ANEXO 1

ANEXO 1
UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
C.E. – 99 – 1

Guía de Valoración de Enfermería de Acuerdo a Patrones Funcionales de Salud

Elaborado por:
Lic. Martha Leticia Rendón Olguin
M.T.C.

Elaborado en Abril de 1997
Revisado en Febrero de 1999

Hermosillo, Sonora Febrero de 1999.

1.- SECCION
HISTORIA DE ENFERMERIA

DATOS BASICOS DE INGRESO

Nombre: (siglas)_____ Fecha:_____ Hora:_____ Persona para contactar (nombre)_____ Teléfono:_____ Domicilio:_____
llegó de: Hogar solo:_____ Hogar con familia:_____ Sin hogar:_____
Otro:_____ (Especifique)
Llegada: Por su propio pié:_____ Otras:_____
Motivo de hospitalización y/o solicitud de atención:_____
Ultimo ingreso en el hospital: Fecha:_____ Motivo:_____

ANTECEDENTES

Personales patológicos y tratamientos recibidos (desde su infancia tanto médicos y/o quirúrgicosindicados_____
_____

Personales no patológicos como: (Inmunizaciones, acontecimientos de su importancia del nacimiento y/o su crecimiento_____
_____

Heredo familiares: de los padres, germanos, tíos sobre todo enfermedades padecidas y/o causas de defunción o relacionadas con el motivo de su hospitalización o solicitud de atención de enfermería _____
_____(Especificar edades si hay defunciones)

INSTRUCCIONES: Llenar espacios con una X los datos que se encuentren presentes en la valoración (objetivos y subjetivos) y ampliar o describir en aquellos que requieren especificar.

1.- PATRON DE MANTENIMIENTO Y PERCEPCION DE LA SALUD

a) Historia de su salud_____

b) Como la percibe en este momento: Bien_____ Regular_____ Mal_____

c) Hábitos de cuidados bucodental. 3 veces al día____ 2 o menos_____ nunca____

d) Hábitos de higiene general. Baño diario_____ Cada tercer día_____
Otros_____(Especifique)

- Cambios de ropa al bañarse_____ cambio de ropa sin baño_____
- Lavado de manos. Si_____ No_____ A veces_____ Antes de comer_____ Antes y después del uso del sanitarios) _____
- Consumo de tabaco. < de 1 cajetilla al día_____ > de una cajetilla al día_____
- Tiempo que fumo: _____ Nunca_____ Lo dejó /Fecha)_____
- Bebidas con contenido alcoholico. Nunca_____ Tipo y cantidad: al día _____

a la semana_____ al mes_____ lo dejó (fecha)_____tiempo que consumió_____

- Otras sustancias: No:_____ Si_____ (Especifique tipo y frecuencia)_____
- Presencia de alergias (a/medicamentos, alimentos, ropa, etc.) No_____ Si_____ (Especifique) Tipo de reacción_____
- Asistencia a revisión medica (aunque no se sienta enfermo) Si___ Periodicidad____ No_____

  Revisión dental Si _____ Periodicidad_____ No_____
- Realización de ejercicio Si_____ (Especifique) No_____
- Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo No_____ Si_____ (Especifique) _____
- Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo Si____ (Especifique) No_____
- Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería Si____ No____ Porque_____

f) Condiciones de vivienda.

- Material de construcción_____ Número de habitaciones_____ Usos_____ Ventilación natural_____ Artificial_____ Especifique_____
- Iluminación. Natural_____ Artificial_____
- Mobiliario. Acorde a las necesidades básicas. Si _____ No_____ (especifique) _____
- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje Si____ No_____ Fosa séptica_____ Letrina_____ Pozo negro_____ Otros_____
- Ubicación del sanitario. Afuera de la vivienda Si____ No_____ (especifique)_____
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc) No____ Si____ (especifique) _____
- Medidas de control de vectores Si____ (especifique)_____ No_____
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda. No__ Si__ (especifique)_____

a la semana_____ al mes_____ lo dejó (fecha)_____tiempo que consumió_____

- Otras sustancias: No:_____ Si_____ (Especifique tipo y frecuencia)_____
- Presencia de alergias (a/medicamentos, alimentos, ropa, etc.) No_____ Si_____ (Especifique) Tipo de reacción_____
- Asistencia a revisión medica (aunque no se sienta enfermo) Si___ Periodicidad____ No_____

  Revisión dental Si _____ Periodicidad_____ No_____
- Realización de ejercicio Si_____ (Especifique) No_____
- Tratamientos, remedios caseros o de otro tipo que lleva a cabo No_____ Si_____ (Especifique) _____
- Conoce la causa de su hospitalización y el objetivo Si____ (Especifique) No_____
- Sigue el tratamiento y/o recomendaciones médicas o de enfermería Si____ No____ Porque_____

f) Condiciones de vivienda.

- Material de construcción_____ Número de habitaciones_____ Usos_____ Ventilación natural_____ Artificial_____ Especifique_____
- Iluminación. Natural_____ Artificial_____
- Mobiliario. Acorde a las necesidades básicas. Si _____ No_____ (especifique) _____
- Disposición de excretas en vivienda. Sanitario a drenaje Si____ No_____ Fosa séptica_____ Letrina_____ Pozo negro_____ Otros_____
- Ubicación del sanitario. Afuera de la vivienda Si____ No_____ (especifique)_____
- Presencia de vectores (moscas, cucarachas, roedores, etc) No____ Si____ (especifique) _____
- Medidas de control de vectores Si____ (especifique)_____ No_____
- Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda. No__ Si__ (especifique)_____

2 Patrón Nutricional Metabólico

Dieta y/o complementos específicos. Números de comidas al Ida _____ menú día típico (especificar tipo cantidad)_____

_____

Desayuno _____ Comida _____ Cena _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

- Alimentos que desagradan: _____
- Ingestas de líquido al día _____ Especificar tipo y cantidad) Apetito
- Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____ (Especificar)

Presencia de náuseas _____ vómitos _____ Otros _____

- Variaciones de peso (últimos 6 meses): Ninguno _____ Aumento _____kg disminuyó _____ kg.
- Dificultades para la deglución. Nunguna ___ a sólidos _____ a líquidos _____ (Especifique) _____
- Problemas piel y/o cicatrización. Ninguno _____ Anormal _____ (exantemas, sequedad, exceso de transpiración, etc) (Especifique) _____
- Cuero cabelludo – cabello, cambios _____ (Especifique) _____
- Estado de uñas _____
- Presencia de: Dolor abdominal _____ agruras _____ distención _____ sondas nasogástrica _____ succión gástrica _____ nutrición parenteral – enteral _____ gastrostomía _____ (Especifique) _____

3. **Patrón de Eliminación**

- Hábitos de evacuación intestinal. Frecuencia al día ___ fecha de última defecación ____dentro de límites normales _____ uso de laxantes y supositorios _____
- Presencia de estereñimiento _____ diarrea _____ hemorroides ____ sangrado ___ ostomías Especifique) _____ incontinencia _____ flatulencia ___ aparatos auxiliares _____ Especifique) _____
- Hábitos de evacuación urinaria dentro; de limites normales: _____
- Presencia de: distención vesical ____ dolor ____ ardor ____ retención _____

Incontinencia _____ incontinencia al esfuerzo ____ urgencia diurna _____ urgencia nocturna _____ alteraciones (sangre, turbiedad) (Especifique) _____

4. **Patrón de Actividad y Ejercicio:**

- Ha percibido cambios en función cardiaca al realizar actividades cotidianas:

No ___ Si ___ Especifique (palpitaciones, lipotimias, presencia de marcapaso)

- Ha sentido cambios en patrón respiratorio

No ___ Si ___ Especifique (fatiga, disnea al caminar, al comer, subir escalera, al estar acostado, etc.)

- Ha sentido cambios en estado vascular periférico

No ___ Si ___ Especifique (distensión venosa yugular, equimosis, hematomas, vricosidades, redvenosa alterada, etc.)

- Ha sentido cambios neurmusculares

No ___ Si ___ Especifique (calambres, disminución de la sensibilidad, dolor, limitación del movimiento, antecedentes de fracturas, etc.)

- En los timepos libres que actividades realiza: Recreativas ____ domèticas _____ Especifique (salida paseo, ver televisión, etc)

		0	1	2	3	4	Frecuencia/Sem
Baño/Higiene							
Comer/Beber							
Vestirse/arreglarse							
Evacuación	Intestinal						
	Vesical						
Caminar							
Limpieza/Arreglo del hogar							
Ir de compras							
Cocinar							
Subir escaleras							
Movilizarse en cama							
Trabajar							
Ejercicio (Especificar tipo)							

Nota: Valorar capacidad de realización con los siguientes valores que al ser detectados con una X en la casilla que corresponda.

0 = Independiente	1= Con aparato auxiliar	2 = Ayuda de otros
3 = Ayuda de otros y equipo	4 = Dependiente /incapacitado	

5. Patrón del sueño y Descanso

. Hábito Horas de sueño nocturno _____ horario de sueño _____

- Siesta: No_____ Si_____ (especifique tiempo)
- Apoyos para dormir (medicamentos, música, luz, etc.) especifique_____
- Presencia de: cambios de humor_____ bostezos_____ ojeras_____

  Especifique_____ (En relación al sueño)

6. Congnitivo-Perceptivo

- Audición: Dentro de límites normal_____ alteración_____

  Sordera_____ zumbidos_____ auxiliares auditivos_____

  (en todos especifique derecho-izquierdo)

  Vértigo. Si_____ No_____ Molestias y/o dolor: ninguna_____

  Agudo_____ Crónico_____ Tipo_____ Control del dolor y/o molestias_____ (especifique)
- Visión: Dentro de límites normal_____ Alteración_____

  Ceguera_____ prótesis_____ auxiliares externos_____(especifique Tipo y derecho-izquierdo)
- Olfato: problemas para distinguir olores_____

  (especifique)
- Memoria, intacta_____ alteración_____ especifique_____
- Orientación. Intacta_____ alteración_____ especifique_____
- Lenguaje. Tono de voz_____ fluidez en discurso_____

  Alteraciones _____ especifique_____
- Cambios en sensibilidad (al tacto, frío y calor, dolor_____ Especifique.
- Manera de aprender (leyendo, escuchando, con dibujos, etc)_____ Especifique
- Doficultad para tomar decisiones: No_____ Si_____ Especifique

NOTA: Si observa desorientado: Reporte y considero "riesgos de lesiones o accidentes".

7. **Patrón Autopercepción y Concepto de si mismo**

- Preocupaciones fundamentales en relación a: hospitalización y/o enfermedad (económicas, de autocuidado, de empleo, amputaciones cicatrices) _____ _____ Especifique.
- Temor a pérdidas o renuncia a algo que le guste _____ Especifique
- Descripción como persona: alegre ___ seria ___ temerosa ___ optimista _____ Irritable ___ otros _____ Especifique
- Conformidad con lo que es: _____
- Pérdida de interés por las cosas: No _____ Si _____ Especifique
- Ideas de acabar con su vida en alguna ocasión No _____ Si _____ Específique
- Pérdidas y cambios importantes en el último año No _____ Si _____ Especifique
- Que le ayudaría a sentirse mejor en éste momento _____ Especifique

8. **Patrón de Rol – relaciones**

- Profesión y/o ocupación _____ situación actual: empelado ____ desempleado ___ Incapacidad temporal _____ pensionado _____.
- Sistemas de apoyo: (con quién vive) conyuge ___ Vove solo ___ vecinos _____
- Amigos ___ vive con familia _____no miembros (Especifique, edad, sexo. Ocupación)
- Papel que desempeña en la familia: dependiente ___ proveedor ___ cuidador ___ algún problema por ello ___ Especifique
- Dofocultad para comunicarse No ___ Si ___ (Especifique con quién a que lo atribuye.
- Corrspondencia de la comunicación verbalk al comunicarse: Si ___ No ___ Especifique
- Se observan expresiones faciales acordes con lo que comunica Si ___ No ___ Especifique
- Pertenece algún grupo, asociación, club, etc. No ___ Si ___ Especifique

9. **Patrón de Sexualidad – Reproducción**

- Expresa algún cambio en las respuestas sexuales por la enfermedad Si ___ No __ (Especifique) sin vida sexual activa _____ (Nubil) ciclo menstrual _____
- Satisfecho con el número de hijos procreados Si ____ No ___ Especifique

- Practicas de autoexámen mamario mensual Si ____ No ___
- Exámen cervico vginal/prostático anual Si ___ No ___ Fecha del último _____
- Exámen testicular mensual Si ___ No ___ Fecha del último _____ No corresponde _____
- Algún problema detectado No ___ Si ___ Especifique
- Precencia de; flujos No ___ Si ___ Especifique Embarazada No ___ Si ___ Especifique Tiempo y fecha esperada de parto _____ Getas _____ Partos _____ Abortos _____ Cesáreas _____Menarquia _____ Menopausia _____
- Prácticas de sexo seguro Si ___ No ___ (uso de condón, una sola pareja, abstinencia total)

10. Patrón de afrontamiento tolerancia al Estrés

- Expresión habilidad de la tensión o preocupación (llanto, ira, congoja, molestias físicas) Especifique _____
- Acciones que realiza para controlar la tensión o la ira. (beber alcohol. Leer, comer, fumar, tomar medicamentos, café, etc.) Especifique
- Frecuencia con la cual presenta estas respuestas al estrés:
  1-2 veces al mes _____ 1-2 veces a la semana _____ diariamente _____

11. Patrón de Valores y Creencias

- Prácticas de alguna religión No ____ Si ___ (Especificar cual)
- Restricciones por su religión No ___ Si ___ Cuales _____
- Solicitud de ayuda para cumplir con su religión dentro del hospital/domicilio No ___ Si ___ (Especificar cual)
- Valores morales mas importantes _____ (Describa)

II SECCION

EXAMEN FISICO (Valoración Obejtiva)

1. Aspectos General: Edad Real ____ Edad aparente ___

Aliñada Si ___ No ___

Facie: Dolor, angustia, aprensión) _____ Especifique

Estado de ánimo _____ Especifique euofria, decaido, irritable)

Estado de conciencia _____ Inconciencia _____

Responde a preguntas (colaborador) Si ___ No ___

Postura adoptada _____ (erguida, semierguida, movimiento repetitivos gastos, libremente escogida, etc.)

- Memoria _____ puntos
- Orientación _____ puntos
- Estimar con: repetición de mesa = 0 león = 1 guantes =2 total 3 puntos.
- Estimar con: contesta: su nombre = 0 día = 1 Lugar=2 total 3 puntos.

2. **Signos Vitales**: Temperatura _____ °C (axilar, rectal, oral)

- Pulso _____ (Especificar característica)

Respiración _____ (Especificar característica)

T/A _____ (Especificar sitio y posición)

3. **Respiratorio / Circulatorio**

- Movimientos respiratorios: expansión torácica: Si ___ No ___ Especifique _____ (asimetría, disociación, tiros, intercostales,e tc)
- Auscultación de campos pulmonares: sonidos normales presentes _____ Vesiculares, broncovesiculares)

Anoramles _____ ausentes _____ Especificar en ambos, lado derecho-izquierdo (sibilancias, estertores, roncus, etc.)

Tos: Si ___ No ___ Especificar con expectoración de secreciones ___ seca ___ mucho esfuerzo ___ otros ___ (Caracteristicas del Esputo)

- Inspección y palpitación de: - red venosa _____ (visible, No visible)
  - Varicocidades _____ (coloración, temperatura) (Especificar región y extensión)
  - Llenado: capilar __ (alterado/sin alteración N= -3")
  - Catéter vascular _____ (sitio y característica)

4. Patrón Nutricional Metabólico

- Peso real ____ kg Peso ideal ____ kg Talla real _____mts. Talla ideal _____mts.
- Piel color _____ lesiones _____ cicatrices _____ edema _____ esta de uñas _____
- Cabeza: Cuero cabelludo hidratado ___ prurito ___ zona dolorosas ___ Especificar si hay alteraciones, protuberancias, hundimiento, heridas, proporcional, etc.)
- Mucosas: bucofaringe Integra ___ Color ___ lesiones ___ movilidad ___ reflejo nauseoso ___ hidrtada ___ obstrucción ___ presencia de cánulas, mascarillas, catéter _____ (Especificar)
- Piezas dentrias: Integras Si ___ No ___ (Especificar piezas, sitio y tipo de alteración)
- Higiene adecuada Si ___ No ___ (especificar presencia de detritus, halitosis,e tc)
- Abdomen.: forma _____ simetria _____ masas ____ dolor _____ distención _____ ruidos peristálticos _____ otros _____ (visceromegalias, reflejos, cicatrices, ostomias, etc)

  (Especificar todos los hallazgos)

  Nota: algunos datos podrán ser recoletados en valoración subsecuente y7o partir de patrones que impliquen procesos vitales mientras se estabiliza la condición. así como la valoración de perimetros cuando sea necesaria.

5. **Patrón de Eliminación**

- Intestinal y urinario:
- Defecaciones: frecuencia ___ características normal Si ___ No ___

  Especificar: duras, semilíquidas, líquidas, con sangre, parásitos, cantidad, s/pastosas c/dolor, etc)
- Region perianal: Integra ___ con lesiones (describir) _____
- Orina: frecuencia ___ características normal Si ___ No ___

Especificar cantidad, sangre, color, turbiedad, etc.)

- Dolor a la micción No ___ Si ___ Ardor ____
- Región Perianal Integra _____ con lesiones (describir) _____
- Presencia de sondas ú otros dispositivos _____ (Especificar tipo y estado de la región)

Nota: Inspección y auscultación de región genital en caso de detección de alguna señal en la alteración de éste patrón desde el momento de la historia de Enfermería)

6. **Patrón Cognitivo – Perceptivo**

- Veisión – Audición Olfato y Tacto: Visión normal 20/20 (6 mts) _____ disminuida (Especificar) _____ ojo derecho _____- ojo izuierdo _____ reflejos pupilares presentes y simétricos en ambos ojos _____ asimétricos (especificar O.D. O.I _____

  Ojos limpios _____ secreciones ___ conductos lagrimales permeables ___ obstrucción ___ ceguera total ___ lesiones ___ (especificar)

  Oído externo integro ___ (forma. Proporción, integridad, etc.)

  Alteraciones ___ (Especificar: deformidades, hiperemia, obstrucción)
- Limpios: Si ___ No ___ (Especificr)
- Audición intacta al susurro/prueba de diapazón Si ___ No ___ (Especificar: a + de 30 cms. lateralización derecho/izquierdo)
- Olfato intacto a la prueba de olor y reflejo de estornudo 8alcool y pluma de algodón) Si ___ No ___ alteración _____ (Especificr)

  Tacto sin alteración a la prueba de sensibilidad Si ___ No ___ (Especificar al calor/frio/dolor)

  * al dolor estimar intensidad con escala de 1- 5 (1 Tolerable. 5 Intolerable).

7. **Patrón Actividad – Ejercicio**

   Capacidad de movilización:

   Completa ___ Incompleta _____ (describir de acuerdo a areo de movimientos en articulaciones)

   Marcha; Estable ___ Inestable ___

   Con aditamentos _____ (Especificar muletas, andadera, bastón, pasamanos, etc)

Fuerza en manos: igual ___ fuerte ___ débil ___ Piernas igual ___ fuerte ___ débil ___ (especificar, contrarresistencia, contragravedad, etc).

Reflejos osteotendinosos:

- Biciptal Presente _____ ausente ___ (Especificar)
- Rotuliano _____ Ausente _____
- Aquilano _____ Ausente _____

Otros (especificar)

Ausencia de Miembro _____ total _____ parcial (describir donde y tipo) __

Parálisis: _____ especificar (lugar y magnitud)

Lesiones en sitios de presión: _____

(describir, tipo y magnitud valorando desde occipicio hasta talón de aquiles)

8. Patrón de Sexualidad – Reproducción

- Integridad de genitales externos: Si _____ No _____ Especificar, lesiones episorrafias, circuncición, fimosis, flujos, sangrados, características).
- Reflejos cremasteriano Si _____ No _____ No corresponde _____
- Mamas: Forma _____ simetría _____ Piel _____ Prominencias _____ dolor _____ Galactorrea _____

III SECCION

DATOS OBEJTIVOS DE FUENTES SECUNDARIAS (En relación con patrones funcionales de salud)

1. Patrón Nutricional – Metabólico

   Resultados de exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Química sanguínea, Glicemia, Otros _____ (Listar)

2. Patrón de Eliminación – Intestinal: Exámenes: Coproparasitoscopico, coprocultivo, guayaco, Otros _____

   Urinario: Exámenes: General de orina, urocultivo, creatinina, urea, nitrógeno v.u. electrolitos, Otros _____

3. Patrón de _Actividad – Ejercicio

Exámenes. Enzimas: Cardiacas, gases arteriales, p. De coagulación, otros _____ (pruebas de esfuerzo, glasgow, EKG, pruebas de función pulmonar).

4. Resultados de estudios citológicos, patológicos, y/o de imagenología (papanicolau, biopsias, exudados, Rx, TAC, ultrasonidos, etc) se anotarán las interpretaciones que halla descrito el profesionista que lo realizó y7o quién el documento consultado.

Adaptado por: Lic., Enf. Martha L. Rendón Olguín
1997 (En validación)
Diseñado por: Carpenito, L-J. Marjory Gordón (1998)
Alfaro M. y Lic. Rodríguez V. y Galindo Cruz (1994)
UNAL. Monterrey

M.A. Cabrera Aida. Notas Didácticas Mimeo 1996

ANEXO 2

INDICE

I. Justificación

II. Objetivos

III. Metodologia

IV. Desarrollo de la Visita

Resumen

Bibliografía

Anexos.

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Guía: Visita Domiciliaria a:

M.A.C.

Responsables:

Berenice Oloño

Dora A. Clark.

Hermosillo, Sonora Junio de 1999.

JUSTIFICACION

La visita domiciliaria es una de nuestras actividades programadas consideramos que ésta actividad es importante pues a través de ésta vamos a conocer no solo las condiciones fisiológicas y psicológicas del individuo sino también todo lo que lo rodea y todo lo que influye en su estado de salud, entre ellas están las situaciones económicas, sanitarias y de acceso a los servicios básicos en su lugar y vecindario.

OBJETIVOS

- Establecer contacto con (hijos, esposo) para obtener datos acerca de relaciones entre la familia, alimentos que acostumbran, higiene, etc.

- Para obtener datos objetivos acerca del patrón de la salud (condiciones de la vivienda, espacios, etc.).

- Corroborar datos.

- Detectar factores contribuyentes de los patrones disfuncionales encontrados en el usuario.

METODOLOGIA

Lugar: Calle Diego Uruchurto No. 859, Col Margarita Zapata, Esquina con calle sin nombre que dá a un lote Baldío y tiradero de escombro a 100 mts.

Límite de Tiempo: Fecha: 19 de Junio

Hora: de 9:00 a 12:00 hrs. pm

Duración: De 10:00 a 11:45 hrs. Am

Universo de Trabajo: Familia (1 hijo) nos recibió el hijo mayor de M.A.C., el cual nos ofreció pasar de manera amable el es A.D.C. de 18 años de edad, es estudiante de Bachillerato y al mismo tiempo ayudante en un taller de herrería.

Recursos Humanos: Investigadoras, Pasantes de Enfermería:

Berenice Oloño

Dora A. Clark.

Materiales: Traslado al domicilio, guía para la visita domiciliaria, hojas blancas, lápiz, cinta métrica, baumanómetro, estetoscopio, báscula, foquito de mano, etc.

DESARROLLO

Después de encontrar al domicilio y coincidir con numero y señales del mismo, se hace el llamado a la vivienda de manera cortes y paciente, de manera suave, de inmediato abre la puerta un amiguito de A.O.C. hijo mayor de M.A.C. el cual no invita a pasar, después de identificarnos como enfermeras de Gineco-Obstetricia del Hospital Infantil del Estado de Sonora, A.O.C. se dirige a su madre (la cual se encontraba bañándose) y dice que enseguida sale que la esperemos y que si deseábamos sentarnos.

Después de 7 minutos aproximadamente M.A.C. sale a recibirnos de manetr5a muy atenta y cordial (nos hizo sentir bien); de antemano la usuaria ya sabía que la íbamos a visitar a su domicilio pues se la había comentado durante su estancia en el hospital. Aún así quisimos comentarle lo importante que era para nosotras como investigadoras de ir a visitarla y conocer su hogar.

De manera muy cortés la paciente respondía a cada pregunta que le formulábamos. Ella inició con el comienzo y evolución del padecimiento y así de esta manera fuimos obteniendo los datos necesarios para nuestra investigación.

La usuaria la despedirnos nos pidió que volviésemos a charlar con ella de nuestro Examen Profesional.

RESUMEN / INFORME

Los hallazgos encontrados durante la visita domiciliaria coincidieron en su mayoría con los datos que habíamos obtenido de la paciente durante su estancia hospitalaria.

Primeramente nos dimos cuenta de que entre madre e hijo existe buena comunicación y confianza entre ellos. (el hijo menor en ese momento no se encontraba en casa pues esta laborando).

La higiene general de al casa la catalogamos como aceptable, pues observamos limpio, sin basura desde el frente de su casa hasta lo que logramos mirar por dentro, el piso estaba limpio la mesa y cubierta de la cocina sin trastes sucios ni basura sobre ellas.

La higiene de las personas es buena pues comprobamos que la paciente cuida de su higiene personal, observamos sus ropas limpias.

También confirmamos la presencia de una gata que vive dentro de la casa pues en el momento en que llegamos esta se encontraba dormida en una de las sillas del comedor.

ANEXO 3

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

MIOMATOSIS UTERINA

Benson/Pernoll (1994), dicen que la miomatosis uterina, son tumores miometriales definidos, redondos, firmes de color blanco o sonrosado pálido, compuesto sobre todo de músculo liso con cierta cantidad de tejido conectivo. Cerca del 95% se origina en el cuerpo del útero y el 5% en el cuello del útero. Núñez Maciel (1993), Olds (1995), Benson/Pernoll (1998); utilizaban de manera indistinta los términos de leiomiomas, fibroides, fibroma, miomas, escleromas fibromas y fibroleiomiomas.

PERIODO PATOGENICO

Triada Ecológica

AGENTE: "Aún no se conoce la causa, sin embargo, se acepta como químico endógeno, cada tumor (98%, son múltiples) se origina en una sola célula muscular (no se sabe si se trata de un residuo celular embrionario ó de una célula de músculo de vaso sanguíneo) aumentan de tamaño como reacciona los estrógenos por lo que esto es notable con el embarazo" (Benson/Pernoll 1994).

HUESPED: los miomas son tumores pélvicos más frecuentes, y ocurren del 25% en mujeres blancas y 50% de mujeres negras una de cada cuatro en edad reproductora activa los padecen. "Los miomas constituyen alrededor del 30% de los problemas ginecológicos y tienen su frecuencia máxima en el quinto decenio

de la vida". (Robbins 1987 pág. 1117). Sin embargo, en la post menopausia se encogen, fibrosan y calsifican, también en multíparas para el papel de hiper estrogenismo. (Idem).

MEDIO AMBIENTE: En la bibliografía consultada, no se hace alusión a la interacción del medio ambiente como un factor de riesgo para padecer miomatosis uterina.

LOCALIZACION Y MULTIPLICACION DEL AGENTE: Los miomas uterinos se originan en el miometrio y se clasifican, según su localización anatómica.

MIOMAS SUBMUCOSOS: Se localizan directamente en el plano subendometrial, desplazan y adelgazan el miometrio, el cual se convierte en sitio de necrosis e infección, conforme crecen los tumores submucosos también pueden ser péndiculados y tarde o temprano sobresalen en el cérvix o vagina, situación en que puede ocurrir infecciones.

MIOMAS INTRAMURALES: Son los más frecuentes, se sitúan en la pared muscular sin tener proximidad con la mucosa o serosa, al ocurrir el crecimiento corporal, éstas masas deforman la cavidad y la superficie externa del útero y solo tumor intramural grande puede producir agrandamiento uterino simétrico.

MIOMAS SUBSEROSOS: Se sitúan directamente en el plano subseroso y se proyectan sobre la superficie externa del útero, lo que produce configuración nudosa característica de éstos fibromas. (Danforth 1994, pág. 1077).

Estos tumores pueden ser pándiculados o si tal mioma adquiere circulación sanguínea extrauterina a través de vasos de epiplón, se pediculo puede atrofiarse y resorverse; se dice entonces que el tumor es parasítico (Martín L. Pernoll 1994, pág. 871-877).

ALTERACIONES TISULARES: Histológicamente, el mioma está compuesto de heces arremolinadas de células musculares lisas, habitualmente, las células tienen forma y tamaño uniformes, núcleo ovalado característico y procesos citoplasmáticos bipolares delgados y alargados. Los tumores que aparecen en grupos de edad avanzada, y a veces con grupos más jóvenes pueden tener un aumento de tejido conectivo con hialinización densa del estroma.

El examen al microscopio revela heces de músculo liso dispuestos de manera entrelasada y separados por tejido conectivo fibroso. Hay pocos vasos sanguíneos. Estos tumores no poseen una cápsula verdadera, en el borde suele haber un área de miometrio comprimido que forma una psudocapsula.

El tamaño de los tumores varía desde miomas muy o pequeños, de 1 cm hasta otros que han llegado a pesar 66.730 gr. Son de consistencia firme y bien delineados respecto al miometrio circundante. (Danforth 1994, pág. 077).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS INESPECIFICAS:

Hemorragia durante la menstruación.

Dolor

Pérdida de sangre irregular por congestión de venas aórticas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS ESPECIFICAS:

HEMORRAGIA ENDOMETRIAL ANORMAL: Esta es la manifestación clínica más importante, es muy probable que una hemorragía en un mioma submucoso se deba a la distorsión y confusión de vasos corcundantes o ulceraciones del endometrio. Es más frecuente que la usuaria tenga

menstruaciones prolongadas intensas (menorragia); pero también puede desarrollar cualquier variante de todos los tipos de hemorragía anormal.

La hemorragia anormal de los miomas con frecuencia producir anemia por deficiencia de hierro, que puede volverse incontrolable cuando la hemorragía es muy intensa y prolongada.

DOLOR: Los miomas muy grandes pueden producir simplemente una sensación de pesantez en la región pélvica o quizá el malestar se describa como "pujo", los tumores que se incrustan en la pelvis ósea pueden comprimir los nervios, los que producir dolor y se irradia a la espalda y extremidades inferiores.

El dolor producido por infarto por tensión, ó degeneración puede ser intenso y producir un cuadro clínico similar al abdomen agudo.

EFECTOS DE LA PRESION: Los tumores intramurales pueden obstruir otros órganos. Los tumores parasíticos causan obstrucción intestinal si son grandes o afectan al apiplón o intestino. Los tumores cervicales provocan exudado serosanguinolento y hemorragia vaginal, dispareunia e infertilidad. Los grandes tumores cervicales pueden llenar la pelvis verdadera, desplazando o comprimiendo uretero, vejiga o recto.

La compresión de estructuras circundantes puede producir sínmas urinarios (polaquiuria). Los tumores grandes pueden causar congestión pélvica venosa, edema de extremidades inferiores o estreñimiento. (Martín L. Pernoll 1994. Pág. 871-877).

INFERTILIDAD: La manifestación inicial puede ser incapacidad para concebir, se cree que la infertilidad causada por miomas se debe a muchas causas como involución intermitente, movilidad uterina o tubaria anormal, interferencia con el transporte de espermatozoides o flujo sanguíneo uterino anormal.

ABORTO ESPONTANEO: Se desconoce la frecuencia del aborto espontáneo consecutivo a miomas. (Idem).

ESTADO CRONICO: Muchos miomas son asintomáticos aunque puede haber cualquier tipo de hemorragia uterina disfunsional, la usuaria no piensa que tiene un problema porque generalmente dicho sangrado lo relacionan con la menopausia; y lo más frecuente es que este sangrado se prolongue o resulte una menstruación excesiva, lo que producir anemias graves.

DEFECTO O DAÑO: Los tumores grandes obstaculizan mecánicamente el flujo sanguíneo al endometrio, e interfieren en la capacidad de la contracción del útero y la oclusión vascular eficaz en el momento de la menstruación.

La presión ejercida por el tumor en la vejiga produce poliuria micción urgente y en contados casos incapacidad para orinar, el estreñimiento es consecuencia sepresión en el recto. Los tumores muy grandes comprimen los vasos pélvicos de lo cual se deriva edema o varicosidades en extremidades inferiores.

Los miomas tienden a modificar la fecundidad, en particular si ocluyen el endocérvix, deforman en grado suficiente la porción ístimica de lo oviductos.

COMPLICACIONES: En los miomas ocurren ciertos fenómenos degenerativos, con frecuencia éstos cambios se derivan de alteración del riesgo sanguíneo al tumor, lo cual ocurre con el crecimiento acelerado, embarazo, accidentes mecánicas y atrofia menopausica.

DEGENERACION QUISTICA: En que áreas grandes o pequeñas experimentan licuefacción y cambios que producen focos quísticos.

CLASIFICACION: Es un cambio degenerativo importante que ocurre con mayor frecuencia en la post-menopausia. Las áreas de clasificación pueden ser escasa o difusa.

DEGENERACION ADIPOSA: Suele observarse como signo coinsidental en el análisis al microscopio.

NECROSIS: Se deriva de torsión del mioma pendiculado o causa adelgazamiento u otros cambios endometriales con el grado necesario para obstaculizar la implantación.

MUERTE: Ningún autor de los consultados menciona a miomatosis como causa de mortalidad en mujeres de 40-50 años de edad.

NIVELES DE PREVENCION

PREVENCION PRIMARIA

PROMOCION A LA SALUD:

Educación higiénica y nutricional a madres de familia.

Nutrición adecuada en las diferentes fases del desarrollo humano.

Atención al desarrollo de la personalidad.

Pláticas de educación sexual como parte del desarrollo en el adolescente.

Visita al médico para revisión general aún en estado sano de salud.

PROTECCION ESPECIFICA:

Realizar pláticas de cáncer cérvico uterino al público en general.

Promover el papanicolaou cada seis meses entre mujeres con vida sexual activa.

Promover el uso del condón como medio para evitar la concepción y así mismo. Enfermedades cérvico uterinas.

Divulgar entre la comunidad femenina información sobre los diferentes tipos de enfermedades neoplásicas benignas.

Visitas continuas al ginecólogo, con el fin de detectar a tiempo cualquier anormalidad.

PREVENCION SECUNDARIA

DIAGNOSTICO PRECOZ Y TRATAMIENTO OPORTUNO

- Detección de casos en etapas tempranas mediante visitas al ginecólogo cada año, en caso de resultar alguna alteración acudir a consultas ginecológicas continuas, así como realizarse papanicolaou cada seis meses.
- Exámenes clínicos selectivos. (ultrasonido pélvico, rayos x, biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina),
- Tratamiento adecuado que depende de la edad de la usuaria, su paridad, presencia o no de embarazo, el deseo de futuros embarazos, su salud general, y los síntomas que presenten, así como dimensiones, la localización y estado de conservación de los miomas.
- Para las mujeres que desean conservar su capacidad de reproducción se realiza miomatosis, empleo de análogos de la Gn RH antes de la cirugía para disminuir el tamaño de los miomas y hacer más sencillo el procedimiento. (Berkow 1994, pág. 2003).
- Surgir una dieta rica en hierro como lentejas, frijol, garbanzo, hígado, verduras verdes, etc.

LIMITACION DE LA INCAPACIDAD:

Tratamiento adecuado para impedir el avance de la enfermedad uy así evitar complicaciones y secuelas (histerectomia).

Limitar el daño a otros órganos.

En caso de anemias crónicas transfusión sanguínea, así como terapéuticas a base de hierro con el fin de evitar leucemias u osteoporosis.

PREVENCION TERCIARIA

REHABILITACION:

La rehabilitación es lenta, primero en el post-quirúrgico, con la ayuda de la enfermera inicia su movilización pasiva en la unidad, evitando al máximo que sienta dolor. Para que posteriormente inicie la deambulación asistida y al momento de ser dada de alta sea capaz de caminar por si sola.

Se fomentará en la usuaria su participación hasta donde le sea posible en labores sencillas del hogar, hasta que logre incorporarse totalmente a sus labores cotidianas. Así como también hacerle ver que puede llevar una vida sexual activa después de cumplir con la recomendación de abstención por seis semanas. Todas las usuarias se recuperan al 100% alargando su promedio de vida.