



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA: APLICADO AL BINOMIO MADRE E
HIJO EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA BASADO EN LA
TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON.**

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

**PRESENTA:
MARES MARTÍNEZ LILIA.
NUMERO DE CUENTA: 093670122.**

**DIRECTORA DE TRABAJO:
MAESTRA: SOTOMAYOR SÁNCHEZ SANDRA.**

MÉXICO DF., 2010.



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.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Justificación.....	2
III.	Objetivos.....	3
	3.1 General.	
	3.2 Específico.	
IV.	Metodología.....	4
V.	Marco Teórico.	
	5.1 Conceptualización de Enfermería.....	5
	5.2 Cuidado como Objeto de Estudio.....	9
	5.3 Teoría de Enfermería.....	12
VI.	Teoría de Virginia Henderson.	
	6.1.Persona.....	17
	6.2. 14 Necesidades.....	17
	6.3. Salud.....	18
	6.4.Rol profesional.....	18
	6.5.Entorno.....	18
	6.6.Concepto de Independencia.....	18
	6.7.Concepto de Dependencia.....	18
	6.8.Fuentes de Dificultad (planteada por Virginia Henderson).....	18
VII.	Proceso de Atención de Enfermería.	
	7.1.Desarrollo Histórico del Proceso de Enfermería.....	20
	7.2.Concepto de Proceso.....	21
	7.3.Funciones del Proceso de Enfermería para el Profesional de Enfermería....	21
	7.4.Finalidad del Proceso de Enfermería.....	22
	7.5.Fases del Proceso de Enfermería.....	22
VIII.	Etapas del Trabajo de Parto.	
	8.1.Borramiento y Dilatación.....	27
	8.2.Mecanismos del Trabajo de Parto.....	28
	8.3.Alumbramiento.....	29
IX.	Aplicación del Proceso de Enfermería.	
	9.1.Valoración de Enfermería.....	30
	9.2.Valoración Objetiva y Subjetiva.....	32
	9.3.Valoración de Necesidades.....	34
	9.4.Desarrollo del Proceso de Enfermería.....	36

Diagnóstico.

Planeación.

Ejecución.

Evaluación.

X. Plan de Alta	62
XI. Conclusiones.....	71
XII. Bibliografía.....	72
XIII. Anexos.....	74

I. INTRODUCCIÓN.

El proceso de Atención de Enfermería es la herramienta básica y fundamental para asegurar la calidad del cuidado de la persona, se constituye en un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente en la satisfacción profesional de enfermería.

El proceso de enfermería permite lograr una práctica fundamentada en un contexto científico que avala a la profesión como una ciencia y un arte.

Este método permite a la disciplina, mantener un nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, debemos proporcionar a la persona la cantidad y calidad de cuidados holísticos necesarios para restituirlos, a través del proceso contribuir y proporcionar una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el tiempo que se brinde cuidados a la persona.

El modelo de Virginia Henderson, basados en las 14 necesidades, nos permite identificar las fuentes de dificultad, o de los problemas independientes y dependientes que presentan las personas cuidadas al no resolver sus necesidades básicas, así como la importancia que tiene el rol profesional.

Las necesidades están determinadas por los factores que influyen la satisfacción de cada una de las necesidades, ya sean, biofisiológicas, psicológica, socioculturales y espirituales, este modelo nos permite hacer énfasis en los datos observados de cada una de las necesidades y la información que se obtiene a partir de la interacción con las personas cuidadas; es así que se establece el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como metodología para el cuidado de la persona.

Por esta razón el siguiente trabajo se fundamenta en base al modelo de las necesidades humanas de Virginia Henderson, el cual, es aplicable en todas y en cada una de las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería, el cuál fue aplicado al binomio madre e hijo en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.

II. JUSTIFICACIÓN.

El Proceso de Atención de Enfermería, constituye una herramienta metodológica imprescindible para brindar cuidado profesional con un alto grado de calidad, a través de la aplicación de éste, el profesional de enfermería logra tener autonomía en la práctica y en su rol profesional.

La aplicación del proceso enfermero, significa el interactuar de manera holística proyectando en todo momento al "CUIDADO", como objeto de estudio ya que la enfermería es una disciplina científica, sensible y creativa en la atención a la persona, retomando una filosofía; tendiente a abarcar la totalidad del ser, lo cual es un factor importante para lograr identidad profesional.

La aplicación regular de El Proceso de Atención de Enfermería en la práctica diaria es una condición indispensable para unificar un lenguaje disciplinar propio lo cual nos hace ser diferentes a otras disciplinas.

El proceso es además, una opción muy buena de titulación para el pasante de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

III. OBJETIVOS.

3.1 Objetivo General.

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al binomio madre e hijo en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica, basado en el modelo de Virginia Henderson, con un enfoque holístico a fin de brindar cuidado profesional que logre la satisfacción de todas las necesidades.

3.2 Objetivos Específicos.

- Identificar los problemas ó factores que interfieren con la satisfacción de las necesidades de la persona.
- Elaborar un plan de cuidados específicos, en base a la jerarquización de las necesidades detectadas.
- Ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería que permitan el bienestar del binomio, así como posibles complicaciones.
- Aplicar durante todo el proceso los conocimientos teóricos – prácticos adquiridos durante la carrera de la licenciatura en enfermería y Obstetricia, para brindar cuidados de calidad, que propicie en la persona una independencia de ser posible total.

IV. METODOLOGÍA.

La metodología se enfoca principalmente en la realización del Proceso de Atención de Enfermería, en forma organizada y sistematizada, la cual, es una herramienta que se utiliza para guiar los cuidados estandarizados con empleo de un razonamiento crítico, el cual se dirige a las necesidades individuales del binomio madre e hijo.

El presente trabajo se llevo a cabo en un hospital de segundo nivel de atención: Hospital General “Dr. Manuel Gea González” en el servicio de la Unidad Tocoquirúrgica, durante un período de cuatro días.

Para realizar el presente proceso se utilizaron diversos instrumentos de concentración para recabar datos necesarios como lo es la observación, la recolección de la información, la cual, fue de forma directa a través de la entrevista con la persona; para obtener información de la persona en forma general y focalizada, para centrar y realizar la valoración inicial específica, en forma sistemática (inspección, auscultación, palpación y percusión).

Las fuentes indirectas que se utilizaron en presente proceso fueron el expediente clínico y la bibliografía.

Se llevo a cabo el análisis respectivo de la información obtenida, identificando problemas reales y potenciales, que alteraban las necesidades de la persona, elaborando así, los diagnósticos de enfermería.

Se planificaron lo cuidados de enfermería mediante la elaboración de objetivos, jerarquizando necesidades, y considerando las prioridades según el Modelo de Virginia Henderson; y realizando las intervenciones de enfermería.

Se evaluaron cada una de las intervenciones de enfermería y la eficacia del plan de cuidados, es así como se realizo el Proceso de Atención de Enfermería.

V. MARCO TEORÍCO.

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

La humanidad ha realizado cuidados en beneficio de personas o grupos, con el propósito de lograr la mejoría, conservar la vida y el menor daño posible, dichos cuidados se iniciaron en la observación y otras por el sentimiento de ayuda, y ya con un poco de experiencia se transmitieron de generación en generación creando así el conocimiento empírico, el cual dio origen a la práctica de la enfermería.

En la época del Cristianismo, estas prácticas tomaron un matiz religioso concibiéndose el cuidado enfermero como un forma de santificación para el que lo realizaba; la enfermedad en aquel tiempo estaba considerada como un castigo divino y el cuidador debía ocuparse tanto del cuerpo del paciente como de su alma, haciendo méritos con su sacrificio para ganar la vida eterna.

Al llegar la Reforma Protestante, todas estas ideas desaparecieron en los países que se separaron de la iglesia católica, ya no era necesario sacrificarse para ganar el cielo, esto se conseguía sólo por el acto de creer. Las iglesias fueron destruidas al igual que los hospitales puesto que, en su mayoría, éstos estaban gobernados por órdenes religiosas.

En algunos países, quedó descubierto casi por completo el cuidado de los enfermos, estas tareas fueron consideradas denigrantes y por lo tanto dejadas en manos de personas sin escrúpulos y por supuesto, sin preparación para llevarlas a cabo, por lo que se perdió mucha información del conocimiento empírico que se había conseguido hasta ese momento, cambio el enfoque de caridad y humildad, a esa época se le conoce como “el período oscuro de la enfermería”. Cuando Florence Nightingale aparece en la historia la situación de la enfermería dio un gran giro, ya que esta mantuvo unidos los conceptos de ciencia y arte.

La enfermería nace debido a las necesidades y demandas sociales y no surge por sí misma, sino por el resultado de otras disciplinas (Donalson y Crowley 1978), sin embargo a enfocado su objeto de estudio por su interés ferviente por el cuidado que se brinda a favor de la salud de las personas.¹

Hace muchos años la enfermería no era considerada como una profesión, sino como un oficio, el cual no era reconocido socialmente, ni remunerado económicamente; más sin embargo a través del tiempo se ha luchado para que sea redefinida y consolidada como una disciplina científica.

¹Rodríguez Jiménez Margarita, Teorías y Modelos de Enfermería, pág. 55.

Desde el punto de vista disciplinar, el **cuidado** es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.²

Un concepto de Enfermería que más se acerca a la profesión en la actualidad:

Es la “ciencia” (Leddy 1989) y “el arte” (Iyer 1997) de proporcionar cuidados predicción, prevención y tratamiento (Alfaro 1999) de las respuestas humanas (Iyer 1997) del individuo, familia y comunidad a procesos vitales ó problemas de salud reales o potenciales (Luis 1998); así como la colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario en la solución de las respuestas fisiopatologías.³

La enfermería debe ser considerada una ciencia ya que emplea el método científico durante y para el ejercicio profesional, ya que la ciencia conlleva a describir y explicar las diferentes respuestas de los seres humanos a la salud y enfermedad, ofreciendo validez en la práctica diaria; y “empleo de procesos de la lógica y explicación de sus investigaciones y argumentos” (Leddy 1989).

Además la enfermería requiere de habilidades que se adapten a las necesidades de las personas, lo que hace a esta profesión ser creativa e innovadora, a diferencia de otras disciplinas.

Como ya se ha mencionada antes la esencia de la enfermería es cuidar la salud, a través de los que nuestra profesión sabe realizar muy bien desde hace muchísimos años “El Cuidado” que permitan mantener y preservar una de las cosas más importantes en el mundo “La Salud”, satisfaciendo las necesidades de las personas, familia y/o comunidad.⁴

Una disciplina surge como resultado del pensamiento creativo de hechos importantes relacionados con ésta. En este estado de desarrollo se encuentra enfermería como “parte del trabajo que se debe realizar es básico ya que tiene utilidad para el entendimiento de las respuestas humanas al bienestar y a la salud, y parte es aplicado para dar respuestas adecuadas a los problemas profesionales” (Gortner 1974).

Uno de los propósitos de la disciplina de la enfermería es facilitar el conocimiento necesario que debe utilizar las profesionales, quienes proveen servicio y están comprometidas en la práctica clínica.

Es importante mencionar que los valores éticos y morales a la práctica tienen influencia en la perspectiva y orientación de los valores de nuestra disciplina. Es notorio la forma como los valores de la práctica profesional de enfermería (servicio humanitario, respeto a

² Cárdenas Jiménez Margarita, Teorías y Modelos de Enfermería, pág. 56.

³ Rodríguez Sánchez Bertha, Proceso Enfermero, pág. 19.

⁴ Ibid pág. 20.

la persona, autocuidado que conllevan al bienestar y a la salud) han influido en el comportamiento valorativo de esta bella disciplina.⁵

La ética en nuestra profesión es muy importante, ya que influye en las decisiones que deben tomarse en el contexto del cuidado y de la atención de la salud. La enfermería es reconocida como un servicio social esencial y responsable para el cuidado, la conservación de la vida, el alivio del sufrimiento y la promoción de la salud.

Otro punto importante en la enfermería es el desarrollo investigativo y teórico de enfermería, el cual permite entender, dentro de un contexto universal, el porqué de sus situaciones administrativas, educativas y finalmente teóricas.

Algunos eventos políticos y sociales han influido directamente en la evolución de enfermería, como el rol de la mujer, la filosofía de la liberación femenina y género, las guerras, los avances tecnológicos, etc.

.En la etapa práctica del siglo XIX - 1938 dio a la enfermería su razón de ser, esta etapa tuvo sus orígenes de manera más formal, en el mundo occidental a partir del final del siglo XVIII y comienzos del XIX, durante la guerra de Crimea cuando Florence Nightingale sentó las bases teóricas, prácticas, educativas y aún investigativas de enfermería, este período duró casi setenta años, sumiendo a la enfermería en una edad de oscurantismo práctico y teórico del cual ha sido difícil desprenderse y que aún tiene influencia en el establecimiento y comportamiento profesional y disciplinar.(Duran, 2006).

En la etapa de la educación y la administración (1938 – 1950) ocurre cambios enfocados fundamentalmente a dos hechos: al cambio curricular y la situación administrativa de los servicios de enfermería.

Aunque persisten muchas de las situaciones de la etapa de práctica, durante éste período y por más o menos durante 25 años el cómo de la práctica se tradujo al cuál currículo desarrollar y cómo enseñarlo.

En esta etapa se experimentaron toda clase de reformas curriculares para preparación de nuevos profesionales, se entrenó mejorar al personal docente, se desarrollaron formas de preparar personal administrativo para el manejo de las escuelas y los servicios, pero sobre todo se experimentaron modelos y medios de enseñanza para la educación de las enfermeras (Meleis, 1985).

En el año de 1950 – 1970, las enfermeras se dieron cuenta que sin investigación, que guiara las decisiones curriculares, de enseñanza aprendizaje y de manejo administrativo, el mejoramiento educativo era imposible.

Los temas que iniciaron la expansión investigativa fueron: cómo enseñar, cómo administrar, cómo ser líder, cuáles estrategias eran las más efectivas (Meleis, 1985).

⁵ Rodríguez Sánchez Bertha, Proceso Enfermero, pág. 65,66 y 67.

Con la incursión de las enfermeras a los programas universitarios de postgrado, las expectativas académicas crecieron y enfermería vivió una inmersión en el mundo académico como una profesión multifacética. El desarrollo tecnológico del momento hizo que enfermería se afanzara cada vez más en las bases científicas requeridas para una práctica profesional ajustada a los requisitos de la atención especializada en salud.(Meleis, 1985).

