



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN NEONATO A TÉRMINO
BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.**

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

**PRESENTA
VIANEY MARTÍNEZ OSORIO**

**No. DE CUENTA
405118113**

**ASESOR ACADÉMICO
MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ**

OCTUBRE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1.-	INTRODUCCIÓN	1
2.-	JUSTIFICACIÓN	2
3.-	OBJETIVO GENERAL	3
3.1.-	OBJETIVO ESPECÍFICO	3
4.-	MARCO TEÓRICO	3
4.1.-	ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA PROFESIONAL	3
4.2.-	ENFERMERÍA	5
4.2.1	EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO	8
4.2.2.-	ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CUIDADO	10
4.2.3.-	TIPOS DE CUIDADO	13
4.3.-	TEORÍA DE ENFERMERÍA	14
4.3.1.-	DEFINICIÓN DE TEORÍA	15
4.3.2.-	OBJETIVOS DE LA TEORÍA EN ENFERMERÍA	15
4.3.3.-	VENTAJAS DEL USO DE LA TEORÍA DE ENFERMERÍA	16
4.3.4.-	CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS	17
4.3.5.-	TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON	17
4.4.-	PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	19
4.4.1.-	DEFINICIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	20
4.4.2.-	OBJETIVOS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	20

4.4.3.- VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	21
4.4.4.- DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS	21
4.5.- RECIÉN NACIDO	27
4.6.- CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO	32
5.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	36
5.1.- PRESENTACIÓN DEL CASO	36
5.2.- RESULTADOS DE LA VALORACIÓN	37
5.3.- DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO	38
5.3.1.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	38
6.- CONCLUSIONES	42
7.- BIBLIOGRAFIA	43
8.- ANEXOS INSTRUMENTO DE VALORACIÓN	44

1.- INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería es el complemento del Profesional en Enfermería como herramienta indispensable en su quehacer diario que permite el ordenamiento de los conocimientos obtenidos. Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados de Enfermería, el proceso promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos y resultados eficaces. Impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.

La descripción del Proceso de Enfermería está influida por las creencias personales de cada individuo, la sociedad, la salud y la Enfermería misma. Los individuos son seres complejos en sus aspectos biopsicosociales, culturales, y espirituales, se desarrollan a partir de la herencia genética, la alteración de su medio ambiente y el estilo de vida, actúan y reaccionan a los cambios continuos y a las fuerzas dinámicas que ocurren en su vida. Por lo tanto el Proceso tiene enfoque holístico, amplio, que valora el cuerpo, la mente y el espíritu y pretende potenciar al máximo la capacidad de las personas para hacer actividades que para ellas son importantes. Se centra en enseñar a mejorar el funcionamiento y a ser independiente.

La ciencia de enfermería se basa en un sistema amplio de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar.

El presente proceso de Enfermería se apoya en un modelo teórico de Virginia Henderson quien incorpora los postulados de la teoría de Florencia Nightingale, principios fisiológicos, psicológicos al concepto de Enfermería, esta teoría plantea los criterios acerca del entorno, la salud, la persona y los cuidados. Identificando las 14 necesidades básicas del individuo. Cuando la Enfermera identifica la necesidad o patrón funcional que está afectado, es para conocer cuál es el diagnóstico de Enfermería, permitiendo fundamentar con bases científicas sus acciones implementadas en el Proceso de Enfermería.

Considero importante realizar un Proceso de Enfermería a un neonato, como parte de mi formación profesional, porque esto permite dar atención de calidad al individuo. La supervisión de la salud constituye el eje principal y una herramienta fundamental en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de un individuo en edad pediátrica, viéndose hoy en día al niño como parte integral de una familia, integrando aspectos educativos y sociales a su cuidado.

Un neonato es un individuo a partir de su nacimiento hasta las primeras cuatro semanas de vida. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta en la cual suceden cambios fisiológicos y adaptaciones al medio extrauterino siendo la atención de vital importancia para evitar secuelas que influyan en el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

2.- JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Enfermería es una herramienta fundamental que asegura la calidad del cuidado del individuo, familia o comunidad. Se basa en un amplio marco teórico, constituye un instrumento para la Enfermería por lo tanto es la base para convertirla en Enfermería Disciplinar.

La Enfermería es hoy, una disciplina compleja del área de salud, con un gran impacto social que, constantemente, aumenta sus funciones para satisfacer las necesidades que impone el cuidado de la salud en un mundo en cambio.

La profesión de Enfermería se encuentra hoy en el punto en el que tiene que intentar conseguir definitivamente la máxima autonomía y control de su propia práctica para convertirse realmente en una Ciencia. Implementar el Proceso de Enfermería es utilizar este instrumento para defender el monopolio y la autonomía de Profesión Disciplinar.

Así mismo el Proceso de Enfermería constituye un método para alcanzar el Título de Licenciatura en Enfermería y obstetricia contribuyendo de forma personal a la profesionalización de Enfermería.

3.- OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Proceso de Enfermería aplicado a un Neonato a término, basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson. Con el fin de otorgar cuidados Profesionales y Holísticos.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Implementar el instrumento de valoración de Virginia Henderson para detectar necesidades en el Neonato y poder satisfacerlas desarrollando el Proceso de Enfermería.

Plantear acciones de enfermería para cubrir las necesidades detectadas en el Neonato y poder evaluar resultados.

Detectar factores de riesgo y realizar Diagnósticos de Enfermería oportunos, para evitar complicaciones al Neonato.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 ENFERMERÍA, COMO DISCIPLINA PROFESIONAL

La salud, índice de desarrollo de un país, implica aspectos no solo biológicos sino también sociales, educativos y culturales. Teniendo como propósito mantener el bienestar del individuo, prevenir la enfermedad, prolongar la vida con alto grado de calidad, realizar investigación científica, tecnológica y administrativa. Los avances antes mencionados han logrado cambios epidemiológicos, estos cambios han requerido de un equipo multidisciplinario, en el que el personal de Enfermería es un recurso humano clave para dar atención al individuo, familia y comunidad. (Rosales, S., y Reyes, 2004)

La evolución de la Enfermería ha llevado a la profesión a uno de los momentos más desafiantes de la historia dando oportunidades para mejorar la salud y la calidad de vida de los clientes y comunidades. La Enfermería como Profesión responde a estos cambios explorando nuevos métodos para ofrecer cuidados, cambiando los estándares de formación y los prácticos, para satisfacer y mejor las necesidades cambiantes de los individuos. La profesión de Enfermería ha evolucionado, responde y se adapta a los cambios, afrontando nuevos retos a medida que crece.

La Enfermería es una profesión única porque estudia las respuestas de las personas y las familias a la promoción, mantenimiento de la salud. Incluye actividades, conceptos y habilidades relacionadas con ciencias sociales, ética y cuestiones contemporáneas.

“Virginia Henderson, define; La función de la Enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud, la recuperación o a la muerte tranquila que el paciente podría llevar a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que ayude al cliente a lograr su independencia o más rápidamente posible”. (Marriner, T., y Raile 2007).

Actualmente, la profesión se enfrentan a múltiples desafíos, los avances de la tecnología, la creciente agudeza de los clientes y el alta precoz de las instituciones sanitarias requieren que las Enfermeras tengan un conocimiento básico sólido y actual de la práctica. El reto de hoy en día es preparar profesionales para proporcionar cuidados complejos y polifacéticos en diferentes situaciones. (Potter, 2002).

La Enfermería Profesional es mucho más que una lista de actividades efectuadas, la Enfermería es una disciplina enfocada en atender al individuo de forma integral, satisfaciendo sus necesidades desde el punto de vista biológico, físico, social psicológico, económico y espiritual. (Fawcett, 1984.)

La Enfermería no es simplemente una colección de habilidades específicas, la Enfermería es una profesión, ningún factor diferencia completamente un oficio de una Profesión, pero la diferencia es importante en términos sobre como ejercen la práctica las Enfermeras. Cuando se dice que una persona actúa profesionalmente, se supone que la persona tiene conciencia sobre sus acciones, es conocedora del tema y es responsable de sí misma y de los demás. Las profesiones poseen ciertas características: Formación amplia de sus miembros así con fundamentos básicos, debe cumplir con un volumen de conocimientos teóricos que originan habilidades, capacidades y normas específicas, una Profesión proporciona un servicio específico, tienen autonomía para toma de decisiones y para la práctica. La profesión tiene un código ético, considero que la Enfermería comparte estas características, sin embargo enfrenta algunas cuestiones polémicas. (Potter, 2002.)

4.2 ENFERMERÍA

Definición de Enfermería: es el arte y ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la Enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Esta definición incorpora los cuatro conceptos de Metaparadigma de Enfermería: persona, entorno, Enfermería y salud. La Enfermería es un arte, porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida y pueda actuar. Es Ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos Científicos para poder describir, explicar y prescribir componentes del cuidado de Enfermería. (Fawcett, 1984.)

