



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

00921
97

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UNA PERSONA GESTANTE CON
ALTERACIÓN EN EL DESEMPEÑO DEL ROL

Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Ku Pat Pascual Martín
No. de Cuenta: 098608809

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Asesor del trabajo
Lic. en Enf. Ma. Aurora García Piña

SECRETARÍA DE ASUNTOS EDUCATIVOS

Yucatán, Mérida, 2003





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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Por permitirme en primer lugar, darme la vida y después los valores y la responsabilidad para superarme ante las adversidades.

A mi esposa:

Por comprender mis ausencias y colaboración en mi preparación profesional.

A mis asesores y compañeros:

Que gracias a ellos logre el tesoro más valioso, la experiencia y el conocimiento.

Índice

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I. Introducción.....	4
II. Justificación.....	6
III. Objetivos.....	7
3.1 Objetivo general	
3.2 Objetivos específicos	
IV. Metodología	8
V. Marco Teórico	9
5.1 Evaluación Histórica del Cuidado Enfermero	9
5.2 Definición de Enfermería	12
5.3 Conceptos básicos de Virginia Henderson	12
5.4 Definición del proceso de Enfermería y sus etapas	13
5.5 Etapa de desarrollo del paciente "Adulto Joven"	18
5.5.1. Características biopsicosociales.	19
VI. Presentación del Caso Clínico	22
VII. Desarrollo del Proceso.....	25
VIII. Conclusiones	51
IX. Sugerencias	52
X. Referencias Bibliográficas	53
XI. Anexos	55

INTRODUCCION

La teoría y la práctica del mundo contemporáneo se enfrentan a tradiciones y costumbres socioculturales, pero en base a Modelos de Atención de Enfermería se hacen más objetivos los cuidados que se otorgan al cliente en beneficio de su salud individual y colectiva.

En consideración a que los Procesos de Enfermería son de gran importancia para la práctica dentro de la disciplina de enfermería y que a su vez generan reforzamiento e investigación personal y cultural, el presente Proceso de Enfermería con base en el " Método de Atención de Virginia Henderson me permite la valoración de 14 necesidades básicas" .

El presente trabajo contiene: mi justificación y explicación del porque la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería a una adulta joven que cursa un embarazo normal; así como mis objetivos me permitirán alcanzar lo que quiero en el cliente.

Basándome en una metodología empleada para lograr las metas preestablecidas mediante un marco teórico que fundamenta de manera científica mis acciones .

Debido a que la investigación contribuye al enriquecimiento del conocimiento se hace primordial la construcción de un marco Teórico que nos permita tener bases o fundamentos científicos para el desarrollo y construcción de cualquier Proceso de atención de Enfermería , para su comprensión me permito mencionar los siguientes temas : la evolución histórica del cuidado enfermero, definición de Enfermería , conceptos básicos del Modelo de Virginia Henderson , definición del proceso de Enfermería y sus etapas así como también la etapa de la vida en la que el cliente se encuentra con sus características físicas, psicológicas, biológicas, culturales y sociales.

El presente caso clínico hace mención de una paciente femenina de 25 años con 25 semanas de gestación aparentemente con un estado gravídico no deseado, por lo que me interesa su caso, ya que no desea llevar a término su embarazo, motivo por el que entablo comunicación con ella .

Para el desarrollo del proceso me baso en sus etapas , jerarquizando diagnósticos de acuerdo a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

El Marco Teórico, el caso clínico y el desarrollo del Proceso los presentare más adelante .

Posteriormente presentare mis conclusiones y sugerencias para mejorar dicho proyecto, como también mencionaré en el anexo un breve resumen de la fisiopatología del embarazo con sus síntomas, diagnóstico, tratamiento médico y al final anexaré la ficha de valoración de mi cliente.

Justificación

Es importante conocer las teorías y modelos de Enfermería, las cuales proporcionan una guía general para la práctica profesional por esta razón elegí el Modelo de Virginia Henderson para darle una directriz al cuidado de enfermería, con base a lo anterior se ha elaborado este proceso con la prioridad de identificar necesidades con dependencia y personalizar el cuidado enfermero.

En particular elegí dicho caso porque es una persona con un embarazo no deseado sin apoyo de una pareja ni de su familia, por lo cual esta cursando por un periodo de ansiedad y estrés.

Por medio de este tipo de trabajos y en base al Modelo de Virginia Henderson elaboraré un plan de atención de enfermería, tomando en cuenta las necesidades de mi cliente.

OBJETIVOS

3.2 Objetivo General:

Aplicar El Modelo de Virginia Henderson en el desarrollo del Proceso de Enfermería en una persona gestante con alteración en el desempeño del rol, en el "CMN Lic. I.G.T." alternando visitas domiciliarias del 3 de Abril al 3 de Junio del 2003 para proporcionar cuidados de enfermería con enfoque holístico

3.3 Objetivos Específicos:

- En la etapa de valoración se detectarán las necesidades de dependencia para construir los diagnósticos de Enfermería y elaborar un plan de cuidados en donde especificare lo siguiente:
- Lograr un cambio de actitud de mi cliente hacia su embarazo.
- Reconocer miembros de la familia con pensamientos erróneos y proporcionar información necesaria y veraz.

Metodología

Se cursa un seminario en Mérida Yucatán, con sede el Hospital Psiquiátrico, con una duración de 48 horas divididas en 3 visitas de Abril a Junio .

- 1.- Se revisa la parte teórica (bibliografía) con el fin de fundamentar el marco teórico .
- 2.- Se construye cada etapa del Proceso de Atención de Enfermería
- 3.- Se afilia dicho trabajo teniendo en cuenta que éste será integrado y transcrito.
- 4.- Se desarrolla en la etapa de Valoración la recolección de datos en 3 sesiones del 3 al 5 de Abril con duración de una hora haciendo uso del material y equipo (lápiz, baumanometro, estetoscopio, cinta métrica, báscula y guía de valoración)
- 5.- En cuanto al diagnóstico, jerarquizo prioridades de las necesidades valoradas para construir los diagnósticos reales, potenciales o posibles en cada contacto con el cliente.
- 6.- La planeación inicia posterior al diagnóstico enfermero estableciendo objetivos y acciones encaminadas a la resolución de algunas de las 14 necesidades básicas con dependencia o parcialmente dependientes del 10 al 13 de Abril.
- 7.- La ejecución inicia al llevar a la práctica las acciones encaminadas al logro de objetivos con el fin de lograr satisfacer las necesidades más apremiantes del 14 de Abril al 3 de junio.
- 8.- La evaluación inicia al término de la ejecución el cual permite confirmar el avance o retroceso de los objetivos planeados con el cliente como también permitirá realizar adecuaciones para lograrlos de la mejor manera posible del 26 de Abril al 30 de Mayo .
- 9.- Durante el mes de Mayo realizo las visitas necesarias con 3 programadas, al inicio, a mediados y a finales del mes, en la que evaluó los avances o retrocesos para elaborar un plan de alta sin seguimiento teniendo como fecha límite para terminar el proyecto del 3 de Abril al 3 de Junio del 2003. Cabe mencionar que se mantiene y mantendrá contacto con el asesor mediante asesorías personales y correo electrónico.
- 10.- Durante el mes de Junio las visitas serán una por semana para dar seguimiento al embarazo para que éste llegue a su término sin ninguna consecuencia que lamentar.

Marco Teórico

5.1 Evolución histórica del cuidado del enfermo

Si la enfermera es la administradora de la atención de enfermería el método que aplique al proporcionar el servicio determina los alcances, recuperaciones y la calidad de su práctica. Los servicios son dirigidos al individuo, la familia y la comunidad aparentemente con alguna patología o si ella. El servicio de la humanidad es la principal función de la enfermería y su razón de ser.

El inicio de los cuidados como un acto de vida, se pierde en la memoria de la propia existencia del hombre; la consideración de la salud y la enfermedad es distinta en las diferentes etapas de la sociedad, condicionada por los valores, creencias, cultura, economía y otros factores sociales que vive el hombre en un periodo determinado.

La evaluación histórica se remonta desde tiempo atrás, en el que los cuidados de enfermería constituyen hechos históricos con carácter propio e independiente.

Domínguez Alcón manifiesta que en este momento forma parte de nuestro que hacer como enfermeras el intentar iluminar, a la luz de la historia, el contenido propio de nuestra disciplina; tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quién los ha proporcionado, cómo, dónde, por qué y para qué; dando como conclusión que "aprehender de nuestra, como pensadores y hacedores de cuidados de enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples intereses interrelacionarlos (1)".

Los cuidados de enfermería en la sociedad primitiva se basaba en un concepto de ayuda; de supervivencia y domésticos e institucionales. "En el periodo clásico se vuelve más práctica, domestica, institucionalizada y social, surge el cristianismo con el concepto de ayuda y vocación cristiana caritativa.

Posteriormente, surge Nightingale con el cuidado es técnica y arte; respaldado científicamente en nuestros días con el modernismo el cuidado es investigación y teoría para una especialidad y formación llena de conocimientos para originar cuidados de enfermero de calidad y calidez.

A grandes rasgos la evaluación histórica del cuidado enfermero cursa por cuatro etapas según García Caro Catalina, las cuales son

(1) colliere M.F. Promover la vida, Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid 1993

Etapa Doméstica: el cual se basa en el concepto de ayuda a los demás, presente desde los inicios de la civilización se caracteriza por ser la mujer la encargada de dichos cuidados utilizando elementos que son parte de la misma vida natural como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, para el contacto maternal y transmitir bienestar (cuidados básicos).

Etapa Vocacional: se asocio al nacimiento del Cristianismo atribuyendo que la salud y la enfermedad son designios de Dios como consecuencia lo importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener. Hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios y permanecer en el seno de la iglesia. Reconfortar a través del consejo de tipo moral y utilizar el cuidado como vehículo de salvación propia y comunicación con Dios; apareciendo la figura de mujer cuidadora llamada por Colliere "la mujer consagrada (1)".

Por otro lado, las normas cristianas eran estrictas y rechazaban todo contacto corporal, centrandó la enfermera en la atención en forma de oración y en consejos morales.