En el año de 1965 a 1970, se presentó la etapa del desarrollo teórico, un grupo de enfermeras quienes creían que la teoría debía guiar la práctica, escribieron acerca de su necesidad, la naturaleza de la teoría de enfermería, de cómo los filósofos y epistemólogos entendían la teoría y cómo se debía dar forma a la teoría de enfermería.

Para las teoristas de enfermería estaba muy claro que la enfermería no se podía reducir a una ciencia dependiente y referente a un solo aspecto del ser humano; que investigar de esa manera era un planteamiento reduccionista y que la complejidad de enfermería requería autonomía intrínseca en sus métodos y contenidos. (Meleis, 1985).

En esta etapa hubo aceptación de la teoría como un instrumento útil para el desarrollo del conocimiento de enfermería, ya que la teoría surge de problemas reales de la práctica y porque la teoría es un instrumento para la práctica y la investigación. Brinda claridad sobre la relación teoría, investigación, práctica y necesidad de la indagación filosófica.

Es interesante notar como en América Latina persisten regiones que difieren totalmente en su proceso de evolución, y aún dentro de un mismo país se anota el hecho de estancamiento en algunos lugares y gran desarrollo en otros. (Chompré y Villalobos, 1995).

Anteriormente muchos estudiantes que cursaban la carrera de Enfermería, veían a la profesión como un potencial financiero, o por una rápida forma de ubicarse en el mercado de trabajo, en la actualidad el alumno tiene un concepto en el cambio de actitud hacia la disciplina de enfermería y su estatus profesional, así como el que se logre el desarrollo de un pensamiento teórico y la reflexión.

Por último Meleis menciona que las enfermeras han sufrido de paternalismo y aceptación de la normatividad creada por otros, y cuando ésta no existía, por aquella por enfermeras para enfermeras. Situación claramente conducente a la pasividad y continuismo. La subcultura de enfermería no ha promovido la sana competencia, lo cual es esencial para el desarrollo de ideas.

Cabe mencionar que la enfermería es “La ciencia de enfermería, la base fundamental del conocimiento del comportamiento humano y de la interacción social, bajo situaciones normales y de estrés, y a través del proceso vital, se distingue claramente de sus formas

de indagación (investigación). La investigación y especialmente la metodología han sido sujetos de mayor atención que la ciencia". (Gother).⁶

5.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

A partir de las mujeres consagradas, el rol ya no es el reflejo de un conjunto de actividades en las que se refleja un modelo cultural, sino que representa una línea de conducta, un conjunto de aptitudes necesarias para cuidar.

Desde el punto de vista disciplinar, el **cuidado** es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.

Es importante mencionar que la enfermería tiene una identidad propia en el campo de la competencia profesional y brinda un proceso de cuidados, el poder que tiene este, sus limitaciones y de sus dimensiones sociales, económicas y políticas.⁷

Como ya se menciona la competencia dentro del brindar cuidados, nos han invadido ya que el rol del cuidado algunas veces es absorbido por la práctica médica.

Antiguamente Florence Nightingale menciona que los cuidados ya no se transmiten por herencia cultural es necesario aprenderlos, es entonces cuando Nightingale determina el campo de competencia de los cuidados de enfermería, tanto a domicilio como en el hospital.

Debemos tener muy presente que el cuidar no es igual que tratar, ya que el tratar la enfermedad nunca podrá suplantar todos los beneficios que representa el cuidar.

La razón de ser en la profesión de enfermería es cuidar la salud, a través de cuidados que permitan mantener y conservar la vida, logrando la satisfacción de las necesidades del individuo, familia y comunidad; para lo cual es necesaria la prevención y tratamiento en la respuesta de la persona ya sea en un estado de salud o enfermedad.

Sin olvidarnos que los cuidados que se brindan también incluyen sentimientos y conductas de la persona sana o enferma, así como su interacción con su entorno y de los posibles problemas que originen la pérdida de la salud.

Es importante recalcar que el cuidado empieza por uno mismo desde que se tiene autonomía, y a la vez se brinda como un acto de reciprocidad a la persona ya sea temporal o definitivamente para cubrir sus necesidades vitales, ya sean fisiológicas, espirituales, intelectuales, etc.

⁶ Ibid pág. 42-49.

⁷ Domínguez – Alcón, La Pedagogía del Cuidado, pág. 35.

El brindar cuidados a una persona no se deslinda muchas veces del factor edad, el cual es importante en estos tiempos, entre más edad avanzada tenga la persona requiere de un mayor número de cuidados.

Los cuidados representan un todo en la persona sana o enferma, que le permiten la continuidad de la vida, como lo es bañarse, comer, vestirse, maquillarse, caminar, el sol, agua, etc. Los cuales son fundamentales para la vida.

El cubrir estas necesidades son importantes para mantener las funciones de vida de una persona, es por ello que la profesional de enfermería debe tener un amplio conocimiento científico y experiencia profesional, que le permita cubrir estas necesidades de la persona, no solo en un hospital, sino también en el hogar y en la unidad de trabajo.

El cuidado también se enfoca en los hábitos y costumbres de una persona como lo es la fe en algo, y que algunas veces eso hace la diferencia en que la persona recupere más rápidamente su salud, sin olvidar aquellos cuidados que se brindan para curar alguna enfermedad, como lo son los medicamentos o un tratamiento quirúrgico.

Leininger (1978) menciona las diferencias entre los tipos de cuidado:

Cuidado Genérico.

Son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

Cuidados Profesionales.

Aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente que permiten a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida.

Cuidados Profesionales Enfermeros.

Todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.

El cuidado profesional enfermero es muy importante, ya que se habla de un cuidado profesional con una finalidad que lo diferencia del resto de cuidados profesionales. (Leininger).

Colliere (1990) defiende la actividad de cuidar de la enfermera, y esta desarrolla tres tipos de actividades de naturaleza diferentes:

1. Las que dependen directamente de la decisión e iniciativa de la enfermera.
2. Las que dependen de la decisión médica y de la enfermera en cuanto a la puesta en práctica.
3. Las que dependen de iniciativas compartidas entre diferentes trabajadores sanitarios y sociales.⁸

El cuidado deber ser el motor del profesional de enfermería que le permita la continuidad de la vida del hombre, es por ello que la mente, cuerpo y espíritu no pueden estar separados en nuestro cuidado diario.

Personalmente me inclino por este concepto de cuidado:

“Proceso interpersonal y servicio dirigido a asistir a la persona o familia a fin de prevenir la enfermedad o de acomodarse en el sufrimiento; asistir a la persona con objeto de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza”.

Joyce Travelbee.

⁸ Ibid pág. 41-43.

5.3 TEORIA DE ENFERMERÍA

Los elementos que configuran el marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías son los siguientes metaparadigmas: Persona, Salud, Entorno y Enfermería.

Una teoría es una declaración que propone explicar o caracterizar algún fenómeno, relata las partes salientes de dicho fenómeno para poder separar los factores críticos y necesarios de los accidentales y no esenciales.

Clasificación:

Teoría Descriptiva.

Fenómeno que identifica los elementos o eventos principales, representa el primer nivel de trabajo en el desarrollo de la teoría.

Teoría Explicativa.

Puede tratar con las relaciones de causa y efecto, se origina como interpretación de las interrelaciones presenciales en el fenómeno de estudio (cuidado).

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos **cuidado, persona, salud y entorno** clarifican el campo de la disciplina enfermera.

En el área de la ciencia enfermera, los autores (Newman, Sime y Corcoran-Perry 1991) han propuesto una terminología específica de los **paradigmas** teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.

TIPOS DE PARADIGMA:

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN (1850 – 1900)

Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en:

- ❖ Salud pública (se interesa tanto en la persona como en la enfermedad)

Entorno: Tiene que ver con el aire, calor, limpieza, agua, que permita a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud y la conservación de esta.

Salud: Esta no solo es lo opuesto a la enfermedad: significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” (Nightingale 1885).

Cuidado: Es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

La orientación a la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, conocimientos estadísticos comparativos así como enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios, es de forma lineal.

- ❖ Orientación hacia la enfermedad.(estrechamente unida a la práctica médica)

Cuidado: Esta enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona, está muy unida a la profesión médica y su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados.⁹

Persona: Se define como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, se estudia independientemente todos los sistemas y órganos.

⁹ García Piña – Pacheco Arce, Sociedad, Salud y Enfermería, pág. 126 – 129.

Salud: Es percibida como {positiva} mientras que la enfermedad es percibida como “negativa”. Sinónimo de ausencia de enfermedad.

Entorno: Este es un elemento separado de la persona.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orienta igualmente al control de la enfermedad.

Además, los cuidados enfermeros competentes disminuyen el tiempo de hospitalización, lo que permite tratar un mayor número de personas.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN (1900 – 1975).

Este paradigma prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

❖ Orientación hacia la persona.

Esta orientación está marcada por dos hechos importantes en los años 1950 y 1975:

1. La urgencia de los programas sociales.
2. El desarrollo de los medios de comunicación.

Esta evolución social da lugar a una diferencia de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

Cuidado: Dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas.

Persona: Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-sociocultural-espiritual.

Salud: Y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en la interacción dinámica. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.¹⁰

Entorno: Está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc), en que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la

¹⁰ Ibid pág. 132 – 133.

forma de estímulos positivos o negativos y reacciones de limpieza y el apoyo familiar, dan como resultado un entorno positivo.

La mayoría de las concepciones de la disciplina enfermera han sido creadas a partir de la orientación hacia la persona. Durante este período, las enfermeras también han elaborado modelos conceptuales para precisar la práctica de los cuidados y guiar la formación y la investigación enfermera. (Rogers, 1992).

En este paradigma se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

La experiencia clínica y la reflexión son el origen de las primeras concepciones explícitas de la disciplina o modelos conceptuales, la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da un gran poder en la toma de decisiones.¹¹

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN (1975 – 20 xx).

Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

❖ Apertura hacia el mundo.

Esta apertura tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70, marcada por los siguientes hechos.

1. Apertura de las fronteras.
2. Aspectos culturales.
3. Economía y Política.
4. Las comunicaciones.

La población se vuelve agente de su propia salud, participando en ella como un compañero con un mismo grado que los profesionales de la salud.

Collieré (1980) resume brevemente la filosofía de los cuidados primarios de salud:

“Los cuidados primarios de la salud se proponen ser para la población un medio de respuesta a sus necesidades de salud más corrientes y más habituales, teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en este campo. Esta perspectiva va más allá del sector sanitario e interesa a todos los sectores que contribuyen al desarrollo de la salud: lucha contra la pobreza, aspectos nutricionales, y saneamiento de las viviendas, protección del entorno, mayor justicia económica y social”¹²

¹¹ Ibid pág. 134.

¹² Ibid pág. 136.

Cuidado: Este va dirigido al bienestar, el intervenir significa estar con la persona. La enfermera y la persona atendida son compañeros en un cuidado individualizado.

Persona: Considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, es un ser entero y único, es indisoluble de su universo (Martín, 1984).

Salud: Esta concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad, la salud, {se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular} (Martín, 1984).

Los cuidados de salud primarios no han estado concebidos únicamente para y por las enfermeras, trata de un enfoque de promoción de la salud incitando a los individuos, miembros de una comunidad, a comprometerse y participar con objeto de mejorar su bienestar (Martín, 1986).

Entorno: Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo.

Las enfermeras van y vienen entre los diferentes paradigmas, y lo hacen, a menudo sin saberlo.

La disciplina enfermera ha evolucionado en el contexto de los acontecimientos históricos y movimientos sociales que han sucedido durante estos últimos siglos.¹³

¹³ Ibid pág. 137 – 139.

VI. TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

La preocupación más importante de Virginia Henderson para desarrollar un modelo en su época, fue la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. El modelo en aquella época era absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería, lo que causaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

Henderson, realiza una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, de la siguiente forma:

“La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”.

Virginia Henderson expone una serie de conceptos y subconceptos:

- ❖ PERSONA
- ❖ SALUD
- ❖ ROL PROFESIONAL
- ❖ ENTORNO

6.1 PERSONA, define las necesidades básicas (14 necesidades), Henderson menciona que el ser humano es único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que tienen necesidades o requisitos que deben ser satisfechas para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.¹⁴

6.2 14 Necesidades:

- ❖ Oxigenación
- ❖ Nutrición e Hidratación
- ❖ Eliminación
- ❖ Moverse y Mantener buena postura
- ❖ Descanso y Sueño
- ❖ Usar prendas de vestir adecuadas
- ❖ Termorregulación
- ❖ Higiene y protección de la piel
- ❖ Evitar peligros
- ❖ Comunicarse
- ❖ Vivir según sus creencias y valores

¹⁴ Balán G.Cristina – Franco O. Magdalena, Teorías y Modelos de Enfermería, pág. 205 – 206.

- ❖ Trabajar y realizarse
- ❖ Jugar y participar en actividades recreativas
- ❖ Aprendizaje

6.3 SALUD, menciona que toda persona tiene ciertas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales.

Cuando la persona logra la Independencia, da por resultado la satisfacción de sus necesidades; logrando así, un estado óptimo en la salud. Pero cuando esta no es posible de satisfacer aparece una Dependencia en la persona, y estas pueden deberse a tres causas principalmente:

- Falta de Fuerza
- Falta de Conocimiento
- Falta de Voluntad

6.4 ROL PROFESIONAL, son aquellas acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona.

6.5 ENTORNO, V. Henderson menciona que es importante el aspecto sociocultural y del entorno físico para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

6.6 CONCEPTO DE INDEPENDENCIA.

Es la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. (Novel Martí, 1993).

6.7 CONCEPTO DE DEPENDENCIA.

Es la ausencia de actividad llevada a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades.

6.8 FUENTES DE DIFICULTAD PLANTEADAS POR VIRGINIA HENDERSON.

Estas fuentes son obstáculos personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades.

1. Falta de fuerza, esta puede ser determinada por la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, para llevar a término las acciones pertinentes a una situación, también determinada por el estado emocional, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimiento, es cuando la persona desconoce cuestiones sobre la salud y la situación de la enfermedad (autodesconocimiento), sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3. Falta de Voluntad, es la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación.¹⁵

El modelo de Virginia Henderson, permite al profesional de enfermería, contar con una herramienta para la valoración del estado de cada necesidad de la persona bajo nuestro cuidado.

Además, esta herramienta es de gran ayuda en el campo asistencial, ya que permite a esta disciplina unificar un modelo y criterios en la atención que se brinda a la persona, familia o comunidad.