La Profesión de Enfermería tiene que estar fundamentada en una base de conocimiento profundo. Permitiendo a la Enfermera vincularse mejor con el usuario. Este conocimiento incorpora cuatro tipos de conocimientos (Carper, 1978.)

Conocimiento Empírico: Se refiere al conocimiento científico. Es el conocimiento ganado a través de la observación de hecho que se puede verificar. Incluye procesos descriptivos, explicativos, y prescriptivos. Este tipo de conocimientos ha sido el centro de atención de Enfermería durante los últimos veinte años. (Chinn & Kramer, 1991)

Conocimiento Estético: se refiere a todo aquel conocimiento expresando a través del arte de Enfermería. Este tipo de conocimiento no ha sido bien articulado y en general es transmitido de Enfermera a Enfermera por métodos de observación.

Conocimiento Personal: Se refiere al conocimiento de uno mismo, mientras la Enfermera más se conozca a sí misma, mejor podrá conocer a otra persona. Este tipo de conocimiento requiere el poder de introspección, reflexión y autenticidad con uno mismo y con los demás.

Conocimiento Ético: Este conocimiento incorpora valores y principios morales, todo lo relacionado con la ética. (Carper, 1978.)

La Enfermería es una Disciplina Profesional que tiene por objeto desarrollar conocimientos que sirven para definir y guiar la práctica, con el fin de precisar las características de la Disciplina. Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la preparación específica de las Enfermeras, hasta la década de los años cincuenta y sesenta del siglo XX se produce una interrupción en el desarrollo de la Disciplina. A partir de estos años surgen Enfermeras investigadoras como Peplau y Henderson quienes inician estudios sobre los contenidos teóricos, Enfermeros Docentes, entre los que cabe destacar a Ida J. Orlando quien describe métodos de trabajo propios de la actividad profesional. En definitiva con estos hechos, la actividad de cuidar se convierte en Disciplina diferenciada de otras profesiones de salud. (García, C., y Martínez, 2001)

Una profesión tiene que poseer un cuerpo de conocimientos propio que ha de aumentar de forma constante, atributo de las enseñanzas que se imparten en la Universidad, permitiendo a los Universitarios capacidad de análisis, estudio de forma sistemática de las tendencias y problemas de la sociedad, la salud y la enfermedad.

La concepción tradicional que ha considerado a la Enfermería como profesión auxiliar de la Medicina ha ido cambiando, sobre todo a partir de los años setenta del siglo XX. Se ha centrado en las personas. La función de una profesión es la responsabilidad que tiene en la sociedad. La razón de ser de una profesión en el contexto social corresponde a un fin, para el que ha sido creada. Definitivamente lo que Enfermería realiza, ninguna otra profesión lo puede ofrecer. Tal es caso de Enfermería lo que hace en la sociedad es cuidar esta función que se realiza a través de las actividades que desarrollan las Enfermeras, dichas actividades pueden ser de tipo Docente, Administrativo, de Investigación y Asistenciales.

La Enfermería, en particular está desarrollando sus contenidos teóricos, con el compromiso de ocuparse de un aspecto concreto de las necesidades sociales, sus conocimientos sobre bases conceptuales y metodológicas autorizan a la Enfermera para que sea ella la única capacitada para brindar el cuidado.

“En la actualidad, los términos Enfermería, cuidado, disciplina Enfermera y profesión Enfermera están siendo utilizados de forma regular para referirse a lo que las Enfermeras hacen en la práctica diaria, sin embargo, la Enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez está aportando conocimientos a la ciencia”.
(García, C., y Martínez, 2001)

4.2.1 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA DISCIPLINA ENFERMERA

El saber enfermero, se configura como un conjunto de conocimientos, riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: cuidado. Según los principios de la filosofía de la Ciencia, han organizado los conocimientos enfermeros, han descrito métodos propios, desarrollado técnicas apropiadas para la naturaleza del cuidado.

En definitiva el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermería. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que presta Enfermería en el contexto de la atención de la salud. Desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de estudio de la Enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la Profesión.

La noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamental en Enfermería, desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas. (Medina, J L., 1999)

CUIDADO: El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. No por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo Enfermería.

Cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción. Es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo, en el momento en que la persona adquiere autonomía precisa para ello. Es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida. Por tanto el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que practica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas, para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales. (García, C., y Martínez, 2001)

El cuidado es una necesidad humana, esencial para la salud y la supervivencia de los individuos, el cuidado se orienta a la ayuda a un individuo o grupo, para mejorar una condición humana. (Potter, 2002)

El cuidado es el objeto de la Enfermería, los cuidados enfermeros ocupan un lugar importante, y para que se presten con profesionalidad las Enfermeras deben: entender al hombre de forma integral, tener bien clarificadas las acciones y metas, utilizar una metodología de trabajo, basar las acciones en principios científico, poseer capacidad para responder a la obligación ética y legal que ha contraído.

El cuidado enfermero debe describir lo que le es específico y por qué tiene que afirmarse, siendo útil, para permitir la explicación de la esencia de la acción. El marco teórico es la base conceptual que contribuye al progreso de las investigaciones y por lo tanto, a la evolución del cuidado de Enfermería. (García, C., y Martínez, 2001)

Los cuidados están en el centro de la capacidad de la Enfermera para trabajar con personas, de forma respetuosa y terapéutica. Actualizan un valor y la individualización de los cuidados que se proporcionen a cada cliente. Patricia Benner describe que la esencia de la práctica enfermera excelente, son los cuidados.

Cuidar tal como lo define Benner significa que los individuos, acontecimientos, proyectos y cosas importan a las personas. Es una forma de estar conectado. Porque cuidar determina lo que preocupa a una persona, describe un amplio rango de implicaciones desde amor paterno hasta amistad, por tanto cuidar crea compromiso personal. Se considera como una característica inherente de la práctica de enfermería, en el que las enfermeras ayudan a los individuos a recuperarse frente a la enfermedad, a darle sentido a esa enfermedad y a mantener o restablecer su salud. El cuidado hace que las Enfermeras detecten cuales son las intervenciones que tienen éxito y este compromiso es el que guía la selección de cuidados futuros. Los individuos no son todos iguales cada uno tiene valores, experiencias, y creencias culturales frente a situaciones, por lo tanto los cuidados son específicos y dependen directamente de la relación enfermera-cliente. (Potter, 2002)

4.2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CUIDADO

PAPIROS RELACIONADOS CON LA PRÁCTICA DE CUIDADOS: Papiro Ebers (1550 a.C.) Encontrado en una tumba de Tebas, consta de 110 columnas y 877 párrafos, su contenido se resume:

Cuidados de la piel y el cabello, de los dientes y de la lengua.

Preparados caseros contra las pestes

Consideraciones sobre la vida, la salud y la enfermedad.

Papiro Chester Beatty núm. VI (1300 A.C.) Contiene hechizos relacionados con los cuidados.

Papiro Edwin Smith (1500^a. C.) se resumen en: El libro de las heridas constituido por 17 columnas cuyo título ha desaparecido.

Técnicas de vendaje, reducción y suturas.

Cuidados de la piel, así como la descripción de la extracción del aceite de jenogreco.

Papiro Hearts 81550 a.C.) Contiene una sección detallada sobre el postramiento que producen las fracturas y sus consecuentes cuidados, la forma de practicar los cuidados sobre quemaduras. (Hernández, Conesa, 1995.)

ETAPA DOMESTICA: El concepto de ayuda a los demás está presente desde el inicio de la civilización, lo demuestran estudios antropológicos. Lo que no es claro es que lo que dominamos como el cuidado de Enfermería aparezca con el hombre, ya que en esa época se mezclaban diversas formas de cuidar que con el transcurso del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. En esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. La mujer utiliza elementos que son parte de la vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación. Los cuidados van encaminados a mantener la vida. (García, C., y Martínez, 2001)

En la civilización Greco-Romana se realiza la transición de lo mágico a lo racional, el desarrollo del conocimiento empírico determinó que la atención a la salud fuera responsabilidad de personas que transformaran la medicina de lo mágico a lo científico.

CUIDADOS DE LA SALUD: Durante toda la prehistoria, el cuidado de la salud y el mantenimiento de la vida recayó en la mujer y en el sanador. La mujer cuidadora, el protagonismo de los cuidados fue adjudicado a las mujeres son ellas las que desempeñan en cada familia el mantenimiento de la vida a través de elementos naturales como la higiene, el vestido, la alimentación y todos aquellos cuidados que favorecen el bienestar. Los cuidadores, la historia de Babilonia hace escasa mención de los cuidados como ocupación independiente, sin embargo se asocia que el cuidador babilónico era un sirviente doméstico, existen relatos de parteras, cuidadoras de niños.

