



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:
APLICADO A UNA PACIENTE ADOLESCENTE CON EMBARAZO DEL
TERCER TRIMESTRE QUE PRESENTA AMENAZA DE PARTO PREMATURO.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA:
SÁNCHEZ PÉREZ ROCIO
Nº DE CUENTA 201008366**

**DIRECTORA ACADÉMICA:
LEO. EEP. LAURA ALFONSO GUTIERREZ**

AGOSTO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
2.- OBJETIVOS	2
2.1.- Objetivo General.	
2.2.- Objetivos Específicos.	
3.- MARCO TEÓRICO	3
3.1.- FISIOLÓGÍA FEMENINA Y EMBARAZO.	3
3.1.1.- Sistema reproductor y mamas.	4
3.1.2.- Sistema cardiovascular.	5
3.1.3.- Sistema respiratorio	6
3.1.4.- Sistema renal	7
3.1.5.- Sistema tegumentario	7
3.1.6.- Sistema musculoesquelético	7
3.1.7.- Sistema gastrointestinal	8
3.2.- NECESIDADES BIOLÓGICAS EN EL EMBARAZO.	8
3.2.1.- Necesidades de nutrientes durante el embarazo	8
3.2.2.- Patrón de ganancias de peso	8
3.2.3.- Afrontamiento de las molestias del embarazo relacionadas con la nutrición	8
3.2.4.- Ejercicios durante el embarazo	9
3.2.5.- Adaptación materna.	9
3.2.6.- Aceptación del embarazo	9
4.- ENFERMEDADES INTERCURRENTES CON EL EMBARAZO:	9
4.1.- Amenaza de parto prematuro:	9
4.2.- Infección de vías urinarias:	9
5.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	10
5.1.- Virginia Henderson.	10
5.2.- Modelo Conceptual:	10
5.3.- Clasificación del Autocuidado:	11
5.4.- Fuentes de dificultad	11
5.5.- La independencia del paciente en la valoración de la salud.	12
6.- EL PROCESO ENFERMERO.	12
6.1.- Etapas del Proceso.	13
7.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	17
7.1.- Caso Clínico.	17
7.2.- Valoración Objetiva.	20
7.3.- Plan de cuidados en el embarazo (3ER Trimestre).	22
8.- CONCLUSIONES.	28
9.- GLOSARIO DE TERMINOS.	29
10.- BIBLIOGRAFIA.	30
11.- ANEXOS	31
Instrumento de Historia Clínica.	31
Instrumento de valoración de Virginia Henderson	37

1.- INTRODUCCIÓN

La enfermería obstétrica se centra en los cuidados de las mujeres embarazadas y sus familias durante todas las etapas del embarazo, el parto y durante las seis semanas que siguen al nacimiento, también asumen los cuidados de las familias durante el trabajo de parto y parto en los hospitales, centros de maternidad y con menor frecuencia en los hogares.

En México el bono demográfico son los adolescentes y siendo que en ellos se presentan embarazos frecuentemente; es de suma importancia informarles sobre los cambios que se presentan durante el embarazo; tanto físicos, fisiológicos y psicológicos que pasan como un proceso normal. Además sobre los factores de riesgo como la desnutrición y el estrés que pueden provocar alteraciones y suele empeorar durante el embarazo, también la falta de conocimiento, aunado a malos hábitos higiénico-dietéticos son un factor importante en la presencia de alteraciones nutricionales y en infecciones de vías urinarias. Las infecciones de vías urinarias son muy comunes durante el embarazo y pueden pasar desapercibidas, en otras ocasiones puede presentar manifestaciones que se solucionan con cambios de hábitos y tratamiento médico, pero de no controlar la infección esta puede desencadenar en amenazas de aborto o en parto prematuro.

El presente trabajo contiene un proceso de atención enfermero en donde se da un seguimiento a Selene de 18 años de edad con embarazo de 34 semanas de gestación que presentó en el segundo trimestre del embarazo infección de vías urinarias e infección vaginal leve solucionándolo satisfactoriamente, presentando nuevamente datos de infección urinaria en el tercer trimestre del embarazo, acompañado de desnutrición; fue valorada de manera integral en el Centro de Salud Metropolitano a partir del 13 de febrero del 2008 dándole orientación y seguimiento. En este proceso de atención de enfermería se utilizó el Modelo de Virginia Henderson el cual valora 14 necesidades básicas, así mismo caracteriza estas manifestaciones en la capacidad de solucionar satisfactoriamente las necesidades, las clasifica en independiente; está se refieren a la capacidad del paciente para poder solucionar sus necesidades por ella misma, de parcialmente dependiente describe que la paciente no puede satisfacer por si sola sus necesidades y dependiente cuando requiere que otra persona se haga cargo total de ella para satisfacer sus necesidades.

Este trabajo también contiene los objetivos que se pretenden alcanzar; marco teórico que incluye datos físicos, fisiológicos, psicológicos, patologías importantes de este caso, el modelo de Virginia Henderson y el proceso de enfermería; el caso clínico, el plan de cuidados; conclusiones a las que se llegó sobre los logros obtenidos; glosario de términos, bibliografías de las que se tomaron referencia y anexos el cual incluye los formatos sobre la historia clínica y el instrumento de valoración de Virginia Henderson.

2.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

- Realizar un Proceso Enfermero con seguimiento comunitario, en una paciente adolescente con embarazo del tercer trimestre que presenta amenaza de parto prematuro; aplicando los conocimientos adquiridos durante la licenciatura en enfermería; basado en el modelo de Virginia Henderson.

2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer diagnósticos de enfermería reales y potenciales en el proceso del embarazo.
- Proponer intervenciones educativas durante el embarazo, para prevenir riesgos de parto prematuro.
- Contribuir a la dinámica familiar armónica como red de apoyo para la embarazada.

3.- MARCO TEORICO

3.1.- FISIOLOGÍA FEMENINA Y EMBARAZO.

3.1.1.-SISTEMA REPRODUCTOR Y MAMAS

Eje hipotálamo-hipófisis-ovario

Durante el embarazo los niveles elevados de estrógenos y progesterona (producida primero en el cuerpo lúteo del ovario hasta cerca de las catorce semanas y mas tarde por la placenta) hacen que se suprima la secreción hipofisiaria de hormona folículo-estimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH). Por consiguiente, se suprimen en lo sucesivo la maduración folicular y las ovulaciones, cesan los ciclos menstruales.

Después de la implantación, el huevo fertilizado y las vellosidades coriónicas producen HGC, la cual mantiene la producción de estrógenos y progesterona por parte del cuerpo lúteo durante las primeras ocho a diez semanas de gestación hasta que la placenta asume su producción.

Útero

El crecimiento uterino en el primer trimestre está mediado por los niveles elevados de estrógenos y progesterona. Hacia las siete semanas el útero tiene el tamaño de un huevo grande de gallina; hacia las diez, el de una naranja y hacia las doce el de un pomelo.

Después del tercer mes, el agrandamiento uterino es en principio el resultado de la presión mecánica que ejerce el feto en crecimiento. A medida que el útero se agranda, también cambia su peso, su forma y su posición. En el momento de la concepción la forma del útero se parece a una pera invertida, pero a medida que el embarazo avanza las paredes musculares se fortalecen y se vuelven más elásticas de manera que durante el segundo trimestre el útero es esférico o globuloso. Más adelante, con el aumento de longitud del feto, el útero se agranda y su forma es más ovoide, y se eleva de la pelvis hacia la cavidad abdominal. (1)

(1) Lowdermilk, Perry, Bobak Enfermería Materno Infantil, Harcourt/ Océano, p.p. 143-145.

El útero se eleva de forma gradual hasta alcanzar la altura del ombligo entre las 22 y las 24 semanas y al término alcanza casi la altura de la apófisis xifoides del esternón. Entre las 38 y las 40 semanas la altura uterina disminuye porque el feto comienza a descender y a encajarse en la pelvis.

El útero rota hacia la derecha a medida que se eleva. Durante las primeras semanas de la gestación un aumento en el flujo sanguíneo y linfático producen congestión pélvica y edema. Como resultado, el útero, el cérvix y el istmo se ablanda de forma perceptible y progresiva, el cérvix toma un color azulado.