Virginia Henderson menciona, que el individuo es como un sistema abierto que continuamente intercambia materia, información y energía con el entorno, por lo tanto surge la necesidad imperiosa de desarrollar comportamientos de afrontamiento y de adaptación al medio cambiante, para conseguir la satisfacción de las necesidades fundamentales en una forma óptima de acuerdo con la persona, edad y situación.

Este modelo que presenta Virginia Henderson, es más específica para las diferentes necesidades básicas afectadas, ayudando al profesional de enfermería a mejorar y facilitar las etapas del proceso de enfermería, que le permitan el logro de sus objetivos.

¹⁵ Ibid pág. 207 – 209.

VII PROCESO DE ENFERMERÍA.

7.1 DESARROLLO HISTÓRICO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el Proceso de Enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada, que va adquiriendo, lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país, a pesar de ser un, método de intervención enfermera bastante consolidado en Norteamérica.

En el componente central de la obra de Orlando, titulada La relación dinámica enfermera-paciente, lo constituye la relación interpersonal (Orlando, 1961). Al proponer la realización de acciones deliberadas, Orlando establece las distinciones entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería; así mismo, fue una de las primeras autoras que utilizó el término Proceso de la Asistencia Sanitaria, hoy conocido como **PROCESO DE ENFERMERÍA**.

En el año de 1967 un comité norteamericano definió el Proceso de Enfermería como “la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación. En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases de Proceso de Enfermería: Valoración, planificación, ejecución y evaluación.(H: Yura y M.B. Walsh, 1967).

Es importante mencionar que pocos estudios sobre la intervención enfermera se han realizado de forma tan extensa y rigurosa como el proyecto de investigación desarrollado por un grupo de investigación interdisciplinario en la Universidad de Colorado. Los resultados de este trabajo fueron apareciendo en una serie de artículos publicados en Nursing Research (K.L. Kelly, 1964). El objetivo de este estudio consistía en investigar el proceso clínico de deducción referido a la intervención enfermera. Se consideró en dicho trabajo que el proceso de educación de las necesidades del paciente debía realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles. Escencialmente, esto puede ser interpretado como la elaboración de un diagnóstico de los problemas del paciente. Así pues, cuando el paciente tiene determinados problemas, manifestará ciertos síntomas, y el profesional de la enfermería es responsable de captarlos. Mediante la observación de los síntomas, será capaz de establecer un diagnóstico y de decidir a continuación cuál es el mejor camino a seguir en beneficio del paciente.¹⁶

Las fases más significativas del modelo propuesto son:

- Identificación del estado del paciente a partir de la interpretación de los síntomas que presenta.
- Establecimiento de deducciones.

¹⁶ Balán G. Cristina – Franco O. Magdalena, Teorías y Modelos de Enfermería, pág. 258 – 261.

- Ejecución de acciones dirigidas al logro de objetivos definidos.

Podemos señalar que, en la actualidad, el Proceso de Enfermería continúa siendo motivo de discusión y debate en foros científicos de enfermería.

7.2. CONCEPTO DE PROCESO.

Se debe entender por Proceso de Enfermería el Método Enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso – paciente- concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado, **“es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”**. (Alfaro, 1998)

El proceso enfermero, es un método, es dinámico, sistematizado, intencionado y flexible de brindar cuidados humanísticos.¹⁷

7.3. FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

Satisfacer, ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

Lograr, un sentimiento de control, seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

Ayudar, a la formación continuada del profesional, dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

Ordenar, los medios y recursos, tanto cognoscitivos como materiales, de los que se dispone para la actuación enfermera.

Organizar, el tiempo que se dispone para conseguir los fines propuestos.

Preparar, las actividades que se pondrán en marcha.

Facilitar, el recuerdo de los objetivos y actividades propuestos para el desarrollo de la intervención enfermera.

Organizar, la relación y preparación del paciente para la intervención enfermera.

Modificar, el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontramos en cada situación de cuidados.

Cumplir, los requisitos administrativos.

Facilitar, la tarea del equipo de enfermería, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

¹⁷ Rodríguez S. Bertha Alicia, Proceso Enfermero, Pág. 29.

Sin embargo, el uso de un Modelo Teórico determinado no debe ser arbitrario, sino que el profesional que opte por utilizar uno de forma concreta debe conocerlo en profundidad, con el fin de no cometer errores en su aplicación en la práctica enfermera.¹⁸

7.4. FINALIDAD DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Es mantener un nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no poder lograr el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.¹⁹

7.5. FASES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

Consta de cinco fases o etapas las cuales se encuentran estrechamente relacionadas, de tal forma que el cumplimiento de una de ellas conduce a la siguiente.

VALORACIÓN.

Es la primera etapa del proceso enfermero que nos permite estimar el estado de salud del usuario, familia y comunidad. Con la valoración se reúnen todas las piezas necesarias del rompecabezas, correspondientes a respuestas humanas y fisiopatológicas con lo que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo. (Alfaro, 1993).

Así mismo la valoración por un modelo médico, puede utilizar la metodología de exploración de cefalocaudal o por sistemas corporales.

Los patrones funcionales de salud permiten recolectar información sobre respuestas humanas y fisiopatologías ya que son considerados como modelo enfermero para valorar y organizar información y como método para abordar el examen físico del usuario en “áreas funcionales concretas” (Iyer, 1997).

PASOS PARA REALIZAR LA VALORACIÓN.

Son tres los pasos que se deben realizar en la etapa de valoración:

1. Recolección de la información.
2. Validación de la información.
3. Registro de la información.

Recolección de la información: Da inicio al primer encuentro con la persona y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con la persona y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos. Para obtener la información se recurre

¹⁸ Balán G. Cristina – Franco O. Magdalena, Teorías y Modelos de Enfermería, pág. 265.

¹⁹ Ibid pág. 266.

tanto a fuentes directas como indirectas, directas primarias el usuario y su familia, amigos y otros profesionales de la salud, las fuentes indirectas de información a las que también se debe recurrir son el expediente clínico. (Alfaro, 1999).²⁰

Es indispensable contar con una guía durante la recolección de la información para seguir una metodología específica durante la valoración, evitar omisiones y facilitar a la vez la agrupación de datos.

La recolección de los datos del usuario puede ser general y específica (focalizada); así primero tendrá un conocimiento de todos los aspectos relacionados con el estado de salud y una vez detectado un problema real o de riesgo centrar la valoración en un área específica.

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico ambas, se complementan y clarifican mutuamente, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea (Alfaro, 1998).

Otro punto muy importante es la exploración física:

Inspección: consiste en la valoración utilizando los sentidos de la vista, olfato y oído, forma del cuerpo, expresiones de la cara, características de los pies ,etc. (Kozier, 1993).

Palpación: Es el examen del cuerpo utilizando el sentido del tacto (Kozier, 1993).

Percusión: Es un método de valoración en el que la superficie del cuerpo es golpeada para producir sonidos o vibraciones (Kozier, 1993).

Ascultación: Es el proceso de escuchar los sonidos producidos por el cuerpo. (Kozier, 1993)

VALIDACIÓN DE INFORMACIÓN.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas. (Alfaro, 1998)

La validación de los datos es de suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnóstico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN.

Es el último paso de la etapa de valoración y consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen físico.

²⁰ Rodríguez S. Bertha, Proceso Enfermero, pág. 35 – 40.

Los objetivos que persigue el registro de la información son: favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación en enfermería (Iyer, 1997).²¹

7.6 DIAGNÓSTICO.

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes. (Iyer, 1997).

¿Qué es un Diagnóstico Enfermero?

Es un juicio clínico sobre la respuesta humana de una persona, familia o comunidad a procesos vitales de salud reales y de riesgo, en donde la enfermera es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en forma independiente. (Alfaro, 1998/ Luis 1998).

Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros.

Diagnóstico Real: Describe la respuesta actual de una persona, una familia o comunidad y se apoya en la existencia de características definitorias, (datos objetivos y subjetivos), además de tener factores relacionados. (Luis, 1998).

Diagnóstico de Riesgo o Potencial: Describe respuestas humanas que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerables, no existen características definitorias, solo se apoya en los factores de riesgo (etiología). (Luis 1998).

Diagnóstico de Salud: Es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud o bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. (Luis, 1998).

¿Cómo Estructurar un Diagnóstico Enfermero?

El primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

Se aconseja el formato PES:

P= roblema.

²¹ Ibid pág. 46 -47.

E= etiología.

S= signos y síntomas.

Para elaborar un diagnóstico real, el formato es en tres partes: problema + factores relacionados (relacionado con) + datos objetivos y subjetivos (manifestado por).

Para estructurar un diagnóstico de riesgo se emplean únicamente dos partes: problema + factores de riesgo, no existen datos objetivos y subjetivos. Los factores de riesgo son aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo. (Iyer, 1997).

7.7 PLANEACIÓN.

Es la tercera etapa del proceso enfermero que inicia después de haber formulado los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes, y que consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de la persona sana o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo. (Iyer, 1997).²²

Es indispensable la identificación de los problemas de salud en los cuales se debe centrar la atención, y realizar acciones inmediatas.

En esta etapa un punto estratégico es la priorización y jerarquización de las necesidades de la persona, en el cual se emplea el pensamiento crítico, el cual es necesario para analizar los problemas y reconocer a que prioridad pertenecen, lo que permite brindar una atención de enfermería de acuerdo a la jerarquía de las necesidades humanas.

Otro punto que se necesita en la etapa de planeación es la elaboración de los objetivos, ya que estos miden el éxito de un plan determinado al logro de los resultados (Alfaro, 1998).

En la planeación el diseño de las acciones de enfermería, ayudan a la persona a conseguir los objetivos planteados (Iyer, 1997).²³

7.8 EJECUCIÓN.

Es la cuarta etapa del proceso enfermero que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidados, y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados (Iyer, 1997).

²² Ibid pág. 73.

²³ Alfaro- Lefevre R., Aplicación del Proceso Enfermero, pág. 124 – 128.

Es importante reunir el material y equipo necesario para llevar a cabo cada intervención, crear un ambiente confortable y seguro para la persona, delegar cuidados enfermeros que se apegen a los cuatro puntos clave de la delegación: tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta. (Alfaro, 1999).

Es fundamental considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

En cada intervención de enfermería, la enfermera es tan responsable de los resultados emocionales como de los resultados físicos, por lo que es necesario actuar siempre con pleno conocimiento de los principios y razones, observando atentamente la respuesta de la persona y familia. (Alfaro, 1999).

En esta etapa es importante el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente de la persona y como requisito indispensable en todas las instituciones de salud.

Alfaro (1999) menciona que el registro es la base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad de los cuidados; respaldar legalmente las actuaciones de la enfermera y servir para estimar el pago de los servicios prestados.²⁴

7.9 EVALUACIÓN.

Es la última etapa del proceso enfermero y a la vez una exigencia en toda práctica de enfermería, la evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la valoración, diagnóstico, planificación y ejecución.

La evaluación es útil para determinar el logro de los objetivos; identificar las variables que afectan, decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado, para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos. (Alfaro, 1999).

La evaluación es compleja; sin embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. (Leddy, 1989).²⁵

²⁴ Rodríguez S. Bertha, Proceso Enfermero, pág. 89-90.

²⁵ Alfaro – Lefevre R., Aplicación del Proceso Enfermero, pág. 190-192.

VIII ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO.

Secuencia coordinada eficaz de contracciones uterinas involuntarias que dan por resultado borramiento y dilatación del cuello uterino y esfuerzos voluntarios de expulsión.

TRABAJO DE PARTO FALSO.

Es común al final del embarazo y se caracteriza por contracciones irregulares breves del útero, que se acompañan de dolor dorsal o abdominal leve pero falta de progreso.

TRABAJO DE PARTO VERDADERO.

Secuencia regular de contracciones uterinas, progresivamente más intensas y más cercanas entre sí, las cuales se acompañan de borramiento y dilatación del cuello uterino.

DOLOR DURANTE EL PARTO.

La intensidad del dolor depende de las relaciones feto pélvico, la calidad y la fuerza de las contracciones uterinas, y del estado emocional y físico de la paciente.²⁶

El dolor está claramente relacionado con las contracciones uterinas, las palabras contracción y dolor se han convertido en sinónimos; la sensación de dolor empieza generalmente antes del punto máximo de una contracción.

Se han descrito multitud de terminaciones nerviosas en el polo inferior del útero y la porción superior del cérvix, que al parecer son estructuras reflectoras. Puesto que se encuentran limitadas a una parte del útero, es posible que la estimulación de estas terminaciones nerviosas sea la responsable del dolor en el parto al irse dilatando el polo inferior del útero por delante de la presentación.²⁷

8.1 BORRAMIENTO Y DILATACIÓN (1ra. Etapa).

BORRAMIENTO.

Es un proceso de adelgazamiento que se lleva a cabo antes y durante la primera etapa del trabajo de parto. El cuello se adelgaza por retracción. De esta manera no interfiere en espacio a la parte de la presentación, para el procedo del parto.

La expulsión de moco y la compresión ayudan a su adelgazamiento; el borramiento se expresa en porcentaje desde 0% (no borrado) hasta 100% (cuello uterino borrado).

DILATACIÓN.

La dilatación del orificio cervical se expresa en centímetros, indicando el diámetro del orificio cervical. Diez centímetros constituye una dilatación completa.

²⁶ Pernoll L. Mrtín – Benson C. Ralph, Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstétricos, pág.188.

²⁷ Danforth, D.N., Tratado de Obstetricia y Ginecología, pág. 598-599.

La duración de la dilatación aproximada de una mujer multípara es de 2 cm por hora; y de una mujer nulípara es de 1 a 2 cm por hora.²⁸

Sin embargo, la tracción mecánica de las contracciones del parto sólo puede producir la total dilatación del cérvix cuando el borramiento es completo.

8.2 MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO (2da Etapa Expulsión).

El mecanismo del trabajo de parto es determinado por las dimensiones y configuraciones pélvicas, el tamaño del producto y la fuerza de las contracciones.

ENCAJAMIENTO.

Este suele ocurrir al final del embarazo por lo general en las dos últimas semanas, el encajamiento por lo regular ocurre al iniciarse el trabajo de parto.

FLEXIÓN.

Esta suele ser esencial para el paso del diámetro más pequeño de la cabeza a través del diámetro más pequeño de la pelvis ósea. Pos supuesto la flexión es esencial tanto para el encajamiento como para el descenso.

ORIENTACIÓN.

El feto conjuga su diámetro mayor (occipitofrontal), con el diámetro mayor de la pelvis (Oblicuos).

ASCICLITISMO.

El feto realiza un movimiento para liberarse del promontorio y seguir descendiendo.