ETAPA VOCACIONAL: La actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana, con la aparición del cristianismo, la salud adquirió una nueva interpretación. Las actividades de cuidar se relacionan con el concepto que los cristianos tienen sobre la enfermedad y con las normas establecidas por la idea religiosa. Las personas dedicadas al cuidado tenían que tener actitudes de obediencia y sumisión, actuar en el nombre de Dios. Aparece la figura de la mujer cuidadora “mujer consagrada”.

En el mundo occidental surgen las órdenes monásticas y religiosas en esta época las necesidades de los cuidados fueron más patentes, debido a los problemas ocasionados por los conflictos bélicos, como las cruzadas. En esta etapa vocacional los conocimientos teóricos requeridos por las Enfermeras eran nulos realmente importante eran las actitudes que debían mostrar, la Enfermería era ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. (García, C., y Martínez, 2001)

ETAPA TÉCNICA: se desarrolla en la época en que la salud es entendida como lucha contra la enfermedad, el saber médico se enfocó hacia la persona como sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología, fue apareciendo instrumental, la complejidad tecnológica hizo necesaria la aparición de personal que asumiera tareas que realizaban los médicos (medición de signos vitales, administración de fármacos) De esta manera, a las personas dedicadas al cuidado del enfermo se les denominó personal paramédico o auxiliar. Esta etapa, se inicio a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Collière denomina “mujer enfermera-auxiliar del médico”. Época marcada por la herencia, profesión de mujeres, y reservada a mujeres consagradas.la aparición de la Enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos permitieron el inicio de la Enfermera en vías de profesionalización.

ETAPA PROFESIONAL: Dentro de nuestro mundo cambiante actual es el concepto de salud el cual ha sufrido una transformación debido a la evolución de la comunidad en materia económica, social y política. A partir de los años setenta del siglo XX, cabe destacar el concepto que hace el Profesor San Martín que considera a la salud como un fenómeno psico-biologicosocial, del equilibrio y la adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente, por lo tanto desde esta perspectiva la atención a la salud está a cargo de un equipo multidisciplinar. En consecuencia las Enfermeras han tenido que ampliar su campo y en la actualidad, el cuidado enfermero integra un conjunto de actividades para propiciar bienestar y mejorar la adaptación del individuo. Surgen Enfermera Investigadoras inician a emplearse trabajos científicos, la enseñanza incluye la Universidad. Inicia la etapa de la Enfermería Profesional. (García, C., y Martínez, 2001)

4.2.3 TIPOS DE CUIDADO

Cuidado genérico: son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

Cuidados profesionales: aquellas acciones, técnicas, procesos o patrones cognitivos y culturalmente que permiten a un individuo, familia o comunidad a mantener el desarrollo de condiciones saludables.

Cuidados profesionales: enfermeros: todos aquellos modos humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente de ayudar a capacitar a individuos, familias y comunidades para recibir servicios personalizados. (Medina, J. L., 1999)

Identificar los cuidados de Enfermería es preguntarse por lo que les caracteriza y lo que basa su identidad. La identidad es un proceso complejo, se considera una forma de individualización insertada en una red de pertenencias, de la forma que una mujer, un hombre, un niño se identifica por las diferentes redes a las que pertenece familia, clan, raza, especie. Los cuidados de Enfermería tienen que encontrar su individualidad con respecto a la red de individualización.

Los cuidados de costumbre y habituales CARE, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, también llamados de mantenimiento de la vida. Representan a todos los cuidados cotidianos que tienen como única función mantener la vida, (hidratación, aseo). Están basados en todo tipo de hábitos, de costumbres, y de creencias. Conjunto de actividades como: beber, comer, evacuar, moverse, lavarse.

Los cuidados de curación CURE, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida. También llamados tratamiento de la enfermedad. Son la falta de recursos en energía alimentaria para mantener las funciones vitales. Tiene por objeto limitar la enfermedad.

Cuándo prevalece la CURE, es decir los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre, se aniquilan progresivamente todas las fuerzas de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan las fuentes de energía vital, sean de la naturaleza que sean. Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible. (Collière, 1993)

4.3 TEORÍA

La teoría no sólo es esencial para la existencia de la Enfermería como una disciplina académica, sino que también es crucial para la práctica de la Enfermería Profesional. Sin duda, hoy en día la Enfermería se reconoce como una profesión. Los marcos y las teorías están diseñadas para proporcionar una perspectiva del individuo, este conocimiento forma la base para el reconocimiento de la enfermería como disciplina, y cada disciplina en su campo incluye un conocimiento como base para su práctica en la profesión.

La visión de la enfermería que tenían Nightingale, se ha estado llevando a la práctica por más de un siglo, el desarrollo en Enfermería ha evolucionado de manera rápida durante las 4 últimas décadas, lo que llevo finalmente al reconocimiento de la enfermería como disciplina académica. Nightingale expreso su firme convicción de que el conocimiento de enfermería era distinto a la medicina. La etapa de la Enfermería coincide con una nueva conciencia como profesión.

Aunque el conocimiento se asocia al campo científico es el formado por los hechos relativos a los fenómenos de interés del mismo, la recopilación desorganizada de esos hechos apenas sirve como orientación para quienes pretenden aprovechar estos conocimientos, los hechos conocidos deben ordenarse para formar una entidad coherente, que permite explicar los hechos.

La intervención de enfermería utiliza esta capacidad para predecir y en última instancia, controlar los fenómenos que se asocian con la salud y el cuidado de la misma, esta ordenación se consigue mediante la construcción de teorías. (Marriner, T., y Raile 2007)

4.3.1 DEFINICIÓN DE TEORÍA

Son modelos de fenómenos empíricos del mundo real que identifican los componentes o elementos de esos fenómenos las relaciones que se establecen entre ellos.

La teoría es un conjunto coherente de proposiciones que presentan una visión sistemática de un fenómeno. Una proposición está compuesta por elementos del fenómeno y por las relaciones que existen entre ellos.

“ Conjunto de conceptos definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

4.3.2 OBJETIVOS DE LAS TEORÍAS

La teoría de enfermería debe de guiar la investigación y el ejercicio profesional, generar nuevas ideas y diferenciar el enfoque de la enfermería de los de otras profesiones.

Facilitar a los profesionales la autonomía de acción, ya que sirve como guía en los aspectos prácticos educativos y de investigación asociados a funciones especiales

Ayudar a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos, mejorar la capacitación a través del conocimiento teórico.

Ayuda a desarrollar las habilidades analíticas para estimular el razonamiento, aclara los valores que se aplican y determina los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en la enfermería. (Marriner, T., y Raile 2007)

4.3.3 VENTAJAS DEL USO DE LAS TEORÍAS

Entre las funciones que cubren una teoría cabe resumir el conocimiento, explicar los fenómenos de interés para el campo científico que aplica esa teoría y dotar a este de los medios necesarios para predecir y, finalmente controlar dichos fenómenos. Theobald propuso que la explicación y predicción de los hechos solo es posible a través de la teoría. Hoover sugiere que la teoría contribuye a la base científica de una disciplina. Suministrar una base para interpretar las observaciones y los datos relativos a un fenómeno. Vincular entre si los resultados de la investigación para obtener la forma de conocimiento acumulado. Ofrecer marcos de trabajo para estudiar los conceptos y las variables a efectos de dotar un significado especial a los términos de los fenómenos analizados. Proporcionar un método que permita interpretar los resultados de las investigaciones más allá de la situación concreta de la obtención de datos ampliando así la base de conocimiento de la disciplina.

FILOSOFÍA

Los trabajos en enfermería se basan en el análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos. En los primeros años de la década de los noventa surge una filosofía en Enfermería de carácter humanístico. Su visión en Enfermería es una combinación de la ciencia y el arte, la cual ha llevado a una agrupación en una misma sección.

La teoría de la Enfermería debería dedicarse a la comprobación de la investigación, y esta llevar al conocimiento que iría a la práctica. El ejercicio de la teoría en enfermería debería de generar nuevas ideas y diferenciar el centro de interés de las enfermeras del de otras profesiones. Para el análisis de una teoría se deben de tener en cuenta 5 criterios, Claridad, Simplicidad, Generalidad, Precisión empírica y consecuencias deducibles. (Marriner, T., y Raile 2007)

4.3.4 CLASIFICACIÓN DE LAS TEORÍAS Las teorías se clasifican en tres grandes teorías: Normativas, Axiomáticas y causales.

NORMATIVAS: Se utilizan conjunto de leyes en un enfoque inductivo a partir del cual tratan de descubrir patrones de comportamiento en los resultados de las investigaciones. Estos resultados se seleccionan y clasifican, según el grado de respaldo empírico. En términos generales la organización

AXIOMÁTICAS: Se basa en un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones estructurados de formas jerárquicas. En la cima de esta estructura se sitúan los axiomas abstractos mientras que en los siguientes niveles se distribuyen las proporciones deducidas a partir de los mismos.