Las contracciones de Braxton Hicks son una continuación de las contracciones irregulares e indoloras que se presentan de forma intermitente durante todos los ciclos menstruales, se perciben como una firmeza uterina a través de la pared abdominal o se evidencian porque elevan el útero y lo empujan hacia delante. Su propósito es facilitar el flujo sanguíneo uterino a través de los espacios intervelllosos de la placenta, promoviendo así la entrega de oxígeno al feto.

El flujo sanguíneo uterino aumenta veinte veces, el feto en crecimiento crece aún más rápido. En consecuencia, se extrae más oxígeno de la sangre materna durante la última parte del embarazo. La presión arterial de la madre, las contracciones uterinas y su posición son tres factores que se sabe tienen influencia sobre el flujo sanguíneo. Los estrógenos también desempeñan un papel en la determinación del flujo sanguíneo uterino.

Vagina y vulva

Las hormonas del embarazo preparan a la vagina para la distensión durante el parto haciendo que la mucosa vaginal se engrose, que el tejido conectivo sea laxo, la musculatura lisa se hipertrofie y la cúpula vaginal se alargue.

Leucorrea

Se presenta a causa del copioso fluido mucoso que se secreta como respuesta a la estimulación del útero que resulta de los niveles elevados de estrógenos y progesterona. (2)

(2) Lowdermilk. Ob cit. p.p. 145-147.

Durante la gestación, el Ph de las secreciones vaginales se vuelve menos ácido, cambiando desde alrededor de 4 hasta cerca de 6.5.

Las estructuras externas del perineo aumentan de tamaño durante la gestación debido a un aumento en la vascularización, una hipertrofia del cuerpo perineal y el depósito de grasa.

Mamas

Hacia la sexta semana del embarazo y como respuesta a los niveles elevados de estrógenos y progesterona comienza la sensación a plenitud, el aumento de la sensibilidad, el prurito y la pesadez de las mamas.

Los pezones y las areolas se pigmentan, se desarrollan las areolas secundarias de color rosado que se extienden más allá de las primarias y los pezones se vuelven más eréctiles.

Durante el segundo y el tercer trimestres el crecimiento de la glándula mamaria explica el aumento progresivo del tamaño de las mamas. Los altos niveles de hormonas lumínicas y placentarias durante el embarazo promueven la proliferación de los conductos galactóforos y del tejido de lóbulos y alvéolos, de manera que la palpación de las mamas presenta una nodularidad gruesa generalizada. El aumento del tejido glandular hace que se desplace el tejido conectivo y éste como resultado, se hace más laxo y más blando.

3.1.2.- SISTEMA CARDIOVASCULAR

Existe una leve hipertrofia cardíaca (aumento de tamaño) o dilatación secundaria al aumento del volumen sanguíneo y del gasto cardíaco que se presenta. El corazón se eleva en la misma dirección y rota hacia delante y a la izquierda. El aumento del volumen sanguíneo y del gasto cardíaco contribuye a los cambios auscultatorios comunes del embarazo. Existe un desdoblamiento más audible del S1 y el S2 y después de las 20 semanas puede ser fácil oír el S3. Además sobre el área pulmonar pueden auscultarse soplos de eyección grado II. (3)

(3) Lowdermilk. Ob cit. p.p. 148-150.

Presión Arterial

En el primer trimestre la presión arterial permanece por lo general al mismo nivel que antes de la gestación. Durante el segundo trimestre, ambas cifras de presión, la sistólica y la diastólica disminuyen alrededor de 5 a 10 mm de Hg.

Durante la segunda mitad del embarazo la vena cava está hasta cierto punto comprimida en todas las mujeres cuando yacen sobre la espalda.

Volumen y composición de la sangre

El volumen sanguíneo comienza a aumentar alrededor de las diez a doce semanas, tiene su máximo de 25 a 40% por encima de los niveles previos al embarazo entre las 32 y 34 semanas y después disminuye un poco a las cuarenta semanas. Este incremento consiste en 1000 ml de plasma más 450 ml de glóbulos rojos. El recuento total de glóbulos blancos aumenta durante el segundo trimestre y hace un pico durante el tercero. Este incremento es sobre todo de los granuladitos.

Gasto Cardíaco

El gasto cardíaco aumenta en un 30 a un 50 % sobre los valores previos a la gestación hacia las 32 semanas y declina hasta un aumento del 20 % hacia las 40 la dilatación y el parto mismo.

Tipos de circulación y coagulación

El tiempo circulatorio presenta una leve reducción hacia la semana 32 al acercarse al término prácticamente regresa a la normalidad.

3.1.3.- SISTEMA RESPIRATORIO

Los requerimientos maternos de oxígeno aumentan como respuesta a la aceleración de la tasa metabólica y a la necesidad de agregar masa a los tejidos del útero y las mamas.⁽⁴⁾

(4) Lowdermilk. Ob cit. p.p. 150-152.

Cambios de función

La función pulmonar no se ve afectada por el embarazo. La mujer embarazada respira más profundo pero su frecuencia respiratoria aumenta de forma leve.

Durante la gestación, los cambios en el centro respiratorio tienen como resultado una disminución del umbral del dióxido de carbono.

Equilibrio ácido-base

El embarazo es un estado de alcalosis respiratoria compensada con una acidosis metabólica.

3.1.4.- SISTEMA RENAL

Cambios anatómicos

En la última parte del embarazo la pelvis renal y el uréter del lado derecho se dilatan más que los del lado izquierdo, el útero está desplazado hacia la derecha por el recto sigmoides. Se mantiene un mayor volumen de orina dentro de la pelvis renal y los uréteres y la velocidad de flujo de la orina se hace mas lenta.

3.1.5.- SISTEMA TEGUMENTARIO

Los cambios generales incluyen un aumento del espesor de la piel y de la grasa subdérmica, hiperpigmentación, aumento del crecimiento del pelo y la uñas, aceleración de la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas y aumento de la circulación y de la actividad vasomotora.

3.1.6.- SISTEMA MUSCOLOESQUELETICO

El resultado puede ser la aparición de dolor, pesadez y debilidad de las extremidades superiores. Las mamas aumentadas de tamaño y una postura con los hombros caídos pueden acentuar aún más las curvas dorsal y lumbar. (5)

(5) Lowdermilk. Ob cit. p.p. 153-156.

3.1.7.- SISTEMA GASTROINTESTINAL

El apetito aumenta, las secreciones intestinales están reducidas, la función hepática se altera y la absorción de nutrientes está aumentada. Además el colon resulta desplazado hacia el lado, hacia arriba y hacia atrás, y la actividad peristáltica disminuye.

Boca

Las encías se vuelven hiperémicas, esponjosas y edematizadas durante la gestación

3.2.- NECESIDADES BIOLÓGICAS EN EL EMBARAZO.

3.2.1.- NECESIDADES DE NUTRIENTES DURANTE EL EMBARAZO.

Las mujeres embarazadas necesitan más de algunos nutrientes que otras mujeres. Durante el primer trimestre, la síntesis de tejidos fetales impone demandas más o menos bajas a la nutrición materna, el último trimestre es un período de notable crecimiento fetal cuando se presenta la mayor parte de acopio de fuentes de energía y minerales en el feto.

3.2.2.- PATRÓN DE GANANCIAS DE PESO

La ganancia de pesos debe tener lugar durante todo el embarazo.

La tasa óptima de ganancias de pesos depende de la edad del embarazo. Durante el primero y el segundo trimestres tiene lugar en principio el crecimiento de los tejidos maternos, durante el tercero, principal de los tejidos fetales. Durante el primer trimestre el promedio de aumento de peso en total es de sólo uno a 2,5 kg. (2 a 5 lb). De allí en adelante, la ganancia recomendada de pesos aumenta hasta alrededor de 0,4 kg (0,8 lb) por semana para una mujer de pesos normal.

3.2.3.- AFRONTAMIENTO DE LAS MOLESTIAS DEL EMBARAZO RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN

Las molestias más comunes relacionadas con la nutrición en el embarazo son las náuseas y el vómito o “malestares matutinos” que se presentan en las primeras semanas del embarazo y el estreñimiento y la pirosis que se presentan con mayor frecuencia al término del embarazo. (6)

(6) Lowdermilk. Ob cit. p.p. 158-165.

3.2.4.- EJERCICIOS DURANTE EL EMBARAZO

El ejercicio moderado durante el embarazo ofrece numerosos beneficios, como la mejoría del tono muscular, la posibilidad de acortar la dilatación y la promoción del bienestar.

3.2.5.- ADAPTACIÓN MATERNA

La experiencia subjetiva del tiempo y del espacio cambia durante el embarazo. Al comienzo parece que no sucediera nada, se pasa mucho tiempo durmiendo. Cuando sienten por primera vez el comienzo del movimiento, en el segundo trimestre, el tiempo y el espacio geográfico se reducen porque la mujer vuelca su atención hacia el embarazo. El embarazo representa una crisis de maduración.

3.2.6.- ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO

El grado de aceptación se refleja en la disposición de la mujer para el embarazo y en sus respuestas emocionales. (7)

4.- PATOLOGIAS:

4.1.- Amenaza de parto prematuro:

Concepto: aparición de contracciones uterinas regulares capaces de inducir modificaciones cervicales, se produce después de las 20 SDG y antes de las 37 SDG. En el tercer trimestre las mujeres embarazadas están más preocupadas por protegerse así mismas y a sus fetos, y se consideran más vulnerables a las infecciones externas. El rótulo de alto riesgo incrementará esta sensación de vulnerabilidad.

Los factores de riesgo relacionados con la amenaza de parto prematuro son la situación socioeconómica baja, mala nutrición, pielonefritis, anemia e infecciones.(8)

4.2.-Infección de vías urinarias:

La Escheriquia Coli es el agente causal más común de las infecciones del aparato urinario, otros organismos causales incluyen Clamidia trachomatis, Klebsiella y Proteus. La terapia con antibióticos está indicada como tratamiento para mujeres con todo tipo de infecciones de vías urinarias. Un trabajo importante de enfermería forma parte de que todas las mujeres embarazadas reconozcan los signos de infección del aparato urinario y empleen las medidas preventivas indicadas.(9)

(7) Lowdermilk. Ob cit. p.p. 177-195.

(8) L. Jiménez, C. Mendoza, Adelina Montoya, Obstetricia II. UNAM, p.p. 456.

(9) L. Jiménez, Ibidem, p.p.516.

5.- MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

5.1.- VIRGINIA HENDERSON.

Nació en 1897 en Kansas (Missouri), 1918 Inicia la búsqueda de Escuela de Enfermería. Se graduó como Enfermera Docente en 1921 en la Army School of Nursing de Washington. En la década de 1980 permanece activa como Emérita Asociada de Investigación en Yale.

5.2.- MODELO CONCEPTUAL:

5.2.1.- El paradigma de enfermería según Virginia Henderson:

- La persona es un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y tiende al máximo desarrollo de su potencial.
- El entorno es de naturaleza dinámica y tiene influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud
- El rol profesional es un servicio de ayuda al usuario del servicio enfermero y se orienta específicamente a suplir su autonomía o a completar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que logre su independencia
- La salud se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las necesidades básicas

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o a una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible

Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

5.2.2.- Postulados del modelo:

Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea

El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales

Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está "completo" "entero" "independiente"

5.2.3.- Valores:

- La enfermera tiene funciones que le son propias
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez funciones propias a un personal no calificado
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar. (10)

(10) Severino Rubio, Teorías y Modelos para la atención de enfermería, UNAM. p.p 277-279.

5.2.4.- Elementos fundamentales:

- El objetivo de los cuidados es ayudar a la persona a aumentar, mantener o recuperar el máximo nivel de desarrollo de su potencial para alcanzar su independencia o a morir de forma digna
- La fuente de dificultad o áreas de dependencia, está relacionada con la fuerza, los conocimientos o la voluntad de las personas para satisfacer sus necesidades básicas

5.2.5.- La intervención de la enfermera:

- El centro de la intervención, son las áreas de dependencia de la persona, es decir los conocimientos, la fuerza o la voluntad
- Los modos de intervención, se dirigen a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad
- Las consecuencias de la intervención:
- Pueden ser la satisfacción de sus necesidades básicas o morir de forma apacible.

5.2.6.- Meta:

Satisfacer las 14 necesidades básicas en la persona sana o enferma.(11)

5.3.- CLASIFICACIÓN DEL AUTOCUIDADO:

5.3.1.- Independencia:

- La capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas.
- Llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación

5.3.2.-Dependencia:

- La ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.
- Actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

5.4.- FUENTES DE DIFICULTAD

5.4.1.- Falta de fuerza:

- Se interpreta como la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas
- También como la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual (12)

(11) Severino Rubio, Ob.cit. p.p. 280

(12) www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

5.4.2.- Falta de conocimientos:

En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles

5.4.3.- Falta de voluntad:

Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades

5.5.-LA INDEPENDENCIA DEL PACIENTE EN LA VALORACIÓN DE LA SALUD.

Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros” según las esferas en las que se desarrollan los cuidados

- 1) Oxigenación.
- 2) Alimentación e hidratación.
- 3) Eliminación.
- 4) Moverse y mantener buena postura.
- 5) Descansar y dormir.
- 6) Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse
- 7) Mantener la temperatura corporal.
- 8) Mantener la higiene corporal.
- 9) Evitar los peligros
- 10) Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones.
- 11) Vivir de acuerdo con sus valores y creencias.
- 12) Realización personal.
- 13) Participar en actividades recreativas.
- 14) Aprendizaje. (13)

6.- EL PROCESO DE ENFERMERÍA.

La ciencia de enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a una práctica de enfermería, en el sentido que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería, su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, establecer planes para resolver las necesidades y actuar de forma específica para resolverlas.(14)

El proceso exige fundamentación teórica que parte de numerosos conocimientos y se puede aplicar con la orientación de cualquiera de los modelos teóricos de enfermería.

(13) www..terra.Ob cit.

(14) Kozier Erb Oliver, Enfermería fundamental Conceptos, Procesos y Práctica, Interamericana, p.p. 185.

6.1.- Etapas del proceso.

El proceso de enfermería esta organizado en cinco etapas identificables.

➤ **Valoración:**

Es la primera fase del proceso de enfermería en la cual se incluye la recopilación, obtención y confirmación de datos relacionados con el cliente.

Valorar es un proceso continuo que es llevado a cabo en todas y cada una de las etapas del proceso de enfermería, es responsabilidad de la enfermera recoger la información para analizar y así procesar los datos obtenidos para integrar todos los elementos necesarios para que posteriormente se realicen los diagnósticos, se plantean las líneas a seguir para que respondan de forma holística a las necesidades de una persona, una familia o bien de la comunidad.

Para llevar acabo la valoración se requiere tener cédulas ó formatos escritos que nos sirvan de referencia y estos pueden ser, la historia clínica, la exploración médica, la historia y la exploración de enfermería; así como la información recopilada de otros profesionales, de un familiar o del propio paciente cuando este se encuentra en la posibilidad de hacer.

La valoración permite a la enfermera detectar, verificar y documentar los datos objetivos y subjetivos que le sirvan como base para elaborar un plan de cuidados acorde a las necesidades individuales del paciente, de forma sistematizada, priorizando y jerarquizando necesidades, tratando de resolver problemas de salud.⁽¹⁵⁾

La valoración se debe realizar a través de, la inspección por medio de la observación, la palpación con ayuda del tacto, la percusión emitiendo e identificando los sonidos, auscultación escuchando con ayuda de un estetoscopio y el interrogatorio a través de la entrevista directa o indirecta. ⁽¹⁶⁾

➤ **Diagnostico:**

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración; durante esta fase se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos para extraer conclusiones en relación con las necesidades, problemas y respuestas humanas del paciente.

Diagnóstico de enfermería: Es un juicio o conclusión que emite una enfermera después de hacer la valoración, en el cual incluye el problema, su causa y como lo manifiesta. Este se relaciona con las actividades independientes de la enfermera, en la cual incluye las áreas del cuidado de la salud propias de enfermería y que son diferentes a las competencias médicas. ⁽¹⁷⁾

(15) Kozier Erb Oliver Ob, Cit.

(16) García Albarran y Mata Cortes, El proceso de atención de enfermería, UNAM, p.p.26-28

(17) Kozier Erb Oliver Ibidem.

El diagnóstico es un proceso de análisis y de síntesis, el análisis es la separación de componentes, es decir, la fragmentación de todo en sus partes; y la síntesis es la reunión de sus partes para hacer un todo.

Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionen un foco central para el resto de las fases. (18)

Las dificultades para formular el diagnóstico se reducirá en gran parte si la enfermera utiliza las listas de diagnósticos de enfermería de la NANDA. (19)

Clasificación de diagnósticos:

1. Diagnóstico real: Es el enunciado que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia, es decir, están presentes los signos y síntomas.
2. Diagnóstico potencial: Es en el que no están presentes los signos y síntomas en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo que pueden aparecer en un momento posterior.
3. Diagnóstico posible: Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración nos indican la posibilidad de que esté presente pero faltan datos para confirmar o descartar. (20)

Bases para la formulación de diagnósticos:

Teniendo en cuenta los diferentes tipos o clases de diagnósticos descritos, existen distintas formas de enunciarlos.

1. Cuando el diagnóstico que se pretende formular es un *diagnóstico real*, se enunciará escribiendo primero el nombre o etiqueta diagnóstica relacionada con la etiología o factor relacionado contribuyente y manifestado por las características definitorias mayores y menores observadas.
2. Si el diagnóstico identificado se define como *Diagnóstico potencial*, la forma de enunciarlo sería citando primero el nombre o etiqueta diagnóstica procedido de la palabra "potencial" y relacionarlo con la etiología o factor relacionado contribuyente.
3. En el caso de que consideremos un *Diagnóstico posible*, la forma correcta de redactarlo sería anotando el nombre o etiqueta diagnóstica procedido de la palabra "posible" y relacionado con la etiología como factor contribuyente. (21)

(18) Kozier Erb Oliver Ob, Cit.

(19) Carpenito Manuel, Manual de diagnósticos de enfermería, Interamericana, p.p.9

(20) García Ma. de Jesús, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Progreso, p.p. 31-33

(21) Fernández Farrín Carmen, Gloria Novel Martí, Proceso Atención de Enfermería. Estudio de Casos, Salvat, p.p. 41-58

➤ **Planificación ó Planeación:**

Tercera etapa del proceso de enfermería, en la cual se definen objetivos, se identifican actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería. (22)

Esta fase es fundamental para el proceso de enfermería, en el cual se establecen las estrategias para reducir o solucionar los problemas identificados y los medios necesarios para llevar a cabo las actuaciones concretas que posibiliten su consecuencia.

Esta etapa del proceso requiere del establecimiento de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales y los comunes de otros más raros. Una vez establecidas las necesidades se establecen objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería para resolver los problemas del paciente y suplir aquellos factores que el no puede llevar a cabo por si mismo para satisfacer sus necesidades y resolver sus problemas de dependencia.

Estableciendo en orden de prioridades, se determina con la máxima precisión posible el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. Se deben contemplar las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería para conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que realiza el enfermo y sus familiares; asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en intento de lograr la mayor independencia del enfermo. (23)

➤ **Ejecución, aplicación ó actuación.**

Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados, esta fase corresponde a la puesta en práctica del plan de atenciones elaborado previamente y cuya meta es conducir al paciente hacia la optima satisfacción de sus necesidades. (24)

En esta fase la relación enfermera paciente adquiere su máxima significación y no solo se debe atender a la resolución de los problemas de salud concretos, sino que también resulta fundamental poner atención en todas las dimensiones de manera holística. La comunicación verbal y no verbal entre el personal de enfermería, el paciente y la familia adquiere una importancia excepcional, en todo momento debe intentarse una comunicación pedagógica con intención de enseñanza, ya sea de cuidado específico ó de cuidado general. (25)

La ejecución incluye también el registro de la atención del cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería; esta documentación verifica que el plan de cuidados sea el adecuado para las necesidades del paciente y a demás se pueda utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

(22) Alfaro Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería, Doyma S.A, p.p.6

(23) Enciclopedia de enfermería, Volumen 1, p.p.8

(24) Alfaro, *Ibidem*, p.p.38

(25) Alfaro, *Ibidem*, p.p.38

➤ **Evaluación.**

Ultima etapa del proceso de enfermería, trata de un juicio continuo que determina la medida en que se han logrado los objetivos en la atención de enfermería brindada, y en la cual se debe evaluar el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario en el plan de cuidados establecido.

La consecuencia de la instauración de intervenciones se espera sean positivas, pero estas pueden resultar negativas o inesperadas, obligando a una evaluación constante que permita modificar el plan de cuidados del proceso en beneficio del enfermo.

En el momento de la evaluación se debe comprobar el logro de los objetivos propuestos en el plan de intervenciones, pero pueden presentarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso de atención, que requiera el planteamiento de nuevos objetivos y con ellos la modificación o el cambio del plan de cuidados a ejecutar. (26)

(26) Alfaro, Ob. Cit, p.p. 48

7.- PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

7.1.-CASO CLÍNICO:

15 de febrero 2008

Se trata de paciente Selene de 18 años de edad con estudios de secundaria, casada con Mauricio de 20 años, ella se dedica a su hogar y vende alimentos en una primaria particular durante el receso, su nivel socioeconómico es medio bajo. Profesa la religión católica la cual no interfiere para la toma de decisiones.

La alimentación que consume es deficiente en calidad y cantidad, ingiere sus alimentos en compañía de su pareja y familia dos veces al día, consume proteínas de origen animal solo dos veces a la semana pollo, consume diario tortillas, arroz, frijoles, cada tercer día huevo y leche, toma menos de medio litro de agua al día pero toma a menudo refresco y en varias ocasiones al día.

Su patrón de eliminación intestinal es una vez al día sin presentar problema y su eliminación vesical es en este momento de 4 a 5 veces al día en poca cantidad, concentrada y presenta ardor al miccionar.

En la termorregulación se adapta con facilidad a los cambios de temperatura prefiriendo el clima templado.

Descansa solo por las noches aproximadamente entre 7 y 8 horas; se acuesta a las 21 horas y se levanta entre las 4:30 y 5 hrs de la mañana para despedir a su esposo que sale a trabajar e iniciar con los preparativos para el desempeño de sus labores; su medio de distracción es realizar actividades manuales y ver la televisión, ubica lugares de recreo en su comunidad y la forma de acceder a ellos pero no realiza ningún tipo de ejercicio.

Refiere que antes de saberse embarazada tomaba alcohol con frecuencia semanal sin llegar a la embriaguez, niega tabaquismo y drogadicción, en su infancia presento varicela, niega traumatismos, trasfusiones y haber padecido enfermedades transmisión sexual; comenta que tiene excelente relación con su pareja y sus padres los cuales le apoyan y animan.

En las condiciones de higiene personales refiere cambio de ropa personal diaria, cepillado de dientes de dos a tres veces al día, se observan con aspecto limpio, corte de uñas y piel lubricada, presenta piezas dentales sanas, integra y tratadas, refiere lavado de manos constantemente; después de ir al baño, antes de cocinar y de comer; realiza aseo parcial de su vivienda con cierta frecuencia, refiere cambio de ropa de cama cada tercer día.

Es originaria y residente en el estado de México en zona urbana, la casa donde habita es prestada proporcionándole una habitación para ella y su pareja, comparte con sus padres y 5 hermanos comedor, cocina, sala y sanitario; físicamente la vivienda esta construida con techo de lamina de asbesto y piso de cemento, tiene deficiente ventilación e iluminación natural, cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios. Su vivienda está ubicada dentro de una escuela primaria y las condiciones de higiene del hogar muestran aspecto desordenado y sucio; colocan la basura en un bote con bolsa sin tapa la cual desecha diario por las mañanas en vehiculo municipal.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Inicia telarca, pubarca y menarca a los 12 años con periodos menstruales cada 28 días, duración de 3 días, presencia de dolor tipo cólico ocasional, inicia su vida sexual a los 17 años con una pareja sexual actual. Gesta 1, Partos 0, Abortos 0, Cesárea 0.

15 de febrero 2008

Valoración del embarazo actual.

FUM 22 de junio de 2007, producto de 34 SDG por fecha de ultima menstruación y 34 SDG por USG en el que lleva control prenatal, a la fecha con 6 consultas medicas, la señora Selene en este embarazo cursa con lo siguiente; se observa conciente, tranquila, orientada en tres esferas de espacio, tiempo y persona, animada aunque manifiesta cansancio y temor; ligera palidez de tegumentos, cabello bien implantado, piel lubricada, mucosas orales hidratadas, glándulas mamarias con presencia de red venosa de haller y pezón formado, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos con buen tono e intensidad, abdomen blando con presencia de línea morena con útero gestante fondo uterino

de 23cm, presentación longitudinal, situación dorso izquierdo, posición cefálica, frecuencia cardiaca fetal 136 latidos por minuto, se valora una contracción uterina con duración de 20 segundos en una hora, peristalsis presente normal. Paciente con signos vitales T/A 130/90, FC.80x', FR.19x', TEMP. 36.8°C. Muestra resultados de laboratorio: hemoglobina de 12.7mg/dl, Hto de 35%, Plaquetas 240dl, grupo sanguíneo 0 Rh (+) y EGO con presencia de bacterias 3-4 por campo y proteínas negativas, refiere micción de 4 a 5 veces al día en poca cantidad, concentrada y presenta ardor al miccionar, sin edema de miembros pélvicos, la señora Selene refiere salida vaginal de moco con sangre en cantidad escasa y contracciones uterinas irregulares en duración y tiempo lo cual no se pudo verificar. Se le da orientación sobre el control prenatal, la importancia del consumo de carnes, frutas y verduras en la dieta, ya que contienen un alto valor en proteínas, fibra y hierro, también que es importante aumentar el consumo de agua simple, de tener reposo absoluto y se orienta sobre los signos de alarma en este tercer trimestre del embarazo.

7.2.- VALORACIÓN OBJETIVA:

22 de febrero 2008

Al momento de la exploración en la visita domiciliaria, se observa a la señora Selene conciente, tranquila, orientada en tres esferas de espacio, tiempo y persona, animada con buena coloración de tegumentos y conjuntivas, mucosas orales hidratadas, piel lubricada, mamas turgentes con pezón formado, campos pulmonares ventilados con presencia de estertores basales con predominio derecho, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, abdomen blando con presencia de útero gestante, presentación longitudinal, situación dorso izquierdo, posición cefálica, fondo uterino de 24cm, FCF 142 latidos por minuto, 35 SDG, peristalsis presente normal, sin edema de miembros pélvicos. Paciente estable con signos vitales T/A 110/80, FC.80x', FR.21x', TEMP. 36.5°C.

La señora Selene refiere tos seca y haber modificado su dieta aumentando el consumo de proteínas y la ingesta de agua, guardo reposo absoluto, y aumento el tiempo de su descanso; por el momento suspendió sus actividades comerciales.

28 de febrero 2008

Al momento de la exploración en la visita domiciliaria, se observa a la paciente conciente, tranquila, orientada en tres esferas de espacio, tiempo y persona, animada, con buena coloración de tegumentos y conjuntivas, mucosas orales hidratadas, piel lubricada, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, mamas turgentes con pezón formado, abdomen blando con presencia de útero gestante fondo uterino de 25cm, FCF 138 latidos por minuto, 35.6 SDG, peristalsis presente normal, sin edema de miembros pélvicos. Paciente estable con signos vitales T/A 110/80, FC.80x', FR.20x', TEMP. 36.5°C.

Al momento de la exploración en la visita domiciliaria, se observa a la paciente conciente, tranquila, orientada en tres esferas de espacio, tiempo y persona, animada con buena coloración de tegumentos y conjuntivas, mucosas orales hidratadas, piel lubricada, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, mamas turgentes con presencia de red venosa de Hallen, pezón formado, abdomen blando con presencia de útero gestante y línea morena, presentación longitudinal, situación dorso izquierdo, posición cefálica, fondo uterino de 26cm, FCF 142 latidos por minuto, 36.4 SDG, peristalsis presente normal, sin edema de miembros pélvicos. Paciente estable con signos vitales T/A 110/80, FC.84x', FR.22x', TEMP. 36.5°C .

Se encuentra que la señora Selene tiene necesidades en nutrición e hidratación, en la necesidad de eliminación, en la necesidad de aprendizaje y en la necesidad a evitar peligros y en la necesidad de sueño y vigilia; por lo cual se considera independiente en las 9 necesidades restantes que incluye Virginia Henderson en su modelo.

Manifiesta parcial dependencia en la necesidad de nutrición e hidratación porque debido a la mala alimentación y al escaso consumo de agua que ingiere le esta provocando problemas de salud. En la necesidad de eliminación se manifiesta parcialmente dependiente ya que también esto le esta causando problemas a su embarazo. En la necesidad de aprendizaje se considera dependiente ya que no muestra interés en buscar información escrita por su cuenta para obtener dicha información sobre su falta de conocimientos en cuanto a la evolución normal del embarazo y las causas que pueden provocarle complicaciones. En las necesidades de evitar peligro y la de sueño y vigilia se puede considerar parcialmente dependiente ya que sigue las indicaciones medicas y los cuidados que enfermería le recomienda.

7.3.- PLAN DE CUIDADOS EN EL EMBARAZO (3ER Trimestre).

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Alteración hemodinámica, relacionada con el embarazo; manifestada por bajos niveles de hemoglobina, palidez y fatiga.</p>	<p>Evitar complicaciones hematológicas que pongan en riesgo la vida de la madre y el producto.</p>	<p>Modificar la dieta de la señora Selene. Indicar sulfato ferroso. 3x24, con los alimentos Indicar Acido fólico 1 tableta cada 24hrs. Solicitar Bh y Qs de control. Enviar al servicio de nutrición. Orientar a la paciente sobre la importancia de : 🍌 Aumentar el consumo de vegetales verdes. 🍌 Incluir en la alimentación hígado de res.</p>	<p>Se consiguen que la señora Selene aumente en su dieta la ingesta de legumbres verdes logrando aumentar a corto plazo los valores de hemoglobina a 14.3mg/dl.</p>

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Riesgo a padecer preeclampsia, relacionado con ingesta insuficiente de proteínas de origen animal.	Conseguir que la señora Selene minimice el riesgo a padecer preeclampsia, incrementando en su dieta productos de origen animal.	Valorar datos de riesgo. Interrogar sobre la presencia de cefalea, acufenos, fosfenos y edema de miembros pélvicos. Toma y registro de la T/A diaria. Toma y registro de proteína por medio de tira reactiva, (bililabtix). Solicitar Bh completa, Qs con diferencial, EGO de control. Enviar al servicio de nutrición. Conciensar a la señora Selene la importancia de aumentar el consumo de carnes en la dieta para prevenir la proteinuria.	Se logra que la señora Selene incremente en su dieta productos de origen animal, disminuyendo el riesgo a presentar preeclampsia.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Desnutrición, relacionado con una ingesta pobre en la calidad y cantidad del alimento, manifestada por bajo peso, palidez y fatiga.	Conseguir que la señora Selene modifique su alimentación, incluyendo un balanceado consumo en calidad y cantidad de alimento.	✓ Orientar a la señora Selene sobre: <ul style="list-style-type: none"> ○ La importancia de aumentar el consumo de hierro, proteínas y fibra en su dieta. Enviar al servicio de nutrición. Solicitar Bh completa, Qs con diferencial, de control. Toma y registro de peso corporal semanal. Toma y registro de fondo uterino semanal.	Se logra que la señora Selene modifique sus hábitos alimenticios consumiendo una dieta balanceada en calidad y cantidad.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Déficit de volumen de líquidos relacionado con la ingesta insuficiente de agua manifestado por orina caliente, coluria, disuria y oliguria.	Lograr que la señora Selene ingiera litro y medio de agua por día, tomando un vaso de agua cada 2hrs.	<p>Explicar a la paciente la importancia de ingerir agua en cantidad suficiente para mantener un equilibrio en el organismo, y así evitar riesgo a padecer infecciones urinarias.</p> <p>Animar a la paciente a tomar agua, dando opción de saborizarla de manera natural (con jugo de limón o frutas.)</p> <p>Pedir a la señora que lleve un registro diario del consumo de agua que ingiera y que observe las características de la orina.</p> <p>EGO de control.</p>	Se logra que la señora ingiera litro y medio de agua, observándose la orina menos concentrada.

NECESIDA DE ELIMINACION.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración de la eliminación urinaria, relacionada con proceso infeccioso actual e ingesta insuficiente de agua, manifestado por disuria oliguria, coluria, ardor al orinar y facie de dolor.	Controlar la infección urinaria de la señora Selene.	<p>Orientar a la paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ La importancia de la ingesta de litro y medio de agua al día. ✚ Orinar en cuanto tenga ganas. ✚ La importancia de terminar el tratamiento farmacéutico indicado. <p>Macrofantina de 100mg, tomar 1c/8hrs, X 10 días.</p> <p>Solicitar EGO de control, posterior al Tratamiento médico.</p>	La señora Selene cambia sus hábitos de ingesta de líquidos disminuyendo la dificultad para orinar, el dolor y el ardor.

NECESIDADES DE APRENDIZAJE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración hemodinámica, relacionado con mal nutrición, infección de vías urinarias, agotamiento y estrés; manifestada por presión arterial alta y angustia.	Que se la señora Selene se relaje y así conseguir regular la presión arterial.	Chequeo y registro diario de la T/A. Orientar sobre: 🚦 La importancia de estar relajado. 🚦 De permanecer en reposo. 🚦 Aumento moderado en el consumo líquidos, (agua). 🚦 Realizar manualidades que le sean de agrado para desviar la angustia.	Se logra tranquilizar y mantener ocupada a la señora Selene normalizando la presión arterial en 110/ 80.

NECESIDADES DE APRENDIZAJE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración del estado emocional debido al temor a presentar complicaciones en el embarazo, manifestado por estrés y preocupación.	Tranquilizar a la señora Selene, orientándola sobre los cuidados y la evolución normal del embarazo.	✓ Orientar a la señora Selene sobre: 🚦 Como evitar complicaciones relacionadas con proceso infecciosos de vías urinarias. 🚦 La importancia de estar relajada. 🚦 Permanecer en reposo y de dorso izquierdo. 🚦 Buscar ayuda psicológica.	Se consigue disminuir el estrés en la señora Selene, evitando complicaciones en el embarazo.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alto riesgo de parto prematuro relacionado con infección de vías urinarias.	Controlar infección de vías urinarias para evitar complicación en el embarazo normal.	Orientar a la señora Selene sobre: <ul style="list-style-type: none"> ✚ las técnicas de asépticas genital adecuadas: ✚ La importancia de ingerir agua y terminar el tratamiento médico. ✚ Permanecer en reposo y de dorso izquierdo. ✚ Que el reposo debe ser absoluto, costada todo el tiempo. ✚ La importancia de terminar el tratamiento farmacéutico indicado. ✚ Solicitar EGO periódicamente. 	La señora Selene se mantuvo libre de riesgos, manifestando una evolución satisfactoria a corto plazo.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Riesgo de parto prematuro relacionado con edad gestacional.	Evitar complicaciones durante el embarazo, para obtener un producto a termino.	Orientar a la señora Selene sobre los datos de alarma: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acudir al hospital en caso de presentar: ✚ Sangrado trasvaginal. ✚ Salida de líquido por vagina. ✚ Ausencia de movimientos de su bebe. ✚ Dolor intenso de cabeza o abdominal. ✚ Zumbido de oídos o ve lucecitas. ✚ De 3 a 4 contracciones en 10 minutos con duración de 40 a 50 segundos cada uno. 	Se logro orientar a la señora Selene y que comprendiera cuales son los datos de alarma.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Riesgo de parto prematuro relacionado con accesos de tos.	Que la señora Selene controle la tos, evitando maniobras de valsava y de pujo durante los accesos de tos.	Indicar: <ul style="list-style-type: none"> ✚ Ambroxol 10ml c/8hrs. ✚ No hacer esfuerzo al toser. ✚ Expectorar secreciones. ✚ Evitar cambios bruscos de temperatura. ✚ Evitar el consumo de alimentos fríos. ✚ Evitar el pujo y esfuerzo durante la tos. Solicitar tele de tórax. Fisioterapia pulmonar.	Se consigue que en la señora Selene disminuyan los accesos de tos, evitando el riesgo de parto prematuro.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración del ciclo de sueño y vigilia relacionado con la presencia de nicturia manifestado por facies de cansancio y bostezos frecuentes.	Lograr regular el ciclo de descanso y sueño de la señora Selene.	Aplicar técnicas de relajación a la señora Selene como: <ul style="list-style-type: none"> ✚ Técnicas de respiración, distractor mental, música. ✚ Estrategias de descanso en su casa. (Musicoterapia, aromaterapia). ✚ Tomar alguna bebida tibia antes de dormir. 	Se consigue que la señora Selene tenga un sueño reparador en los siguientes días.

8.- CONCLUSIONES:

El profesional de enfermería necesita elegir un modelo que sirva como base para la elaboración de un proceso de enfermería con seguimiento comunitario, aplicando la metodología científica y los conocimientos obtenidos durante la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Se pudieron aplicar los cuidados de enfermería de forma holística aplicando el modelo de Virginia Henderson, se detectaron las necesidades básicas en la señora Selene y así se elaboró un plan de cuidados para resolverlas oportunamente, evitando complicaciones tanto fisiológicas, psicológicas, morales, de nutrición, etc. en la madre y el producto en esta etapa final del embarazo, satisfaciéndolas en un 100% ya que sus necesidades primordiales son de carácter fisiológico.

Se informó y orientó a la señora Selene sobre los datos en la evolución normal del embarazo y los riesgos del embarazo, pudiendo detectar oportunamente complicaciones y evitar que no se presentará un parto prematuro, también se orientó sobre los datos de alarma: y la importancia de acudir al hospital si presentaba, sangrado trasvaginal, Si había salida de líquido por vagina, si no sentía los movimientos de su bebé, si presentaba dolor de cabeza o abdominal, si tenía zumbido de oídos o veía lucecitas y si presentaba de 3 a 4 contracciones en 10 minutos con duración de 40 a 50 segundos cada uno.

Se dio seguimiento de enfermería a la señora Selene por medio de visitas domiciliarias y atención médica en el centro de salud, orientando a la paciente y a sus familiares sobre la importancia de llevar al pie de la letra las indicaciones médicas y los cuidados de enfermería y así conseguir llegar satisfactoriamente al embarazo a término.

9.- GLOSARIO DE TERMINOS:

Adinamia: Sin ganas.

Amenaza de parto prematuro: Es la aparición de contracciones uterinas regulares capaces de inducir modificaciones cervicales, entre las 20 y las 37 SDG.

Amenorrea: Sin menstruación.

Anemia: Alteración o disminución eritrocitaria, manifestada por disminución de hemoglobina y del hematocrito.

Cloasma: Pigmentación oscura de la piel.

Edema: Aumento de volumen de líquido en el intersticio.

Estreñimiento: Dificultad para evacuar.

Desnutrición: Alteración del estado nutricional.

FCF: Frecuencia Cardiaca Fetal.

FUM: Fecha de ultima menstruación.

Hipertensión: Aumento de la presión arterial.

Hipotensión: Disminución de la presión arterial.

Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal.

Nauseas: Reflejo vomitivo.

Parenteral: Vía intravenosa.

Parto Prematuro: Es el nacimiento del producto después de las 20 SDG. y antes de las 37 SDG.

Perinatal: Referente a todo lo que acontece al embarazo, desde antes de la concepción, hasta 6 semanas después del parto.

Profilaxis: Tratamiento preventivo.

SDG: Semanas de gestación.

Taquicardia: Aumento de la frecuencia cardiaca.

Vulnerabilidad: Indefenso, sensible a algo o alguien.

10.- BIBLIOGRAFÍA:

Lowdermilk, Perry, Bobak, Enfermería Materno Infantil, Ed. Harcourt / Océano Volumen 1, 6ª Edición, Barcelona España, p.p. 696

N. Roper, Diccionario de Enfermería, Ed. Interamericana, año 1984, p.p.548

L.C. Brunner, D.S. Suddarth, Tratado de Enfermería Brunner, Ed. Interamericana, Tomo 4, 3ª Edición, México D.F., año1989, p.p. 1258

Jiménez, Trujano Laura, Antología Obstetricia 1, Ed. UNAM, 3ª Edición, México D.F., Año 2005, p.p. 298

Jiménez, Trujano Laura, Antología Obstetricia 2, Ed. UNAM, 3ª Edición, México D.F., año 2005, p.p. 298

Mondragón, Castro Hector, Ginecología Basica Ilustrada, Ed. Trillas, 4ª Edición, año 1991, p.p. 256

Kozier, Glenora, Kathleen, Fundamentos de Enfermería, Ed. Interamericana. volumen 1, 5ª Edición, p.p. 780

www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm

Carpenito, Lynda Juall, Diagnósticos de Enfermería, Ed. Interamericana, 5ª Edición, México D.F., año 1997, p.p.754

Alfaro, Rosa linda, Aplicación del proceso de enfermería, 2ª edición, Doymar. S.A. Barcelona España, 1992.