DESCENSO.

El descenso gradualmente es progresivo y es afectado por las fuerzas del trabajo de parto y el adelgazamiento del segmento uterino inferior, la presentación efectúa este descenso sin modificaciones, sin desplazar la cabeza llegando al piso perineal exactamente como encajo.²⁹

ROTACIÓN INTERNA.

La rotación interna ocurre junto con el descenso, a medida que desciende la cabeza, el vértice por lo general gira a la posición anterior o posterior. Por lo regular, es necesaria la rotación a un lado o a otro para que la parte de presentación atravesase el plano de las espinas isquiáticas.

El feto necesita efectuar un giro de la cabeza fetal dentro de la pelvis de.

45° Variedades Anteriores.

90° Variedades Transversas.

²⁸ Ibid pág. 625.

²⁹ Pennoll L. Martín – Benson C. Ralph, Diagnósticos y Tratamientos Ginecoobstétricos, pág. 194-196.

135° Variedades Posteriores.³⁰

EXTENSIÓN.

La extensión sigue a la protrusión de la cabeza más allá del introito, con el occipucio por debajo de la sínfisis púbica.

ROTACIÓN EXTERNA (Restitución).

Es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, cuando se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que descienden los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis.

Después de esto, los hombros descienden en un trayecto similar al trazado por la expulsión de la cabeza. Los hombros giran en dirección antero posterior para el parto.

DESPUÉS DE ESTAS MANIOBRA, NACEN EL CUERPO, LAS PIERNAS Y LOS PIES.

8.3 ALUMBRAMIENTO (3ra Etapa).

La tercera etapa del trabajo de parto o placentaria, se extiende desde el nacimiento del cuerpo del lactante hasta el alumbramiento de la placenta, el desprendimiento de la placenta por lo general ocurre cinco minutos después del parto.³¹

El mecanismo normal de la etapa placentaria consta de dos fases distintas: separación y expulsión.

La primera fase implica la separación lenta y progresiva de las paredes uterinas y es consecuencia de los cambios físicos que se producen después de la evacuación del feto de la cavidad uterina.

Después de la separación, la sangre se acumula detrás de la placenta (hematoma retroplacentario, para cerrar los vasos intramiométrales), y el útero se eleva en el abdomen. En este momento se inicia una contracción uterina firme, generalmente a los dos minutos del parto, y el útero pasa de ser un órgano aplanado, blando y discoide a ser firme y globular.

Los mecanismos más importantes para el alumbramiento de la placenta fueron descritos hace muchos años por Schulze y Duncan.³²

Schulze = Cara materna.

Duncan= Cara fetal.

³⁰ Mondragón Castro Héctor, Obstetricia Básica Ilustrada, pág. 183-185.

³¹ Ibid pág. 198.

³² Danforth D.N., Tratado de Obstetricia y Ginecología, pág. 640 – 642.

IX. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA AL BINOMIO MADRE E HIJO EN EL SERVICIO DE LA UNIDAD TOCOQUIRÚRGICA.

9.1 Valoración de Enfermería.

Valoración Subjetiva.

Nombre: T.A.P. Edad: 18 años Género: Femenina
Edo. Civil: Soltera Religión: Católica Escolaridad: 2do. Preparatoria.
Ocupación: Estudiante Lugar de origen: México, D.F.

AHF. Abuelos maternos y paternos vivos, no refiere ninguna patología agregada. Padres vivos y aparentemente sanos originarios del Distrito Federal; los cuales están activos. Hermanos (un hombre de 13 años y una mujer de 11 años) estudiantes y aparentemente sanos.

APNP. Paciente originaria del Distrito Federal, actualmente vive con sus padres y hermanos en casa propia construida de tabique, la cual cuenta con cuatro habitaciones, que cuentan con buena ventilación e iluminación, cuenta con agua intradomiciliaria y drenaje; habita con la familia un animal doméstico (perro); con buenos hábitos higiénicos, baño diario y cambio de ropa y aseo bucal todos los días. Alimentación es buena en cantidad y calidad; carne 2x7, verduras 4x7, frutas 4x7, leguminosas 4x7, leche 6x7, pastas 4x7, pan 2x7. Actividad física negada. Tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías interrogadas y negadas.

Su dinámica familiar es buena con las personas que componen su núcleo familiar, comenta que sus padres se molestaron con ella cuando les informó de su embarazo, pero que nunca le retiraron el apoyo económico ni emocional. Dejo la escuela al enterarse de su embarazo, y nunca recibió apoyo del padre de su hijo, y últimamente se dedicaba a la venta por catálogo para ayudar a la economía familiar.

APP. Esquema de vacunación completo, enfermedades propias de la infancia y sin complicaciones.

AGO. Menarca a los doce años, con ciclos de 28 días cada mes, con duración de 3 a 4 días, (28/4). Refiere nunca haber utilizado ningún método de planificación familiar. Estudio

de Papanicolaou negado, FUM 14 de febrero de 2008, número de compañeros sexuales uno (circuncidado), y si refiere control médico durante su embarazo en su centro de salud.

PA. Persona nulípara primigesta de 18 años de edad, en etapa de trabajo de parto, sin complicaciones durante esta etapa, pelvis ginecoide, ingresa a la unidad toco quirúrgica, con actividad uterina regular, borramiento de 80%, dilatación de 7 cm, con contracciones de 2 -3 cada 10 minutos, con duración de 20-30 segundos, con intensidad moderada (++) , fondo uterino de 30 cm, CD 12.5 cm, CO 11 cm, CBD 10 cm, situación longitudinal, presentación cefálica, posición derecha, FCF 143 x'. Ingresa con leucos de 11.3, hemoglobina 13.7, hematocrito 37.5, T.T.P 26.7, Protrombina 9.3.

9.2 Valoración Objetiva.

Exploración Física.

Paciente femenina con edad aparente a la cronológica, consiente con leve sobrepeso, cooperadora.

Signos Vitales: T/A: 110/70 F.C: 80 x' F.R: 22 x' Temperatura: 36.5 ° centígrados.

Peso antes del embarazo: 58 Kg. Peso posterior al embarazo: 66 kg.

Estatura: 1.55 cm.

Piel: Con leve palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, piel hidratada con buena continuidad.

Cabeza: Normo cefálica con adecuados movimientos, sin presencia de exostosis ni hundimientos, esclerótica sin abrasiones, cabello corto, negro.

Cara: Simétrica, con leve palidez, movimientos presentes, reacciona a estímulos, con pulso pre auricular presente.

Ojos: Con buena implantación de pestañas, cejas depiladas, simétricas, sin edema de párpados y lagrimales. Movimientos oculares presentes, pupilas isocóricas, normoflexicas, con respuesta a la luz, sin datos de infección.

Nariz: Con adecuada ubicación en línea media-anterior de la cara, con narinas permeables e hidratadas, tabique alineado, sin presencia de deformidades y septum a la palpación.

Oídos: Con adecuada implantación de pabellón auricular, buena coloración, con buena capacidad auditiva.

Boca: Cavidad oral hidratada, sin presencia de caries dental, lengua en línea media, rugosa, sin lesiones, con buena coloración, sin halitosis. Labios hidratados y reflejo nauseoso presente.

Cuello: Corto, cilíndrico sin edema, movimiento de flexión, extensión y rotación adecuados y sin presencia de dolor; presencia de venas yugulares y arteria carótida, con pulsos presentes, tráquea central, sin presencia de masas, tiroides palpables.

Tórax: Las respiraciones toraco-abdominal normo líneas con movimientos de amplexión y amplexación presentes. Con buenos campos pulmonares bien ventilados en apice y base, ruidos cardíacos normales, mamas turgentes, areolas hiperpigmentadas y sin congestión en las mismas.

Abdomen: Blando, globoso y depresible, se percibe línea de alba, sin presencia de dolor a la palpación, peristalsis presente, con contracciones presentes. Posterior al parto: buena involución uterina, se identifica la altura del fondo uterino a nivel de la cicatriz umbilical y el útero se palpa firme, presencia de entuertos.

Extremidades: Sin edema de miembros pélvicos, falanges completas sin deformidad, llenado capilar de 2 segundos, sin presencia de onicomiosis, pulsos periféricos presentes y miembros alineados.

Genitales: Presencia de pliegues inguinales, genitales externos de acuerdo a edad y sexo, vello púbico presente en cantidad, labios menores y mayores sin presencia de edema, corte en periné y levemente inflamado, ano bien formado.

9.3 Valoración de Necesidades.

1. Necesidad de Respiración = Independiente.

Esta necesidad no se encuentra afectada, ni con compromiso de la vía aérea, no hay presencia de secreciones, lo cual permite el adecuado paso de oxígeno para el intercambio gaseoso, no fuma, con buena frecuencia cardíaca y respiratoria.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación= Independiente.

Su dieta es buena en calidad y cantidad, con leve aumento de peso debido a su embarazo, recibe hidratación a través de soluciones parenterales con solución glucosada, lo que permite un aporte adecuado de calorías para la paciente y su producto.

3. Necesidad de Eliminación= Parcialmente Independiente.

Buen volumen urinario, características normales, se cubre la necesidad a través del uso del cómodo.

4. Necesidad de Termorregulación= Parcialmente Independiente.

No presenta dificultad para mantener su temperatura, se cubre esta necesidad a través de sabanas limpias, y la paciente se adapta bien a los cambios de temperatura.

5. Descanso y Sueño= Independiente.

Se encontró un poco alterada durante el trabajo de parto, posterior a este, es de características adecuadas, y logra descansar tranquilamente.

6. Higiene y Protección de la Piel= Parcialmente Independiente.

La paciente no requiere de ayuda en las actividades higiénicas, pero se le realizan cuidados a la episiorrafía, la paciente puede realizar su aseo bucal, y la integridad cutánea se encuentra sin presencia de deterioro.

7. Necesidad de Movimiento= Parcialmente Dependiente.

No pudo realizar movimientos libremente, por la posición de decúbito lateral izquierdo al inicio del trabajo de parto, posterior al parto los movimientos y actividad física estuvieron presentes.

8. Necesidad de Vestirse y Desvestirse= Independiente.

No requiere de ayuda para vestirse.

9. Necesidad de Evitar Peligros= Parcialmente Dependiente.

Solo se vigila que los barandales se encuentren bien fijos, para brindar seguridad a la paciente, en el período del trabajo de parto, tanto en la sala de labor, expulsión y recuperación.

10. Necesidad de comunicación= Dependiente.

Esta necesidad se encuentra cubierta, la paciente puede comunicarse y expresarse sin ningún problema.

11. Aprendizaje= Dependiente.

Escolaridad 2do año de preparatoria, sabe leer y escribir, no pudo continuar estudiando por su embarazo, pero no pierde el interés de continuar con sus estudios.

12. Creencias y Valores= Parcialmente Dependiente.

Es católica, y considera que su bebé es algo muy importante y que nunca cruzó por su cabeza el abortar, y más adelante piensa bautizarlo por esta religión.

13. Trabajo y Realización= Independiente.

La paciente refiere que le hubiera gustado concluir con sus estudios de preparatoria y posteriormente ir a la universidad.

14. Juego y Recreación=Parcialmente Dependiente

No acudía a ninguna actividad física ni antes y durante su embarazo, no realiza deportes, ni actividades recreativas.

9.4 Desarrollo del Proceso de Enfermería.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Evitar peligros.

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la seguridad y Bienestar, relacionado con contracciones uterinas, Manifestadas por dolor.

Objetivo: Contribuir al manejo del dolor en la persona durante la fase latente del trabajo de parto, resultado de las contracciones.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none">• Brindar posición decúbito lateral izquierdo.	<ul style="list-style-type: none">• Esta posición disminuye la presión que el útero grávido ejerce sobre los grandes vasos sanguíneos, para facilitar el flujo sanguíneo en los riñones y para promover contracciones uterinas más efectivas.(Burrougs 2002)	<ul style="list-style-type: none">• Invitar a la persona que se recueste de su lado izquierdo, cuando se produzcan las contracciones.
<ul style="list-style-type: none">• Masaje en la espalda.	<ul style="list-style-type: none">• Con esto se aumenta la relajación y se estimula la circulación. <p>A menudo se alivia el dolor dando apoyo al sacro, aplicando presión firme y constante con la palma de la mano sobre la curva inferior de la espalda.(Mendoza C. 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar masaje a la persona en la zona de la espalda cada vez que las contracciones lo permitan.
<ul style="list-style-type: none">• Cambios constantes de posición.	<ul style="list-style-type: none">• Los cambios de posición pueden ser eficaces para facilitar la rotación y descenso del producto.(Burroughs 2002)	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer los cambios de posición, vigilando y brindando seguridad a la persona.

<ul style="list-style-type: none"> • Masaje en Abdomen. 	<ul style="list-style-type: none"> • . Este es un masaje que se realiza en el abdomen durante las contracciones, empleando los dedos de ambas manos en un movimiento circular, ayudando a disminuir el dolor.(Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar a la persona masaje de EFFLEURAGE, cada vez que las contracciones lo permitan.
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar contracciones uterinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esto nos permite determinar la intensidad de las contracciones por el hundimiento de los dedos en el fondo del útero en el momento de la máxima intensidad, y explicarle que estas le producirán dolor. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • INFORMAR A LA PACIENTE SOBRE LAS CONTRACCIONES UTERINAS, VALORANDO ESTAS POR PALPACIÓN (POR LO MENOS 3 CONTRACCIONES CONSECUTIVAS).
<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de Respiración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Este es un método, en el cual la persona controla la respiración rítmicamente, este método permite conservar energía en el período del trabajo de parto, esta respiración debe hacerse tan profunda y sin esfuerzo, lo cual ayuda a la embarazada a relajarse. Así mismo esta técnica juega un papel importante en la oxigenación en el binomio. La técnica de respiración cambia el foco de la concentración durante las contracciones, ayudando a disminuir el dolor de las mismas. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la persona como realizar una respiración pausada.

Evaluación:

Disminuyó levemente el dolor en la persona, mediante las intervenciones realizadas.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Evitar Peligros.

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la seguridad y Bienestar, relacionado con la segunda etapa del trabajo de parto, manifestado por estrés en la sala de expulsión.