CAUSAL: Permite ampliar el conocimiento de los fenómenos a través de los enunciados que determinan las relaciones causales entre las variables dependientes y las independientes. Este método obliga a manejar conceptos, definiciones y enunciados de relación y explica de qué modo suceden las cosas.

Las enfermeras han trabajado para desarrollar y aclarar un cuerpo sustancial de conocimiento enfermero con el objetivo de convertirse en una profesión reconocida mejorando la calidad de los cuidados del individuo y proporcionando un estilo profesional de práctica.

4.3.5 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, despertó en Henderson el interés por la Enfermería. En 1918 ingreso en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. en 1921 se graduó y acepto un puesto como Enfermera en el Henry Street Visitign Nurse Service de Nueva York. En 1922 inicio su carrera de docente en Enfermería en el Norfolk. Cinco años más tarde ingreso en el Teachers College de la Universidad de Colombia. En 1929 Henderson ocupo el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, en 1930 impartió cursos sobre las técnicas de análisis en Enfermería y prácticas clínicas hasta 1948. (Marriner, T., y Raile 2007)

Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora. En los años en que fue profesora del Teachers College reescribió la cuarta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. En su obra *The Nature of Nursing*, editada en 1966, se describe su concepto sobre la función única de Enfermería.

Virginia Henderson publicó por primera vez su definición de Enfermería en la revisión de 1955 de *The Principles and Practice of Nursing*. Calificaba su trabajo más de definición que de teoría, describió su interpretación de la Enfermería como una síntesis de muchas influencias, algunas positivas y otras negativas.

Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la Enfermería. Definió a la Enfermería en términos funcionales “la única función de la Enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápidamente posible. (Marriner, T., y Raile 2007)

En su obra Henderson no aparece ninguna definición concreta de necesidad, si bien se señalan en ella 14 necesidades básicas del individuo que abarcan todos los componentes de la asistencia en Enfermería. Estas necesidades son:

- 1 Respirar normalmente
- 2 Comer y beber de forma adecuada
- 3 Evacuar los desechos corporales
- 4 Moverse y mantener una postura adecuada
- 5 Dormir y descansar
- 6 Elegir la ropa adecuada
- 7 Mantener la temperatura del cuerpo dentro de un margen adecuado
- 8 Mantener la higiene corporal y un buen aspecto y proteger la piel
- 9 Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás

- 10 Comunicarse con los otros expresando las propias emociones, necesidades, temores u opiniones
- 11 Actuar con arreglo a la propia fe
- 12 Actuar de manera que se tenga la sensación de satisfacción con uno mismo
- 13 Disfrutar o participar en diversas formas de entretenimiento
- 14 Aprender, descubrir, o satisfacer la curiosidad para alcanzar un desarrollo y una salud normal y acudir a los centros sanitarios disponibles.

Virginia Henderson consideraba a la persona como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia. Pensaba que la práctica de Enfermería era independiente de la práctica médica. Identifico los tres niveles de relación enfermera-individuo, en los que la Enfermera actúa como:

Sustituta del paciente

Colaboradora del paciente

Compañera del paciente

Favoreció la comprensión empática, y afirmo que la Enfermera debe meterse en la piel de cada uno de sus clientes a fin de conocer que necesitan.

4.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial Enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería, este método permite a las Enfermeras prestar cuidados de una forma racional, y sistemática. Para Carpenito (1981), Enfermería es un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la Enfermera, el cliente y la familia. En esta interacción se emplea el proceso de Enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales de desarrollo y espirituales. (Marriner, T., y Raile 2007)

La seguridad del profesional de Enfermería: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.

Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

4.4.1 DEFINICIÓN PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Es un conjunto de pautas organizadas de actuación dirigidas a cumplir el objetivo de la Enfermería; mantener el bienestar del individuo a un nivel óptimo; si este estado se altera proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar.
- Conjunto de acciones intencionadas, que la Enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería.
- Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de Enfermería compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

4.4.2 OBJETIVO DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

El objetivo principal del proceso de Enfermería es construir una estructura que pueda cubrir e individualizar las necesidades del individuo, la familia, y la comunidad. El proceso de Enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el individuo y la Enfermera, en donde el objetivo es el cliente. La Enfermera, corrobora sus datos participando conjuntamente en el proceso. Ayuda al individuo a enfrentar los cambios en su salud. Identificar las necesidades reales y potenciales de él individuo, familia y comunidad. (Marriner, T., y Raile 2007)

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

4.4.3 VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la Profesión, el cliente, y sobre la propia Enfermera, Profesionalmente el Proceso define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional Enfermero produce un aumento de la satisfacción así como de la profesionalidad.

Para la Enfermera:

Se convierte en experta

Satisfacción en el trabajo

Crecimiento profesional

Para el Individuo:

Participa en su propio cuidado

Continuidad en la atención

Mejora la calidad de la atención.

4.4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

VALORACIÓN

Es la primera fase del Proceso de Enfermería, se define como el proceso organizado y sistematizado de recolección de datos sobre el estado de salud del individuo a través de diversas fuentes: incluyen a la persona, al expediente clínico, a la familia. Desde el punto de vista holístico es importante que la persona conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para poder identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. (Marriner, T., y Raile 2007)

Existen dos formas de recoger la información en Enfermería, valoración de datos fundamentales, está dirigida a la recopilación de datos esenciales de la persona y de sus procesos vitales (Carpenito 1987) psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales así como de los patrones de interacción con el medio, generalmente se utiliza durante el primer contacto con el cliente.

Valoración de datos específicos o valoración focalizada, se obtienen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto, ya identificado, forma parte de la valoración diaria.

TIPO DE DATOS

Los objetivos: son aquellos que se pueden observar o medir, por ejemplo el estado de ánimo del cliente, el color de piel.

Los subjetivos. Lo que la persona dice que siente o percibe, solamente el afectado los describe y verifica. Ejemplo el dolor de algún órgano que el individuo nos refiere.

Antecedentes históricos: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente, comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas, patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas) Nos ayudan a referir los hechos en el tiempo.

Actuales: son aquellos hechos que ocurren en el presente presión arterial, dolor postoperatorio.

Los métodos de recolección de información suponen, en Enfermería, una forma sistematizada y lógica de recoger los datos necesarios para establecer el diagnóstico y el plan de actuación. Los métodos básicos son: la entrevista, la observación, y el examen físico. (Marriner, T., y Raile 2007)

Entrevista: interrogatorio formal consiste en una comunicación formal, en el cual la Enfermera realiza la historia del individuo. Tiene cuatro finalidades, obtener información específica necesaria para el diagnóstico Enfermero y la planificación de los cuidados, facilitar la relación enfermera-individuo, permitir al individuo informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos, ayudar a la Enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Observación: en el primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación que continúa a través de la relación enfermera-cliente. La observación es el segundo método básico de valoración. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

Exploración física es la actividad final de la recolección de datos, es el examen físico que consiste:

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global de la persona, para determinar estados o respuestas normales o anormales, se centra en las características (tamaño, forma, posición anatómica, color, textura, aspecto, movimiento)
- Palpación consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal (temperatura, humedad, pulsos, vibraciones)
- Percusión implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin obtener sonidos sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos.
- Auscultación consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo, se utiliza el estetoscopio y se determinan características sonoras del pulmón, corazón e intestino. (Marriner, T., y Raile 2007)

DIAGNÓSTICO

Segunda fase del proceso, es un enunciado del problema real o potencial del individuo que requiere de una intervención de Enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo.

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración, se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de Enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en los diagnósticos de enfermería que se ejecuta y se evalúa.

Diagnóstico de Enfermería fue introducido para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados. La identificación y formulación de problemas. Son problemas de salud que las Enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar.

Es una declaración que describe una respuesta humana de un individuo, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir actividades para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones. Tipos de diagnóstico real, alto riesgo, de bienestar.

PLANEACIÓN

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de Enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir, o eliminar los problemas detectados. Incluye cuatro etapas:

Establecer prioridades en los cuidados, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados en el individuo, familia o comunidad. (Marriner, T., y Raile 2007)

lanteamiento de los objetivos, esto es determinar los criterios de resultado, describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o familia como por parte de los profesionales. Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las metas van dirigidas a la meta propuesta. Es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o comunidad para establecer un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes.

Elaboración De las actuaciones de Enfermería, determinación de actividades, acciones específicas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la Enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones en el cuidado del individuo. Se registran en el impreso correspondiente deben especificar, que hacer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo, y quien lo debe hacer.

Documentación y registro, resultados obtenidos mediante la valoración deliberada y sistemática de los problemas basados en la percepción, observación y comunicación, a través de la confirmación de sus hallazgos, la Enfermera puede proporcionar datos cualitativos a partir de los cuales sea posible establecer un diagnóstico preciso y desarrollar una planificación fundamentada.

EJECUCIÓN

Es la cuarta etapa del plan de cuidados, implica las actividades que realizan las Enfermeras, continuar con la obtención y valoración de datos, realizar las actividades de Enfermería, anotar los cuidados de enfermería, dar informes verbales de Enfermería, mantener el plan de cuidados actualizado. En esta fase se realizarán todas las acciones de Enfermería dirigidas a la resolución de problemas. La ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. (Marriner, T., y Raile 2007)

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del individuo y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo situación o persona. Los criterios que valora la Enfermera son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.



4.5 RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

Recién Nacido

Producto de la concepción desde el momento de su nacimiento hasta los primeros 30 días.

CAMBIOS EN EL RECIÉN NACIDO

Durante los primeros días de vida el recién nacido experimenta, cambios fisiológicos más profundos que en cualquier otro momento de su vida. Las valoraciones frecuentes del lactante ayudan a determinar que tan bien se adapta a los diversos cambios que se están produciendo.

Mientras experimenta los cambios que conducen a la adaptación a la vida extrauterina, el lactante pasa por varias fases, es necesario que este periodo de transición se lleve a cabo con éxito. Al nacer, encuentra diversos estímulos extraños, como luz, ruido, calor, frío.

El paso del feto a la vida extrauterina significa para el recién nacido la adaptación a cambios fisiológicos vitales complejos.

FUNCIÓN FISIOLÓGICA

El cambio de un proceso de oxigenación a través de la placenta hacia un proceso de respiración pulmonar. El paso de circulación fetal hacia la circulación pulmonar, El cese de la función de la placenta como órgano transportador de nutrientes hacia una alimentación gastrointestinal intermitente. (Reedek, S., y Martín 1995.)

INICIO DE LA RESPIRACIÓN PULMONAR

Para una correcta distribución de gases alveolo-capilar en el R/N Un pulmón maduro morfológico y bioquímicamente, la reabsorción del líquido pulmonar y la creación de una capacidad pulmonar residual adecuada. Durante el periodo fetal los pulmones se encuentran llenos de líquido pulmonar, secretado por los propios pulmones. Su volumen equivale aproximadamente a la capacidad residual funcional del pulmón (30 ml/kg) al inicio del trabajo de parto la producción de líquido se para bruscamente iniciándose una serie de mecanismos enzimáticos, que permiten la absorción hacia la circulación sanguínea y linfática, el inicio de la respiración se verá favorecida por el mecanismo enzimático de absorción de líquido y por la compresión que recibe el tórax y el abdomen al pasar por el canal del parto. En el momento de nacer el líquido pulmonar fetal sea reemplazado por aire y se inicie la respiración.

FUNCIÓN CIRCULATORIA

Durante la circulación fetal la sangre llega al corazón a través, de la vena umbilical. A partir del nacimiento deben realizarse cambios necesarios que permitan a los pulmones del recién nacido oxigenar la sangre y a los riñones e hígado eliminar los productos de desecho la circulación pulmonar se instaura.

Descenso de las resistencias pulmonares la cual desciende al contactar los pulmones con el oxígeno de las primeras respiraciones las arteriolas pulmonares se dilatan facilitando que la sangre fluya hacia ellos aumentando su capacidad de oxigenación.

Cierre del conducto arterioso este conducto evita durante la circulación fetal, que la sangre que viene de la arteria pulmonar pasara por los pulmones al disminuir la resistencia vascular pulmonar la sangre cesa su flujo hacia el conducto que se estenosa o se cierra. Aumento de las resistencias sistémicas con el pinzamiento del cordón umbilical se elimina el circuito placentario y se reduce el lecho vascular ello se traduce en aumento de las resistencias vasculares.

Cierre del foramen oval la caída de las resistencias pulmonares favorece la circulación pulmonar e incrementa el retorno venoso hacia la aurícula izquierda lo que provoca un aumento de presión que permite el cierre del foramen. Cierre del conducto venoso el conducto evita el paso de sangre por el hígado al pinzar el cordón se elimina el flujo de sangre. (Mondragón, Castro, 2007)

SANGRE

La volemia estima en el R.N. a término es de 85 mg/kg

Hemoglobina: 13,5-21 g/dl

Hematies: 5.500.000/mm³

Leucocitos: entre 6000 y 30000/mm³

Plaquetas: > 150.000/mm³

Hematocrito: promedio 55%.

Los factores de la coagulación sanguínea son dependientes de la vitamina K (factores VII, IX, X y protrombina) el tubo digestivo del recién nacido carece de bacterias necesarias para ayudar a la síntesis de vitamina K, por lo tanto el neonato presenta deficiencia transitoria en la coagulación entre el segundo y quinto día postparto.

FUNCIÓN INMUNOLÓGICA

El sistema inmune comienza a desarrollarse durante la vida fetal, pero aún no está maduro en el nacimiento, la inmunidad inespecífica se ve afectada de forma adversa por distintas causas, pero tiene la capacidad de las células cercana a los niveles de la edad adulta.

Posee anticuerpos IgG que la madre le transmite a través de la placenta.

A los 2 meses el recién nacido debe recibir inmunización activa mediante vacunaciones debido a la disminución de Anticuerpos y su incapacidad para formar anticuerpos. (Reedek, S., y Martín 1995.)

SISTEMA GASTROINTESTINAL

El estómago tiene una capacidad reducida de 20-30 ml.

El intestino delgado mide 3 m. Hay mayor número de glándulas secretoras y mayor superficie para la absorción.

La mucosa gástrica es delicada y la musculatura está poco desarrollada.

Durante las primeras 24 a 48 horas se expulsan las primeras heces

Las glándulas salivales están inmaduras en el nacimiento por lo tanto fabrican poca saliva hasta que el lactante tiene tres meses.

Durante la vida fetal el hígado desempeña un papel importante en la formación de sangre, en el periodo neonatal, el hígado produce sustancias fundamentales para la coagulación sanguínea.

SISTEMA URINARIO

Debido a la velocidad de filtración glomerular relativamente baja en el nacimiento, el recién nacido es incapaz de disponer del exceso de agua y solutos con rapidez. Pero no tienen efectos nocivos.

Dentro de las primeras 24 horas son de 15 a 20 micciones, ya que la vejiga se vacía espontáneamente cuando hay en ella 15 ml.

La vejiga al nacimiento tiene una capacidad para 40-50 ml, va aumentando progresivamente y al final de la primera semana su capacidad es de 200 ml.

REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

Al nacer el neonato se enfrenta a un medio considerablemente más frío que el intrauterino, es probable que su temperatura descienda varios grados después del parto. Otro factor es porque tiene una provisión limitada de grasa subcutánea y una superficie corporal mayor en relación con el peso del cuerpo. También por evaporación, conducción, convección y radiación el recién nacido pierde calor del cuerpo hacia el medio que lo rodea. (Reedek, S., y Martín 1995.)

SISTEMA NEUROLÓGICO

Es el más inmaduro en el nacimiento, no está desarrollado totalmente por lo tanto los lactantes presentan movimientos incoordinados, labilidad en la regulación de la temperatura, y mal control de la musculatura.

El examen neurológico tiene la finalidad de valorar la normalidad y detectar las alteraciones en el recién nacido, incluye:

Exploración motora

Reflejos arcaicos

Exploración sensorial.

El recién nacido se comporta como un ser subcortical y medular con tendencia a la irritabilidad y a la hipertensión. Podemos observar en el unas respuestas reflejas primitivas que al continuar y asumir el control voluntario de sus procesos motores desaparecerán. Los reflejos básicos se encuentran

Reflejo tónico del cuello

Reflejo de Moro o del abrazo

Reflejo de búsqueda oral o de los puntos cardinales

Reflejo de succión

Reflejo de presión palmar

Reflejo de enderezamiento de la cabeza

Reflejo de arrastre

Reflejo de incurvación del tronco

Reflejo de la marcha automática. (Mondragón, Castro,2007)

4.6 CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL RECIÉN NACIDO

SOMATOMETRÍA Peso: 2.500-3.500gr. Talla: 48-52 cm PC: 32-36 cm PT: 31-35 cm

POSTURA Cuatro extremidades en flexión

PIEL Coloración: al nacer rojo intenso, al 2do. Día sonrosado, Vernix caseoso, lanugo, acrocianosis, cutis marmorata, Descamación

CABEZA Macrocéfalo, suturas fontanelas anterior y posterior.

OJOS Edema palpebral, esclerótica blanca, sin producción efectiva de lágrimas, reflejo corneal y pupilar, fijación y seguimiento de objetos brillantes.

OREJAS Pabellón auricular en línea recta con el ojo, respuesta auditiva cocleopalpebral

NARIZ Permeabilidad nasal, estornudos, mucosidad blanca y acuosa.

BOCA Estructura completa: paladar arqueado, úvula en línea media y frenillos, reflejos de succión y puntos cardinales, salivación mínima.

CUELLO Corto y grueso.

TORAX Forma cilíndrica: diámetro anteroposterior igual al lateral, apófisis xifoides evidente, glándulas mamarias simétricas.

ABDOMEN Grande y distendido, cordón umbilical blanco azulado, húmedo presencia de tres vasos, pulso femoral bilateral.

GENITALES FEMENINO: Labios y clítoris prominentes edematosos, membrana himen, Vérmix caseosa y secreciones blanquecinas.

GENITALES MASCULINOS Pene de 3 a 4 cm, escroto pigmentado y rugoso, testículos palpables en escroto, fimosis, adherencias balanoprepuciales, erecciones, abertura en la punta del pene.

COLUMNA VERTEBRAL Y ANO Columna intacta, flexible, sin presencia de masas.

Orificio anal permeable

EXTREMIDADES De tamaño, forma y movimientos simétricos, (5 dedos en manos y pies), Pulso braquial, piernas de longitud igual, rodillas a la misma altura, pliegues glúteos, sin resistencia o limitación para la abducción

PIES Rectos con desviación postural que se corrige en forma fácil haciendo presión suave. (Reedek, S., y Martín 1995.)

EXAMEN FÍSICO

Es una exploración básica que confronta la edad gestacional y la ausencia de lesiones o malformaciones, fácilmente observadas y comprende características físicas, generales, y neurológicas.

VALORACIONES DEL RECIÉN NACIDO

TEST DE APGAR

Este examen, fue propuesto hace años por la Dra. Virginia Apgar es la primera valoración del estado general del neonato. Se estudian 5 parámetros: el color de piel, la frecuencia cardiaca, los reflejos, el tono muscular y la respiración. Se califica cada parámetro entre 0 y 2 y el resultado del test es la suma de las cinco puntuaciones. La calificación ideal está entre 8 y 10 puntos. Se repite a los 5 minutos y, en ocasiones, a los 10. A los recién nacidos con puntuación baja se les debe prestar los cuidados necesarios para mejorar su situación general.

Puntuación	0	1	2
Frecuencia cardiaca	0	Menos de 100	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular	Buena -Regular
Tono muscular	Flácido	Ligera flexión de extremidades	Normal con movimientos activos
Respuesta a estímulos	Ninguna	Reacción discreta	Llanto vigoroso
Coloración piel y mucosas	Azul o muy pálido	Algo rosado extremidades cianóticas	Rosado todo el cuerpo

Valoración de Silverman-Anderson			
Signo	0	1	2
Movimientos Toracoabdominales	Rítmicos Y regulares	Tórax inmóvil, abdomen En movimiento	Tórax y abdomen En "Sube y baja"
Tiro intercostal	No hay	Discreto	Acentuado y constante
Retracción xifoidea	No hay	Discreta	Muy marcada
Aleteo nasal	No hay	Discreto	Muy acentuado
Quejido respiratorio	No hay	Leve e inconstante	Constante y acentuado

PROTOCOLOS PREVENTIVOS EN EL RECIÉN NACIDO

Profilaxis umbilical

Profilaxis oftálmica

Prevención de hemorragia

Pruebas de detección oportuna tamiz neonatal. (Mondragón, Castro, 2007)

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL RECIÉN NACIDO

Las intervenciones de enfermería son estrategias específicas diseñadas para ayudar al individuo a conseguir los resultados. Se basan en los factores relacionados e identificados en la declaración del diagnóstico de Enfermería, por tanto, las intervenciones definen las actividades necesarias que se llevaran a cabo con cada individuo.

Mantener su cara hacia abajo para facilitar la expulsión de secreciones bucofaríngeas

Aspirar de inmediato primero la faringe y luego las fosas nasales para evitar que se estimule la aspiración

Colocar al recién nacido en decúbito dorsal con la cabeza en hiperextensión para facilitar la ventilación

Prevenir pérdida de calor mediante la aplicación de calor radiante y estimular su respiración golpeándolo con los dedos la planta de los pies y frotándole la espalda

Hacer la valoración de Apgar

Secar la superficie corporal para evitar pérdida de calor por evaporación

Administrar oxígeno según sea necesario y se requiera

Comprobar permeabilidad anorrectal a través de la toma de temperatura

Valoración a los 5 min. Apgar

Practicar exploración general y medidas antropométricas (peso, talla) así como perímetro cefálico, torácico y abdominal

Identificar al producto y tomar su huella plantar, hora de nacimiento, y huella del pulgar de la madre, sexo del producto

Aplicar medicamentos para profilaxis oftálmica (cloranfenicol 1 gta. en cada ojo.)

Administrar vitamina k intramuscular 1 mg D.U.

Mostrárselo a la madre

Trasladarlo a recién nacido al servicio correspondiente de acuerdo a políticas del hospital. (Mondragón, Castro,2007)

5.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO:

Identificación: W.M.R.

Fecha de nacimiento: 8-08-2008

Hora de nacimiento 12:34 a.m.

Sexo: Femenino

Talla 51 cm.

Peso: 3575 kg.

Unidad hospitalaria: Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Recién nacida de 40 SDG. Activa, coloración rosada, hidratación de mucosas, cabeza con perímetro cefálico de 33.5cm. Se palapa fontanela anterior y posterior de acuerdo a su edad gestacional, implantación adecuada de pabellón auricular, reflejos de succión y deglución presentes, respuesta pupilar, paladar integro, perímetro torácico de 33.5cm. Sin problemas respiratorios, glándula mamaria así como pezón de acuerdo a SDG. Muñón umbilical sin datos de infección, con un perímetro abdominal de 30 cm. textura de la piel integra, cadera sin alteraciones, genitales normales, extremidades superiores e inferiores normales, presencia de pliegues plantares, surcos y líneas bien definidos, pie de 8 cm.

Antecedentes de la madre.

Edad: 28 años

Periodo Intergenésico: primer embarazo

Escolaridad: bachillerato

Gesta: 1

Aborto: 0

Tabaquismo: niega

FUR: desconoce

Religión: católica

Ocupación: empleada

Método de planificación: ninguno

Recién nacido con Apgar de 9/9, FC 146x', FR 52x', Temperatura de 36., se encuentra en el servicio de crecimiento y desarrollo.

5.2 RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

NECESIDAD	SATISFECHA	INSATISFECHA		GRADO DE DEPENDENCIA		
		Real	Potencial	I	PD	TD
1 Oxigenación	Si			✓		
2 Alimentación e Hidratación		Si				✓
3 Eliminación	Si			✓		
4 Movimiento y mantener buena postura	Si			✓		
5 Descanso y sueño	Si			✓		
6 Vestido	Si					✓
7 Termorregulación			Si			✓
8 Higiene	Si					✓
9 Evitar Peligros			Si			✓
10 Comunicación	Si			✓		
11 Creencias y valores	Si					✓
12 Trabajar y realizarse	Si					✓
13 Recreación	Si					✓
14 Aprendizaje	Si					✓

5.3 DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO

DIAGNÓSTICOS REALES

Alimentación insatisfecha por fuerza

Diagnóstico de Enfermería

Alteraciones de alimentación relacionada a lactancia materna interrumpida, manifestada por llanto e irritabilidad del neonato.

Objetivo

Proporcionar al neonato leche suplementaria para cumplir sus requerimientos calóricos y nutricionales.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
Cuidado del recién nacido	El Brindar cuidados al neonato sirve para comprobar su estado general e identificar posibles alteraciones que requieran atención específica.	Se prepara al neonato para que se proporcionen su alimentación
Alimentación del neonato por biberón (leche maternizada al 13%) cada 3 hrs	Es fundamental la ingesta de alimentos para dar al individuo el aporte de nutrientes y cubrir las demandas metabólicas que el organismo requiere para su desarrollo. La leche maternizada tiene composición de leche humana es isotónica, sin almidón.	Se brinda el biberón al recién nacido con la leche maternizada
Estimulación de reflejos de succión y deglución	El reflejo de succión se estimula al roce de los labios. Alimentarse requiere de la acción combinada de la respiración, succión, y deglución.	Al proporcionarle su alimentación se estimulan los reflejos del neonato
Hacer que el neonato eructe después de alimentarlo	Eructar es un fenómeno normal para extracción del aire que el neonato haya ingerido durante la succión. (Diez, Luna, 2003)	Se coloca al neonato sobre el hombro y con palmadas suaves se hace que expulse el aire, para luego dejarlo dormido.

Evaluación

El neonato deja de llorar y se mantiene con sueño fisiológico.

DIAGNÓSTICOS POTENCIALES.