Los conocimientos teóricos eran nulos y los procedimientos muy simples resaltaban el sentido religioso; la caridad, sumisión y obediencia. La enfermería en esta época no requería de ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa.

Etapa Técnica: se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad. Surge el desarrollo científico y tecnológico aplicado a la atención médica conduciendo a centrarse en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento; al contar con una mejor tecnología el personal médico y técnico hizo necesaria la aparición de un personal que asumiera tareas que realizaban los médicos; de esta forma al personal que se encargaba del cuidado del enfermo, se les denominó personal paramédico o auxiliar. La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso permitieron el inicio de la enfermera en vías de profesionalización, esto se atribuye a Florence Nightingale.

El paso de esta etapa técnica, desde la etapa vocacional, no ocurrió de una de una forma brusca; sino que se tomó un largo periodo conocido como Etapa Oscura de la enfermería.

10

Etapa Profesional: en la actualidad la salud se entiende como un proceso integral y no como un estado, esta transformación es debido al fruto de la evolución en materia económica, social y política de la comunidad humana.

H San Martín considera la salud como un “fenómeno de tipo psico-biológico-social. En este concepto hay tres aspectos a considerar: un componente subjetivo (bienestar), otro objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo Psicosocial (adaptación social del individuo (1))”.

Debido a este nuevo concepto de salud, las enfermeras han tenido que ampliar el campo su preparación como investigadoras y enriquecer su nivel teórico y filosófico, comienzan a emplear métodos de trabajo científicos y se incluyen las enseñanzas en la universidad. Es aquí donde se inicia la etapa de la enfermería profesional.

5.2 Definición de enfermería

Enfermería es la ciencia que comprende los conocimientos, actividades y aptitudes necesarias para atender correctamente las necesidades del individuo, grupo y comunidad, referentes a la salud, su conservación y promoción y su reestablecimiento.

5.3 Conceptos Básicos del Modelo de Virginia Henderson

Enfermería.- La definió en términos funcionales: “la única función es ayudar al individuo enfermo o sano a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación o una muerte tranquila que llevaría a cabo sin su ayuda si encuentra la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal manera modo que se le facilite la conservación de la independencia lo más rápida posible”.

Salud: No dio una definición propia, pero la comparó con la independencia y con otras muchas definiciones entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud; y declara que se trata más bien de la calidad de la salud y de la propia vida, ese margen de vigor mental y físico permite a una persona trabajar con la mayor eficacia y alcanzar el nivel de satisfacción vital en sus más altas metas.

Entorno: No dio una definición propia, se basaba en el Webster’s New Collegiate Dictionary de 1961, en el que se define como “el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida o al desarrollo de una organismo”.

Persona (paciente/cliente): Lo define como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.¹²

(1) l) colliere M.F. Promover la vida, Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid 1993

Necesidades: Las cuales no las define concretamente, solo señala 14 necesidades básicas del cliente, que abarcan todos los componentes de la asistencia de enfermería.

14 Necesidades básicas del cliente:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Evacuar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener una postura adecuada.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir la ropa adecuada (para vestirse y desvestirse).
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado seleccionando la ropa y modificando las condiciones ambientales.
8. Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás.
10. Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Actuar con arreglo a la propia fe.
12. actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo.
13. Disfrutar o participar en diversas formas de entrenamiento.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normales y acudir a los centros sanitarios disponibles.

5.4 Definición del Proceso de Enfermería y sus etapas

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso.

La aplicación del proceso es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional.

Proceso de enfermería:

Proceso sistematizado y organizado para diagnosticar y tratar problemas de salud reales y potenciales que se aplica en la enseñanza e investigación

El proceso del enfermero es un proceso sistemático de brindar cuidados humanistas centrados en logro de objetivos de forma eficiente.

Cuyas características son:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- a) *Es un método:* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de soluciones de problemas y del método científico.
- b) *Es sistemático:* por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).
- c) *Es humanista:* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y no se debe fraccionar.
- d) *Es intencionado:* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera (o).
- e) *Es dinámico:* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- f) *Es interactivo:* por requerir de la interrelación humano-humano con el usuario para recordar y lograr objetivos comunes.

Propósito del proceso de enfermería, constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La aplicación del proceso de enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera profesionalmente, el proceso de enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la personalidad.

Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado
- Continuidad en la atención
- Mejora la calidad de la atención

Para la enfermera:

- Se convierte en experta
- Satisfacción en el trabajo
- Crecimiento profesional

Las etapas del proceso de enfermería constan de cinco etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente:

1. *Valoración:* nos permite reunir la información necesaria referente al usuario, familia y comunidad con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas así como los recursos (capacidades) con los que cuentan.

La valoración tiene que ser total e integral siguiendo un modelo holístico, es decir, un modelo enfermero tomando como base cualquier teoría de enfermería o bien, optar por las necesidades humanas, patrones funcionales de salud o de respuesta humana; cabe hacer mención que la elección del modelo enfermero a utilizar depende de la preferencia hacia determinado enfoque, marco teórico y características del usuario (niños, adultos, embarazadas, personas sanas o enfermas...) y de las normas de la institución donde se realicen.

Es un proceso continuo que proporciona información valiosa permitiendo emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo como también de capacidades existentes para conservar o recuperar la salud.

Pasos de la valoración:

- Recolección de la información: da inicio con el primer contacto y continua con cada encuentro subsecuente hasta que el cliente sea dado de alta. La recolección puede ser general o específica
- Fuentes directas primarias (cliente y familia).
- Fuentes directas secundarias (amigos y otros profesionales de salud).
- Fuentes indirectas (expediente y bibliografía relevante).

En la valoración existen cuatro tipos de datos:

- **Subjetivos:** son los que el cliente me refiere con manifestaciones de carácter individual.
- **Objetivos:** Son todos los datos observables y medibles.

- **Históricos:** son hechos del pasado relacionados con la salud del usuario (antecedentes familiares, hospitalizaciones, tratamientos, etc.)
- **Los actuales:** son los que suceden al momento; son el motivo de consulta y hospitalización.

Durante la valoración se recolecta información mediante:

- **Entrevista:** es una labor compleja con cierta habilidad en la comunicación e interrelación, teniendo como finalidad la obtención de información necesaria para el diagnóstico y planeación de actividades, iniciación de un ambiente terapéutico caracterizado por el diálogo fluido con respeto, confianza y armonía para el establecimiento de objetivos comunes (enfermera-cliente).
- **Examen físico:** permite obtener una serie de datos para valorar el estado de salud y determinar la eficiencia de las intervenciones de enfermería el cual debe ser completo, sistemático y preciso, con un modelo por sistemas corporales o de cabeza a pies.

Para el examen físico existen cuatro técnicas principales:

- **Inspección.-** consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oídos. Es un proceso activo e el cual se debe saber lo que se va a inspeccionar y el orden.
- **Palpación.-** consiste en utilizar el tacto, es decir, la yema de los dedos ya que por su inervación son sensibles para determinar textura, temperatura, posición y tamaño de órganos, pulsos, etc.
- **Percusión.-** consiste en dar golpes sobre la superficie del cuerpo para producir sonidos o vibraciones; se emplea para determinar el tamaño y forma de órganos, presencia de líquido, aire o algún sólido. Puede ser directa al golpear el área que ha de percudir con la yema de los dedos o indirecta cuando se coloca contra la piel el dedo medio de la mano dominante y se procede a golpear con la punta del dedo de la otra mano.
- **La auscultación.-** proceso de escuchar sonidos producidos por el cuerpo o valorar el funcionamiento de diversos órganos; el cual puede ser directa o indirectamente.
- **La somatometría.-** permite valorar el estado de salud del cliente (crecimiento normal) al mismo tiempo sirve para calcular dosis de medicamentos.

2. *Diagnóstico*: consiste en el análisis de la información obtenida para emitir un juicio sobre el estado de salud del usuario, familia y comunidad.

Los pasos para el diagnóstico consisten en:

- Razonamiento diagnóstico.- que consiste en la aplicación del pensamiento a la solución de problemas integrando conocimientos adquiridos para finalmente concluir en un juicio clínico.
- Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.- consiste en haber realizado la valoración con razonamiento diagnóstico, conociendo las estructuras que deben tener dichos diagnósticos y problemas interdependientes.

El diagnóstico de enfermeros es un juicio clínico sobre la respuesta humana (cliente, familia y comunidad) a procesos vitales y a problemas de salud reales y de riesgo en donde la enfermera es responsable de sus predicciones, prevenciones y tratamientos independientes.

El diagnóstico interdependiente es un juicio clínico sobre las respuestas fisiopatológicas del organismo a problemas de salud reales o de riesgo, en donde la enfermera es responsable de sus predicciones, prevenciones y tratamientos en colaboración con el equipo sanitario.

- Validación.- consiste en confirmar la precisión de los diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes con el cliente o mediante asesorías para confirmar dichos diagnósticos.
- Registro de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.- se realizan al transcribir tales en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para iniciar con la etapa de planeación

3. *Planeación*: es el desarrollo de un proyecto donde se establecen objetivos y acciones encaminados a predecir, prevenir y tratar problemas relacionados con la salud.

Pasos de la planeación:

- Establecer prioridades.- consisten en que primero se deben resolver las necesidades que pongan en peligro la vida del cliente, siguiendo con las de seguridad y protección, amor y pertenencia, problemas de autoestima y por último las que intervienen con la capacidad para lograr objetivos personales.
- Elaborar objetivos.- Los objetivos se elaboran de acuerdo al diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes para alcanzar el fin deseado.

- Determinar acciones de enfermería.- son acciones y estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos trazados, estos están encaminados a tratar los factores relacionados o de riesgo del problema; utilizando pensamiento crítico.
- Documentar el plan de cuidados.- la documentación es el registro de los componentes del plan de cuidados en formatos especiales que permiten guiar las intervenciones de enfermería, registrar resultados alcanzados y de acuerdo a los registros pueden ser individualizados, estandarizados y computarizados.

4. *Ejecución:* consiste en llevar a la práctica el plan mediante acciones que conduzcan el logro de los objetivos establecidos.

Pasos de la ejecución:

- Preparación.- consiste en tener todos los implementos necesarios para satisfacer las necesidades de manera conjunta con el cliente.
 - Intervención.- consiste en la presentación del plan de cuidados al cliente para conseguir los objetivos de manera conjunta.
 - Documentación.- son los registros en las notas de enfermería que a la vez sirven como documento legal para efectuar cambios en el proceso.
5. *Evaluación:* permite determinar el progreso del usuario, familia y comunidad hacia el logro de objetivos y valorar las competencias de la enfermera (o) en el desarrollo de las cuatro etapas anteriores, lo que posibilita hacer las modificaciones necesarias.

La evaluación es una de las mayores exigencias en toda práctica, como parte del proceso es continuo y formal por lo que esta presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución para determinar el logro de objetivos, variables, factores que afectan y sobre todo decidir si se mantiene el plan se modifica o finaliza “confronta el estado de salud actual con el anterior y corrobora la consecución de objetivos”.

5.5 Etapa del desarrollo del paciente “adulto joven”.

El desarrollo es un continuo que se da durante toda la vida. El periodo adulto en juventud o adultez temprana (los veinte y los treinta años de edad) es la etapa que comienza tan pronto termina la adolescencia, los adolescentes se han ido preparando paulatinamente para la etapa de adulto.

Los cambios en el adulto, su personalidad y en su comportamiento se deben menos a la edad cronológica o a cambios biológicos específicos y más a factores personales, sociales y culturales. Los influjos sociales y las exigencias culturales en la juventud apoyan, amplían o alteran los patrones conductuales fincados en el periodo de la adolescencia. El rasgo distintivo de la madurez es la creciente capacidad de reaccionar al cambio y adaptarse a las nuevas circunstancias. La solución positiva de las condiciones y dificultades constituyen el fundamento de la actividad madura de un adulto. No todos los adultos avanzan o estructuran su vida en la misma forma.

5.5.1. CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES

Características Físicas

Las respuestas a los acontecimientos de la vida dependen de la capacidad física, fuerza y resistencia. Casi todos los aspectos del desarrollo físico alcanzan su nivel máximo en esta etapa. El cuerpo toma la forma que lo caracteriza: sexo, la amplitud de las caderas en la mujer, la anchura de hombros en el hombre. La talla ha llegado a la longitud que conservará hasta los 40 años. El peso ganado es más o menos estable.

El funcionamiento de los órganos, el tiempo de reacción, la fuerza, las habilidades motoras y la coordinación sensoriomotora alcanza su máximo nivel entre los 25 y los 30 años de edad.

Los signos vitales generalmente se deben mantener en los rangos siguientes:

TA: 100/70 A 110/80

FC: 70-80 por min.

Resp. 16-24 por min.

Tº: 36.1-37.2 °C

Características Psicosociales

- Tienen un mayor sentido de realidad, diferenciándolo de la fantasía.
- Es más real en sus aspiraciones y empieza a elaborar planes futuros.
- Se independizan de los cuidados paternos, aunque no se rompe con los lazos afectivos de los padres.
- Terminan una profesión o se establecen en un empleo.
- Formación de un hogar (para tener su propia familia).
- Expresan sus emociones.
- Encuentran su lugar en la sociedad.
- Toman decisiones y aceptan responsabilidades.

- Les es necesario buscar diferentes orientaciones para el cambio de decisiones.
- Tienen tolerancia para las frustraciones, satisfacciones e intereses.

Para definir las tareas centrales del desarrollo de la adultez recurriremos a las etapas psicosociales de Erikson. La teoría de Erikson propone ocho etapas (o crisis) psicosociales y cada una se basa en la anterior. El desarrollo del adulto está subordinado a la forma en que haya resuelto los problemas de los periodos anteriores: dilemas de confianza y autonomía, de iniciativa y laboriosidad. Durante la adolescencia los problemas fundamentales por resolver eran la consecución de la identidad frente a la confusión. Se trata de dilemas que persisten y que dan sentido de continuidad a las experiencias del adulto. Los adultos definen y redefinen su personalidad, sus prioridades y su lugar en el mundo.

La crisis de intimidad frente al aislamiento es el otro aspecto que caracteriza la adultez temprana. La intimidad consiste en establecer una relación estrecha, mutuamente satisfactoria, con otra persona. Representa la unión de dos identidades, sin que ninguno de los dos pierda sus cualidades propias. En cambio, el aislamiento es la incapacidad o intento vano de lograr la reciprocidad, algunas veces porque la identidad es demasiado débil para arriesgar una unión cercana con otro.

El adulto joven debe buscar su autodefinición y su estima. Una de las formas de conseguir la autoafirmación, está en independizarse gradualmente de sus padres. Esto implica el desarrollo de valores propios y la toma de decisiones personales; el aspecto de adquisición de autoestima consiste en aprender a tener respeto por la competencia propia; a su vez esto constituye la base del respeto para con los demás.

Una de las bases para que el adulto encuentre su lugar como miembro útil en la sociedad es que acepte las consecuencias de sus actos, que las decisiones que tome sean firmes y que soporte sus consecuencias y se enfrente a la realidad.

Este proceso se consigue de una forma gradual a través de la infancia y la adolescencia. Esto ayuda al adulto joven a descubrir sus propias fuerzas y debilidades, a proponerse objetivos reales.

Los individuos en esta etapa atraviesan por varias situaciones, tales como soltería, noviazgo, matrimonio, nacimiento de los hijos, divorcio o separación. La iniciación de estas situaciones depende de diversos factores, unos propios del individuo y otros propios de su medio; entre ellos están los etnológicos y los culturales.

El adulto joven pasa por etapas, una llamada soltería, que es el lapso de edad en que el individuo ya sea hombre o mujer, empieza a ser adulto y la época del adultez, en que tiene una unión estable de pareja.

Durante esta época el hombre y la mujer deben estar adquiriendo el bagaje cultural para su plena autonomía personal; para impartir a su vida el curso conciente, responsable y deliberado que estimen conveniente con el consejo de sus padre o de otros adultos mayores, pero sin dependencia, es decir, deben tomar sus propias decisiones; aún las más trascendentales y responsabilizándose a plenitud con las consecuencias, sean positivas o negativas, favorables o desfavorables, que esas mismas decisiones y resoluciones produzcan.

La soltería es una situación de mucha polémica por su complejidad. Se consideran dos clases de solteros: el soltero joven, que vive lleno de expectativas hacia una futura unión, cuyos solteros mayores, entre 30 y 40 años, que han encontrado una forma de existencia más o menos definitiva como tales y que piensan que al formar una pareja con vínculo supone una limitación de la libertad individual.

La mujer por enfoques equivocados, por presiones familiares y sociales, por valoración inadecuada de sí misma y por menosprecio de la familia, comienza a considerársele "solterona", si al llegar a los 25 años no se ha casado; esta actitud es supremamente negativa y probablemente una de que más daño hace a la mujer de edad adulta, precipitándola a veces a matrimonios que no son los más aconsejables; la persona puede tener un futuro por completo satisfactorio, mediante el desarrollo de sus capacidades en cualquier campo del saber, además, compartiendo sus intereses con amistades de ambos sexos y su familia, y estructurando su vida hacia los años futuros.

La adaptación a la soltería depende de cada individuo, en algunos puede producir falta de plenitud y soledad, en otros no.

En la toma de decisiones el adulto joven deberá hacer un autoexamen reflexivo conciente y crítico, para reajustarse a la vida en forma satisfactoria, equilibrada y sana.

El matrimonio puede parecer una aspiración muy deseable, dentro del cual encausan y apoyan su vida futura, pero sin mirarlo necesariamente como única alternativa.

Presentación del caso Clínico

Me entero del caso, cuando en un día de labores una cliente ingresada como comentario menciono que una compañera de trabajo, soltera, estaba embarazada y no quería tener ese bebe, por lo que le manifiesto que como personal de salud me interesa la situación ya que estoy en proceso de titulación y me gustaria exponer dicho caso con el objetivo de que ella acepte su embarazo y este llegue a su termino; por lo que me pongo en contacto con ella el día 11 de Abril cuando acude a visitar a su amiga en el hospital y mediante la entrevista ella acepta que la visite en su domicilio al día siguiente por la mañana, para que le llene una ficha de identificación.

Se trata de femenina de 25 años de edad. Soltera, con embarazo de 25 semanas de gestación, primigesta de religión católica, escolaridad media superior terminada; y debido a la crisis económica actualmente labora en una maquiladora de prendas de vestir para apoyar al gasto familiar motivo por el cual dejo sus estudios.

De estrato socioeconómico medio bajo, convive con sus padres y hermanos en casa propia la cual cuenta con los servicios básicos de urbanización .

Como antecedente heredo familiar de importancia es la obesidad.

La cliente actualmente cursa con un embarazo no deseado, producto de una relación con un hombre casado, ya que no estaba entre sus planes concebir soltera; lo cual lo manifiesta con ansiedad , temor, y rechazo por parte de su familia, ella misma manifiesta una alteración en el desempeño del rol, motivo por lo que ha acudido ocasionalmente a 2 consultas prenatales.

Desarrollo del Proceso

“ Cada una de las etapas del proceso, se desarrollara como ya se señalo en la metodología “. Cabe hacer mención que se transcribirá en cuatro etapas las cuales son :

- 1.- Valoración de las 14 necesidades básicas
- 2.- Conclusión de Diagnósticos de Enfermería
- 3.- Enlistado de Diagnósticos de Enfermería
- 4.- Plan de atención.

Anexos

Se pretenderá abordar el instrumento metodológico para la valoración de necesidades , así como una breve descripción del embarazo que doy a continuación.

Embarazo: Proceso fisiológico de la mujer desde el momento de la concepción hasta el nacimiento con un periodo de 9 meses de gestación .

Síntomas: Amenorrea, náuseas, vómito, hipersensibilidad, aumento de peso,

Signos: cambio en las mamas, crecimiento abdominal, cianosis de la vagina, reblandecimiento del cuello , crecimiento generalizado y reblandecimiento difuso del cuerpo.

Diagnóstico diferencial: El ultrasonido y prueba de embarazo .

“ Todo comienza cuando un ejército de minúsculos espermatozoides corren enloquecidos a la caza de un recién nacido óvulo, al final uno solo de los miles de pretendientes llega a conquistar ese objetivo. Y ahí , precisamente ahí comienza la construcción de un nuevo ser “

VII . Desarrollo del proceso

7.1. Valoración de Necesidades

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.

La cliente manifiesta dificultad respiratoria al realizar sus actividades cotidianas, como lo son lavar, planchar, aseo en el hogar e ir al trabajo. No fuma.

Al visitar a la cliente en su hogar y verla realizar la limpieza del hogar, la observo con diaforesis y polipnéica. durante la exploración física le confirmo una frecuencia respiratoria de 26 inhalaciones por minuto, con intensidad y profundidad acompañada de una frecuencia cardíaca de 100 por minuto, una presión arterial de 130/90. Al termino de la visita le observo un patron respiratorio de 18 inhalaciones por minuto, de intensidad y profundidad aceptable con una T/A de 110/80 .

2.- NUTRICION E HIDRATACION.

La cliente manifiesta dificultad para llevar una dieta balanceada y a una hora fija por la rotación de turno de su trabajo , entre los alimentos que ingiere se encuentran frutas, verduras, cereales en las que las frutas ocupan el primer lugar debido a los horarios de trabajo afectando el número de comidas. Siendo únicamente de 2 fuertes dependiendo del turno a laborar (turno matutino o vespertino) .

Le desagrada la comida grasosa, actualmente ingiere micronutrientes (ácido fólico y fumarato ferroso) pero no le agrada su sabor y dependiendo si el clima es caluroso puede ingerir 3 litros de agua purificada en 24 horas, actualmente pesa 60 kilos y mide 1.55cm, considera que su apetito ha aumentado .

Se observa piel sonrosada bien hidratada sin ninguna alteración visible excepto por una cicatriz en la ceja izquierda por una caída a los 10 años en la escuela , cara redonda y aumento de peso.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3.- ELIMINACIÓN.

La cliente manifiesta que su eliminación intestinal es de 1 x 24, refiere que las heces son de color café oscuro por lo que le explico que es efecto del fumarato ferroso y sus micciones de 5 a 8 eliminaciones al día de color amarillo fuerte . Al principio dicho medicamento le causaba náuseas, por lo que rehusaba ingerirlos y mediante la explicación de su funcionamiento durante el embarazo acepta el tratamiento.

4.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Los patrones de actividad cotidiana disminuyeron ya que acostumbraba ir al cine o a bailar en sus días de descanso o los fines de semana. Debido a su estado la deambulación y postura se le hacen cansado por lo que opta ver TV en casa, revistas o dormir, pero también se ocupa de la limpieza de su casa y de ir al trabajo caminando o en bicicleta. Cabe mencionar que al sentirse cansada o agitada suspende dichas actividades descansando para continuar con sus labores.

5.- DESCANSO Y SUEÑO

Dichos patrones son variados por que tiene que rotar dos turnos en el trabajo. En su mayoría duerme posterior a ver televisión o una revista a más tardar a las 10 de la noche y cuando le toca el primer turno más temprano. Actualmente cursa con un estado emocional que no le permite conciliar el sueño fácilmente aún utilizando facilitadores o reductores de tensión, sus siestas son muy variadas en horarios por sus turnos de trabajo máximo 30 minutos.

6.- USO DE PRENDAS ADECUADAS PARA VESTIR.

Mantiene una higiene personal adecuada y prendas para las cuatro estaciones del año, actualmente su autoestima esta disminuida debido a un embarazo no deseado por lo que manifiesta no sentirse a gusto con ropa de maternidad y utiliza ropa inadecuada a la de una mujer gestante.

7.- TERMORREGULACIÓN.

Manifiesta que es friolenta y por mas que se cubra al dormir siente frio.

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Debido al clima caluroso y al trabajo se baña de 2 a 3 veces al día , cuando va y regresa del trabajo así como cuando se va a dormir, la higiene bucal la realiza 3 veces al día y la limpieza de manos cuantas veces sean necesarias. Se observa tez morena y piel sin ninguna alteración aparente.

9.- EVITAR PELIGROS.

Utiliza ropa apretada, zapatos de tacón e incluso en ocasiones usa faja de compresión abdominal y al asear su casa lo realiza sin zapatos. Como modista la iluminación en el trabajo es adecuada pero en su hogar no. En dicho hogar el ambiente es muy tenso ya que se siente insegura, con miedo y ansiedad esto es por que sus hermanos le han querido golpear, sobre todo cuando están alcoholizados.

La estructura de la casa no presenta algún riesgo. los recursos de salud los utiliza ocasionalmente por lo que se le insiste que en este momento es un beneficio para ella y que no debe faltar a sus citas de control perinatal.

10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE Y SEXUALIDAD.

Cuenta con los servicios básicos de comunicación y transporte, manifiesta que la comunicación con sus familiares disminuyeron ya que se tornaron esporádicas e hirientes. Aparentemente tiene facilidad para expresar sus sentimientos y pensamientos . El rol de amigos disminuyo pero tiene una amiga que le aconseja no abortar.

Se siente identificada con el género y sexo que le corresponde, pero lamenta enfrentar sola una gestación inesperada ya que hubiese querido que éste se diera dentro de un matrimonio estable para sentirse apoyada y protegida por sus familiares ya que su pareja es un hombre casado que se deslindo de ella al saber de su embarazo; refiere tener nociones de métodos de control de la natalidad pero desconoce la forma de su uso.

11.- VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

Acostumbraba ir a misa dominical de 2 a 3 veces al mes y a su manera de pensar manifiesta que todo ya no es como antes, refiriéndose a ella misma, sus familiares, amigos y compañeros de trabajo por lo que opta estar siempre a la defensiva ante los demás.

A veces se siente deprimida y con sentimientos de culpa ya que traicionó sus valores y creencias religiosas, por lo que ya no acude a misa pero siempre tiene presente su fe católica y se pregunta siempre que pasaría si abortara.

Le falta superar los sentimientos de culpa, ya que siente que traicionó los valores que le inculcaron sus padres acerca de la concepción y el matrimonio.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Actualmente labora en una empresa que confecciona prendas de vestir, rola turnos semanales de 8 horas cada uno con respectivos descansos y vacaciones, la cual le ocasiona satisfacción por la remuneración económica ya que no se siente dependiente de alguien y ha comenzado a ahorrar.

Manifiesta que más adelante talvez le de problemas su estado gestante con su trabajo pero confía en que saldrá del conflicto que se le presente.

13.- PARTICIPA EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

No es muy afecta a dichas actividades y dado su estado de ánimo actual menos. Le gusta montar bicicleta desde niña la cual la utiliza para ir al supermercado quincenalmente y ocasionalmente al trabajo ya que la distancia es de aproximadamente 10 esquinas.

Acudía al cine y a bailar con su rol de amigos mucho antes de su embarazo.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Sabe leer y escribir y tiene nociones del desarrollo del ser humano en su ciclo vital (nacer, crecer, desarrollarse, reproducir y morir), desconoce la evolución del embarazo y sus cuidados en cada una de sus etapas, así como del trabajo de parto y puerperio además de los del recién nacido.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A PATRONES DE NECESIDADES

- 1.- Patrón respiratorio ineficaz en relación a actividades físicas manifestado por disnea.
- 2.- Posible alteración de la nutrición en relación a horario de trabajo manifestado por dos ingestas al día.
- 3.- Intolerancia a la actividad física en relación al embarazo manifestado con disnea al realizar actividades cotidianas.
- 4.- Alteración del Patrón del sueño en relación a un embarazo no deseado manifestado por ansiedad.
- 5.- Afrontamiento ineficaz en relación a embarazo no deseado manifestado con vestimenta inadecuada.
- 6.- Ansiedad en relación a posible daño manifestado por agresiones verbales o físicas de familiares.
- 7.- Alto riesgo de lesiones (caídas) en relación a realizar el aseo de la vivienda descalza y al hogar con poca iluminación.
- 8.- Baja autoestima situacional en relación a sentimientos de fracaso frente a un embarazo no deseado fuera del matrimonio.
- 9.- Afrontamiento ineficaz en relación a rol actual manifestado por deseos de abortar, actitud defensiva y desinterés por actividades de esparcimiento.
- 10.- Déficit de conocimientos de la evolución del embarazo y crecimiento fetal en relación a falta de información.
- 11.- Déficit de conocimientos sobre el parto en relación a una situación nueva manifestada con ansiedad.
- 12.- Déficit de conocimiento sobre autocuidado y cuidado del recién nacido en relación a falta de información.

CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA DE ENFERMERIA

NECESIDAD	* GRADO DE DEPENDENCIA	* FUENTE DE DIFICULTAD	DATOS
Oxigenación	PD	C	. Diseña y/o polipnea a la actividad.
Nutrición e Hidratación	PD	C	. Dos comidas fuertes en 24 hrs. .Desagrado de micronutrientes(nauseas, vómitos) .Aumento de peso
Eliminación	PD	C	.Excretas de coloración care oscuras
Movimiento y mantener Buena postura.	PD	C y V	.Dorsalgia .Fatiga .Agitación.
Descanso y sueño.	PD	C	.Tensión .Estrés .Embarazo .Miedo .Angustia .Ansiedad .Insomnio
Uso de prendas De vestir	I	CV	.Ropa inadecuada y no gestante .Zapatos de tacón .Faja de compresión abdominal
Evitar peligros	I	CV	.Zapatos y ropa inadecuada .Miedo a la agresión por sus hermanos .Ambiente familiar tenso .Riesgo de accidentes en el hogar Desinterés por su control perinatal
Comunicación y sexualidad	I	C y V	.Disminuye la comunicación entre los miembros de la familia .Esta a la defensiva no esta satisfecha con el

**TESIS C N
FALLA DE ORIGEN**

			<p>papel de futura mama y de embarazada</p> <p>.Miedo (hacia sus hermanos)</p> <p>Tiene pocos conocimientos sobre: métodos de planificación familiar.</p> <p>.Sentimientos de culpa</p> <p>.Quiere abortar</p> <p>.Temor a comentarios hirientes de su familia y de la sociedad</p>
Vivir según sus creencias y valores	I y PD	V	<p>.Autoestima disminuida</p> <p>.Aborto</p> <p>.Misa dominical</p> <p>.Fe católica en iguales circunstancias</p>
Necesidad de trabajo y realizarse	I	V	<p>.Turno de 8 hrs.</p> <p>.Rol de turnos</p> <p>.Descansos</p> <p>.Renumeración económica</p> <p>.Independencia</p> <p>.Inseguridad al avanzar su estado</p>
Participar en necesidades recreativas	PD	V	<p>.Defensiva</p> <p>.Angustia</p> <p>.Miedo</p> <p>.Deprimida</p> <p>.Montar bicicleta</p> <p>.Ir al cine</p> <p>.Ir a bailar</p>
Aprendizaje	I y PD	CV	<p>.Desconoce los cuidados durante el embarazo parto y puerperio así como del control perinatal</p> <p>.Tiene pocos conocimientos sobre los métodos de planificación familiar un aborto y sus consecuencias y del desarrollo del ciclo vital del ser humano.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

***GRADO DE DEPENDENCIA**

D = Totalmente dependiente
PD = Parcialmente dependiente
I = Independiente

*** FUENTE DE DIFICULTAD**

C = Conocimiento
F = Fuerza
V = Voluntad

Necesidad 1.- OXIGENACIÓN

Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz en relación a actividades físicas manifestadas por disnea.

Objetivo:

Que la cliente conserve la frecuencia respiratoria normal al realizar sus actividades.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
- Dar ideas a la paciente para evitar la disnea:	La tolerancia a la actividad depende de la capacidad que tiene el paciente de adaptarse a las necesidades fisiológicas.
- posición semifowler	La función pulmonar se modifica durante todo el embarazo convirtiéndose de abdominal a torácica por el crecimiento del contenido uterino por lo que dicha posición permite la expansión torácica para mejorar el intercambio gaseoso aliviando la disnea
- Reposar por periodos.	El reposo de manera periódica mejora la adaptación y funcionamiento cardiopulmonar, mejorando el patrón respiratorio normal.
- Descansar antes y después de las actividades.	Los periodos de descanso proporcionan al organismo intervalos de menor gasto energético, por lo tanto menor requerimiento de oxígeno aumentando la tolerancia a la actividad.
- Distribuir actividades a lo largo del	Al distribuir actividades se evita un

TESIS C. N
FALLA DE ORIGEN

y de los días.

gasto energético excesivo y se da tiempo para recuperarse entre una y otra actividad mejorando la frecuencia respiratoria.

Evaluación: La paciente mejora su función respiratoria al espaciar sus labores cotidianas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Necesidad 2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnóstico de Enfermería:

Posible alteración de la nutrición en relación a horario de trabajo manifestado por dos ingestas al día

Objetivo:

La cliente conocerá el tipo de dieta y la ingesta que debe llevar una Mujer gestante

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION
- Orientación higiénico dietética.	Una nutrición con los aportes calóricos necesarios durante el embarazo previenen una desnutrición fetal así como de una anemia a la madre.
- Interrogar sobre hábitos y tipo de alimentación.	Ayudan al paciente a ser conciente de tener un horario y una dieta balanceada de acuerdo a sus posibilidades .
- La importancia de llevar una dieta balanceada.	Una dieta balanceada comprende alimentos del grupo de carnes, leche, verduras, frutas, pan y cereales que siendo equilibrada aporta los requerimientos necesarios para el desarrollo del embrión.
- Informar al paciente sobre los trastornos alimenticios que ocasiona una dieta mal balanceada y sus consecuencias.	Esto crea conciencia de los riesgos que ocasionan la desnutrición y la obesidad y su repercusión durante el embarazo.
- Instar en que la ingesta alimentaria la realice tres veces al día.	La comprensión de la importancia de la nutrición óptima puede favorecer a que la cliente cumpla con el régimen dietético.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Evaluación: Durante las visitas domiciliarias a la cliente refiere ingerir alimentos nutritivos y que lleva al trabajo alimentos para compensar la otra comida fuerte aún rolando turno

Necesidad 4. MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

Diagnóstico de Enfermería:

Intolerancia a la actividad física en relación al embarazo manifestado con disnea al realizar actividades cotidianas.

Objetivo

La paciente realizará sus actividades sin llegar a la fatiga.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
Evaluar el patrón de actividades diarias.	El repaso de las acciones diarias del cliente permiten planear las actividades encaminadas a prevenir el agotamiento físico.
- Estimular al paciente a realizar actividades diarias de manera progresiva.	El cliente necesita información para cambiar el patrón de actividades físicas sin llegar al agotamiento.
- Instar a que el paciente realice periodos de reposo y/o siesta.	Los periodos de reposo y/o siesta dan al cuerpo un tiempo de bajo gasto energético aumentando la tolerancia a la actividad.
- Enseñarle técnicas de Mecánica corporal.	La mecánica corporal favorece la actividad diaria disminuyendo la fatiga

EVALUACIÓN: Conforme avanza la gestación la cliente refiere disminución de la fatiga al espaciar sus labores cotidianas

Necesidad 5.- DESCANSO Y SUEÑO.

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón del sueño relacionado a embarazo no deseado manifestado por ansiedad

Objetivo:

La cliente logrará conciliar el sueño en un lapso no mayor a 30 minutos.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACION
- Averiguar patrón habitual del sueño.	Los seres humanos necesitan de cierta cantidad de sueño para mantener el funcionamiento óptimo de su organismo tanto físico como mental, variando en cada individuo.
- Favorecer la práctica de hábitos de sueño (reducción de luz y ruido, ingerir bebida caliente, baño tibio y un horario establecido para acostarse a dormir).	La reducción de estímulos externos y la relajación muscular favorecen el sueño profundo y tranquilo.
- Observar signos y síntomas de insomnio, ansiedad o temor.	Cuando existen períodos de aumento o disminución de excitabilidad nerviosa, hay trastornos físicos que afectan el descanso. Mediante la resolución de la ansiedad y temores se refuerzan respuestas positivas actuales y futuras para poder conciliar el descanso y sueño.
- Informar que el embarazo es un ciclo normal en la vida de toda mujer.	La explicación objetiva del embarazo permite disminuir la ansiedad en el individuo con alteraciones emocionales.
- Platicar con la persona más significativa o amigos.	Contribuye a identificar y a afrontar situaciones tensas en un entorno amenazador o aparentemente mediante la búsqueda de soluciones grupales cuyo objetivo principal es

poder conciliar el sueño.

Evaluación: La paciente logra conciliar el sueño fácilmente con una duración de 7 a 8 horas diarias dependiendo de su turno a laborar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Necesidad 6. USO DE PRENDAS DE VESTIR

Diagnóstico de Enfermería

Afrontamiento ineficaz en relación a embarazo no deseado manifestado con vestimenta inadecuada.

Objetivo:

La cliente utilizará ropa de maternidad sintiéndose a gusto.

ACCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Comunicación con la paciente a través de las vistas domiciliarias frecuentes para que exprese sus sentimiento y emociones	<p>Animar al paciente a compartir sus sentimientos puede proporcionar una expresión segura de los temores y frustraciones, aumentando la conciencia de si misma, al cambiar su imagen corporal.</p> <p>La cliente necesita de motivación externa y familiar para seguir una rutina compleja y nueva como lo son la utilización adecuada y conciente de prendas de gestación, lo que con lleva a su autodeterminación para su uso.</p>
<ul style="list-style-type: none">- Instruir sobre vestido adecuado:<ul style="list-style-type: none">- ropa holgada, fresca y cómoda- zapatos de tacón bajo- no utilizar fajas de compresión abdominal	<p>La comunicación abierta y franca pueden ayudar al paciente y a su familia a aceptar y afrontar la situación y su respuesta, disminuyendo el riesgo de accidentes como las caídas y previniendo posibles deformidades fetales.</p> <p>El uso de prendas de vestir inadecuadas causan incomodidad en ella y malformaciones en el producto.</p>
<ul style="list-style-type: none">- Pedir apoyo a la familia, amigos, y otras mujeres embarazadas (emocional, de valor, consejería, asistencial)	<p>El apoyo por parte de familiares y allegados puede animar al paciente a visualizar el cambio corporal que ocurre durante el embarazo y así aceptar utilizar prendas de maternidad.</p>
<ul style="list-style-type: none">- Proporcionar catálogos de ropa de maternidad y revistas	<p>Permiten enriquecimiento de las diferentes prendas de vestir así como</p>

	también fomentan el cuidado personal vistiendo adecuadamente al estado actual
--	---

Evaluación: La paciente acepta su situación y los cambios corporales que en ella suceden por lo que accede a utilizar ropa de maternidad.

Necesidad 9.- EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería:

Ansiedad en relación a posible daño manifestado por agresiones verbales o físicas de familiares.

Objetivo:

La cliente disminuirá su ansiedad mediante la comunicación directa con sus familiares.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN
- Lograr que la cliente exprese sus sentimientos de ansiedad.	Permite la elaboración terapéutica encaminada a la disminución de los factores causantes de la ansiedad.
- Contactar y orientar a la familia sobre la problemática de una madre soltera.	La percepción individual y familiar se ven influidas por el estado emocional, opiniones, valores, intereses del individuo y experiencias por lo que la explicación de la situación actual ayuda a la comprensión y aceptación del individuo con determinada problemática.
- Reforzar las ideas y actitudes positivas en el cliente sobre las agresiones físicas y verbales .	El reforzamiento positivo permite paz y tranquilidad cuando son aceptadas de manera razonable .

Evaluación: Los familiares se portan renuentes pero al final aceptan cooperar para mantener la salud biopsicosocial de la cliente por lo que se logra la disminución de la ansiedad del paciente.

Necesidad 9. EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería:

Alto riesgo de lesión (caídas, fracturas) relacionado con el aseo del hogar descalza y con poca iluminación.

Objetivo:

Que la cliente conozca y evite los riesgos de accidentes en el hogar.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN
- Instruir sobre los riesgos de accidentes	La enseñanza de manera oportuna coadyuva a prevenir o disminuir accidentes en el cliente durante el desempeño de su vida diaria.
- Despertar el interés mediante imágenes visuales y lenguaje corporal.	La comunicación implica técnicas de enseñanza para despertar el interés y los sentidos del oyente.
- Que la cliente mencione los riesgos de accidentes (como realizar la limpieza descalza o con poca luz)	La comprobación mediante el interrogatorio o test permiten conocer lo aprendido para prevenir o disminuir accidentes.

Evaluación: La paciente conoce los accidentes que puede sufrir en su vida diaria y su prevención.

Necesidad 10.- COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

Diagnóstico de Enfermería:

Afrontamiento ineficaz en relación a rol actual manifestado por deseos de abortar, actitud defensiva y desinterés por actividades de esparcimiento.

Objetivo:

Que la cliente se integre a un grupo de apoyo .

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACION
1.- Pedirle a la cliente que exprese sus motivos para abortar.	La percepción de un individuo a un evento es única dependiendo de una serie de factores físicos, psicológicos y sociales, lo que permite seleccionar los sentimientos reales y potenciales para establecer una escala de prioridades y darles solución dando como resultado el afrontamiento de la situación actual.
2.- Confrontar a la paciente con situaciones reales de forma sutil	La preocupación de los asuntos personales en momentos no planeados dan origen a decisiones equivocadas por lo que el afrontamiento a situaciones factibles de cambiar permiten la resolución de los mismos sin agresividad.
3.- Fomentar el esparcimiento y la integración a grupos de amigos o de apoyo .	La sensación de seguridad y bienestar surgen cuando el individuo siente que experimenta que es capaz de realizar las actividades con apoyo y sin él , dando lugar a disminuir los sentimientos encontrados. La integración a grupos de apoyo aumenta la sensación de bienestar, seguridad y satisfacción de tal manera que le permiten al individuo utilizar al máximo dicha relación para el afrontamiento de su situación actual mediante los consejos y cuidados de los miembros del grupo. Las actividades de esparcimiento motivan el afrontamiento de situaciones las cuales se habían dejado

	de hacer por desinterés .
--	---------------------------

Evaluación: La cliente se integra al grupo de apoyo de las mujeres embarazadas de su colonia (UNI) .

0

Necesidad 11.- CREENCIAS Y VALORES.

Diagnóstico de Enfermería:

Baja autoestima situacional en relación a sentimientos de fracaso frente a un embarazo no deseado fuera del matrimonio.

Objetivo:

La cliente manifestará sentimientos positivos acerca de sí misma y del proceso biológico que cursa.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN
1.- comunicación con la paciente, respondiendo dudas y aciertos	El afrontamiento de los aspectos de vida que son incontrolables facilitan la comprensión de sus dudas y aciertos. El individuo que comprende y acepta su estado actual mediante la explicación de sus dudas y reforzamiento de sus aciertos coadyuvan al aumento de su autoestima.
2.- Observar y poner atención en las expresiones verbales y no verbales.	Permite establecer el patrón de necesidades para la búsqueda de soluciones.
3.- Explicarle que es una familia y su integración.	Aunque una familia según la sociedad se conforma por un matrimonio existen familias desintegradas.

Evaluación: La paciente reconoce que no todas las familias son iguales en cuanto a comportamiento e integración lo que favorece su autoestima.

Necesidad 14.- APRENDIZAJE.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimientos de la evolución del embarazo y crecimiento fetal relacionado con falta de información.

Objetivo:

La paciente conocerá el proceso del embarazo.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN
1.- Informar a la cliente con respecto al crecimiento y desarrollo fetal, el progreso del embarazo, los cambios físicos y emocionales, las rutinas de control prenatal y las complicaciones que pudieran ocurrir.	Una información sobre el proceso biológico, el tratamiento y las manifestaciones suelen reducir la falta de conocimiento y ampliar el horizonte de comprensión.
2.- Programar sesiones de información.	El aprendizaje de temas desconocidos favorecen la capacidad de afrontar situaciones nuevas y hacerlo paulatinamente da lugar a la captación de ideas principales.
3.- responder dudas y preguntas.	Se establece un ambiente educativo y de apoyo que puede ampliarse durante el curso del embarazo para adquirir conocimientos necesarios del cliente

Evaluación: La clienta expresa cuales son los cambios físicos del feto y la evolución del embarazo después de 4 sesiones.

Necesidad 14.- APRENDIZAJE

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimientos sobre el parto relacionado a una situación nueva manifestado con ansiedad.

Objetivo:

La cliente conocerá las etapas del trabajo de parto.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACIÓN
- Establecer comunicación con la paciente explicándole: - los signos y síntomas del trabajo de parto - ejercicios respiratorios - las acciones del personal de salud a realizarsele.	La mujer embarazada tiene la importante responsabilidad de adquirir conocimientos para conservar la salud del binomio. Las diferentes etapas del trabajo de parto son menos angustiantes cuando se tienen conocimientos de lo que pasará facilitando la cooperación de la cliente .
- Responder dudas y preguntas.	La enseñanza fomenta la cooperación y las acciones personales en determinado momento de la vida disminuyendo la ansiedad hacia una situación nueva.

Evaluación: La paciente reduce su ansiedad mediante la expresión de lo que ocurrirá durante el trabajo de parto.

Necesidad 14.- APRENDIZAJE.

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de conocimiento sobre autocuidado y cuidado del recién nacido relacionados a falta de información.

Objetivo:

La paciente conocerá los cuidados para ella y del recién nacido.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACION
- Informar a la cliente sobre:	La información es la base del conocimiento que en determinado momento de la vida es primordial para conservar la salud del binomio.
- Cuidados de las mamas (sostén adecuado, higiene)	El sostén adecuado de las mamas es necesario para comodidad, conservación de la forma de los senos y prevención de dorsalgia en particular si las mamas se vuelven grandes. La higiene con agua tibia ayuda a evitar resequedad o agrietamientos producidos por la galactorrea en los últimos meses del embarazo y durante la lactancia materna.
- Lactancia materna	La leche materna es el primer alimento que se debe consumir pues es el más completo para el recién nacido ya que le proporciona los nutrientes necesarios y las defensas que necesita durante los primeros meses de vida.
- Cuidados del recién nacido	El aprendizaje de temas desconocidos favorecen la capacidad de afrontar situaciones desconocidas de manera lógica y veraz.
- Responder preguntas y dudas.	Una explicación clara y precisa acompañada de fundamentos correspondientes aportan pausas específicas y útiles para el autoconocimiento y afrontar

	situaciones desconocidas.
--	---------------------------

Evaluación: La paciente expresa los cuidados que ella debe realizar para sí misma y del recién nacido.

CONCLUSIONES

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería me sirvió para dar atención de calidad a mi cliente, de acuerdo a la jerarquización de necesidades más apremiantes aunque hubieron diferentes factores biopsicosociales que ayudaron e impidieron en un momento dado los objetivos.

Al concluir dicho proyecto hasta el momento el pensamiento de abortar de mi cliente lo ha cambiado por el de " no quiero abortar y quiero demostrar que si puedo con toda la problemática que se me viene encima y pondré empeño en cuidar mi salud ".

En lo personal el abordamiento del cliente desde un enfoque holístico de manera humilde y responsable pero con seguridad sobre los temas a impartir o a tratar es la base de la cooperación de cualquier individuo.

Basándome en el modelo de Virginia Henderson, el cual es uno de los más completos ya que contempla al cliente en sus 14 necesidades básicas, me llevaron a cumplir como profesional de salud, ya que ver y oír expresar a mi cliente con seguridad sus sentimientos y conocimientos acerca del aborto me dejan satisfecho por haber cumplido con el objetivo principal, el cual fue evitar el aborto.

SUGERENCIAS

Todos los miembros de un equipo de salud tiene la responsabilidad de restablecer y conservar la salud de nuestros clientes y como miembro de ese equipo, el personal de enfermería cuenta con fichas de valoración de necesidades como guía primordial en la resolución de necesidades dependientes, independientes y parcialmente independientes de cada individuo por lo que el Plan de atención enfermero exige un orden cronológico en la resolución de dichas necesidades, mediante intervenciones de enfermería específicas encaminados a alcanzar los objetivos planeados y valorar los avances o retrocesos de las necesidades al mismo tiempo nos permite replantearlos para alcanzar la salud biopsicosocial del individuo en cuestión .

Por la flexibilidad del plan de atención de Enfermería podemos mediante la evaluación retomar acciones específicas para alcanzar los objetivos planeados por lo que es de vital importancia fomentar en los estudiantes, pasantes, egresados e incluso en los trabajadores la aplicación del plan de cuidados individualizados para satisfacer las necesidades más apremiantes del cliente en un tiempo determinado.

Dentro de la disciplina de la Enfermería cuando reflexionemos acerca de la salud y ver por la de los demás y la de nosotros mismos habremos creado un mundo más humano donde lo primordial sería conservar la Salud.

Referencias Bibliográficas

Atkinson, Lesli d. - Murria, Mary ellen
Proceso de atención de enfermería
Manual Medico moderno s.a de c.v
México D.F 1985
p.p. 1 al 14.

Balderas, Ramón
Administración de los servicios de enfermería
3ª. Edición
Interamericana Mc-Graw-Hill

Carpenito, Linda jual
Diagnosticos de enfermería
3ª. Edición
Interamericana
España 1991

ENEO - UNAM
Documentos de la Historia de Enfermería en México
Universidad Nacional Autónoma de México

ENEO - UNAM
Teorias y Modelos para la atención de Enfermería
Manuel Esteban
" La construcción de una disciplina "
España 1994
ENEO , UNAM

Guillén, Velazco
Crecimiento y desarrollo
Antología del SUA
Tomo I y II
Junio 1998
p.p. 400

Kozier- Erb- Oliveri
Enfermería fundamental
" Conceptos, procesos y práctica "
Tomo I
2ª. Edición
Interamericana_Mc Graw-Hill

p.p. 74

“ Introducción a la Enfermería “

p.p 3 a 17

“ Promoción de la salud en todas las etapas de la vida “

Unidad 8.p. 688

“ Adulto joven “

p.p. 688 – 698

Lawrence, M Tierney- Jr- Stephen J. Mc Phee

Diagnóstico clínico y tratamiento

33ª. Edición 1998

Manual Médico Moderno

p.p. 717

Nordmark Rohweder

Bases científicas de la Enfermería

2ª edición 1993

La Prensa médica Mexicana s.a. de c.v.

Programa Educativo Visual (ARUBA)

Gran Atlas visual de la Madre y el niño

Tomo I

Edición especial de orientación Pedagógica

México D.F. 1995

p.p. 10

ANEXOS

ABORTO

Definición:

Es la expulsión del huevo intrauterino durante las primeras 20 semanas del embarazo. El producto pesa menos de 500 gramos .

Clasificación:

Según las etapas o modalidades de su evolución son:

- Amenaza de Aborto: ocurre en las primeras 20 semanas de embarazo
- Aborto en evolución o eminente: se producen modificaciones cervicales y existe hemorragia.
- Aborto inevitable: no hay modificaciones cervicales pero existe hemorragia abundante.
- Aborto completo o consumado: es aquel en que la expulsión del huevo ha sido total
- Aborto incompleto: cuando ha ocurrido la expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina
- Aborto infectado o séptico : cuando se superpone a cualquiera de las anteriores es una infección genital con diseminación endouterina generalmente existe en retención de tejido ovular.
- Aborto diferido: cuando muere el producto de la concepción y no es expulsado
- Aborto habitual: es aquel que ha ocurrido en forma espontánea en tres o más ocasiones consecutivas.

Las principales *complicaciones* del aborto son :

- choque hipovolémico por hemorragia
- choque séptico por mala técnica de asepsia al realizar el aborto
- lesión uterina
- esterilidad
- muerte
- trastornos psicológicos

PARTO NORMAL

El calificativo de normal o fisiológico se aplica al parto en el que los fenómenos locales, activos y pasivos, los cambios anatómicos, los órganos maternos, la dinámica uterina, la expulsión del feto, los anexos ovulares y la pérdida sanguínea, ocurren dentro de la secuencia, magnitud, topografía y duración aceptadas como naturales, sin diferencias, accidentes o complicaciones que ameriten la intervención terapéutica para evitar riesgos materno-fetales importantes.

El parto comprende tres períodos:

El primero inicia con dilatación que regulariza la contractibilidad modificando el cerviz en posición, consistencia y longitud terminando con la dilatación completa del mismo.

El segundo período o período expulsivo inicia con la dilatación completa y termina con la salida del producto.

El tercer período: placentario o alumbramiento que inicia con la salida del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas ovulares.

La atención del parto normal requiere de acciones específicas para cada uno de los tres períodos:

Primer período: admisión hospitalaria

Segundo y tercer período: sala de expulsión

ATENCIÓN MEDICA POSPARTO

Es la que se otorga en el puerperio que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos finalizando al concluir la evolución de los órganos genitales maternos teniendo como rango seis semanas.

El puerperio comprende tres periodos:

El inmediato : son las primeras 24 horas posparto

El mediato: va desde la anterior hasta los 7 días después del parto.

El tardío: que va desde éste último hasta los 40 días .

Cuadro clínico

Caracterizado por el proceso de involución de los órganos genitales y el inicio de la lactancia, destacando la presencia de loquios los cuales son hemáticos las 24 horas, los siguientes 4 días son serohemáticos para concluir de tipo seroso en la segunda semana.

Complicaciones

Complicaciones postanestésicas y médicoquirúrgicas.

ATENCIÓN MEDICA PRENATAL

Es la que se otorga a la mujer desde que se diagnóstica el embarazo hasta el término del mismo impartida en unidades de medicina Familiar y hospitalarias ya que durante la edad reproductiva y el periodo prenatal se pueden detectar factores de riesgo tanto para la madre como para el producto de la concepción estableciéndose medidas terapéuticas de manera oportuna . Esto será posible si la cliente acude desde los primeros signos y síntomas de embarazo y cumple regularmente con las citas programadas o las veces que sean necesarias.

En la primera consulta se actualiza la historia clínica recabando antecedentes personales patológicos, no patológicos, y gineco-obstétricos de importancia, se interroga la fecha última de menstruación y las características de la misma que permiten calcular la fecha probable de parto y calificar los factores de riesgo.

En la consulta subsecuente se otorgaran durante los 8 primeros meses y cada semana a partir de la trigésimaquinta hasta el último mes informándole a la paciente a partir de ésta las condiciones en las que se ha iniciado el trabajo de parto, lo que va ocurrir como los trámites administrativos de ingreso al hospital . Durante cada consulta el médico hará anotaciones pertinentes sobre la salud del binomio.

Medidas terapéuticas

El embarazo de curso normal no requiere habitualmente de la administración de productos farmacológicos si la paciente entiende las indicaciones higienodietéticas que le son señaladas, sin embargo es frecuente que aparezcan molestias moderadas sin llegar a constituir anomalías de consideración.

Medidas generales

Instruir a la cliente sobre alimentación, actividad física, funcionamiento intestinal, medidas de higiene personal, viajes, actividad sexual y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata, así como la vigilancia médica del embarazo y parto

CRECIMIENTO, DESARROLLO Y MADUREZ

El crecimiento y el desarrollo se refieren a procesos dinámicos.

Crecimiento:

Es un cambio físico y un aumento de tamaño, entre los indicadores se hallan la altura, el peso, el tamaño de los huesos y la dentadura.

Desarrollo:

Es un aumento de complejidad de funcionamiento y la progresión, es la capacidad de la experiencia de la persona para funcionar, en otras palabras es el desarrollo de lo conductual.

El proceso del crecimiento y desarrollo son independientes pero están íntimamente relacionados. El crecimiento tiene lugar normalmente durante los primeros 20 años de vida; el desarrollo se continúa hasta después de esa edad.

Maduración:

Es el desarrollo de las características heredadas, o la secuencia de los cambios físicos relacionadas con las influencias genéticas.

El crecimiento y el desarrollo se cree comúnmente que tienen cinco componentes principales: fisiológicos, cognitivos, psicosocial, moral y espiritual y los factores que influyen son la herencia y el ambiente.

La herencia genética del individuo se establece en el momento de la concepción y se mantiene invaluable durante toda la vida determinando el sexo, la estatura y la raza; los factores ambientales pueden afectar el crecimiento y el desarrollo los cuales son la familia, religión, clima, cultura, escuela, comunidad y la nutrición.

El crecimiento y desarrollo fisiológico indican el tamaño del individuo y el funcionamiento del cuerpo

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Neonatal

Comprende desde el nacimiento hasta los 28 días, en el que el comportamiento es totalmente reflejo y se desarrolla un comportamiento intencionado, por lo que se debe ayudar a los padres a identificar y satisfacer las necesidades.

Lactancia precoz:

De un mes a un año de vida, en el que el crecimiento es muy rápido, se debe controlar el ambiente del niño para que se puedan satisfacer sus necesidades físicas y psicosociales.

Lactancia tardía:

De 1 a 3 años, en él, el desarrollo motor permite una mayor autonomía física, aumentan las experiencias psicosociales. Se debe equilibrar la seguridad y el riesgo para permitir el crecimiento.

Edad preescolar:

De 3 a 6 años, se generan nuevas experiencias y roles sociales durante el juego, el crecimiento físico es más lento, se debe ofrecer oportunidades para la actividad social.

Edad escolar:

De 6 a 12 años, esta etapa incluye el período preadolescente (10 - 12 años) El grupo de amigos influye cada vez más en el comportamiento. Aumenta el desarrollo físico, cognitivo y social y el niño aprende a comunicarse mejor, se debe dejar tiempo y energía al niño en edad escolar para que realice actividades sociales, así como reconocer y alabar sus logros.

Adolescencia:

De 12 a 20 años, el concepto de sí mismo cambia según el desarrollo biológico, se cuestionan los valores, el crecimiento físico se acelera, aumenta el estrés, especialmente en el enfrentamiento con los conflictos, se debe ayudar a los adolescentes a desarrollar un mecanismo de defensa que les permita solucionar los conflictos.

Adulto joven:

De 20 a 40 años, se desarrolla un estilo de vida personal, el individuo establece relaciones importantes con los demás, un compromiso con algo y mayor competencia, hay que aceptar el estilo de vida del adulto y ayudar con los ajustes necesarios que beneficien la salud, reconocer el compromiso personal y la competencia en la vida, animar al cambio es necesario para la salud. En esta etapa se elige una pareja y se aprende a vivir con ella, creando una familia, educan a los hijos, eligen un hogar, un nuevo empleo, adquieren responsabilidades cívicas y congenian con un determinado grupo social.

Adulto medio:

De 40 a 65 años, el estilo de vida cambia debido a los demás cambios, los niños dejan la casa cambian las metas laborales, etc. Se ayuda al cliente a planificar por adelantado los cambios de su vida, reconocer los factores de riesgo relacionados con la salud y destacar la fuerza contra la debilidad. Establece y mantienen un status económico, ayudan a sus hijos adolescentes a ser adultos responsables y felices, desarrollan actividades recreativas, se relacionan con su cónyuge tratándolo como una persona, aceptan y se adaptan a los cambios fisiológicos típicos a esta edad, esconden a los padres ancianos

Adulto anciano:

De 65 años en adelante, la adaptación a las capacidades físicas se hace necesaria, puede desarrollarse una enfermedad crónica, hay que ayudar al cliente a defenderse de la pérdida, ya sea del oído, de la visión o de la muerte de un ser querido, ofrecer medidas de seguridad necesarias.

Muy ancianos:

De 85 años en adelante, pueden aparecer más problemas físicos, se debe ayudar a los clientes en su cuidado personal si lo necesitan y a mantener el máximo grado de autonomía personal.

DESARROLLO DEL FETO

Durante las primeras 8 semanas se utiliza el término de embrión para denotar el organismo en desarrollo ya que durante ese tiempo se forman todos los órganos principales. Después de la octava semana es feto ya que ocurre en mayor crecimiento y maduración de órganos.

La pérdida de un feto que pesa menos de 500 gramos (22 semanas de edad gestacional) se denomina aborto y si pesa de 500 a 1000 gramos (22 a 28 semanas de gestación) se denomina como parto pretérmino o inmaduro.

De las 28 a 36 semanas de gestación se considera prematuro. Un feto a término se define arbitrariamente como el que ha llegado a las 37 semanas de edad gestacional.

El crecimiento del feto puede dividirse de manera conveniente en unidades de 4 semanas de edad gestacional, comenzando con el primer día del periodo menstrual.

En las primeras 8 semanas el embrión tiene una longitud de 21 a 25 cm y pesa un gramo, la cabeza constituye casi la mitad del cuerpo, pueden reconocerse los glóbulos hepáticos, se están formando eritrocitos en el saco vitelino y el hígado contiene hemoglobina, también se comienzan a formar los riñones .

A las 12 semanas el feto tiene una longitud de 7 a 9 cm y pesa de 12 a 15 gramos, los dedos de las manos y los pies tienen uñas y a menudo se pueden reconocer y diferenciar los genitales externos, el volumen del líquido amniótico es alrededor de 30 mililitros y los intestinos sufren peristalsis y son capaces de absorber glucosa.

A las 16 semanas la longitud es de 14 a 16 cm pesa alrededor de 100 gramos, se puede distinguir el sexo, y la hemoglobina F comienza la formación de hemoglobina.

A las 20 semanas el peso fetal es de 300 gramos aproximadamente, se pueden percibir los latidos cardíacos y movimientos fetales.

A las 24 semanas el peso es de 600 gramos y comienza a depositarse alguna cantidad de gras bajo la piel arrugada y se alcanza la viabilidad pero, la supervivencia es muy difícil.

A las 28 semanas el peso aproximado es de 1.500 gramos y la longitud es de 7 cm, en esta etapa las hormonas son capaces de respirar pero el contenido de sustancia tensoactiva es poco, aunque es posible la supervivencia, la mayoría de los niños sucumbirán a la enfermedad de la membrana hialina.

A las 32 semanas el peso aproximado es de 1.700 gramos y la longitud de 42 cm, si nacen en esta etapa pueden sobrevivir en un ambiente terapéutico.

A las 36 semanas el peso aproximado es de 2.500 gramos y la longitud es de alrededor de 40 cm, la piel ha perdido su aspecto arrugado y las posibilidades de supervivencia son buenas.

A las 40 semanas, el feto a término tiene una longitud aproximadamente de 50 cm y pesa alrededor de 3.200 a 3.500 gramos. La cabeza fetal tiene un diámetro transversal (biparietal) máximo de 9.5 cm cuando esta bien flexionado. el diámetro de la frente a un punto abajo del occipucio también es de 9.5 cm, por esta razón el feto promedio requiere de una dilatación cervical de casi 10 cm para que pueda descender hacia la vagina.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad _____ Peso _____ Talla _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Ocupación _____
Escolaridad _____ Fecha de admisión _____ Hora _____
Procedencia: _____ Fuente de información _____
Miembro de la familia / persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

. Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva/seca _____ Dolor asociado con la respiración: _____ Fumador: _____ Desde cuando _____ Cuantos cigarros al día _____ Varía la cantidad según su estado emocional _____
Antecedentes cardiorrespiratorios _____

. Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____
Tos productiva/seca _____ Estado de conciencia: _____
Coloración de piel, lechos ungueales, peribucal: _____
Circulación del retorno venoso: _____
Otros: _____

NECESIDADES DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

. Subjetivo:

Tipo de dieta habitual _____ Numero de comidas diarias _____
Trastornos digestivos: _____ Intolerancias alimentarias / alergias _____ Problemas a la masticación y deglución: _____ -- Patrón de ejercicio _____ Realiza control de peso _____ Hábitos alimenticios: _____

Objetivo

Turgencia de la piel: _____
Membranas mucosas hidratadas / secas: _____
Características de uñas, cabello: _____
Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____
Aspecto de dientes y encías: _____
Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____
Cantidad de líquidos en 24 horas: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACION

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina y menstruación: _____
Historia de hemorragias / enfermedades renales, otros: _____
Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____
Dolor al defecar / menstruar / orinar: _____
Características de la diaforesis: _____
Vómito: _____ Secreciones: _____
Como influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Características del abdomen: _____
Ruidos intestinales: _____ Palpación de la vejiga urinaria: _____
Características de la diaforesis: _____
Otros: _____

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

Subjetivo:

Características de la vivienda: _____
Adaptabilidad de los cambios de temperatura: _____
Ejercicio / tipo y frecuencia: _____
Temperatura ambiental que le agrade: _____
Requiere o cuenta con los recursos para modificación del ambiente: _____

. Objetivo:

Características de la piel: _____
Transpiración: _____ Temperatura corporal: _____
Condiciones del entorno físico: _____
Otros: _____

2.- NECESIDADES BASICAS DE:

Moverse y mantener buena postura, Descanso y sueño, Usar prendas de vestir adecuadas, Higiene y protección de la piel y Evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

. Subjetivo

Capacidad física cotidiana: _____
Actividades en el tiempo libre: _____
Hábitos de descanso: _____
Hábitos de trabajo: _____

. Objetivo

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: _____
Capacidad muscular, Tono / resistencia/ flexibilidad: _____
Posturas: _____ Necesidad de ayuda para la deambulación: _____
Dolor con el movimiento: _____ Presencia de temblores: _____
Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

. Subjetivo:

Hora de descanso: _____ Horario de sueño: _____
Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____
Siesta: _____ Ayuda: _____
Insomnio: _____ Debido a: _____
Descansado al levantarse: _____

. Objetivo:

Estado mental / ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Apatía: _____

Concentración: _____ Cefalea: _____ Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

. Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

Sus creencias le impiden vestirse como usted desea: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

Siente comodidad con la bata hospitalaria: _____

. Objetivo:

Viste de acuerdo a su edad: _____ Capacidad psicomotora para vestirse y
desvestirse: _____ Incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Trabajo que desempeña: _____ Otros: _____

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

. Subjetivo:

Frecuencia del baño: _____ Tiempo: _____ Horario: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Y de eliminar: _____

De donde proviene el agua para su aseo personal: _____

Tiene creencias personales o religiosos que limiten sus hábitos higiénicos: _____

. Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____ Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____ Tipo de lesiones dérmicas

(Anotar en el diagrama corporal: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

. Subjetivo:

Que miembros componen la familia nuclear: _____
Con quién vive: _____ Como reacciona ante situaciones de
urgencia: _____ Conoce, pertenece o utiliza algún grupo de
autoayuda: _____ Hay en su localidad: _____ Cual: _____
Ingiere sustancias tóxicas: _____ Conoce el daño: _____
Conoces y/o utilizas algún método para evitar enfermedades: _____
Se automedica: _____
Conoce las consecuencias: _____ Conoce las medidas de prevención de
accidentes: _____ Hogar: _____ Trabajo: _____ Cuales son: _____
Realiza controles periodicos de salud recomendados en su persona: _____
Cuales: _____
Porque: _____
Tiene metas a futuro / a corto / mediano o largo plazo: _____ Cuales: _____
Como canaliza las situaciones de tensión en su vida y con las personas con quién
vive: _____
Quién es la persona más fuerte emocionalmente en la familia: _____

. Objetivo:

Deformidades congénitas: _____
Condiciones del ambiente en su hogar: _____
Trabajo: _____ Otros: _____

3.- NECESIDADES BASICAS DE:

Comunicación , vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar e actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

. Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Viven con: _____
Preocupaciones / estrés : _____ Familia: _____
Otras personas que pueden ayudar: _____
Rol en estructura familiar: _____

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Comunica problemas de acuerdo a la enfermedad / estado: _____
Disfruta estar sola (o): _____ Cuanto tiempo: _____ Porque: _____

Frecuencia de los contactos sociales diferentes en el trabajo: _____
Habla usted algún dialecto u otro idioma : _____ Cual: _____
Necesita traductor: _____

. Objetivo:

Habla claro: _____ Confuso: _____ Porque: _____
Dificultad de Visión: _____ Audición: _____ Porque: _____
Comunicación verbal / no verbal / con la familia / con otras personas
significativas : _____
Otros: _____

NECESIDAD VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

. Subjetivo:

Creencia religiosa: _____ Le genera conflictos personales: _____
Principales valores en la familia: _____
Principales valores personales: _____
Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir: _____ Porque : _____

. Objetivo:

Hábitos específicos de vestido (grupo social, religioso): _____
Permite el contacto físico: _____ Presencia de algún objeto indicativo de
determinados valores o creencias: _____
Otros: _____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

. Subjetivo:

Trabaja actualmente: _____ Tipo de trabajo: _____

En que se desempeña: _____ Horario: _____

Riesgos: _____

Esta satisfecho: _____ Porque: _____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia: _____

Esta satisfecho con el rol familiar que juega: _____

Porque: _____

. Objetivo:

Estado emocional: calmado / ansioso / enfadado / temeroso / irritable / inquieto
eufórico: _____ Porque: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

. Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad: _____

Porque: _____

Recursos en su comunidad para la recreación: _____

Ha participado en alguna actividad pública o recreativa : _____

Cual: _____

. Objetivo:

Rechazo a las actividades recreativas: _____ Porque: _____

Estado de ánimo: apático / aburrido / participativo : _____

Otros: _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Grado de escolaridad: _____ Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad: _____

Cual: _____ Sabe como utilizarlas: _____

Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Estado emocional: ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____