Objetivo: Proporcionar información clara y oportuna a la paciente en el servicio de la Unidad Toco quirúrgica, para disminuir su estrés debido al período de expulsión.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none">Registro de constantes vitales.	<ul style="list-style-type: none">Esto nos permite conocer las condiciones básicas e informar cambios relevantes, como identificar datos de hipertensión arterial, taquicardia (datos de hemorragia o infección), en la frecuencia respiratoria se puede identificar una sobre carga, y esto propicia una disminución de la cantidad de oxígeno en el producto. (Burroughs 2002)	<ul style="list-style-type: none">Vigilar y registrar las constantes vitales dos veces por turno, para identificar algunos datos de alarma.
<ul style="list-style-type: none">Comunicación directa con la paciente.	<ul style="list-style-type: none">El establecer una buena comunicación verbal con la paciente sobre todo lo que le preocupa, incluyendo los procedimientos que se le realizarán en el área de expulsión, ayudará a disminuir su angustia que experimenta, debido al período de estrés agudo en este período. (Miller 2001)	<ul style="list-style-type: none">Mantener contacto visual y verbal con la paciente en el área de expulsión.

<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en posición correcta a la paciente en la sala de expulsión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esta posición permite una clara visibilidad y acceso al perineo, además la colocación correcta de los miembros pélvicos, brinda un adecuado descanso de los mismos, evitando una hipertensión supina en la paciente. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en posición ginecológica a la paciente en forma cómoda en el período de expulsión.
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñara a la paciente como respirar y pujar durante el período expulsivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante explicarle a la paciente que puje solo cuando tenga ganas de hacerlo y medir el tiempo de no aguantar la respiración por más de 5 segundos a la vez, da como resultado períodos prolongados con la glotis cerrada, la cual eleva la presión intratorácica y cardiovascular. Además el privarse de respirar por más de 5 segundos disminuye la provisión de oxígeno a través de la placenta, lo que puede provocar hipoxia fetal. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a la paciente a que puje solo cuando tenga ganas de hacerlo, en lugar de ordenarle que haga un esfuerzo prolongado y explicarle que no debe aguantar la respiración por más de cinco segundos, vigilando su frecuencia respiratoria.
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar pequeños períodos de descanso entre cada contracción uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • A medida que el parto progresa, las contracciones se hacen más intensas y la presión debida al descenso fetal hace más difícil para la persona mantener el control. La enfermera debe proporcionar apoyo emocional en uno de los períodos más difíciles del trabajo de parto.(Miller 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar descansos entre cada contracción, proporcionando a la paciente apoyo emocional con voz clara y tranquila.

Evaluación

Se observa en la paciente una disminución en su fase de estrés, ya que refiere no sentirse sola en esta nueva experiencia en la sala de expulsión.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Evitar peligros.

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Alteración de la seguridad y Bienestar, Relacionado al Período posparto (involución uterina), Manifestado por dolor tipo cólico.

Objetivo: Disminuir el cólico de la persona a través de los cuidados de enfermería, así como información acerca del origen de estos.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none"> Ministración de Analgésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Produce analgesia al aumentar el umbral de dolor en las neuronas periféricas del organismo, dando como resultado, disminuir el dolor provocado por el cólico. <p>El ketorolaco es un AINE, que actúa inhibiendo las enzimas ciclooxigenasas, que son cruciales en la producción de prostaglandinas, sustancias mediadoras en el dolor. (Burroughs 2002)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ketorolaco 30 mg, cada 6 horas V.O.
<ul style="list-style-type: none"> Lactancia Materna. 	<ul style="list-style-type: none"> La succión estimula la liberación de oxitocina, esta sustancia es liberada por la hipófisis posterior y refuerza las contracciones del útero, comprimiendo los vasos sanguíneos del útero y disminuyendo los cólicos (entortos). (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> Invitar a la púérpera a brindar lactancia materna a su recién nacido las veces que sean necesarias.
<ul style="list-style-type: none"> Información relacionada a la Involución uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> El explicar a la paciente que después del nacimiento, el útero se reduce rápidamente de tamaño y el retorno del mismo al estado previo al embarazo, producen que las fibras musculares del útero se contraigan y relajen el mismo, provocando lo cólicos. (Miller 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a la paciente y brindar información, acerca del origen de los cólicos.

Evaluación.

Se logra la disminución de los cólicos después de la lactancia materna y la ministración de los analgésicos, lo cual favoreció para su descanso y le permitió tomar una siesta.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Higiene y protección de la piel.

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Independiente.

Diagnóstico: Alteración de la necesidad de higiene y protección de la piel, Relacionado con Corte perineal, Manifestado por exposición tegumentaria y dolor.

Objetivo: Proporcionar mantenimiento e integridad en la piel del área perineal, así como la disminución del dolor mediante las acciones específicas de enfermería.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el dolor y datos de alarma. 	<ul style="list-style-type: none"> • La oportuna valoración de la persona, permite estimular la respuesta inflamatoria en el periné, así mismo se puede determinar el umbral del dolor y detectar en forma oportuna signos y síntomas de datos de infección en esta área. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar en la persona la intensidad del dolor, así como la presencia de datos de infección en el área del perineo.
<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza del área del periné. 	<ul style="list-style-type: none"> • El aseo de la zona del periné con agua y jabón, además de disminuir el riesgo de infección, proporciona bienestar en la paciente. (Rodríguez S. 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la región perineal en condiciones de higiene, realizando aseo diario de la zona con agua y jabón.
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de frío. 	<ul style="list-style-type: none"> • El frío produce vasoconstricción, y con ello paso del líquido intersticial al espacio vascular, además inhibe la proliferación bacteriana y disminuye la conducción de los impulsos dolorosos. (Rodríguez S. 2006) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de hielo en la zona del periné por períodos de 30 minutos cada cuatro horas.
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la paciente, acerca de la importancia de la higiene del periné. 	<ul style="list-style-type: none"> • La educación es la base para que se sigan determinados patrones de conducta que resultan benéficos para la salud de la paciente. (Bourroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar una plática de educación, acerca de la higiene de la zona del periné, así como realizarla y la técnica de la misma en su hogar.

<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información acerca de la sutura en zona perineal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la paciente que la sutura que se utilizó fue necesaria para unir los bordes de la piel que fueron cortados para ampliar la parte final del canal del parto y evitar un desgarre de la misma, y explicarle que el tejido degradará y absorberá la sutura en algunos días. (Fuller 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la persona, acerca de los puntos de sutura en la región perineal.
---	---	--

Evaluación.

Se logra disminuir el dolor en la región perineal de la persona, y ella misma comenta sentir confort con las intervenciones que se le realizaron.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Conocimiento y Aprendizaje

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Déficit de Conocimiento, Relacionado con la Lactancia Materna, Manifestado por Angustia.

Objetivo: Disminuir el estado de angustia de la persona, proporcionando información sobre la importancia y técnica de lactancia materna exitosa.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de los pezones. 	<ul style="list-style-type: none"> • La limpieza de los senos previene las infecciones en el recién nacido, ya que arrastra con las bacterias que se encuentran en la zona de los pezones. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la paciente como mantener y realizar la limpieza de los pezones, solo con agua limpia.
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar una posición cómoda para el binomio, así como enseñarle a la persona la técnica de la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • La posición correcta de la madre y del recién nacido evitará errores innecesarios y el desánimo de la madre e hijo. La madre como el lactante debe colocarse en posición confortable mientras amamanta, es importante usar varias posiciones para cambiar los puntos de presión sobre el pezón y la areola, ayudando a evitar dolor en los mismos. Se le explica a la madre y se le da la opción de la posición de abrazo de arrullo acostado, el abrazo cruzado o el abrazo del fútbol. El amamantamiento es una nueva experiencia para el binomio y que logren familiarizarse y tener un vínculo afectivo más estrecho. (Buorroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Elegir una posición cómoda para la puerpera y su recién nacido. • Presionar una pequeña cantidad de calostro, estimular el reflejo de orientación del recién nacido y que su boca abarque la totalidad de la areola, y que el pezón este sobre la lengua del bebé.

<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la madre la duración de la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debido a que la leche materna se digiere más rápidamente, a diferencia de las fórmulas, el recién nacido necesita ser alimentado cada dos o tres horas; explicara a la madre que la capacidad del estómago de su bebé es pequeña (30 ml), la alimentación no se limita a un período específico, más bien, se aconseja a la madre a seguir los llamados de su bebé. (Miller 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar durante la técnica de la lactancia materna la duración y la importancia de la frecuencia de esta.
<ul style="list-style-type: none"> • Informar a la madre las ventajas de la leche materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se explica a la madre las ventajas. PARA EL RECIÉN NACIDO: Sus propiedades inmunológicas ayudan a la prevención de infecciones. Cubre las necesidades nutricionales. Su calcio se absorbe mejor. Promueve el desarrollo de los músculos faciales y maxilares. Tiene efectos laxantes naturales. PARA LA MADRE: Liberación de oxitocina, que ayuda a la involución del útero. Hace más fuerte la relación madre – hijo. Es una alimentación no complicada. Es conveniente, disponible y no requiere preparación. Es emocionalmente satisfactoria. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se brinda información a la madre de las ventajas de la leche materna tanto para ella como para su bebé, a través de un rotafólio.
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre el consumo de calorías durante la lactancia materna. 	<ul style="list-style-type: none"> • La lactancia materna requiere aproximadamente 500 calorías adicionales por día (3000 a 3500 cal) con especial énfasis en los alimentos ricos en calcio, proteínas, hierro y 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre sobre las calorías que tiene que consumir durante la lactancia materna y la importancia de la ingesta de líquidos. Invitarla a consumir 2

	<p>vitaminas A, D y C. Debe animarse a las mujeres que se encuentran lactando a aumentar su ingesta de líquidos (3 litros al día), ya que esto ayuda a la producción de leche materna. Proporcionar información útil sobre la nutrición, forma parte del papel de la enfermera. (Burroughs 2002)</p>	<p>litros de agua diariamente.</p>
--	---	---

Evaluación.

La puérpera refiere sentirse con mayor información acerca de la lactancia materna, logrando disminuir su angustia y sintiéndose con más confianza en si misma.

DIAGNÓSTICOS REALES

Necesidad Alterada: Conocimiento y Aprendizaje.

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Parcialmente dependiente.

Diagnóstico: Déficit de Conocimiento, Relacionado con el Nuevo rol Materno, Manifestado por Temor.

Objetivo: Disminuir el temor en la persona, referente a su nuevo rol de madre, brindándole confianza y seguridad en sí misma, a través de las intervenciones de enfermería.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar un vínculo en el binomio en las primeras horas de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> Este vínculo es un proceso que da lugar a un compromiso afectivo y emocional entre dos individuos. Este proceso se intensifica durante el período inicial posterior al nacimiento. Cuando está alerta, el recién nacido puede provocar una intensa respuesta positiva de la madre al mirarla a los ojos. El tacto es un contacto importante que provoca una respuesta positiva de la madre y estimula al recién nacido. El proceso de vinculación crece en el tiempo, la enfermera debe reconocer que este proceso se refuerza utilizando respuestas sensoriales entre el binomio, y cada interacción positiva entre madre e hijo intensifica este vínculo, conforme se desarrolla este vínculo, el binomio aprenden a conocerse. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> En las primeras horas al nacimiento, animar a la madre a que toque y acaricie a su bebé, para que empiece a existir un vínculo entre madre e hijo.
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es el rol materno? 	<ul style="list-style-type: none"> El informar a la paciente que irá aprendiendo y tomando gusto con su nueva identidad de madre. Según Mercer, el logro del 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a la madre la importancia que tiene el rol materno.

	<p>papel de la madre se presenta en cuatro etapas que corresponden a las identificadas por Rubín.</p> <p>ETAPA DE ANTICIPACIÓN: Esta se produce durante el embarazo, la mujer busca modelos de cómo ser madre.</p> <p>ETAPA FORMAL: Da inicio al nacer el bebé, la madre sigue influenciada por los consejos de otras personas.</p> <p>ETAPA INFORMAL: Principia cuando la madre elige sus propias opciones sobre la maternidad.</p> <p>ETAPA PERSONAL: Elige lo que le hace sentir cómoda en su papel de madre. Esta etapa ocurre entre los 3 y 10 meses, después del parto.</p> <p>EL APOYO SOCIAL, LA EDAD DE LA MADRE, SU PERSONALIDAD Y POSICIÓN SOCIOECONÓMICA, INFLUYEN EN QUE ALCANCE EL ÉXITO DE SU NUEVO PAPEL MATERNO. (Burroughs 2002)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Brindar información sobre los cambios de su nuevo rol. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir a la nueva madre superar la primera etapa de la pérdida de un papel previo (cuando era soltera) y la identificación de su disponibilidad para aprender la ejecución de un nuevo papel (madre), son funciones importantes de la enfermera. Rubín identifico estos comportamientos en las madres como necesidades de información, preocupación respecto al recién nacido y su bienestar, y la capacidad de elección y ser más independientes. Así mismo el papel fundamental de la enfermera es proporcionar a la paciente refuerzos positivos sobre sus capacidades como madre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar en la puérpera los futuros cambios maternales y del desarrollo del papel maternal, a través de información, así como desarrollar las habilidades o capacidades de la madre necesarias para cuidar a su bebé.

	(Burroughs 2002)	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre el por qué siente temor en esta nueva etapa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante hablar y escuchar a la paciente, a que exprese sus sentimientos respecto a cómo se siente en su nueva etapa como madre, y darle a comprender que la maternidad es una conducta aprendida y que su adaptación requiere tiempo, y que la transición a la maternidad es un proceso de conducta complejo. (Miller 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Platica y Brindar información clara a la madre acerca del sentimiento de temor, diciéndole que es un sentimiento natural, ya que es su primera experiencia como madre.

Evaluación.

La paciente refiere que el temor es un sentimiento normal, ya que está iniciando una nueva faceta en su vida, y que este sentimiento irá disminuyendo con el tiempo y a la experiencia, así mismo con el contacto diario con su bebé.

FORMATO DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO.

<p>FECHA DE NACIMIENTO: 19 de Noviembre de 2008.</p> <p>HORA: 18:30 HRS.</p> <p>SEXO: MUJER.</p> <p>TALLA: 50 CM.</p> <p>PESO: 2,978 KGS.</p> <p>P.C. 34 CM</p> <p>P.T. 31 CM</p> <p>P.A. 30 CM</p> <p>S.I. 25 CM</p> <p>PIE 8 CM</p>	<p>ANTECEDENTES MATERNOS. EDAD: 18 AÑOS G: 1 P:0 A: 0 FUM:14 DE FEBRERO GPO: 0 Rh: + APP.</p> <p>CONTROL PRENATAL: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CAUSA _____</p> <p>PARTO: EUTROFICO CESAREA: _____ FORTUITO _____</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEL LIQ. AMNIOTICO: Líquido claro, no fétido.</p> <p>SILVERMAN: 0 APGAR: 8 – 9 CAPURRO: 38.3 SDG REANIMACIÓN: NO</p> <p>MALFORMACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> TIPO: _____ DESTINO: Transición y posteriormente habitación compartida.</p>
---	--

Valoración de Enfermería al Recién Nacido.

Piel: Es fina, suave, delicada y de color eritematoso, presencia de vernix caseosa, lanugo presente, sin ictericia fisiológica, sin presencia de hemangiomas.

Cabeza: Presenta asimetría pasajera, debido al descenso de los huesos del cráneo por el paso del canal del parto, leve presencia de caput secedaneum, sin alteraciones en las fontanelas, (anterior y posterior).

Cara: Hay presencia de glándulas sebáceas en el dorso de la nariz y mejillas (miliun), buena simetría, sin presencia de masas en cuello simétrico, sin presencia de micrognatia o retrognatía.

Ojos: Se abren de manera espontánea, leve edema palpebral, buena coloración de escleróticas, sin presencia de ictericia en estas, reflejos pupilares presentes.

Nariz: Fosas nasales permeables, conducto lagrimeo nasal permeable, con leve presencia de secreciones.

Oídos: Pabellones auriculares bien implantados, sin malformaciones, buen desarrollo del hélix, anti hélix, trago y cartílago inferior.

Boca: Alineada y de buen tamaño para la cavidad, paladar duro y encías bien formados, succión y deglución presentes y adecuados.

Cuello: Buena simetría de ambas clavículas, reflejo de moro presente, bien alineado, pulso carótida presente.

Tórax: Pezones bien formados, buena frecuencia respiratoria con presencia de ruidos por leve presencia de secreciones normal en el recién nacido, frecuencia cardíaca normal.

Abdomen: Blando y depresible, sin presencia de masas, muñón umbilical sin datos de infección o sangrado, peristalsis normoactiva.

Genitales: Adecuado a edad y sexo, ano permeable y uresis presente.

Extremidades: Buena presencia de tono muscular, presencia de aducción a abducción en ambas extremidades, número de dedos en ambas extremidades completos, sin presencia de malformaciones congénitas.

SILVERMAN: 0.

APGAR: 8-9.

Signos Vitales: F.C: 160 x´ F.R: 54 x´ Temperatura: 36.1° centígrados.

DIAGNÓSTICOS POTENCIALES

Necesidad Alterada: Evitar Peligros

Insatisfecha por: Falta de conocimiento / Independiente.

Diagnóstico: Riesgo de Presentar Hemorragia e Infecciones, Relacionada con el Paso del Producto a través del Canal de Parto.

Objetivo: Disminuir riesgos o complicaciones que pudiera presentar el recién nacido en las primeras horas del nacimiento.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none">• Ministración de vitamina K, dosis única.	<ul style="list-style-type: none">• La vitamina k es administrada para prevenir hemorragias intracraneales y para mejorar el tiempo de coagulación, se aplica por en el músculo vasto externo, ya que ahí el desarrollo muscular es el adecuado en el recién nacido. En virtud de que los recién nacidos no pueden sintetizar la vitamina k en sus intestinos, los cuales carecen de flora bacteriana padecen de una deficiencia de factores de la coagulación, por lo que se administra esta vitamina como medida profiláctica para la prevención de sangrado. (Martínez M, 2005)	<ul style="list-style-type: none">• Ministración de 1 mg, de vitamina k, en el músculo vasto externo del recién nacido en la primera hora de vida.
<ul style="list-style-type: none">• Antibiótico oftálmico.	<ul style="list-style-type: none">• El antibiótico es necesario para proteger contra la oftalmia gonocócica del recién nacido, infección que puede provocar ceguera. El recién nacido es propenso a adquirir una infección ocular como gonorrea o clamidias al pasar a través de canal vaginal infectado. (Burroughs 2002)	<ul style="list-style-type: none">• Cloramfenicol, 2 gotas oftálmicas en cada ojo.

<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la madre acerca del cordón umbilical. 	<ul style="list-style-type: none"> • Debe enseñarse a la madre las medidas a tomar para prevenir una infección del cordón umbilical. Explicando a la nueva madre, que solo debe utilizar un hisopo mojado o solo con agua y jabón, limpiando la base del cordón, donde se une a la piel, también es importante informarle los signos de alarma como son: enrojecimiento, mal olor, salida de secreción o sangrado. (Miller 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la madre acerca de los cuidados que debe tener en el cordón umbilical de su recién nacido.
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a la madre sobre la correcta técnica del lavado de manos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los recién nacidos son muy susceptibles a infecciones, y su prevención es una parte fundamental de la enseñanza de cuidados a los padres, como lo es el lavado de manos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar educación para la salud a la madre relacionada a la técnica correcta del lavado de manos antes de tocar a su bebé, en forma demostrativa.

Evaluación:

En el tiempo que estuvo el recién nacido en el servicio de transición, este no presentó ninguna complicación.

DIAGNÓSTICO REAL

Necesidad Alterada: Oxigenación

Insatisfecha por: Fuerza / Independiente.

Diagnóstico: Limpieza ineficaz de la Vía Aérea, Relacionado con Presencia de moco en tubos respiratorios, Manifestado por leve acrocianosis y estrés.

Objetivo: Mantener vía aérea permeable.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none">• Vigilar la frecuencia respiratoria.	<ul style="list-style-type: none">• El vigilar la frecuencia respiratoria nos permite identificar patrones de respiración irregulares, presencia y aumento en las mucosidades, en caso de que se presenten cambios sutiles o repentinos en el recién nacido. (Nascimento T. 2005)	<ul style="list-style-type: none">• Valorar la frecuencia, profundidad, esfuerzo y sonidos respiratorios en el recién nacido.
<ul style="list-style-type: none">• Aspirar secreciones.	<ul style="list-style-type: none">• El succionar las secreciones puede prevenir una aspiración en el recién nacido. Ya que durante los primeros meses de vida, la mayoría de los recién nacidos respira obligadamente por la nariz. Generalmente mantienen libre el paso del aire mediante la tos o los estornudos. Durante los primeros días de vida, el recién nacido tiene un aumento de moco y puede indicarse la Aspiración suave con la perilla. (Burroughs 2002)	<ul style="list-style-type: none">• Succión manual y gentil de secreciones acumuladas con perilla, las veces que sea necesario en el recién nacido.
<ul style="list-style-type: none">• Posición decúbito ventral ó decúbito lateral (con la cabeza ligeramente baja).	<ul style="list-style-type: none">• Estas posiciones facilitan el drenaje de mucosidades, permitiendo que se extienda la caja torácica en el recién nacido. (Burroughs 2002)	<ul style="list-style-type: none">• Brindar al recién nacido cambios de posición frecuentemente antes de la toma.

Evaluación: Se logró disminuir la presencia de secreciones en el recién nacido, permitiéndole una vía aérea más permeable.

DIAGNÓSTICOS POTENCIALES

Necesidad Alterada: Termorregulación.

Insatisfecha por: Fuerza / Independiente.

Diagnóstico: Déficit de la Termorregulación, Relacionado con Interacción con el Medio Ambiente, Manifestado por Temperatura de 36.1°.

Objetivo: Controlar la temperatura del recién nacido, para evitar posibles complicaciones en este y lograr la termogénesis.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none">Mantener seco al recién nacido.	<ul style="list-style-type: none">Antes del nacimiento el feto se mantiene a una temperatura estable ideal dentro del útero. En contraste, al nacer, el medio ambiente del bebé puede cambiar rotundamente, cuando se le expone a un ambiente frío, el recién nacido requiere de calor adicional. Los órganos internos del recién nacido están mal aislados y la piel es relativamente delgada. Además, el centro regulador de calor no ha madurado aún, por lo que el cuerpo del recién nacido refleja rápidamente la temperatura del medio ambiente. (Nacimiento T. 2005)	<ul style="list-style-type: none">Secar perfectamente al recién nacido con campos cálidos y colocarlo en la incubadora.
<ul style="list-style-type: none">Toma y registro de la temperatura corporal.	<ul style="list-style-type: none">Es importante la toma de la temperatura cada 30 minutos durante las primeras cuatro horas después del nacimiento. La valoración de la temperatura por debajo del rango normal, podría reportarnos un resultado de perturbaciones metabólicas o presencia de alguna infección. (Nacimiento T. 2005)	<ul style="list-style-type: none">Tomar y registrar la temperatura del recién nacido cada 30 minutos las primeras horas, y posteriormente cada cuatro horas posteriores a su nacimiento.

<ul style="list-style-type: none"> • Abrigar al recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante abrigar al recién nacido, ya que este es incapaz de mantener o elevar su temperatura corporal al tiritar de frío, esto lo hace para lograr aumentar su temperatura utilizando un tejido especial llamado grasa parda. El arroparlo ayuda a mantener su temperatura corporal, le proporciona una sensación de cercanía y seguridad, y puede ser eficaz para tranquilizarlo cuando lora. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar sábanas que brinden calor al recién nacido y abrigarlo correctamente, así como evitar corrientes de aire.
---	---	---

Evaluación: Se logró aumentar la temperatura del recién nacido a 36.8°, mediante los cuidados brindados.

DIAGNOSTICO REAL

Necesidad Alterada: Oxigenación.

Insatisfecha por: Fuerza / Independiente.

Diagnóstico: Riesgo de desarrollar Diestrés Respiratorio, Relacionado con Enfriamiento.

Objetivo: Evitar enfriamiento corporal del recién nacido, para que no presente una complicación respiratoria como lo es el diestrés.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none">• Valoración del recién nacido.	<ul style="list-style-type: none">• La valoración gestacional es importante, ya que la habilidad del recién nacido para adaptarse, dependerá de su edad gestacional, según la evaluación del desarrollo físico y su madurez neurológica. (Jasso G. 2001)	<ul style="list-style-type: none">• Valorar edad gestacional del recién nacido en la unidad de transición.
<ul style="list-style-type: none">• Evitar el baño posterior al nacimiento.	<ul style="list-style-type: none">• Es importante no bañar al recién nacido antes de cumplir las 24 horas de vida, ya que el bebé, puede perder calor mediante evaporación provocándole un diestrés respiratorio. (Nascimento T. 2005)	<ul style="list-style-type: none">• No bañar al recién nacido antes de las 24 horas de vida, solo limpiarlo suavemente con un paño.
<ul style="list-style-type: none">• Colocar ropa limpia en la incubadora.	<ul style="list-style-type: none">• Esta es una manera de evitar pérdidas de calor por mecanismos de conducción, esto se logra cubriendo las superficies frías con las que puede estar en contacto con el recién nacido. (Nascimento T. 2005)	<ul style="list-style-type: none">• Cubrir las superficies de la incubadora o cuna con ropa cálida y limpia.
<ul style="list-style-type: none">• Evitar corrientes de aire, así como evitar colocar en forma directa el oxígeno en el recién nacido.	<ul style="list-style-type: none">• Colocar al recién nacido en áreas sin corrientes de aire dentro de la incubadora, así como mantener las mangas de la misma bien cerradas. Al no colocar directamente el oxígeno en la cara del bebé, se evita la estimulación de la región del trigémino que es particularmente sensible a cambios de temperatura.	<ul style="list-style-type: none">• Colocar al recién nacido lejos de corrientes de aire, así como mantener las mangas de la incubadora bien cerradas, y no colocar oxígeno directamente en la cara del recién nacido.

	<p>Al no exponer al recién nacido a corrientes de aire, se evita la pérdida de calor por convección. (Martínez M. 2005)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Abrigar al recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante abrigar al recién nacido, ya que este es incapaz de mantener o elevar la temperatura corporal al tiritar de frío, para lograr aumentar su temperatura utiliza tejido especial llamado grasa parda. Al arroparlo se mantiene la temperatura corporal en los parámetros basales, le proporciona una sensación de cercanía y seguridad, y puede ser eficaz para tranquilizarlo cuando este llora. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cubrir al recién nacido con ropa cálida y seca.

Evaluación:

Mediante los cuidados brindados, se logra mantener una temperatura dentro de los parámetros basales en el recién nacido.

DIAGNOSTICO POTENCIAL

Necesidad Alterada: Higiene y protección de la piel.

Insatisfecha por: Fuerza / Independiente.

Diagnóstico: Riesgo de Alteración de Higiene y Protección de la piel, relacionado con el uso, mal control y cambio de pañal.

Objetivo: Evitar complicaciones en la piel como lo es la dermatitis en la región perianal en el recién nacido.

Intervenciones Planeadas	Fundamentación Teórica	Ejecución
<ul style="list-style-type: none"> Mantener seca la región perianal del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> Es normal que los recién nacidos orinen hasta 15 veces al día, por lo cual es necesario cambiarle el pañal cuando están húmedos o sucios. Además la capacidad de la vejiga de estos, es aproximadamente de 40 a 50 ml y se vacía espontáneamente cuando retiene alrededor de 15 ml, esto conduce al recién nacido a miccionar frecuentemente. (Jasso 2001) 	<ul style="list-style-type: none"> Brindar cambios de pañal las veces que sea necesarias, para mantener seca y limpia la piel de la región en el recién nacido.
<ul style="list-style-type: none"> Mantener limpia la región perianal. 	<ul style="list-style-type: none"> Es importante limpiar muy bien la zona perianal, ya que de no ser limpiada adecuadamente, el recién nacido puede desarrollar con rapidez rozaduras en la piel que son resultado de la irritación producida por el amoníaco propio de la orina, que está en contacto con la piel. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar limpieza gentil con agua tibia y jabón neutro en la piel de la región perianal del recién nacido.
<ul style="list-style-type: none"> Educación a la madre, acerca de la limpieza de la zona perineal del recién nacido y evitar el uso de jabones alcalinos. 	<ul style="list-style-type: none"> Los jabones alcalinos pueden alterar el PH de la dermis del recién nacido, y estos como la falta de limpieza, proporcionan un medio ideal para el crecimiento de bacterias, por ello es preferible el uso solo de agua tibia y jabones neutros. El uso de ungüentos que contenga oxido de zinc, vitamina A y C, ayudan a mantener la piel seca y lubricada. (Burroughs 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> Explicar a la madre, la importancia de la limpieza de la piel de la región perianal de su bebé, así como evitar el uso de jabones alcalinos o lociones. Uso de lubricante para la piel.

Evaluación: Se logro mantener la piel seca y limpia en la zona perineal del recién nacido, evitando complicaciones (Dermatitis)

X. PLAN DE ALTA DEL BINOMIO.

EXPLICAR A LA PACIENTE LAS CARACTERISTICAS DE LOS LOQUIOS.

LOQUIOS NORMALES:

1 – 3 días: Son de color rojo brillante, consistencia sanguínea, olor a carne; aumentan temporalmente al amamantar y al levantarse.

4 – 9 días: Son de color rosado; de consistencia serosanguínea.

10 días – 3 semanas aproximadamente: Son blancos cremoso, olor a carne.

LOQUIOS ANORMALES:

1 – 3 día: Numerosos coágulos grandes; mal olor; el apósito perineal se satura.

4 – 9 día: Mal olor; se satura el apósito perineal.

10 días – 3 semanas aproximadamente: Mal olor; persisten durante más de tres semanas; retorna color rosado o rojo.

REANUDACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN.

Explicar a la paciente que la menstruación reanudará al cabo de 3 meses aproximadamente, aunque algunas pacientes no menstrúan mientras amamantan a sus hijos. El primer flujo menstrual es a menudo más abundante de lo normal.

No obstante, es necesario advertir que podrían ovular y volver a embarazarse antes de que se presente el período menstrual, es decir la lactancia materna no es una forma eficaz de anticoncepción.

BAÑO DIARIO.

Recomendar a la paciente el baño diario, la ducha proporciona bienestar y protección contra infecciones, el baño posterior al parto difiere del baño de rutina de otros pacientes, por que hay dos áreas del cuerpo de la mujer que corren mayor riesgo de infectarse los senos y el perineo.

ASEO DE LAS MAMAS.

Como la paciente estará brindando lactancia materna se le recomienda que empiece el baño lavándose los senos primero con agua para disminuir la resequedad de la piel y reducir el riesgo de grietas a los pezones, suele recomendarse dejar los senos expuestos al aire por uno minutos.

CUIDADO DE LAS MAMAS.

Dar a conocer a la paciente los signos de alarma como son presencia de dolor, enrojecimiento, calor, dureza ó salida de secreción.

Explicar que el primer día del puerperio se segrega calostro, al segundo o tercer día los senos se ingurgitan y se sienten duros y hay dolor.

Al establecer la lactancia materna se sienten uno nódulos, además de que las “bolsas” llenas de leche suelen cambiar de lugar, y tiene que valorar el tamaño y forma de los pezones, si están eréctiles agrietados o tienen fisuras y determinar si hay dolor localizado.

Se le recomienda que antes de la lactancia materna debe darse masaje en los senos.

CUIDADOS DEL PERINEO.

Explicar a la paciente que primero debe lavarse las manos antes de asearse, segundo debe estar al tanto de la importancia de frotar el perineo del frente (sínfisis púbica) hacia atrás (ano) cuando realice su aseo.

La materia intestinal y fecal generalmente contiene muchos tipos de bacterias, pero si se introducen a la vagina, uretra ó área de la episiorrafía podría causarle una seria infección.

DEAMBULACIÓN.

Es esencial la deambulaci3n frecuente para reducir el riesgo de infecci3n o trombosis, por otra parte se reduce la posibilidad de que se desarrollen problemas circulatorios y urinarios. Tambi3n reduce o previene el estreñimiento y favorece la recuperaci3n de las fuerzas.

ALIMENTACI3N.

La madre necesita tres comidas balanceadas al d3a y como se encuentra amamantando, ingerir cantidades adecuadas de calcio y f3sforo. Se recomienda una dieta con alto contenido de fibra para reducir el estreñimiento. Mientras se encuentre dando lactancia materna es aconsejable que ingiera 500 calor3as m3s, que antes de embarazarse. Por otra parte, es conveniente que tome m3s l3quidos, pues supone que se eleva la producci3n de leche.

RENUDACIÓN DE LA VIDA SEXUAL.

Estas, pueden reanudarse sin riesgo una vez que han cesado los loquios, ha sanado la incisión de la episiorrafía. El plazo varía de 3 a 6 semanas (40 días).

El primer coito puerperal podría ser un tanto molesto en parte por la resequedad o la disminución de la lubricación vaginal debido a la disminución de los estrógenos, se aconseja a las mujeres utilizar un lubricante vaginal soluble al agua.

EJERCICIOS.

La caminata es un ejercicio ideal, pero al principio debe realizarse con moderación. Las actividades de acondicionamiento físico, como es trote deben demorarse unas 6 semanas y reiniciarse en forma gradual.

Ejercicios de Kegel; Se contrae el perineo para reforzar los músculos del suelo pélvico. Después de un parto vaginal, es común que los músculos circunvaginales estén más débiles que antes y con estos ejercicios recuperan tono; además, se contraen los músculos del suelo pélvico.

La paciente jala el suelo pélvico completo, como si intentará succionar agua con la vagina; después relaja, como para forzar hacia fuera el agua imaginaria; al hacerlo, también ejercita los músculos abdominales.

REPOSO Y SUEÑO.

Planear por lo menos un período de reposo al día, descansar cuando el bebé duerme.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Se recomienda a la paciente utilizar condón ó DIU, tan pronto se reanuden las relaciones sexuales, no iniciar anticonceptivos orales, si se encuentra dando lactancia materna.

CONTROL MÉDICO.

Regresar con el médico en la próxima semana para su control médico y posteriormente entre 4 y 6 semanas después del alumbramiento.

Es muy importante tener un examen de seguimiento para asegurarse de que la recuperación es normal y no existen complicaciones.

PLAN DE ALTA

RECIÉN NACIDO.

BAÑO.

Explicar a la madre que no es necesario bañar al recién nacido todos los días y puede hacerse a una hora que sea conveniente para toda la familia, de manera que se familiaricen con la criatura. Es aconsejable evitar los baños justo después de haber alimentado al bebé, pues al moverse podría provocarle regurgitación.

CUIDADOS AL CORDÓN UMBILICAL.

Explicar a la madre que este se secará y puede caerse ó desprenderse en un lapso de 3 a 4 días, y que debe limpiarse solo con agua y jabón neutro.

Un buen momento para limpiar el cordón es durante el baño o cambio de pañal, e informar a la madre signos de alarma en este caso como son: que se encuentre enrojecido, húmedo, con mal olor, sangrado ó salida de secreción.

POSICIONES DEL NIÑO Y FORMA DE ABRAZARLO.

Colocar al bebé sobre un colchón firme y si se le deja solo nunca colocarlo boca abajo.

Siempre que levante al recién nacido para abrazarlo debe sostenerle la cabeza, pues es más grande que el resto del cuerpo y el cuello no tiene mucha fuerza.

CUIDADO DE LAS UÑAS.

Si la bebé tiene las uñas largas y se araña, es necesario cortarlas. Debe hacerse con un corte recto y con tijeras de punta roma, se aconseja que se corte las uñas mientras el recién nacido está quieto o durmiendo para evitar que se pueda lastimar por un movimiento brusco.

MEDIR LA TEMPERATURA.

Se le enseñara a la madre como debe tomar la temperatura axilar, colocando el termómetro bajo uno de los brazos del bebé, asegurándose que quede en la axila por lo menos durante 3 minutos. Una temperatura axilar de 38 ° C ó superior, o inferior de 36.5° C, debe acudir al servicio de urgencias.

HECES Y MICCIÓN.

Los recién nacidos orinan hasta 15 veces al día, la madre debe familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces.

Las heces son verde oscuro, al tercer ó cuarto día podrían estar más formadas y tomar un color verde amarillento (heces de transición, de meconio a leche), y como le da seno materno las heces serán suaves y frecuentes (amarillo mostaza).

Los recién nacidos amamantados al pecho orinarán con mayor frecuencia, usualmente en cada comida.

PAÑALES Y ROZADURAS.

Los recién nacidos orinan y defecan con frecuencia y deben cambiarse los pañales cuando estén húmedos o sucios, para limpiar el área perianal es suficiente usar agua limpia y jabón neutro para eliminar algunos residuos fecales.

Si el área del pañal no se limpia bien, se desarrollan con rapidez rozaduras que son el resultado de irritación por amoníaco propio de la orina. Después de haber lavado y

secado cuidadosamente al recién nacido puede aplicarse un ungüento con vitamina A y D ó con óxido de Zinc.

ROPA.

Debe aconsejarle a la madre que vista al recién nacido de manera cómoda y adecuada al clima.

Durante las primeras semanas, el recién nacido podría preferir sentirse bien sujeto.

Las ropas del niño deben lavarse con jabón sin detergente.

Es muy importante que se enjuague completamente para eliminar todos los residuos de jabón, esto puede provocarle dermatitis.

BAÑOS DE SOL.

Dar baños de sol completamente desnudo guante 5 - 10 minutos, para disminuir el color amarillo (ictericia fisiológica) cuidando al bebé de las corrientes de aire.

DATOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO.

Explicar a la madre que si su bebé presenta alguno de estos datos de alarma, debe acudir al servicio de urgencias:

*Temperatura axilar superior a 37.5 °C o rectal superior a 38°C; temperatura axilar inferior a 36.0°C y rectal inferior a 36.5°C.

*Dificultad para respirar o si hay ausencia de respiración durante más de 15 segundos, respiraciones rápidas por arriba de 60 por minuto.

*Coloración “azulada” de labios y uñas, signos de fatiga y sudoración abundante durante la alimentación.

*Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor en ombligo.

*Enrojecimiento, hinchazón o secreción de los ojos.

*Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes, ó en forma de proyectil.

*Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.

*Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o si la heces son duras e infrecuentes.

*El abdomen debe estar blando y no distendido.

*No hay orina en los pañales guante más de 18 horas o menos de seis micciones en un día.

*El recién nacido está inconsolable, ninguna técnica para tranquilizarlo funciona o su llanto tiene un timbre agudo.

*Deberá observar el color de la piel de su hijo con luz de sol, en caso de coloración amarilla progresiva.

XI. CONCLUSIONES.

Indudablemente el Proceso de Atención de Enfermería es un método verdaderamente bueno e interesante para el desarrollo de nuestros objetivos, que distinguen a nuestra disciplina.

Fue muy enriquecedor realizar este proceso, ya que aún cuando tenía conocimientos acerca de la aplicación del mismo siempre surgieron dudas e inseguridad para la aplicación del mismo.

Por otra parte la aplicación del modelo de Virginia Henderson, aunque es complejo, ofrece una gamma de información muy práctica para jerarquización de necesidades, sin embargo una vez que se conocen las bases teóricas para la aplicación del mismo es un poco más fácil poder llevarlo a la práctica y sobre todo que enriquece los conocimientos del profesional de enfermería.

El Proceso de Atención, permite una cercanía y una atención más directa, humana y completa en el sujeto y objeto de estudio, siendo un sello muy personal y un lenguaje especial entre la persona, familia y enfermera.

El profesional de enfermería nunca debe perder esa misión y visión holística que se le brinda a la persona que se encuentra bajo nuestro cuidado, el modelo del que habla Virginia Henderson es una guía para ordenar y concentrar todas las etapas del proceso, pero lo más importante es aplicarlo con bases científicas, que permitan crecer aún más a nuestra disciplina.

El realizar este proceso me permitió ver de otra forma a la persona, cambio mi visión; ver más allá de que tratamos con órganos y sistemas, ver la esencia de la persona en una enorme esfera llena de sentimientos, temores, valores, creencias, amor, salud y enfermedad.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro-Lefevé Rosalinda, Aplicación del Proceso Enfermero, Barcelona España, Ed. Masson, 2005.
- Balan Gleaves Cristina, Franco Orozco Magdalena, Teorías y Modelos de Enfermería, México, Ed. UNAM, 2009.
- Burroughs Arlene, Enfermería Materno Infantil, México, Ed. McGraw-Hill Interamericana, 2002.
- Danforth D.N., Tratado de Obstetricia y Ginecología, Madrid España, Ed. Interamericana. 1993.
- Díaz del Castillo, Pediatría Perinatal, México, D.F., Ed. Interamericana, 2000.
- Fernández Ferrin Carmen, El Proceso de Atención de Enfermería, España, Ed. Masson, 1993.
- García Piña Ma. Aurora, Pacheco Arce Ana Laura, Sociedad, Salud y Enfermería, México, Ed. UNAM, 2006.
- Harcourt, Enfermería Materno Infantil, Ed. Océano, 2004.
- Hernández Conesa, Fundamentos de Enfermería: Teorías y Modelos, Madrid, Ed. McGraw-Hill, 1999.
- Iyer P. W., Al Proceso y Diagnóstico de Enfermería, México, Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1997.
- Jasso Gutiérrez L., Neonatología Práctica, México, Ed. Manual Moderno, 2000.
- Juall Carpenito Lynda, Planes de Cuidado y Documentación Clínica en Enfermería, Ed. Moyet, 2006.
- Kozier Barbará, Enfermería Fundamental, México, Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1993.
- Luis Rodrigo M.T., Los Diagnósticos Enfermeros, Revisión y Guía Práctica, Ed. Masson, 2002.

- Martínez y Martínez, La Salud del Niño y del Adolescente, México, D.F., Ed. Manual Moderno, 2005.
- Marriner Tomey Ann, Raile Alligood Martha, Teorías y Modelos de Enfermería, Ed. Harcourt Brace, 2001.
- Miller M. A., Enfermería Materno Infantil, Ed. Interamericana, 2001.
- Mondragón Castro Héctor, Ginecoobstetricia para Enfermeras, México, Ed. Trillas, 2000.
- Nascimento Tamez Raquel, Pantoja Silva María Jones, Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Madrid, Ed. Panamericana, 2005.
- Pernoll L. Martín, Benson C. Ralph, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetrico, México, D.F., Ed. Manual Moderno, 1992.
- Rodríguez S. Bertha A., Proceso Enfermero Aplicación Actual, Ed. Cuellar, 2006.
- Simón M. Dr., Diccionario de la Mujer, México, D.F., Ed. Secretaria de Salud, 2000.

XIII. ANEXOS.

**INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN
BASADO EN EL MOMENTO DE NECESIDADES HUMANAS DE
VIRGINIA HENDERSON**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: T.A.P Edad: 18 años Sexo: Femenino

Ocupación: Estudiante Estado Civil: Soltera Religión: Católica.

Escolaridad: 2do Preparatoria. Domicilio: 5 de Febrero Col. El Trébol, Delegación Magdalena Contreras.

Unidad de salud donde atiende: Hospital Dr. Manuel Gea González.

SIGNOS VITALES:

Respiración: 22 x Frecuencia: 80 Amplitud: Buena: X Mediana:

Reducida:

Pulso: 80 Frecuencia: Ritmo: Regular x Irregular: Amplitud:

Débil Temperatura: 36.5° Tensión arterial: 110/70 mm Hg.

Somatometría: Peso Acutal: 66 Kgs Talla: 1.55 cm. Índice de Masa Corporal

Perímetro abdominal:

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No: x Si: Describa:

¿Se expone a humo de leña? x ¿Fuma?: No x Si ¿Cuántos cigarros al día? ¿Convive con fumadores? No: x Si ¿Convive con aves? No

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No x Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No x Si

¿Su casa esta ventilada? No Si X ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No X Si ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No X Si ¿Le han diagnosticado hipertensión? No X

Si ¿Tiene problemas cardiacos? No X Si ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No X Si ¿Toma algún medicamento? No X Si Especifique

Explore:

Región cardiopulmonar: Limpios y bien ventilados

Dificultad respiratoria: No x Si Fatiga: No

Tos: Si No X Expectoración: No X Si Coloración de piel: adecuado

Llenado capilar: 2 a 3 segundos.

Observaciones: no se encuentra alguna alteración.

2.- Alimentación e hidratación

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno?

Atole, leche, pan té

Cantidades en raciones: una taza y 1 a 2 piezas de pan

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida?

Pollo, frijoles, arroz, tortillas, verduras 4 veces a la semana.

Cantidades en raciones: una pieza de pollo, un plato de verduras tortillas (2) al día pan en la mañana dos veces a la semana.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena?

Nada más se toma un vaso de leche.

Cantidades en raciones: una taza

¿Come entre comidas? No X Si ¿En donde acostumbra comer? Su casa

¿Con quién acostumbra comer? Con sus padres y hermanos.

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No X Si

¿Por qué? ¿Cuáles son los alimentos que le agrada? todos

¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? ¿Cuáles Brócoli son los

alimentos que le causan intolerancia? ninguno ¿Cuáles son los alimentos que le

causan alergia? Ninguno ¿Tiene problemas para masticar? No X Si

¿Por qué? Mastica despacio ¿Tiene dentadura completa? No Si X ¿Usa

prótesis? No X Si ¿Tiene problemas con su peso? No Si: X ¿Por qué?

Tiene 8 kilos de más, debido a su embarazo ¿Considera que tiene una adecuada digestión de los alimentos? No Si X ¿Por qué?

¿Cantidades en raciones?

¿Cuántos vasos de agua toma al día? 6 ¿Acostumbra a tomar refrescos? No Si X

Cantidad 1 vaso a la semana ¿Acostumbra a tomar café? No X Si

¿Acostumbra tomar alcohol? No X Si ¿Toma suplementos alimenticios?

No: X Si:

Explore:

Cavidad Oral: Regular estado de hidratación en arcada dental completa sin presencia de caries.

Región abdominal: Abdomen globoso a la palpación media abdominal, timpánico a la percusión en marco cólico peristaltismo presente.

Observación:

3. Eliminación:

¿Cuántas veces evacua al día? 1 ¿Presenta esfuerzo para defecar? No X Si
¿Tienen dolor anal al evacuar? No X Si ¿Tiene dolor abdominal al evacuar?
No: X Si ¿Especifique características del dolor?

¿Presenta flatulencias? No Si X ¿Tiene tenesmo? No X Si ¿Tiene meteorismo? No X Si ¿Tiene incontinencia? No X Si ¿Tiene purito? No X Si
Si ¿Tiene hemorroides? No X Si ¿Cuándo presenta problemas para evacuar que recursos utiliza? Ninguno

¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? Comer frutas y verduras. ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? No tomar agua durante el día ¿Características tiene la evacuación? Esta formada ¿Cuántas veces orina al día? 5 o 7 veces. al día ¿De qué color es su orina? Amarilla ¿Qué olor tiene su orina? Normal ¿Tiene disuria? No X Si ¿Tiene poliuria? No X Si ¿Tiene nicturia? No X Si ¿Tiene retención de orina? No X Si ¿Tiene urgencia para orinar? No X Si ¿Tiene urgencia para orinar? No Si X por el embarazo ¿Qué recursos utiliza cuando tiene infección de vía urinaria? Acude al médico ¿Usted suda? No X Si ¿Cómo es su sudoración? Normal ¿Bajo qué condiciones suda? solamente cuando realiza alguna actividad física.

¿Fecha de la última menstruación? 14 de Febrero 08. ¿Cada cuando menstrua? C/ 28 días ¿Cuántos días dura su menstruación? 3 días ¿Tiene dismenorrea? No X Si ¿Tiene pérdidas intermenstruales? No X Si ¿Tiene flujo vaginal? No X Si ¿Qué característica tiene?

¿Qué hace para controlar la dismenorrea?

Varón: ¿En la eliminación seminal hay alguna alteración?

Explore región abdominal y fosas renales: Abdomen globoso a expensas de distensión de asas intestinales, hemiabdomen inferior se palpa uterino gravido y presencia de contracciones, no hay masas adyacentes, puntos ureterales negativos en fosas renales sin alteraciones, jordanio negativo.

Observaciones: Paciente que se encuentra en trabajo de parto activo.

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulaci3n? No Si Especifique:
Paciente que se encuentra en fase activa de trabajo de parto

¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la vida diaria? No Si

¿Tiene dificultad para moverse en la cama? No Si ¿Tiene dificultad para levantarse? No Si ¿Tiene dificultad para sentarse? No Si

¿Qu3 apoyos utiliza para desplazarse? Apoyo del personal de enfermer3a.

¿Hay alguna postura que no pueda adoptar? No Si ¿Cual? ¿Cu3l es la postura habitual relacionada con su ocupaci3n? Semifowler ¿Cu3ntas horas al d3a pasa usted en esa postura? 6 Horas ¿En alg3n momento del d3a tiene dolores 3seos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores? No Si

Especifique cuales: Algunas veces molestia en regi3n lumbar

¿En alg3n momento presenta movimientos involuntarios? No Si Describa como son:

¿Ha sentido usted que le falta fuerza o que tiene debilidad muscular?

No Si

Describa como es:

¿En el transcurso del d3a presenta edema, ardor, comez3n o hematomas en alguna parte del cuerpo? No Si Describa que presenta: ¿En alg3n momento presenta mareos, p3rdida del equilibrio o desorientaci3n? No Si

¿Describe que presenta? ¿Realiza usted una actividad f3sica? No Si ¿Cu3l?

¿Qu3 tiempo le dedica a la semana? Horas.

Explore: postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos:
paciente que presenta buena marcha, movimientos en este momento limitados, presencia de reflejos.

Observaciones:

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el d3a? No Si ¿C3mo? Se recuesta una hora en el d3a.

Despu3s de descansar ¿C3mo se siente? Muy bien

¿Cu3ntas horas duerme habitualmente? 8 ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño? No Si ¿Se despierta f3cilmente? No Si ¿Tiene sueño agitado? No Si ¿Tiene pesadillas? No Si ¿tiene nerviosismo? No Si ¿se levanta durante la noche? No Si ¿Por qu3?

¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No: Si X ¿Por qué? Le brinda tranquilidad.

¿Acostumbra a tomar siesta? No Si: X ¿Qué hora habitualmente utiliza?

Tarde ¿Cuáles son sus hábitos para conciliar el sueño? ninguno

Explore: (orejas, atención. Bostezo, concentración, actitud de desengaño, cansancio, adinamia). Conciente, orientada, alerta cooperadora, concentrada, un poco cansada.

Observaciones:

6. Vestido

¿Utiliza ropa adecuada a la hora del día? No Si: X ¿Utiliza ropa adecuada

para las actividades que realiza? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada para

proteger su cuerpo cuando hace frío? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada

cuando hace calor? No Si X ¿Utiliza ropa adecuada cuando llueve? No

Si X ¿Utiliza ropa adecuada que le permita la libertad de movimiento? No

Si X ¿Utiliza ropa adecuada a su edad? No Si X ¿Utiliza ropa que

permite expresar sus sentimientos? No Si X ¿La ropa usted la elige? No

Si X ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No Si: X ¿Es capaz de

elegir su ropa? No Si: X

Explore: (características de la ropa de acuerdo a su género, uso de distintivos, limpieza y aliño): Ropa acorde a su edad y sexo correspondiente a región limpia.

Observaciones: su baño lo realiza diario y cambio de ropa lo realiza diario.

7. Termorregulación

¿Presenta alteración de su temperatura? No: X hipotermia hipertermia Bajo
qué condicione ¿Qué medidas toma para controlarla?

¿Sabe cómo medirla? Si

Explore: Signos y síntomas relacionados

Observación: la temperatura corporal se encuentra sin alteraciones.

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? Especificar: todos los días ¿Cada cuando lava su

cabello? Especificar diario Después del baño ¿El cambio de ropa es?

Parcial Total: X ¿Cada cuando lava sus manos? P.R.N.

¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas de pies y manos? C/8 días
 ¿Cada cuando cepilla sus dientes? 3 veces al día ¿Para el aseo de
 sus dientes utiliza hilo dental? No X Si ¿Utiliza prótesis dental? No :
X Si ¿Cada cuando lo usa?
 ¿Cuándo hizo la última visita al Dentista? Hace 1 año ¿Necesita ayuda para
 realizar su aseo personal? No : X Si ¿Por qué? Se puede valer por
si misma.

Explore: (Estado de la piel y mucosas, Cavidad bucal, limpieza, coloración, textura, estado de hidratación y presencia de lesiones, caries).

Mucosas orales hidratadas, coloración rosada.

Observación: Su piel se encuentra integra, mucosas hidratadas, limpia, leve palidez de tegumentos, sin presencia de lesiones o caries.

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo Si X No , Toxoide Diftérico Si No
 Toxoide tetánico Si : X No Hepatitis Si No X Neumococcica Si
No: X Influenza, Si : X No Rubeola Sarampión Si: X No Otra

Revisiones periódicas en el último año:

Exploración prostática Si No Resultado Mamografía Si No X
 Resultado Papanicolaou No x Si : _____ Resultado Protección contra
 infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) Si: _____ No X

Seguimiento del plan terapéutico prescrito Si No Automedicación Si No x
 Nombre del medicamento: ¿Consumo de drogas de uso no medico? Si

No x ¿Cuál? Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad Si
 No Uso de pasamanos Si : X No Uso de andaderas Si No : X Uso
 de lentes de protección Si No : X Aparatos protectores para la audición Si
No : X Bastón Si No : X Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve
 y se siente físicamente? Bien

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Si : X No

¿Es capaz de dar solución a sus problemas? Si : X No ¿Es capaz de dar
 mantener su seguridad física? Si : X No ¿Cuenta con las medidas de
 seguridad? En el trabajo: Si No ¿Las utiliza? Si No Casa Si X No
 ¿Las utiliza? Si x No Otros Si X No ¿Cuáles? Uso de barandales en
 la escuela.

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? Si : No X ¿Cuál es la causa?

10. Comunicación

Idioma materno: Castellano ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que impida comunicarse eficientemente? No X Si :

¿En cuál? Vista Oído : Olfato Gusto Tacto

¿Afectación verbal? No: X Si Tipo: Tipo de carácter: tranquila.

Auto percepción: Optimista : X Pesimista Realista : X Introverso
Extroverso Otro

¿Tiene dificultad para? Comprender Si No : X Aprender Si No : X

Concentrarse: Si No : X Lectoescritura: Si No : X Elementos socioculturales que afectan su comunicación: Lenguaje y modelos de expresión Si No : X Costumbres y expectativas Si No : X Relación de pareja Si No : X

Explore: (Características del lenguaje verbal, cambio de expresión verbal, humor, apoyos y estado de conciencia).

Observación:

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para su salud en la vida? Su familia y su próximo bebé.

¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? Dios y estudiar.

¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Que es un acto de amor al prójimo.

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? Aún siente que le falta más.

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayuden a enfrentar su situación actual? Sí, que Dios está con ella y su bebé en estos momentos para que todo salga bien en su parto.

Explore datos subjetivos:

Observe coherencia entre lo que la persona dice, cree o practica y lo que realmente hace: Ejemplo

Lee con frecuencia: Si

Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros.: Sí, en casa tiene imágenes y en su recámara también. Frecuentaba la iglesia.

¿Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo? Rara vez.

Describa: sus creencias y valores está bien establecidas.

12. Trabaja y realización

¿Trabaja actualmente? Si No X ¿Es estudiante? Si X No: ¿Tiene una ocupación no remunerada? Si No X ¿Es desempleado? Si X No
¿Porqué? Por su embarazo ¿Está jubilado o pensionado? No X
Si

¿Tiene alguna Incapacidad? No X Si ¿Su incapacidad es temporal? No Si
¿Qué tipo de incapacidad tiene?

¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No Si ¿De qué tipo? ¿A qué atribuye Usted este nivel de dependencia? ¿Cómo considera su estado emocional? Estable

¿Cómo considera su integración social? Estable

¿Cómo considera que es su integración social? Es buena.

¿Es capaz de realizar actividad normal? Si x No ¿Puede trabajar? Si x No
¿Necesita algún cuidado especial? Si: X No ¿Cuál? Que la apoye su madre en el puerperio.

¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? Si No X ¿Cuál?

¿Requiere asistencia hospitalaria, institución o equivalente? Si X No

¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? Casi siempre.

¿A que lo atribuye? A que le gusta cumplir sus metas y es entusiasta.

¿Cuáles son sus metas de vida? Educar a su futuro bebé y seguir estudiando.

Explore: (actitud) tranquila, cooperadora.

Observación: la persona está contenta por su embarazo.

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra Usted con ánimo de reír y divertirse?

Nunca Pocas veces Casi siempre X

Siempre X ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? Al apoyo de mis padres y hermanos.

¿Qué actividades recreativas acostumbran realizar Usted para divertirse? Cine y Teatro Lectura TV Música X Baile Fiestas Reuniones con amistades y familiares X Otra

¿Con que frecuencia tiene Usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca X Casi siempre Siempre

¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No X Si ¿Qué medicamento le indicaron?

¿Actualmente tiene usted esta enfermedad? No X Si

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No Si X

¿Por qué? Le falta concluir con sus estudios y quiere ir a la universidad.

¿Cómo considera Usted que es su capacidad de aprender? buena X

Regular Casi no me cuesta trabajo No me cuesta ningún trabajo

¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura y profesores.

Sus semejantes Televisión Radio Cursos Conferencias ¿Lo

que ha aprendido ha modificado su estado de salud? Si X No ¿Ha

adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud? Si X No

Explore: (Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad). Tiene muchas ganas de concluir sus estudios de preparatoria y continuar en la universidad, para seguir aprendiendo y darle lo mejor a su bebé.