Termorregulación Insatisfecha por fuerza

Diagnostico de Enfermería

Riesgo de alteración de la termorregulación relacionado a exposición del recién nacido al ambiente extrauterino manifestado por hipotermia.

Objetivo

Mantener la temperatura corporal adecuada en el recién nacido

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
Limpiar al recién nacido después de su nacimiento	Debido al cambio uterino con el que enfrenta el recién nacido es probable que la temperatura descienda.	Se limpie perfectamente al recién nacido se mantiene seco.
Cubrir al recién nacido con frazadas precalentadas	Los neonatos tienen una provisión limitada de grasa subcutánea y una superficie corporal mayor en relación con el peso	Se cubre al neonato con cobertores que previamente se calientan
Colocar en incubadora al neonato durante las primeras horas después de su nacimiento	La pérdida de calor del recién nacido es a través de evaporación, conducción, convección y radiación	Se introduce al neonato a la incubadora

<p>Evitar corrientes de aire</p> <p>Llevar acabo control de la temperatura del recién nacido</p> <p>Evitar exposición prolongada del recién nacido cuando se cambie de ropa o de pañal</p>	<p>El principal mecanismo de producción de calor en el neonato es la termogénesis sin escalofrió mediante el cual se produce una reacción química en la grasa parda, que descompone los triglicéridos a glicerol y ácidos grasos y por tanto producir calor (Reedek, S., y Martín 1995.)</p>	<p>Se evitan corrientes de aire</p> <p>Se toman signos vitales cada 15 min. Haciendo énfasis en la temperatura</p> <p>Al cambiar al recién nacido se hace lo más rápido posible</p>
--	--	---

Evaluación

Con las medidas que se llevan a cabo se evita que el recién nacido presente hipotermia

DIAGNÓSTICO POTENCIAL

Seguridad insatisfecha por fuerza

Diagnostico de Enfermería

Alto riesgo de infección relacionado con inmadurez del sistema inmunológico

Objetivo

Prevenir y proteger al recién nacido evitando en lo posible áreas contaminadas y/o procedimientos que atenten contra la limpieza.

INTERVENCIONES	FUNDAMENTACIÓN	EJECUCIÓN
Lavado de manos antes y después de manipular al recién nacido	Es el procedimiento mecánico que se emplea para la eliminación de la flora transitoria de la piel y evitar el transporte de microorganismos	Se lavan las manos antes y después de tener contacto con el recién nacido
Aplicación de profilaxis oftálmica posterior al nacimiento	Se reduce el riesgo de que el recién nacido presente oftalmia	Se aplican dos gotas de nitrato de plata al 2% en cada ojo
Brindar baño	La estimulación mecánica con agua y jabón favorece la circulación y elimina las células que se descaman de la piel	Se da baño de Artesa
Cuidados del muñón umbilical (Mantenerlo limpio y seco)	La humedad favorece el desarrollo de microorganismos patógenos	Se limpia el muñón umbilical y se deja seco
Cuidados de la piel	El desarrollo oportuno de actividades preventivas así como identificar factores de riesgo junto con las técnicas de sanitización aumentan la seguridad desde el punto de vista microbiológico disminuyendo la aparición de infección	Se lubrica la piel
Insistir en la lactancia materna	El calostro le proporciona al neonato Inmunidad adquirida para ciertas enfermedades (Rosales, S., y Reyes, 2004)	Se le proporcionan las recomendaciones necesarias a la madre para que lacte en casa al recién nacido

Evaluación

Se mantiene al recién nacido libre de procesos infecciosos

6.- CONCLUSIONES



Enfermería cuenta con conocimientos propios que son expresados como modelos y teorías, estas teorías están basados en meta-paradigmas con lo que se conceptualiza a la Enfermería como una ciencia. Es imperioso marcar que la práctica de la Enfermera debe tener una base teórica, para poder brindar el cuidado que es el principio fundamental de esta disciplina.

Con el presente trabajo se cumple con el objetivo que es implementar el Proceso Atención Enfermería aplicado a un neonato a término valorando con base en la teoría de Virginia Henderson.

Se lleva a cabo el proceso Atención Enfermería permitiéndole al Profesional de Enfermería enfocar cuidados detectados al neonato con base a sus cinco etapas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-COLLIERE, Marie Françoise, 1993 “Promover la vida de las practicas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería” Ed. McGraw-Hill Interamericana 1ª ed. Pp 227, 231-240
- 2.-DÍEZ, Domingo Ma. Isabel, Luna Méndez Rafael, 2003 “Manual de enfermería desarrollo del proceso” Ed. Lexus Barcelona España Pp 675-684
- 3.-FAWCETT, Jacqueline, 1984, “Analysis and evolution of conceptual models of Nursing” Philadelphia: F.A. Davis Co. -Pp 226-230
- 4.-GARCÍA Martín Catalina Caro, Martínez Martín María Luisa, 2001 “Historia de la Enfermería, Evolución histórica del cuidado Enfermero” Ed. Harcourt, S.A. Madrid-Barcelona 5ª ed. Pp. 16 20, 25-35,134-183
- 5.-HERNÁNDEZ Conesa Juana, 1995 “Historia de la enfermería un análisis histórico de los cuidados de enfermería” Ed. McGraw-Hill Interamericana 1ª ed. Pp. 23-33, 53-66
- 6.-MARRINER, Ann Tomey, Martha Raile Alligood, 2007 “Modelos y Teorías en Enfermería” Ed. Elsevier Madrid España 6ª ed. Pp. 3-17, 20-41,23-46
- 7.-MONDRAGÓN, Héctor Castro, 2007“Ginecoobstetricia de la niñez a la Senectud” Ed. Trillas, 2ª ed. Pp. 473-496
- 8.-POTTER, A Patricia, RN, MSS, 2002 “Fundamentos de Enfermería” Vol. 1, Ed. Harcourt, Madrid- España 5ª ed. Pp. 105-110,381-392,
- 9.-REEDEK, Sharon J., Leonide L. Martin, 1995 “Enfermería Maternoinfantil” Ed. McGraw-Hill Interamericana 3ª ed. Pp.658-695
- 10.-ROSALES, Barrera Susana, Eva reyes Gomes, 2004 “Fundamentos de Enfermería” Ed. El Manual Moderno 3ª ed.
- 11.- SILES, González José, 1999 “Historia de la Enfermería” Ed. Agua clara 2ª ed. . Pp. 327-331

8. Anexos UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE VIRGINIA HENDERSON

ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

Datos de identificación:

Nombre W M R R/N Edad 40SDG Sexo Mujer Ocupación ---

Estado civil -- Religión -- Escolaridad -- Domicilio STA. Úrsula coapa calle san Eleuterio mza. 821 Unidad de salud donde se atiende Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia 52 x' Ritmo normal Expansión torácica: Simétrica si

Profundidad: Superficial si Profunda --

Pulso: Frecuencia 146 x' Ritmo: Regular si Irregular -- Intensidad: Fuerte si Débil --

Temperatura: 36° Tensión arterial 70/40 mm Hg.

Somatometría: Peso 3.575 Talla 51 Índice de Masa Corporal _____

Perímetro abdominal 30 cm.

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, Sí. Describa no
¿Se ha expuesto al humo de leña? no ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, Sí. ¿Cuántos cigarros al día? no ¿Convive con fumadores? No, Sí. ¿Ha convivido con aves? no ¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, Si ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, Si. ¿Su casa está ventilada? No, Si. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? No, Si. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, Sí. ¿Tiene problemas cardiacos? No, Sí. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? No, Sí. ¿Toma algún medicamento? No, Sí. Especifique:

Explore:

Región cardio pulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos) campos pulmonares limpios Dificultad respiratoria: No, Si Fatiga: No, Si, Tos: No, Sí Expectoración: No, Sí. Coloración de la piel rosada Llenado capilar 3 segundos.

Observaciones: ninguna

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en raciones: R/N seno materno cada tres horas.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones: R/N seno materno

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones Seno Materno

¿Come entre comidas? No, Sí ¿Qué alimentos consume? leche maternizada
¿En donde acostumbra comer? -- ¿Con quién acostumbra comer? --

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, Sí ¿Por qué? --

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? -- ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? -- ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? -- ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? -- ¿Tiene problemas para masticar? No, Sí. ¿Por qué? -- ¿Tiene dentadura completa? No, Sí. ¿Usa prótesis? No, Sí ¿Tiene problemas con su peso? No, Sí ¿Por qué? --- ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, Sí. ¿Por qué? -- ¿Cuantos vasos de agua toma al día? -- ¿Acostumbra tomar refrescos? No, Sí

Cantidad -- ¿Acostumbra tomar café? No, Sí ¿Acostumbra tomar alcohol? No, Sí. ¿Toma suplementos alimenticios? No, Sí.

Explore:

Cavidad oral: paladar integro, cavidad sin piezas dentales, presencia de reflejos de búsqueda y succión.

Región abdominal:

Abdomen globoso blando, con presencia de muñón umbilical sin datos de infección, P.A. 30 cm.

Observación:

R/N con valoración de Apgar 9/9 producto único obtenido por canal pélvico vaginal

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? 3-5 ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: No, Si. Dolor anal al evacuar No, Si. Dolor abdominal al evacuar No, Si. Características del dolor --
Flatulencias No, Si. Tenesmo No, Si. Meteorismo No, Si. Incontinencia No, Si. Prurito No, Si. Hemorroides No, Si. Cuándo presenta problemas para evacuar, ¿qué recursos

utiliza? _____ ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? _____
 _____ ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? _____
 ¿Que características tiene la evacuación? negro meconio ¿Cuántas veces orina al día?
 ¿De qué color es su orina? clara _____ ¿Qué olor tiene su orina? ¿Presenta algunos de estos
 signos o síntomas?: Disuria No, Sí. Poliuria No, Si. Nicturia No, Sí. Retención de orina No,
 Si. Urgencia para orinar No, Si. ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para
 orinar? _____ ¿Usted suda? No, Si. ¿Cómo es su
 sudoración? _____ ¿Bajo qué condiciones suda?

En caso de Mujeres

¿Fecha de Ultima menstruación? _____ ¿Cada cuándo menstrua?
 _____ ¿Cuántos días dura su menstruación? _____ ¿Presenta alguno
 de estos signos o síntomas?: Dismenorrea No, Si. Pérdidas intermenstruales No, Sí.
 Flujo vaginal No, Si. ¿Qué características tiene? _____ ¿Qué
 hace para controlar la dismenorrea? _____

En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la
 eyaculación? _____

Explore:

Región abdominal, fosas renales,
 genitales _____

Observaciones:

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? No, Si. Especifique:
 _____ ¿Este problema que tiene repercute en sus actividades de la
 vida diaria? No, Sí. ¿Cómo? _____ ¿Tiene
 dificultad para moverse? No, Si Especifique: R/N
 ¿Utiliza apoyos para desplazarse? No, Si. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su
 ocupación? _____ ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta
 postura? _____ ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores
 óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. No, Si. Especifique
 cuales: _____ Movimientos involuntarios No, Si.
 Describa: _____ Le falta fuerza o Debilidad muscular No, Si. Describa:
 _____ Edema, ardor, comezón o hematomas en
 alguna parte del cuerpo. No, Si. Describa: _____ Mareos,
 pérdida del equilibrio o desorientación. No, Si. Describa: _____
 ¿Realiza usted alguna actividad física? No, Sí. ¿Cuál? ¿Qué tiempo le dedica a la
 semana? _____

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos _____

Movimientos voluntarios, buena flexibilidad no hay resistencia articular, presencia de reflejo de brusquedad y succión_

Observaciones: _____

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? No, Si. ¿Cómo? __durmiendo_____ Después de descansar ¿Cómo se siente?____--_____ ¿Cuántas horas duerme habitualmente?__+ 12hras ¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño No, Si. ¿Se despierta fácilmente? No, Si. Sueño agitado, No, Si. Pesadillas, No, Sí. Nerviosismo, No, Si. ¿Se levanta durante la noche? No, Si. ¿Por qué? _____R/N_____ ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? No, Si. ¿Porqué?_____--_____ ¿Acostumbra tomar siesta? No, Si. ¿Qué hace para conciliar el sueño?_____--_____

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia) _____
Pabellón bien implantado _____

Observaciones: _____

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuando?: hace frío _____ algodón _____ hace calor _____ algodón _____

Cuando llueve _____ ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? No, Si ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? No, Si. ¿La ropa que usa usted la elige? No, Si. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? No, Si.

Explore:

(Características de la ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos, limpieza _____ y _____ aliño _____
_____ adecuada _____

Observación: _____ Es un R/N _____

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? Si No ¿Presenta alteraciones de la temperatura? No, Si. Especifique R/N ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones? Evitar corrientes de aire al bañarlo, al realizar cambio de ropa o pañal.

Explore:

Signos y síntomas relacionados con hipertermia o hipotermia (bochornos,) _____

Observación: hipotermia, llanto fuerte, piel fría, cianosis distal.

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? diario ¿Cada cuando se lava el cabello? diario Después del baño ¿el cambio de ropa es? Parcial si ¿Cada cuando lava sus manos? _____ ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies 8 días manos 8 días ¿Cada cuando cepilla sus dientes? no tiene ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? No, Si. ¿Utiliza prótesis dental? No, Si. ¿Cada cuando las aseas? -- ¿Cuando realizó la última visita al Dentista? -- ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal No, Si. ¿Por qué? es un neonato

Explore:

(Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones) Piel integra presencia de vernix, mucosas hidratadas, uñas completas, paladar integro, coloración rosada.

Observacion _____

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo No, Si. Toxoide Diftérico No, Si. Toxoide tetánico No, Si. Hepatitis No, Si. Neumocócica No, Si. Influenza No, Si. Rubéola Sarampión No, Si. Otra _____ Revisiones periódicas en el último año: _____--_____ Exploración prostática No, Si. Resultado _____--_____ Autoexploración mamaria No, Si. ¿Cada cuanto tiempo la realiza? _____--_____ Resultado _____--_____, Mamografía No, Si. Resultado _____--_____ Papanicolaou No, Si. Resultado _____--_____, Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) No, Si. Seguimiento del plan terapéutico prescrito No, Si. Automedicación No, Si. Nombre del medicamento: _____--_____ ¿Consumo de drogas de uso no médico? No, Si. ¿Cuál? _____--_____ Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad No, Si. Uso de pasamanos No, Si. Uso de asideras No, Si. Uso de lentes de protección No, Si. Aparatos protectores para la audición No, Si. Bastón No, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? _____--_____ ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? No, Si. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? No, Si. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?: Si En el trabajo No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Escuela: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si. Casa: No, Si. ¿Las utiliza? No, Si.

Otros lugares No, Si. ¿Cuáles? _____ ¿Percibe algún tipo de sufrimiento? No, Si. ¿Cuál es la causa? _____

Observación:

10. Comunicación

Idioma materno si ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? No, Si. ¿Cuál? Vista _____ oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto _____ ¿Afectación verbal? No, Si. Especifique: _____ es un R/N _____ Tipo de carácter: --__ Autopercepción: Optimista _____ -- _____ Pesimista _____ -- _____ Realista __-__ Introverso Extroverso __-- _____ Otro _____ -- _____ ¿Tiene dificultad para? Comprender No, Si. Aprender No, Si. Concentrarse: No, Si. Lectoescritura: No, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia? _____

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

Estado de conciencia alerta, su comunicación es a través del llanto.

Observación

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? _____ -- _____
¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas?: Ejemplos en casos de desastre _____ -- _____
_____ ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? _____ -- _____ ¿Sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar problemas? _____ -- _____

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

a) Lee con frecuencia

b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros

c) Prácticas de oración y rezos

d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo

e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias

f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

Describe: _____

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? _____ -- _____ ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, Si. ¿Cuál? _____ -- _____ ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? No, Si. ¿Cuál? _____ -- _____ ¿Necesita algún cuidado especial? No, Si. ¿Cuál? _____ -- _____ ¿Su limitación es temporal? No, Si. ¿Puede trabajar? No, Si. ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? No, Si. ¿De qué tipo? total ¿A qué atribuye usted la dependencia? neonato ¿Esto afecta su estado emocional? no ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) _____ -- _____ ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? No, Si ¿Cuál? _____ -- _____ ¿Requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente? No Si ¿Cuál? pediatra ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? _____ -- _____ ¿A que lo atribuye? _____ -- _____ ¿Cuáles son sus metas de vida? _____ -- _____

Explore: (actitud) reactivo responde a estímulos

Observaciones _____

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca _____ -- Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre si ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? _____ ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine teatro Lectura _____ TV _____ Música _____ Baile _____ Fiesta _____ Reuniones con amistades y familiares _____ Otros _____ ¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca _____ Pocas veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____ ¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? No, Si. ¿Qué medicamento le indicaron? _____ ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No, Si.

Especifique: _____
Observación: El llanto es su medio de comunicación

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No , Si. ¿Por qué? _____ ¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja _____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo _____ Regular _____ Casi no me cuesta trabajo _____ No me cuesta ningún trabajo si _____ ¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura otras personas _____ Televisión _____ Radio _____ Cursos _____ Conferencias _____ Otros _____ ¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, Si. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) No, Si.

Explore:

(Expresión del deseo de aprender, manifestación del interés de aprender, estado de receptividad) Se le interroga a la madre y ella hace mención que está preocupada por como va a atender a su bebe en su domicilio_____

Observación:
