucemias mg/dl	Unidades de Insulina
< 150	No
151 - 200	2
201 - 250	4
251 - 300	6
>300	8

El segundo día se empieza 1/3 a 1/2 de la dosis total de Insulina rápida requerida el primer día, en forma de Insulina de acción intermedia y se mantiene además el esquema de Insulina rápida y dependiendo de las glucemias preprandiales del día se realizarán los ajustes necesarios para obtener el control, deseado.

Idealmente las diabéticas embarazadas deberán mantener normoglucemia en forma constante, con cifras similares a las de embarazadas sanas; esto es, glucemia en ayuno menores a 90 mg / dl y post prandial de 1 o 2 hrs menores a 140 o 120 mg/dl.

CONTROL METABOLICO.

Tiempo	Glucemia mg/dl *
Ayuno	60 - 100
Postprandial 1 hr	100- 140
Post prandial 2 hrs	80 - 120
Nocturna	80 - 100
Trabajo de parto	60 - 100
HbA1	<2% de lo normal

* capilar o plasma venoso

MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA HIPER E HIPOGLUCEMIA

Hipoglucemia	Hiper glucemia
<p>Causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Demasiada dosis de Insulina Falta de alimento Aumento del ejercicio sin incremento de la comida 	<p>Causas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de Insulina Demasiado alimento Tensión emocional Infección
<ul style="list-style-type: none"> nerviosismo temblor debilidad hambre sudoración piel fría y pegajosa palidez visión borrosa o doble cefalea desorientación respiración superficial irritabilidad convulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> poliuria polidipsia boca seca aumento del apetito piel roja y caliente calambres abdominales rigidez abdominal respiración profunda y rápida aliento ectónico parálisis somnolencia oliguria o anuria estupor o coma

(56)