Fernández, Ferrín Carmen, Gloria Novel Martí, Proceso de atención de enfermería, Estudio de casos, Ed. Científicas y Técnicas, S.A Masson, Salvat 1ª Edición. 1993.

García, Albarran y Mata Cortes, Proceso de atención de enfermería, Ed. UNAM, año 1996.

García, Ma. De Jesús, El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, Ed. Progreso S.A. 1997.

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SEDE HOSPITAL DR.GUSTAVO BAZ PRADA



1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: _____ Domicilio: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de nac. _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
 Lugar de origen: _____ Estado civil: _____
 Familiar responsable: _____

2.- PERFIL DEL PACIENTE:

AMBIENTE FISICO:

Casa propia Rentada Prestada No. de Habitaciones: _____
 Tipo de construcción: _____ Animales domésticos: _____
 Características físicas: (Ventilación, iluminación etc.): _____

SERVICIOS SANITARIOS:

Agua intra domiciliaria Hidrante público Otros

ELIMINACIÓN DE DESECHOS:

Drenaje: SI no Fosa séptica: si no Letrina: si no
 Control de basura: _____

VIAS DE COMUNICACIÓN:

Pavimentación Colectivos Teléfono Carreteras
 Metro Camiones Carro particular Taxi

RECURSOS PARA LA SALUD:

Centro de Salud IMSS ISSSTE Consultorio particular Otros

HABITOS HIGIENICOS-DIETETICOS:

ASEO:

Baño: (tipo y frecuencia). ____ De manos: (frecuencia)

Bucal:(frecuencia).

Cambio de ropa personal (total, parcial y frecuencia).

ALIMENTACIÓN:

TIPO DE ALIMENTO	No. DE VECES A LA SEMANA	OBSERVACIONES
CARNES		
VERDURAS		
FRUTAS		
LEGUMINOSAS		
PASTAS		
LECHE		
HUEVO		
No. DE TORTILLAS		
No. DE PIEZAS DE PAN		
agua: litros ó vasos al día		

ELIMINACIÓN:

Horario y características:

Intestinal: _____ Vesical:

DECANSO:

(Tipo y frecuencia)

Sueño (horario y características).

Diversión y deportes:

Trabajo y/estudio:

OTROS:

COMPOSICION FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	PARTICIPACION ECONOMICA

DINAMICA FAMILIAR:

COMPORTAMIENTO (conducta cotidiana):

AGRESIVO TRANQUILO INDIFERENTE ALEGRE COOPERADOR

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

GRUPO Y Rh.

Tabaquismo si no Tiempo: _____
Alcoholismo si no Tiempo: _____
Fármaco dependencia: si no Tiempo: _____

**ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS.**

DIABETES SI NO
EPILEPSIA SI NO
HTA SI NO
CARDIOPATIAS SI NO
NEFROPATIAS SI NO
Enf. infecto-contagiosas SI NO
TOXOPLASMOSIS SI NO
Antecedentes Quirúrgicos SI NO

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

SIIFILIS SI NO
S.I.D.A. SI NO
Malformaciones Congénita SI NO
CONSANGUINIDAD SI NO
RETRAZO MENTAL SI NO
Trastornos psiquiátricos SI NO
CARDIOPATIAS SI NO
NEUROPATIAS SI NO

TIPO: _____

Antecedentes transfusionales SI NO

Antecedentes traumaticos SI NO

OTROS _____

OBSERVACIONES _____

**4.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.
CARDIORESPIRATORIO**

PALPITACIONES LIPOTIMIAS DISNEA TOS
ACÉFENOS DOLOR TORÁXICO EDEMA DISFONIAS
FOSFENOS RUIDOS CARDIACOS CIANOSIS ESPECTORACIÓN

DIGESTIVO

APETITO NORMAL VOMITO METEORISMO DIARREA

DISMINUCIÓN DEL APETITO NAUSEAS DISTENSIÓN HEMATEMESIS

RUIDOS PERISTALTICOS MELENA

PIROSIS DOLOR ABDOMINAL (AUMENTADOS) PRURITO ANAL

DISFAGIA REGURGITACIONES CONSTIPACIÓN PUJO Y TENESMO

OBSERVACIONES:

GENITOURINARIO

DOLOR PIURIA DISMENORREA

PATOLOGIA MAMARIA

DISURIA POLIURIA PRURITO TIPO _____

TENESMO LEUCORREA SI NO

HEMATURIA ESCURRIMIENTO URETRAL

CARACTERISTICAS:

GLANDULAS MAMARIAS:

OBSERVACIONES:

NERVIOSO

CEFALEA AISLAMIENTO INCONSCIENCIA MIOSIS

TEMBLORES INSOMNIO ANISOCORIA

DEPRESIÓN FALTA DE MEMORIA MIDRIASIS

ANSIEDAD

OBSERVACIONES:

MUSCULO ESQUELETICO

DEFORMIDADES: Óseas, articulares y Musculares SI NO

TIPO: _____

VOMITO CREPITACIÓN AUMENTO DE PESO HIPERTRICOSIS

ROTS GALACTORREA HIPERTIROIDISMO

MIALGIAS POLIDIPSIA SUDORACIÓN HIPOTIROIDISMO

ARTRALGIAS POLIFAGIA DIABETES

VARICES PERDIDA DE PESO

OBSERVACIONES:

PIEL Y ANEXOS

HIPERPIGMENTACIÓN HERIDAS OTORREA CONJUNTIVITIS
 APIGMENTACIÓN EDEMA HIPOACUSIA EPISTAXIS
 ACNE PRURITO DOLÓR
 ALERGIAS RINORREA
 DERMATOSIS TRASTORNOS DEL OLFATO

OBSERVACIONES:

COMPRESIÓN Y/O COMENTARIOS ACERCA DE SU PROBLEMA Ó PADECIMIENTO: _____

5.- ANTECEDENTES GINECOBSTRICOS

MENARCA: _____ TELARCA: _____ Pubarca: _____ CICLOS: _____
 DURACIÓN: _____ DISMENORREICA: SI NO

INCAPACITANTE: SI NO

METODO DE CONTROL PRENATAL: SI NO TIPO: _____

FUR: _____ FPP: _____ SDG: _____

GESTAS _____ _PARAS: _____ ABORTOS: _____ CESÁREAS: _____

PERIODO INTERGENESICO:

VIGILANCIA PERINATAL: SI NO CONSULTAS: _____

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: _____ CIRCUNDASOS: _____

HISTORIA DE EMBARAZOS PREVIOS.

No. De GESTAS	FECHA	PARTOS	FORCEPS CAUSA	CESÁREA	LUI	PESO DEL PRODUCTO	OBSERVACIÓN.

OBSERVACIONES: _____

6.- EXPLORACIÓN FÍSICA:

PESO ANTES DEL EMBARAZO: _____ PESO ACTUAL: _____ PESO IDEAL: _____
 SOBRE PESO: _____ Kgrs. ESTATURA: _____ PULSO: _____ TENSIÓN ARTERIAL: _____
 TEMPERATURA: _____ RESPIRACIÓN: _____

INSPECCIÓN:

ASPECTO FÍSICO: _____

PALPACIÓN: _____

PERCICIÓN: _____

AUSCULTACIÓN: _____

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico y rehabilitación.

PROBLEMAS Y PADECIMIENTOS:

Signos: _____

Síntomas: _____

7.- EXÁMENES DE LABORATORIO:

GABINETE Y/O LABORATORIO	CIFRAS NORMALES	CIFRAS DEL PACIENTE	OBSERVACIÓN

8.- PROBLEMAS DETECTADOS:

(De mayor a menor importancia). _____

9.- DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA:

(Tomando en cuenta los problemas de salud, psicológicos, social, nutricional, obstétricos, educacional, etc., que identificaste, realiza el seguimiento a la paciente para aplicar las etapas del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), toma en cuenta el siguiente formato para realizar tu plan de atención de enfermería.

VALORACIÓN	Dx. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	EVALUACIÓN

ALUMNA QUE ELABORO: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____

FIRMA DEL PROFESOR: _____

**INSTRUMENTO MATEOLOGICO PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA
(MODELO DE VIRGINIA HENDERSON)**

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE:	EDAD:	PESO: .	TALLA:
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:	
OCUPACION:		ESCOLARIDAD:	
FECHA DE ADMISION:		HORA:	
PORCEDENCIA:		FUENTE DE INFO:	
FIABILIDAD: (1-4)		MIEMBRO DE LA FAMILIA	
PERSONA		SIGNIFICATIVA:	

VALORACION DE NECESIDADES HUMANAS.

NECESIDADES BASICAS DE:

OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

1.- NESIDAD DE OXIGENCION

SUBJETIVO:

DISNEA DEBIDO A: TOS PRODUCTIVA/SECA:
DOLOR ASOCIADO CON LA RESPIRACION: FUMADOR:
DESDE CUANDO FUMA/ CUANTOS CIGARROS AL DIA/ VARIA LA CANTIDAD
SEGUN SU ESTADO EMOCIONAL.

OBJETIVO:

REGISTRO DE SIGNOS VITALES Y CARACTERISTICAS:
TOS PRODUCTIVA/ SECA: ESTADO DEE CONCIENCIA:
COLORACION DE PIEL/LECHOS LUNGALES/PERIBUCAL:
CIRCULACION DEL ENTORNO VENOSO:
OTRO:

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION

SUBJETIVO:

DIETA HABITUAL (TIPO):
No. DE COMIDAS DIARIAS:
TRASTORNOS DIGESTIVOS:
INTOLERANCIA ALIMENTARIA/ ALERGIAS:
PROBLEMAS DE MASTICACION Y DEGLUCION:
PATRON DE EJERCICIO:

OBJETIVO:

TURGENCIA DE LA PIEL:
MUCOSAS HIDRATADAS/ SECAS:
CARACTERISTICAS DE UÑAS/ CABELLO:
FUNCIONAMIENTO NEUROMUSCULAR Y ESQUELETICO:
ASPECTO DE DIENTES Y ENCIAS:
HERIDAS, TIPO Y TIEMPO DE CICATRIZACION:.

3.- NECESIDA DE ELIMINACION.

SUBJETIVO.

HABITOS INTESTINALES:

CARACTERISTICAS DE LA HECES, ORINA Y MENSTRUACION:

HISTORIA DE HEMORRAGIAS/ ENFERMEDADES RENALES/ OTROS:

USO DE LAXANTES: HEMORROIDES:

DOLOR AL DEFECAR/ MENSTUAR/ ORINAR:

INFLUYEN LAS EMOCIONES EN SUS PATRONES DE ELIMINACION:

OBJETIVO:

ABDOMEN CARACTERISTICAS

RUIDOS INTESTINALES:

PALPACION DE LA VEGIGA URINARIA.

4.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

SUBJETIVO:

ADAPTABILIDAD DE CAMBIOS DE TEMPERATURA:

EJERCICIO/ TIPO Y FRECUENCIA:

TEMPERATURA AMBIENTAL QUE LE ES AGRADABLE:

OBJETIVO:

CARACTERISTICAS DE LA PIEL:

TRANSPIRACION:

CONDICIONES DEL ENTORNO FISICO:

OTROS:

NECESIDADES BASICAS DE:

MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS, HIGIENE Y PROTECCION DE LA PIEL Y EVITAR PELIGROS.

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

SUBJETIVO:

CAPACIDAD FISICA COTIDIANA:

ACTIVIDADES EN EL TIEMPO LIBRE:

HABITOS DE DESCANSO:

HABITOS DE TRABAJO:

OBJETIVO:

ESTADO DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO, FUERZA:

CAPACIDAD MUSCULAR, TONO/ RESISTENCIA/ FLEXIBILIDAD:

POSTURA:

NECESIDAD DE AYUDA PARA LA DEAMBULACION:

DOLOR CON EL MOVIMIENTO:

PRESENCIA DE TEMBLORES: ESTADO DE CONCIENCIA:

ESTADO AMOCIONAL:

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

SUBJETIVO:

QUE MIEMBROS COMPONEN LA FAMILIA DE PERTENENCIA:
COMO REACCIONA ANTE SITUACION DE URGENCIA:
CONOCE LAS MADIDAS DE PREVENCION DE ACCIDENTES:
HOGAR: TRABAJO:
REALIZA CONTROLES PERIODICOS DE SALUD RECOMENDADOS EN SU
PERSONA:
FAMILIARES:
COMO CANALIZA LAS SITUACIONES DE TENSION EN SU VIDA:

OBJETIVO:

DEFORMIDADES CONGENITAS:
CONDICIONES DEL AMBIENTE EN SU HOGAR:
ES CONGRUENTE SU FORMA DE PENSAR CON SU FORMA DE VIVIR:

NECESIDADES BASICAS DE:

COMUNICACION, VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y
REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR, EN ACTIVIDADES RECREATIVAS,
APRENDIZAJE.

10.-NECESIDAD DE COMUNICARSE.

SUBJETIVO:

ESTADO CIVIL: AÑOS DE RELACION: VIVE CON:
PREOCUPACIONES/ ESTRÉS: FAMILIAR:
OTRAS PERSONAS QUE PUEDAN AYUDAR:
ROL EN ESTRUCTURA FAMILIAR:
COMUNICA PROBLEMAS DEBIDOS A LA ENFERMEDAD/ ESTADO:
CUANTO TIEMPO PASA SOLO:
FRECUENCIA DE LOS CONTACTOS SOCIALES DIFERENTES EN EL
TRABAJO:

OBJETIVO:

HABLA CLARO: CONFUSA:
DIFICULTAD, VISION: AUDICION:
COMUNICACION VERBAL/ NO VERBAL CON LA FAMILIA/ CON OTROS:

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.

SUBJETIVO:

CREENCIAS RELIGIOSAS:
SU 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:

OBJETIVO:

HABITOS ESPECIFICOS DE VESTIDO. (GRUPO SOCIAL RELIGIOSO):
PERMITE EL CONTACTO FISICO:
PRESENCIA DE ALGUN OBJETO INDICATIVO DE DETERMINADOS VALORES
O CREENCIAS:

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

SUBJETIVO:

TRABAJA ACTUALMENTE:

TIPO DE TRABAJO:

RIESGOS:

ESTA SATISFECHO CON SU TRABAJO:

SU REMUNERACION LE PERMITE CUBRIR SUS NECESIDADES BASICAS Y/O LAS DE SU FAMILIA:

ESTA SATISFECHO(A) CON EL ROL FAMILIAR QUE JUEGA:

OBJETIVO:

ESTADO EMOCIONAL/ CALMADO/ ANSIOSO/ ENFADADO/ RETRAIDO/

TEMEROSO/ IRRITABLE/ INQUIETO/ EUFORICO:

OTROS:

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

SUBJETIVO:

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA EN SU TIEMPO LIBRE:

LAS SITUACIONES DE ESTRES INFLUYEN EN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD:

RECURSOS EN SU COMUNIDAD PARA LA RECREACION:

HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD LUCIDA O RECREATIVA:

OBJETIVO:

INTEGRIDAD DEL SISTEMA NEUROMUSCULAR:

RECHAZO A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS:

ESTADO DE ANIMO APATICO/ ABURRIDO/ PARTICIPATIVO:

14.- NECESIDADES DE APRENDIZAJE:

SUBJETIVO:

NIVEL DE EDUCACION:

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE:

LIMITACIONES COGNITIVAS:

TIPO:

PREFERENCIAS, LEER/ ESCRIBIR:

CONOCE LAS FUENTES DE APOYO PARA EL APRENDIZAJE EN SU COMUNIDAD:

SABE COMO UTILIZAR ESTAS FUENTES DE APOYO:

INTERES EN EL APRENDIZAJE PARA RESOLVER PROBLEMAS DE SALUD:

OTROS:

OBJETIVO:

ESTADO DEL SISTEMA NERVIOSO:

ORGANOS DE LOS SENTIDOS:

ESTADO EMOCIONAL ANSIEDAD/ DOLOR:

MEMORIA RECIENTE:

MEMORIA REMOTA:

OTRAS MANIFESTACIONES: