

84



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA**

**"APLICADO A UN NEONATO CON ALTERACION EN  
EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD ASOCIADA A LA  
ELIMINACION DE BILIRRUBINA POR  
ISOINMUNIZACION MATERNO FETAL"**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A :**

**MARIA DE LOS ANGELES GODINEZ RODRIGUEZ**

**NO. CTA.: 9562283-5**

**DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. MAGDALENA MATA CORTES**



**MEXICO, D.F.**

**MARZO DE 2003**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **INDICE**

<b>TEMA</b>	<b>PAGINA</b>
Introducción	1
Justificación	3
Objetivos	3
<b>CAPITULO 1 Marco Teórico</b>	
Generalidades	
1. Antecedentes de los Cuidados de Enfermería	4
1.1 Proceso Atención Enfermería	7
1.2 Etapas del Proceso Atención Enfermería	
1.2.1 Primera Etapa Valoración	10
1.2.2 Interacción	11
1.2.3 Observación	11
1.2.4 Medición	12
1.2.5 Valoración Física de la Enfermera	12
1.2.6 Historia Clínica de Enfermería	13
1.3 Segunda Etapa Diagnostico de Enfermería	14
1.3.1 NANDA Diagnostico Enfermero	15
1.3.2 Formato PES	17
1.4 Tercera Etapa. Planeación	18
1.4.1 Como Establecer Prioridades	18
1.4.2 Establecimiento de los Objetivos	19
1.4.3 Propósito de los Objetivos	19
1.4.4 Determinación de las Intervenciones de Enfermería	21
1.4.5 Anotación del Plan de Cuidados	22
1.5 Cuarta Etapa. Ejecución.	23
1.5.1 Recolección Continua de Datos	24
1.5.2 Fijación de Prioridades Diarias	24
1.5.3 Realización de las Actividades de Enfermería	24

1.6 Quinta Etapa Evaluación.	25
1.7 El Modelo de Virginia Henderson y el Proceso Atención Enfermería	27
1.7.1 La Persona y las Catorce Necesidades	28
1.7.2 La Salud Independencia/Dependencia y Causas de Dificultad	29
1.7.3 Rol Profesional, Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud	30
1.7.4 Definición de los Conceptos Clave de este Modelo	32
1.7.5 El Modelo de Henderson y su Aplicación	35
1.8 Generalidades del Padecimiento Isoinmunización Materno Fetal	36
<b>CAPITULO II</b>	
2 Metodología	44
2.1 Valoración	44
2.2 Dx de enfermería	45
2.3 Planeación	45
2.4 Ejecución y evaluación	45
<b>CAPITULO III</b>	
3. Aplicación del Proceso Atención Enfermería	46
3.1 Historia Clínica	46
3.2 Presentación del Caso	48
3.2.1 Valoración de Enfermería	49
3.2.2 Necesidades/Dx de Enfermería	50
3.2.3 Planeación	51
3.2.4 Ejecución	52
3.2.5 Evaluación	60
3.3 Plan de Alta	61
3.3.1 Planeación de la Visita Domiciliaria	62
3.3.2 Informe de la Visita Domiciliaria	63
Conclusiones	64
Sugerencias	65
Glosario	66
Bibliografía	68

## INTRODUCCIÓN

Desde la aparición del hombre han estado presentes los cuidados proporcionados a aquellas personas que están enfermas o deficientes de alguna necesidad.

A través del tiempo estos cuidados se han ido modificando y junto con ellos el conocimiento de las personas que lo proporcionan.

Hoy en día esos cuidados reciben el nombre de intervenciones de enfermería y para proporcionarla se hace necesario contar con elementos teórico prácticos y metodológicos que faciliten tales intervenciones.

Actualmente se cuenta con el proceso de atención enfermería que es un método sistemático y organizado para proporcionar cuidados de enfermería a un paciente, familia y comunidad de manera individualizada.

Este proyecto consta de cuatro capítulos.

### I. Capítulo

En el se desarrolla el marco teórico con aspectos propios de enfermería a partir de la iniciación de cuidados y como se ha integrado el proceso atención enfermería, en cada una de las etapas que la conforman.

1° Valoración

2° Dx de enfermería

3° Planeación

4° Ejecución

5° Evaluación

También se describe el modelo de Virginia Henderson, teórica que ha detallado 14 necesidades básicas del individuo, ya que este modelo se utilizará para la aplicación del proceso de enfermería.

Por último se abordan aspectos propios de la patología que presenta el paciente en este caso se refiere a la isoimmunización materno fetal.

## II. Capitulo

Se refiere a la metodología que será empleada para la realización de este proyecto, en esta parte se describe detalladamente como se realizaran cada una de las etapas del proceso de atención enfermería.

En la valoración se incluyen los métodos e instrumentos que serán utilizados para la recolección y selección de datos.

En la segunda etapa que es el diagnóstico de enfermería se utilizaran las 14 necesidades de Virginia Henderson los Dx. de enfermería de la NANDA.

En la segunda etapa que es la planeación se determinan los objetivos que se pretenden lograr con el paciente.

En la cuarta etapa se refiere a la ejecución e dónde se describirán cuales serán las intervenciones de enfermería para lograr los objetivos planeados.

En la quinta etapa que es la evaluación, aquí se detallara si los objetivos planeados fueron alcanzados y en que medida, esta etapa también servirá para realizar una nueva valoración y si es necesario modificar la planeación y ejecución para lograr la obtención de resultados.

## III. CAPITULO

En este capítulo se describe prácticamente como y de que manera se realizaran las intervenciones de enfermería.

Se procederá a la presentación del caso iniciando con la ficha de identificación, datos generales, signos y síntomas, dx. médico y las posibles necesidades.

## IV. CAPITULO

En este último capítulo se incluirán aquellos aspectos que se refieren a las barreras y facilidades encontradas para la aplicación del proceso de atención enfermería, se incluirán algunas sugerencias que permitan facilitar el trabajo a futuras enfermeras.

## JUSTIFICACIÓN

Hoy en día se requiere que las enfermeras se identifiquen plenamente con su profesión.

Para ello es necesario contar con una serie de elementos teóricos y prácticos que le permitan brindar una atención integral y de calidad al cliente.

Dicha atención se logra a través del proceso de atención de enfermería, que se utiliza para proporcionar atención de enfermería de manera organizada e individualizada.

Por lo anterior se aplicará un proceso atención enfermería a un neonato con dx. Médico de isoimmunización materna fetal a fin de poner en práctica los conocimientos adquiridos acerca del modelo de Virginia Henderson y los dx. De enfermería de la NANDA, además de cubrir un requisito para titulación.

## OBJETIVOS:

### **Del caso:**

- A). Colaborar con el equipo multidisciplinario para lograr la recuperación del neonato
- B). Proporcionar cuidados de enfermería con base a los diagnósticos de enfermería
- C). Integrar al neonato sano a su núcleo familiar.

### **De aprendizaje**

- A). Retomar las etapas del método científico en la aplicación del proceso de atención enfermería
- B). Adquirir habilidad en la utilización de los diagnósticos de la NANDA.

## MARCO TEÓRICO

### 1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería son tan antiguos como el hombre mismo, el presente y el pasado están íntimamente ligados, por ello conocer el origen, filosofía y quehacer de nuestros antepasados nos permite entender más acerca nuestra función en la actualidad.

Antiguamente las mujeres brindaban cuidados a los enfermos o a los heridos en batalla, administraban brebajes colocaban cataplasmas de hierbas, vigilaban a las mujeres embarazadas y usaban el temascal en las mujeres puérperas.

La historia cuenta que en esa época las mujeres que se dedicaban a proporcionar cuidados lo hacían realmente de manera integral, la Tlmatqui-Ticitl ( partera.) Tenía una función relevante dentro de aquella sociedad, pues se le consideraba como: sacerdotisa, consejera en asuntos matrimoniales, educadora en salud y poseía la categoría de mujer sabia, y si que lo era, pues cuando atendía a una mujer embarazada, durante todo el embarazo hacía visitas domiciliarias y algunos días antes del parto se iba a vivir a casa de la parturienta en donde brindaba un cuidado integral aún después del parto.

El conocimiento de este arte era transmitido por las madres a las abuelas, es decir de generación en generación, y para poder iniciarse en esta práctica era requisito haber tenido por lo menos un hijo. Es posible que a eso se deba que no haya escritos acerca de como era el cuidado de enfermería en esa época aunque existen algunos códigos y jeroglíficos en donde se encuentran a mujeres y hombres proporcionando atención a enfermos o mujeres embarazadas.

Para Marie Françoise Colliere.

Cuidar: es un arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir.

Punto de partida y punto final de la vida, el nacimiento y la muerte están en el origen de todos los cuidados, por o tanto hay que cuidar de la vida para que permanezca, se afirme, se desarrolle, disminuya y se acabe.

De ahí el significado de este verbo.

- Ser cuidado.
- Cuidarse.
- Cuidar.

Ser cuidado... cuidarse... cuidar... va unido y acompaña a todas las etapas de la vida, sin que por ello exista la enfermedad. Así, en el inicio de la vida del recién nacido, luego del niño, cuidar:

- Es inmovilizar, estimular todas las capacidades potenciales de vida ya existentes para despertarlas y desarrollarlas.
- Reforzar las adquisiciones.
- Compensar las capacidades que todavía no se han desarrollado.

Cuando aparece la vejez, cuidar también está presente, hasta el umbral de la muerte.

- Estimular, fortalecer las capacidades que disminuyen, que se debilitan, o que se agotan.
- Compensar las capacidades alteradas o perdidas.

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a vivir y permite existir. Sin embargo, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, manifestándose ya sea de forma aguda, o como continuación de una larga fase que anuncia malestar o molestias. Se trata de un acontecimiento de la vida... una etapa difícil, pudiendo no superarla o acabar superándola.

La enfermedad provoca perturbaciones que ocasionan deficiencias, o daños funcionales u orgánicos. Para limitar los trastornos causados por ella y disminuir sus lesiones, hombre y mujeres han descubierto y utilizado los remedios, y por lo tanto tratamientos.

Tantos los remedios como los tratamientos, tienen la finalidad de frenar la enfermedad y de atenuar sus efectos nocivos. Los tratamientos enfocados hacia la enfermedad no pueden sustituir los cuidados en ningún caso.

Cuidar:

- Es permitir nacer... y renacer a la vida; vivir la propia muerte.
- Es encontrar la dimensión simbólica de los cuidados... el sentido de lo sagrado: lo que da sentido a la vida en su inserción social.
- Es ayudar a repasar... rebasar... fallecer...

Las enfermeras son las barqueras de la travesía.

Todo ello reclama crear en el día teniendo en cuenta la dinámica del tiempo y del espacio pero también crear compensando las pérdidas, atenuando la pérdida de las fuerzas de la vida. (1)

Actualmente en nuestro país nos vemos en la necesidad de adaptar modelos de atención enfermería, de otros países en donde las enfermeras se han interesado en definir el propio quehacer de enfermería.

"La enfermería esta usando sistemas teóricos y modelos conceptuales para organizar el conocimiento, comprender el estado de salud del paciente y guiar su ejercicio profesional. Este enfoque teórico auxilia a la enfermería en la interpretación de la salud del paciente y en la determinación de estrategias. (2)

(1) Marie-Françoise Colliere. Encontrando el sentido original de los cuidados de enfermería Rev.Rol.1999.

(2) Janet W. Griffit proceso de atención de enfermería aplicación de teorías guías y modelos manual

## 1.1 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERIA

El proceso de enfermería es un método sistemático organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos.

Es organizado y sistemático consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluaciones los cuales se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Esta caracterizado por su humanidad por que el plan de cuidados se desarrolla y se pone en practica de la forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para el reciban la mayor consideración. El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

El proceso de enfermería, se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente.

Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería:

- Promover, mantener o restaurar la salud, o, en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad, y a un costo efectivo.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

Basado en los principios de la buena solución de problemas, el proceso de enfermería promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras. Esta filosofía del humanismo promueve una conducta cuidadora y ayuda a identificar los problemas únicos, objetivos realistas e intervenciones individualizadas que pueden obtener resultados. Estimula la identificación y utilización de las capacidades, y evita que estén pasen por alto los recursos.

Los requerimientos de documentación son precisos, lo que mejora la comunicación y la continuidad de los cuidados y previene los errores y las duplicaciones u omisiones estos requerimientos también están pensados para dejar un rastro (de papel) que se pueda seguir mas tarde para evaluar la calidad de los cuidados y posibilitar la investigación. La documentación de enfermería precisa y consiente es la clave para determinar lo que ha sucedido a un paciente específico o a un grupo de pacientes; sin ella, la evaluación es casi imposible y los datos requeridos para llevar estudios que hagan avanzar la ciencia de enfermería y mejoren la calidad de los cuidados de salud no existirían.

#### **BENEFICIOS DEL USO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

- Acelera el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales reduciendo la incidencia (y la duración) de las estancias hospitalarias.
- Crea un plan con un costo efectivo, tanto en términos de sufrimiento humano como de gastos económicos.
- Tiene requerimientos de documentación precisos y diseñados para:
  - Mejorar la comunicación y prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias.
  - Dejar un (rastro de papel) que después permita evaluar la calidad de los cuidados del paciente y
  - realizar estudios que hagan avanzar la enfermería y mejoren la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.
- Previene que ellos clínicos pierdan de vista la importancia del factor humano.
- Promueven la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo (no a la enfermedad).
- Ayuda a:
  - Los pacientes y las personas significativas para ellos a darse cuenta de que su aportación es importante y a fijar los puntos fuertes.
  - Las enfermeras a tener la satisfacción de obtener resultados. (3)

(3) Alfaro Rosa linda Aplicación del Proceso de Enfermería Guía practica 3a Ed. Madrid Mos by Doyma 1996 p139.

## COMPARACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON EL MÉTODO CIENTÍFICO.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	MÉTODO CIENTÍFICO
Identificación de las necesidades	Planteamiento del problema
Diagnostico de enfermería	Construcción de un modelo teórico
Planteamiento de cuidados	Deducción de consecuencia particulares
Implementación del plan	Prueba de las hipótesis
Evaluación	Introducción de las conclusiones en la teoría

## COMPARACIÓN DEL MÉTODO CIENTÍFICO CON EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

MÉTODO CIENTÍFICO	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
1.- Observación (identificación del problema)	1.- Recolección y Selección de datos
	por medio de fuentes:
	Directas e Indirectas
	Paciente, expediente, familia comunidad, equipo de salud, bibliografía
2.- Formulación de hipótesis	2.- Conclusión de estado del paciente; familia y comunidad Problemas reales potenciales, Jerarquización de necesidades
3.- Prueba de hipótesis	3.- Planteamiento de los cuidados. Contiene los objetivos de las actividades
4.- Soluciones sobre los resultados de la hipótesis	4.- Implementación del plan.
	Las notas o registros para dar atención de calidad.
	Relación enfermera-paciente, y el equipo de salud, familia o comunidad. Quienes hacen los ajustes necesarios, para cumplir los objetivos
5.- Evaluación	5.- Evaluación
	Aspecto
	Efecto Esfuerzo Eficiencia
	Sirve para retroalimentar las etapas y el producto de la calidad prestada

En la concepción de salud hay que considerar los siguientes componentes:

Un componente subjetivo (bienestar), un componente objetivo (capacidad para la función) y un tercero de tipo psicológico social (adaptación biológica, mental y social de la persona.) (4)

Enfermería: con respecto al concepto de enfermería Virginia Henderson menciona "La función singular de la enfermera es asistir al individuo enfermo o no (o una muerte placentera) y que él llevaría acabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o e l conocimiento necesario y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápido posible. (5)

Para Rosa Linda Alfaro. El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces orientados a logro de objetivos. Es organizado y sistemático por que consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionales. (6)

## **1.2 ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.**

### **1.2.1 VALORACIÓN**

Primera etapa del proceso de enfermería en la cual se recolectan, analizan y seleccionan los datos que serán necesarios para la segunda etapa.

Herramientas para la recolección de datos.

Es importante que antes de iniciar a recolectar datos la enfermera planee los instrumentos y métodos que utilizará para dicho fin.

Janet W. Griffith define tres elementos básicos para la recolección de datos: interacción, observación y medición. (7)

(4) San Martín Hernán y Vicente Pastor, Salud Comunitaria. Teoría y práctica 2da Ed. Madrid. Ediciones Díaz de Santos 1988 p.13

(5) Henderson A. Virginia La Naturaleza de la Enfermería México Interamericana Mc. Graw Hill 1994 p.19

(6) Alfaro Rosa Linda Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Práctica 3a Ed. Madrid Mosby Doyma 1996 p.3

(7) Janet W. Griffith Proceso de atención de Enfermería Aplicación de teorías Guías y modelos manual moderno México DF 1993 p.34

### 1.2.2 INTERACCIÓN

Se define como un intercambio continuo entre enfermera y paciente en donde es importante lograr una relación armoniosa a fin de obtener la mayor información posible y esto se logra a través de la entrevista.

La entrevista directiva-interrogativa se encarga de buscar información específica, aquí la enfermera dirige la entrevista y el paciente participa pasivamente, en la elaboración de la historia clínica se aplica este tipo de entrevista, también se le conoce como entrevista directa.

La entrevista indirecta es aquella en la que se obtienen datos del paciente a través de otras personas, familiares amigos etc.

Como lograr una entrevista útil.

- ⇒ Proporcionar o propiciar un entorno tranquilo.
- ⇒ Presentarse al cliente y mostrar interés en su bienestar.
- ⇒ Explicarle el motivo de la entrevista.
- ⇒ Prestar atención y procurar un contacto ocular.
- ⇒ No mostrar prisa. Emplear todos los sentidos.
- ⇒ Poner atención al lenguaje corporal.
- ⇒ Usar términos que la persona entienda.
- ⇒ Permitir al paciente hablar y terminar las frases.

### 1.2.3 OBSERVACION

Se define como la utilización detallada del sentido de la vista aunque intervienen los demás sentidos.

El sentido de la vista se emplea para obtener los siguientes datos: Características generales apariencia y actividad física: color, forma, cantidad, marcha, equilibrio, vestido, comunicación no verbal como movimientos corporales, gestos contacto visual, y todo el entorno donde se encuentra el paciente.

El sentido del tacto se utiliza para definir las cualidades de una persona u objeto.

El sentido del olfato y gusto se usan con menos frecuencia pero no dejan de estar presentes en la exploración del paciente.

#### 1.2.4 MEDICIÓN

Es una manera de obtener datos exactos sobre cifras propias del paciente, incluye exámenes del laboratorio peso, talla, signos vitales entre otros.

La medición se utiliza para ratificar duración o extensión, dimensiones frecuencia, ritmo, cantidad o tamaño en ocasiones se requiere de instrumentos de apoyo.

#### 1.2.5 LA VALORACIÓN FÍSICA DE LA ENFERMERA

Esta se puede realizar conjuntamente con la entrevista de enfermería, se logra mediante un examen completo y sistemático del paciente. Para ello se utilizan los siguientes métodos.

##### A) Inspección.

Examen en donde se utiliza la observación.

Existen dos tipos la inspección simple donde solo se utiliza el sentido de la vista para recabar información y la inspección armada en donde se requiere de un aparato como auxiliar.

##### B) Auscultación.

Examen mediante el cual se utiliza el sentido del oído en donde es necesario el uso de algún instrumento como el estetoscopio.

##### C) Palpación.

Examen donde se utiliza el sentido del tacto.

##### D) Percusión.

Examen mediante el tacto, el golpeteo suave y el uso del oído.

Las habilidades para el uso de estos métodos se adquiere mediante la práctica.

El examen físico se puede realizar como la enfermera lo haya planeado es decir no es necesario seguir siempre un patrón, algunas enfermeras utilizaran el método "de cabeza a pies" o cefalocaudal, si se elige este método se empezara valorando la cabeza y cuello (ojos, oídos, nariz, boca y garganta), se continuara con tórax, abdomen, piernas y pies.

Otras enfermeras utilizan la valoración por sistemas iniciando por el sistema respiratorio (nariz, boca, garganta y pulmones) para continuar con algún otro sistema como cardíaco, circulatorio, neurológico etc.

El orden para el examen dependerá del estado de salud, si la persona esta sana se puede iniciar por donde se prefiera, pero si está enfermo se debe examinar, primero el área donde está ubicado el problema.

#### DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS.

**DATOS OBJETIVOS:** Se refiere a la información concreta y observable, como los signos vitales, estudios de laboratorio entre otros,

**DATOS SUBJETIVOS:** Son los que el paciente expresa sentir pero que no son observables.

Para una adecuada clasificación de la información es conveniente separar los datos en estas dos categorías.

#### 1.2.6 HISTORIA CLINICA DE LA ENFERMERÍA.

Es un instrumento elaborado por la enfermera y ayudará de manera sistemática en la obtención de datos, cabe destacar que en los últimos años se ha pretendido utilizar un instrumento con un enfoque holístico, orientado a las respuestas humanas y no un modelo médico que en exclusiva está orientado a la enfermedad.

El enfoque holístico de enfermería permitirá obtener una información más completa sobre el funcionamiento de la persona como un ser humano bropsicosocial.

Por último para continuar con la segunda etapa es conveniente mencionar que la recolección completa de datos incluye dos tipos de valoración de enfermería.

##### A) Valoración de los datos básicos.

Debe ser planeada y sistemática previa elaboración de la historia clínica de enfermería a fin de no dejar datos importantes por recabar sobre el estado de salud del paciente.

Esta información (llamada base de referencia) nos refiere como esta el paciente antes de iniciar la intervención, y cuales serán las bases para la identificación de las capacidades y problemas.

B) Valoración localizada.

Realizada exclusivamente sobre el estado de un problema real o potencial es el principal método para la valoración continua.

### **1.3 DIAGNOSTICO DE LA ENFERMERA.**

R.Alfaro lo define como: Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o de un grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente. (8)

Durante la etapa se deben ordenar todos los datos para la identificación de los problemas que serán la base para la plantación de cuidados.

1.3.1 Tipos de diagnósticos enfermeros y su formulación se clasifican en reales, de riesgo y de salud.

Diagnostico real:

Describe la respuesta actual de una persona, una familia o una comunidad una situación de salud / proceso vital su identificación se apoya en la existencia de características definitorias (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración.

Para describirlo se recomienda:

Problema + factor relacionado (causa) + datos objetivos y subjetivos

(8) R. Alfaro Aplicación de Proceso de Enfermería Guía práctica tercera ed. Mosby / Doyma p.58

Diagnostico de salud:

Es un diagnostico real que se realiza cuando la persona, familia o comunidad goza de un nivel aceptable de salud, pero que puede y quiere alcanzar un nivel mayor.

(9)

Para la NANDA (Marzo 1990) Diagnostico enfermero:

Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales / problema de salud, reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable

Los dx E. Están dentro del ámbito independiente de la practica profesional ya que se refieren a situaciones que la enfermera identifica valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado.

(Es en la identificación de estos problemas donde se debe utilizar los diagnósticos de la NANDA.)

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con la aplicación del tratamiento prescrito por el medico, es decir lo sitúa en el ámbito de interdependencia con otro profesional.

TABLA 1 Comparación entre los diagnósticos de enfermería y los problemas interdependientes / diagnósticos médicos

diagnósticos de enfermería	Problemas interdependientes/ diagnósticos médicos
<p>Se encuentran en la identificación y tratamiento de respuestas no saludables, reales o potenciales, a las enfermedades o cambios vitales.</p> <p>Los signos y síntomas relacionados responden a intervenciones prescritas por las enfermeras.</p> <p>El diagnóstico definitivo se valida mediante una valoración de enfermería independiente.</p> <p>Las enfermeras son responsables de: a) la detección y tratamiento temprano de los problemas. y b) el inicio de un plan de tratamiento independiente para prevenir, corregir o manejar el problema.</p> <p>Identifica los problemas de salud desde la perspectiva del paciente.</p>	<p>Se centran en la identificación de problemas con la estructura o funcionamiento de los órganos o sistemas.</p> <p>Los signos y síntomas relacionados no responden solo a intervenciones prescritas por las enfermeras .</p> <p>El diagnóstico definitivo se valida mediante estudios diagnósticos médicos.</p> <p>Las enfermeras son responsables de:</p> <p>a) detectar tempranamente los signos y síntomas que pueden indicar la necesidad de tratamiento médico, b) notificar al médico los signos y síntomas, c) iniciar las acciones dentro del dominio de enfermería para prevenir, corregir o tratar el problema.</p> <p>y d) colaborar con el médico para iniciar un plan de tratamiento con el fin de prevenir, corregir o tratar un problema.</p> <p>Identifica los problemas de salud desde la perspectiva de la ciencia médica</p>

### 1.3.2EL FORMATO PES.

Cuando se escriba un diagnóstico de enfermería real debe usarse el formato PES (problema etiología signos y síntomas)

**P**roblema

**E**tología

**S**ignos y síntomas.

Este formato identifica el problema y su etiología y añade el concepto de validación. La inclusión de signos y síntomas en el diagnóstico valida el porqué se ha elegido ese diagnóstico concreto.

Para Gordón un diagnóstico de enfermería es: " un problema de salud real o potencial que las enfermeras en virtud de su educación y experiencias son capaces y están autorizadas para tratar (Gordón 1976)(10)

Para un diagnóstico de enfermería real, se une el problema con su etiología usando " relacionado con " se añade manifestado por "o" "evidenciado por" se anotan los síntomas mayores que validan la existencia de ese diagnóstico.

Para un diagnóstico posible o potencial, se escribe en dos partes expresando el posible problema y añadiéndolo "relacionado con" para unirlo con los posibles factores contribuyentes.

Como usar los diagnósticos correctamente:

- a) Reunir, e interpretar y agrupar los signos y síntomas. (Datos objetivos y subjetivos)
- b) Tomar en cuenta los diagnósticos médicos pero no utilizarlos.
- c) Analizar detalladamente los signos y síntomas, y buscar los diagnósticos correctos.
- d) Formular el problema y su etiología y enumerar las características definitorias para el paciente en particular usando el formato PES, si es posible.

(9) IBIDEM ALFARO pag.71

### 1.4. - PLANEACION.

Una vez identificados los diagnósticos de enfermería se inicia el proceso de la tercera etapa del proceso en esta etapa se determinará como brindar los cuidados de enfermería en forma individualizada, organizada y esta etapa comprende lo siguiente:

- a) Fijación de prioridades.
- b) Establecimiento de objetivos del paciente con base en las prioridades.
- c) Determinación de las acciones de enfermería.

1.4.1 Como establecer prioridades:

- a) En caso de que el paciente este conciente; preguntarle, en su opinión que es lo más importante para el si existe igualdad de opiniones hacerlo si no explicarle porque hay que imponer otra prioridad.
- b) El estado de salud del paciente: es importante determinar que es lo que en verdad requiere el paciente de primera instancia, preguntarse:  
¿ Hay algún problema que requiera atención inmediata?.

Una vez priorizado se recomienda hacer una lista con todos los problemas y clasificarlos en dos.

- 1) Diagnósticos de enfermería
- 2) Problemas interdependientes.

Aquí la responsabilidad es diferente, para lo diagnósticos de enfermería se desarrollará un plan de cuidados y para los problemas interdependientes el plan se determinará por las normas de la institución y las ordenes médicas.

#### 1.4.2 Establecimiento de objetivos:

Una vez determinadas las prioridades y con la lista ya elaborada de los problemas, se establecen los objetivos que deben de ser claros y realistas y dependiendo de lo que se pretenda lograr son a corto y largo plazo.

#### 1.4.3 Propósitos de los objetivos.

- a) Son el instrumento de medición del Plan de Cuidados.
- b) Dirigen las intervenciones de las enfermeras.
- c) Son factores de motivación.

#### Objetivos a corto y largo plazo.

Los objetivos a corto plazo son los que deben lograr de manera relativamente rápida (en menos de una semana).

Los objetivos a largo plazo se logran en un plazo de tiempo más largo (semanas o meses) en ocasiones es conveniente planear objetivos a corto plazo.

En ocasiones los objetivos de largo plazo se utilizan para el "alta" del paciente.

Los objetivos para el "alta" por lo regular se formulan en relación con lo que se quiere logre el paciente al ser dado de alta.

Es conveniente que al definir los objetivos esten centrados en los resultados esperados de plan de cuidados que son los beneficios que el paciente recibirá de los cuidados enfermeros.

Para cada diagnóstico que se identifique debe de realizarse un objetivo centrado en el paciente que demuestre una mejora o resolución de diagnóstico de enfermería.

Para la formulación de los objetivos es indispensable tomar en cuenta lo siguiente:

"que" debe hacerse

"quién" debe hacerlo

"cuando" debe hacerse

"como" tiene que hacerse

"donde" tiene que hacerse

Sujeto: Quién es la persona que se espera que logre el objetivo?

¿Verbo: Qué acciones debe de hacer la persona?

Condición: Bajo que circunstancias tiene que hacerlo?

Criterio: En que medida tiene que realizar la persona la acción?

Momentos específicos: Cuándo se espera que la persona realice la acción?

Otro aspecto importante es el adecuado uso de los verbos los cuales deben de ser claros y específicos que describan perfectamente la acción del sujeto ejemplo:

- Describir   - explicar   - demostrar.
- identificar   - enumerar
- realizar   - caminar

No usar verbos que no son observables ejemplo:

- Pensar
- comprender
- sentir

Los resultados esperados pueden clasificarse en tres dominios.

1) Competencia cognitiva.

Resultados asociados con la adquisición de conocimientos o habilidades intelectuales.

2) Competencia psicomotora.

Resultados que tratan de desarrollar habilidades psicomotoras.

3) Competencia afectiva.

Resultados asociados con cambios de actividades, sentimientos y valores.

#### 1.4.4 Determinación de las intervenciones de enfermería.

Son actividades que realiza la enfermera para:

1) Controlar el estado de salud

2) Prevenir, resolver o controlar un problema.

3) Ayudar a realizar las actividades de la vida diaria.

4) Promover la máxima salud e independencia.

Valoración.

Se planea para detectar o evaluar problemas concretos del paciente o para asegurarse de que las intervenciones se realizan en forma segura y eficaz (la valoración es parte de todas las intervenciones)

Educación Sanitaria:

Se planea para aumentar los conocimientos de alguien sobre un problema específico.

Asesoría:

Se le brinda la paciente para hacer cambios o ajustes necesarios en su vida o ayudarles a seleccionar sobre sus cuidados de salud.

Mediante el uso de técnicas de educación y de comunicación terapéutica, las enfermeras ofrecen un gran apoyo psicológico que ayuda a reducir el estrés para la mejor toma de decisiones sobre los cuidados de la salud.

Cuando se determine las intervenciones que se emplearán, debe redactarse las ordenes para que las demás enfermeras a cargo tengan las instrucciones para la ejecución del plan de cuidados.

Las ordenes de enfermería deben ser específicas y claras, e incluir lo siguiente:

- Fecha
- verbo
- sujeto
- frase descriptiva: Cómo, cuando, donde, con que frecuencia, durante cuanto tiempo y en que medida.
- firma.

#### 1.4.5 Anotación del Plan de Cuidados.

Se recomienda:

- Asegurarse que los problemas prioritarios están en el plan de cuidados; estos requieren intervenciones de enfermería individualizadas, no rutinarias.
- Ser breve
- Usar abreviaturas aceptadas y entendibles para todo el personal de enfermería.
- Formular los objetivos y determinar fecha límite para su logro

La anotación tiene tres propósitos:

- a) Facilitar la comunicación entre los profesionales de los cuidados.
- b) Dirigir los cuidados y las anotaciones.
- c) Tener un registro escrito que posteriormente se pueda usar para la evaluación.

## 1.5. EJECUCION.

Una vez que se han identificado, los problemas y capacidades y se ha determinado un plan de acción orientado al logro de los objetivos es el momento de poner en práctica el plan.

La ejecución incluye las siguientes actividades:

- Valoración y revaloración.
- Establecimiento de prioridades diario
- Realizar las intervenciones de enfermería
- Hacer registros
- Proporcionar un informe a la entrega de turno
- Evaluación continua y mantener el plan de cuidados actualizado.

Prepara la ejecución (o intervención) de enfermería puede marcar la diferencia entre una intervención arriesgada para uno mismo y para el paciente, y unos cuidados seguros y eficientes que promuevan el bienestar y la obtención de resultados deseados.

Antes de realizar una intervención.

- 1) Revisar el plan y asegurarse de que se conocen las razones de la intervención.
- 2) Definir si se está preparada con conocimientos, habilidades y autoridad para realizar las intervenciones.
- 3) Investigar si en la institución existen protocolos o estándares que establezcan como deberían llevarse a cabo las intervenciones.
- 4) Valorar nuevamente el estado del paciente y determinar si las intervenciones planeadas son las adecuadas.
- 5) Plantearse lo que se va a realizar y pensar en lo que podrá suceder en caso de que las respuestas no sean las esperadas.
- 6) Anticiparse a las posibles complicaciones y/o efectos secundarios y planear que hacer en caso necesario.
- 7) Planear como evitar al máximo el estrés del paciente durante las intervenciones.

8) Si es posible implicar al paciente y familia, explicando lo que se va hacer y cuanto tiempo se necesita.

9) Contar previamente con el equipo y material que será necesario para las intervenciones de enfermería.

#### 1.5.1 Recogida continua de datos:

Proporcionar la información necesaria para la toma de decisiones sobre el plan ya escrito, dependiendo de una nueva valoración se pueden cambiar las intervenciones según sea necesario; es posible que las acciones que antes fueron planeadas hoy sean inútiles.

El tiempo dedicado a realizar actividades de enfermería es un buen momento para la recogida adicional de datos.

#### 1.5.2 Fijación de Prioridades Diarias:

Es necesario valorar la situación día con día con el fin de optimizar al máximo las intervenciones de enfermería pues en ocasiones será prudente cambiar las acciones o bien los horarios.

#### 1.5.3 Realización de las actividades de enfermería.

Para ello se incluye lo siguiente.

A) Realizar directamente una actividad para el cliente.

B) Ayudar al cliente a realizar una actividad por si mismo.

C) Supervisar al cliente o familia mientras realiza una actividad por si mismo.

D) Enseñar al cliente o familia sobre sus cuidados de salud,

E) Asesorar al cliente o familia en las elecciones que debe hacer en la búsqueda y utilización de recursos de salud adecuados.

F) Control (valoración) del cliente para detectar potenciales complicaciones/problema. (11)

(11) R. Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería guía practica 2a Ed. p.153,154

## 1.6. EVALUACIÓN

En esta etapa se evaluará el logro de los objetivos de tal forma que se tiene que examinar y/o entrevistar al paciente y reunir datos sobre su estado actual.

Verificar si el objetivo se ha logrado de manera completa o bien de manera parcial.

En caso de lograrse de manera parcial preguntarse que ha afectado al paciente o qué requiere para que se logre de manera total.

Se deben identificar variables que afectan el logro de los objetivos, con las siguientes preguntas:

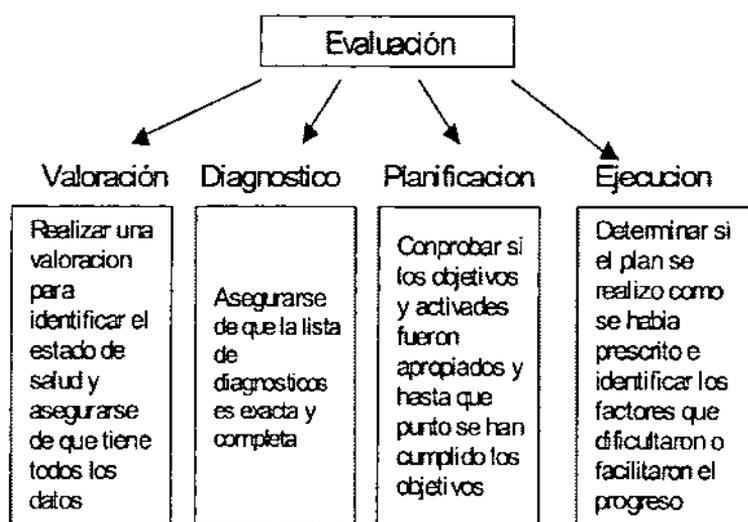
1. - ¿Los objetivos fueron realistas?
2. - ¿Las intervenciones de enfermería fueron las adecuadas?

Las notas de enfermería son la clave para determinar que fue lo que afectó el logro de los objetivos sobre todo si el paciente no puede comunicarse. Cuando lo puede hacer el mismo y las personas allegadas serán los que identifiquen los factores que han facilitado o dificultado el logro de los objetivos.

En situaciones complicadas se debe considerar la evaluación del plan en una reunión con los miembros clave del equipo de salud y si es posible el paciente y personas allegadas.

Una vez evaluado e identificado variables que afectaron el logro de los objetivos, es el momento de modificar el plan de cuidados; fijarse nuevos objetivos y planear nuevas intervenciones.

Por otra parte la evaluación final incluye una evaluación completa de cada una de las etapas.



## 1.7. EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON Y EL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

Conceptos básicos. Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era tal motivo de especulación. lo que a ella le llevo desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermería. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y practicas la llevaron a preguntarse que es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran ser otros profesionales de salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Ella define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

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

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

### 1.- PERSONA

Independencia

### 2.- SALUD

Dependencia

Causas de dificultad o problema

Necesidades

### 3.- ROL PROFESIONAL

Cuidados básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

### 4.- ENTORNO

Factores ambientales

Factores socioculturales

### 1.7.1 La persona y las catorce necesidades básicas

De acuerdo con la definición propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona que configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que deben satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- ⇒ Necesidades de oxigenación
- ⇒ Necesidades de nutrición e hidratación
- ⇒ Necesidades de eliminación
- ⇒ Necesidades de moverse y mantener una buena postura
- ⇒ Necesidades de descanso y sueño
- ⇒ Necesidades de usar prendas de vestir adecuadas
- ⇒ Necesidades de termo regulación
- ⇒ Necesidades de higiene y protección de la piel
- ⇒ Necesidades de evitar peligros
- ⇒ Necesidades de comunicarse
- ⇒ Necesidades de vivir según sus creencias y valores
- ⇒ Necesidades de trabajar y realizarse
- ⇒ Necesidades de jugar / participar en actividades recreativas
- ⇒ Necesidades de aprendizaje

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien en cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona.

### 1.7.2 La salud independencia / dependencia y causas de dificultad

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" ó "falta de voluntad", las cuales se desarrollan mas adelante.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. El modo de satisfacer las propias necesidades totalmente individual.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por una persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las causas de la dificultad: son los obstáculos o limitaciones personales o de entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres probabilidades.

1.- Falta de fuerza. Interpretamos por "fuerza", no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas si no también la capacidad del individuo para llevar a termino las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado con el resultado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2.- Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3.- Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y a la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos estos que deberán ser valorados para planificar las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (de suplencia o ayuda) vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado.

### 1.7.3 Rol profesional cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como 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

Para Henderson "...este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y que es dueña de la situación..."

Los cuidados básicos de la enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas descrito anteriormente, porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. De ahí surge en concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella "...en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitar sufrimientos en la hora de la muerte".

En relación al paciente, Henderson afirma que "...todos los miembros del equipo deben de considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente su función consiste en "asistir" a la persona.

Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni el coopera con su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo". El paciente o usuario no visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en logro de sus metas.

Entorno: Diversas autoras han criticado a Henderson el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo, si se analiza el contenido del modelo Henderson, vemos que la autora menciona - unas veces de forma implícita y otras explícitamente- la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales...), para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados. Así pues, aunque no dedique un capítulo al análisis de estos aspectos, podemos afirmar que estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las catorce necesidades básicas y de los factores que las influyen.

#### 1.7.4 Definición de los Conceptos Claves de este Modelo.

Esta concepción nos ofrece una visión clara de los cuidados de enfermería. El individuo, sano o enfermo, es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales, se debe satisfacer. La finalidad de los cuidados, tal como se deduce de esta concepción, consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades.

El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia supliéndole en aquello que el no puede realizar por el mismo para responder a sus necesidades. Su rol, por lo tanto es de suplencia.

El marco restringido de este trabajo nos conduce a limitar los elementos teóricos del modelo a sus datos esenciales necesarios para que se pueda comprender nuestro desarrollo.

Postulados sobre lo que se basa el modelo de Virginia Henderson.

##### POSTULADOS

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y desea
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está: "completo", "entero", "independiente".

##### VALORES

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

Necesidad fundamental.

El marco conceptual de Virginia Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones, que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.

Necesidades fundamentales y componentes Bio-Psico-Sociales, culturales y espirituales.

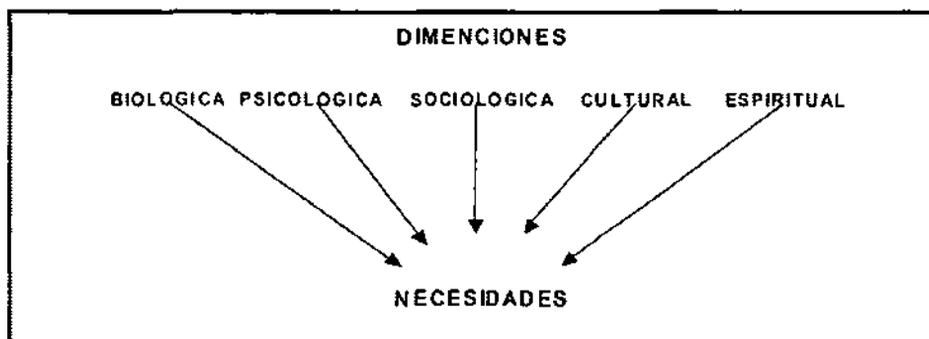
Al elaborar su método conceptual, Virginia Henderson define catorce necesidades fundamentales, que son las siguientes:

1. Respirar
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar
4. Moverse, conservar una buena postura(mantener una circulación adecuada)
5. Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable)
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la temperatura corporal en los límites normales
8. Estar limpio, aseado y protegerse de los tegumentos
9. Evitar los peligros ( mantener integridad física y mental )
10. Comunicarse con sus semejantes ( desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
11. Actuar de acuerdo a sus creencias y valores
12. Preocuparse por su propia realización ( y conservar su propia estima )
13. Recrearse
14. Aprender

Cada una de estas necesidades esta relacionada con las distintas dimensiones del ser humano. En cada una de ellas puede descubrirse las dimensiones biológica, Psicológica, sociológica, cultural y espiritual. La enfermera que desee prestar cuidados personalizados ha de considerar estos cuidados en su conjunto y planificar intervenciones apropiadas que tengan en cuenta estas diferentes dimensiones.

Aunque cada una de las necesidades esta mas relacionada con alguna de estas dimensiones, sin embargo, en todas ellas se da estos componentes esenciales.

A pesar de que, a primera vista, pueda parecer que una necesidad se encuadra en el aspecto biofisiológico, esta dimensión no es la única afectada. Por ejemplo, la necesidad de eliminar tiene también una dimensión psicocultural, ligada a los hábitos y ritos desarrollados en torno a la eliminación, a la necesidad de intimidad que tiene la persona y a la tensión nerviosa que percute en ella.



dimensiones que pueden modificar la manifestación y satisfacción de cada una de las necesidades.

### 1.7.5 El modelo de Henderson.

Como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención :

1.- En las etapas valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recogida de datos en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determinan:

⇒ El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades

⇒ Las causas de la dificultad en la satisfacción

⇒ La interrelación de unas necesidades con otras

⇒ La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas

2.- En las etapas de planificación y ejecución, sirve para formulación de objetos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención ( suplencia o ayuda ) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que implique al individuo -siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención ( suplencia / ayuda ) mas adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiaran a la etapa de ejecución.

3.- Finalmente, en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de dependencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo mas rápido posible. Evidentemente, esto no significa que nosotras le proporcionemos la independencia, si no que nuestra actuación va a encaminar a ayudarlo a alcanzar dicha dependencia por si mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.

## 1.8. GENERALIDADES DEL PADECIMIENTO ISOINMUNIZACION MATERNO FETAL

La isoinmunización materno-fetal también llamada eritroblastosis fetal o enfermedad hemolítica del recién nacido, es el cuadro patológico caracterizado por la destrucción excesiva de eritrocitos fetales debido a la formación de isoaglutininas maternas que llegan al producto antes del nacimiento.

El término de isoinmunización obedece a que el antígeno causal proviene de un individuo de la misma especie. La isoinmunización materno-fetal puede producirse principalmente por: grupo sanguíneo (sistema ABO) y factor Rh, es más frecuente que haya incompatibilidad al sistema ABO que al factor Rh pero esta última reviste una gravedad mayor.

**INCOMPATIBILIDAD AL FACTOR RH:** El antígeno Rh fue descubierto por Landsteiner y Wiener en 1940 al estudiar glóbulos rojos de Macaco Rhesus.

Se denomina individuos Rh positivos aquellos cuya sangre contiene un antígeno que reacciona con el suero anti-rhesus, el cual se encuentra localizada en el loculo del gen D. Los individuos Rh negativos carecen de esta sustancia antigénica (gen D) dicho antígeno se transmite según las leyes de la herencia, actuando como carácter mendeliano dominante.

a) Rh positivo, o b) Rh negativo.

Respecto al individuo Rh positivo, puede suceder una de dos cosas.

1.- Que todos los cromosomas posean el antígeno D (individuo homocigoto)

2.- Que solo la mitad de ellos posean el antígeno (individuo heterocigoto)

**ETIOPATOGENIA:** Si la paciente es Rh negativa y el esposo Rh negativo, aquella no tendrá problema alguno en sus embarazos, por que todos sus hijos serán un negativo,

si el esposo es Rh positivo heterocigoto, la mujer tendrá problemas de isoinmunización en el 50% de los casos en que el producto sea Rh positivo, y si es homocigoto, el problema estará presente en todos los embarazos.

Durante el primer embarazo de una madre Rh negativa, casada con un varón Rh positivo, ocurre paso de sangre fetal portadora del antígeno D a la sangre materna carente del mismo, sensibilizando a la madre para sus futuros embarazos, al ocurrir una reacción antígeno-anticuerpo.

Si en el segundo embarazo el producto concebido es un Rh negativo, la paciente no tendrá problema alguno durante su embarazo, si el producto es Rh positivo los anticuerpos anti-D que se formaron en el torrente sanguíneo materno en el embarazo anterior puede ser contacto con la sangre fetal a través de la barrera placentaria, desencadenando una reacción antígeno-anticuerpo que destruye los eritrocitos fetales y condiciona la patología que no ocupa.

según sus características físicas, los anticuerpos que se producen en la sangre materna son de dos tipos: salinos y albuminoides.

Anticuerpos salinos: Son moléculas de gran tamaño que aparecen primero en la sangre materna; Habitualmente no atraviesan la placenta.

Anticuerpos albuminoides: Quedan suspendidos en el plasma, suero albúmina por su pequeño tamaño molecular atraviesan fácilmente la placenta.

Con base a la importancia que tiene el problema de isoimmunización durante la atención prenatal, siempre se debe de investigar el grupo sanguíneo y el factor Rh del esposo, precisar el antecedente de posible sensibilización previa al embarazo (transición, aborto, embarazo ectópico), mediante la determinación de anticuerpos anti-Rh; si la paciente es Rh negativa y el esposo es Rh positivo es necesario realizar, además, las pruebas para ver si este es homocigoto o heterocigoto.

**FISIOPATOLOGÍA:** La presencia de anticuerpos circulantes en la sangre materna no produce alteraciones en el feto hasta el momento en que ocurre alguna afección vascular en el sitio de contacto entre la decidua y las vellosidades coriales ( lagos sanguíneos ) pasando los anticuerpos anti-D a la circulación fetal con lo cual se desencadena una reacción antígeno-anticuerpo que es el punto de partida de problema hemolítico del feto.

La hemólisis de la sangre circulante fetal y del recién nacido produce una anemia hemolítica caracterizada por los factores que se muestran.

En el feto in útero se encuentra afectando principalmente por eritoblastosis y la anemia consecuente; en el recién nacido se agrega la ictericia y la hiperbilirrubinemia severa, que complica el pronóstico al producir lesiones cerebrales ( kernicterus ).

**CUADRO CLÍNICO :** Este proceso generalmente no causa síntomas; sin embargo, en casos graves isoimmunización puede presentar:

En la madre

- ⇒ Aumento del líquido amniótico
- ⇒ Incremento de peso corporal
- ⇒ Edema de miembros inferiores o abdomen
- ⇒ Hipertensión arterial
- ⇒ Disminución de la actividad fetal

En la placenta

- ⇒ Aumento en el peso de la placenta
- ⇒ Edema placentario ( superficie pálida )
- ⇒ Aumento de tamaño y función de los cotiledones placentarios
- ⇒ Edema de membrana y de cordón umbilical, con coloración amarillenta de ambos
- ⇒ Aumento de células de langherhans y de trombos intravellósos
- ⇒ Presencia de eritrocitos nucleados
- ⇒ Proliferación de citotrofoblasto

En el feto el cuadro clínico depende de la cantidad de anticuerpos anti-D que se incorporan a la circulación fetal, los cuales afectan únicamente a los eritrocitos. Los glóbulos rojos que tienen anticuerpos adheridos se destruyen en el bazo, ocasionando este orden:

- ⇒ Anemia
- ⇒ Eritropoyesis compensatoria
- ⇒ Esplenomegalia
- ⇒ Hepatomegalia
- ⇒ Hydrops-fetalis
- ⇒ Bilirrubinemia
- ⇒ Kernicterus

**ANEMIA:** Es el resultado de la destrucción de eritrocitos esta puede ser compensada si la eritropoyesis secundaria es proporcional al número de eritrocitos destruidos.

**ERITROPOYESIS:** compensatoria: Al tratar de compensarse la anemia fetal, se encuentra formas inmaduras de eritrocitos, eritoblasto y reticulocitos, de ahí se origina el nombre de eritoblasto fetal.

**ESPLENOMEGALIA:** Puesto que el bazo es el órgano encargado de quitar y destruir la circulación fetal los eritrocitos dañados, sufre un crecimiento.

**HEPATOMEGALIA:** además de originarse esta por la eritropoyesis cuando la anemia es grave, ocurre insuficiencia cardíaca fetal, la cual se manifiesta por hepatomegalia y determina el cuadro de edema generalizado (Hidropsfetalis).

**HIDROPSFETALIS:** Esta constituye una complicación fetal grave que traduce la incapacidad del tejido hematopoyeico y el sistema cardiovascular fetal para compensar la anemia grave. con esta enfermedad el producto puede morir in útero o nacer gravemente afectado.

**BILIRRUBINEMIA:** La destrucción excesiva de glóbulos rojos fetales libera gran cantidad de bilirrubina cada gramo de hemoglobina produce 3.4 mg de bilirrubina, el hígado fetal es incapaz de conjuguar y eliminar cantidades tan elevadas de esta sustancia, la cual permanece en la circulación fetal y en el líquido amniótico.

**KERNICTERUS:** Es la impregnación de bilirrubina por parte de los centros nerviosos centrales del producto, motivo por el cual se deben vigilar estrechamente las cifras de bilirrubina en sangre fetal para evitar que ocurra una complicación.

El kernicterus se encuentra caracterizado por el cuadro clínico siguiente

- ⇒ Disminución del tono muscular
- ⇒ Signos neurológicos (espasticidad muscular y opistotonos)
- ⇒ Movimientos atetosicos residuales
- ⇒ Retardo mental
- ⇒ Sordera
- ⇒ Displasia de la dentina

**Diagnóstico:** El diagnóstico se basa en el cuadro clínico (antecedentes obstétricos, mortinatos, productos ictericos, etc) pero el laboratorio desempeña un papel importante en el mismo ya que establece la etiología de la enfermedad neonatal, cuantifica la magnitud del daño y sirve como guía terapéutica.

El empleo del laboratorio en estos casos permite:

Antes del parto:

- a. Conocer el grupo sanguíneo y el Rh de la madre y del esposo mediante pruebas de glutinación con antisueros específicos.
- b. Detectar la presencia de anticuerpos anti-D en la sangre materna (coombs indirecto) para valorar si existe insoimmunización en la madre.
- c. Investigar la cantidad de eritoblastos y reticulocitos en la sangre fetal a fin de valorar el grado de compensación en la sangre.
- d. Determinar la cantidad de eritoblastos y reticulocitos en la sangre fetal a fin de valorar el grado de compensación de la anemia.
- e. Tomar espectrofotometría de líquido amniótico que sirve como pronóstico de la evolución fetal o para indicar la transfusión fetal intrauterina o la interrupción del embarazo.

Después del nacimiento

- a. Determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh del producto.
- b. Detectar la presencia de anticuerpos anti-D en la sangre periférica o en el cordón umbilical del producto (coombs directo).
- c. Medir la bilirrubina libre y conjugada mediante la prueba de Van Den Berg directa o indirecta de sangre del recién nacido, Esta prueba sirve como guía de valoración de la intensidad de la hemólisis y de la capacidad hepática para metabolizar la bilirrubina, así mismo, proporcionar un índice de peligro de que se dañe el sistema nervioso central del producto.
- d. Medir albúmina cerica en el producto para estimular la cantidad de bilirrubina libre.

MANEJO OBSTÉTRICO: Durante el embarazo se deben realizar los exámenes de laboratorio indicados y establecer un pronóstico. En caso de pacientes no sensibilizadas, se han de observar lo siguiente:

a. Durante el parto se tendrá cuidado de no pinzar el extremo placentario del cordón umbilical de inmediato para que escurra libremente la sangre residual y dejar un fragmento de cordón umbilical entre dos pinzas, para realizar la prueba de coombs directa.

b. En el recién nacido realizar las pruebas de laboratorio necesarias para valorar su estado al nacer.

Actualmente se cuenta con la gamma globulina anti-D inmune a Rh ( Rh IG) mal llamada "vacuna anti Rh", que bloquea la formación de anticuerpos anti-Rh, impidiendo que la paciente quede sensibilizada y tenga problemas en futuros embarazos. Debe aplicarse 300mg durante las primeras 72 horas después del parto o del aborto si espera nuevos embarazos. Sin embargo, no debe usarse en pacientes Rh negativos cuyo:

- Esposo sea Rh negativo

- Hijo sea Rh negativo

- Hijo sea Rh positivo no sensibilizado, que tenga prueba de coombs directa negativa.

Manejo pediátrico en casos de pacientes Rh negativos.

⇒ Si la prueba de coombs directa es negativa, indica producto no afectado por anticuerpos anti-D.

⇒ Si la prueba de coombs directa es positiva, el producto ha sido afectado por anticuerpos anti-D, en cuyo caso es necesario:

a) Tener sangre cruzada disponible para transfusión o posible exsanguinotransfusión.

b) Vigilar estrechamente la evolución de la ictericia del recién nacido mediante:

b.1) Determinaciones periódicas de la concentración de bilirrubina

b.2) valoración periódica de la cantidad de hemoglobina

Si en las pruebas anteriores se observa que la bilirrubina sube y/o la hemoglobina baja, se debe pensar en la severidad del proceso hemolítico e indicar oportunamente una transfusión o exsanguinotransfusión.

La transfusión se indica en:

- ⇒ Productos menores de 2000g
- ⇒ Pacientes con antecedentes de productos afectados
- ⇒ Recién nacidos con menos e 12g de hemoglobina en la sangre de cordón umbilical.
- ⇒ Casos de que exista desarrollo de ictericia en las primera 24 horas

Cuando aumenta la bilirrubina arriba de 20 mg % existe el riesgo de que ocurra el kernicterus.

La bilirrubina y la ictericia moderadas pueden mejorar con la exposición del producto a fototerapia, este procedimiento consiste en exponer directamente el producto a la luz intensa producida por tubos fluorescentes, aunque no se conoce con exactitud el mecanismo de acción de la fototerapia, produce una foto oxidación de la bilirrubina en la piel del producto que la hace mas fácilmente degradable.

Tratamiento mediante exsanguinotransfusión

La exsanguinotransfusión es un procedimiento terapéutico que tiene por objeto extraer de la sangre del recién nacido los anticuerpos provenientes dela sangre materna, que le provocan un proceso hemolítico; una exanguinotransfusión adecuada es aquella mediante la cual se retira de la sangre del recién nacido, cuando menos el 85% de los glóbulos sensibilizados.

Los objetivos secundarios pero igualmente importantes de este tratamiento consiste en intentar corregir la anemia y evitar que ocurra insuficiencia cardiaca, así como disminuir la bilirrubina en el recién nacido.

## 2. METODOLOGÍA

En la aplicación del proceso atención en enfermería se tomo el modelo de Virginia Henderson para detección de necesidades y en la elaboración de diagnósticos se utilizarón los de la NANDA.

### 2.1 1a ETAPA VALORACION

se realizó la recolección de datos a través de:

#### a. Historia clínica de enfermería .

Se tomo el formato de Virginia Henderson (Anexo 1) eliminándose algunos aspectos que no se utilizaran en el cliente.

#### b. Exploración física.

Se realizo de manera cefalocaudal utilizando los siguientes métodos:

**Inspección:** Examen en donde se utiliza la observación.

**Se examino:** tipo de respiración, color y características de la piel, actitud del neonato, implantación del pelo, reflejos presentes.

**Auscultación:** Se examinaron ruidos cardiacos, ruidos pulmonares, ruidos abdominales

**Palpación:** Se examinaron fontanelas, cartílago auricular, alineación de clavículas

abdomen (para descartar viceromegalias)

descenso de testículos

#### c. Expediente clínico

Se tomara información que nos indique datos precisos de laboratorio.

**BH:** Cifras del nivel de hemoglobina y cuenta de glóbulos rojos

**Coombs:** Niveles de bilirrubina en sangre.

## 2.2 2a ETAPA DX DE ENFERMERÍA.

Con base a los datos obtenidos se utilizo el siguiente formato.

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	DX. DE ENFERMERÍA

## 2.3 3a ETAPA

Planeación.

Ya identificados los Dx de enfermería se plantearon los objetivos utilizando el siguiente formato.

NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVO

## 2.4 4a y 5a ETAPA.

Ejecución y Evaluación

Con base a los objetivos planeados se llevaron acabo las acciones de enfermería y se realizo la evaluación de acuerdo a los resultados de las acciones

Se utilizo el siguiente formato.

NECESIDAD : DX . ENFERMERÍA : OBJETIVO :		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO	EVALUACIÓN

### 3. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA

#### HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: R/Pacheco Ramos

EDAD: 9 hrs.

PESO: 2925 g

TALLA: 53 cm.

FECHA DE NACIMIENTO: 22.VIII.2000

SEXO: Hombre

#### I. VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

##### a) Oxigenación

Objetivo:

Registro de signos vitales y características.

Pulso 140 Respiración 38 Temperatura 35°

características: \_\_\_\_\_

coloración de piel, techos ungueales, peribucal

No hay datos de cianosis

Retorno venoso: adecuado

##### b) Nutrición e hidratación. Subjetivo.

Dieta: leche maternizada No de comidas diarias: 8 tomas en 24 hrs

Trastornos digestivos: ninguno hasta el momento

Intolerancia alimenticia: ninguna

Objetivo:

Turgencia de la piel: lisa sin problemas

Membranas mucosas hidratadas / secas: mucosas hidratadas

##### c) eliminación:

Objetivo:

Abdomen, características: blando depresible sin viceromegalias

Ruidos intestinales: Normales

##### d) Termorregulación. Subjetivo

Adaptación al medio: el RN tiene 9 hrs de vida extrauterina y aun no controla su temperatura, tiende a la hipotermia

2. a) Moverse y mantener una buena postura.

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza:

Capacidad muscular: tono: debil resistencia: ninguna

Dolor con el movimiento: ninguno aparente

Descanso y sueño

Subjetivo.

Horas de sueño: un recién nacido pasa la mayor parte del tiempo dormido solo se despierta para comer

d) Necesidad de higiene y protección de la piel: son dos necesidades básicas debido a la edad del neonato, no tiene control de esfínteres, no puede asearse solo ni cuidar de su piel.

e) Necesidad de evitar peligros: el neonato requiere de un vigilancia estrecha por su edad y el tratamiento al que sera sometido

3. a) Necesidad de comunicarse: la única manera de comunicarse es a través del llanto

### 3.2 PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de R/N. de término con 4 hrs. de vida extrauterina, producto de gesta III obtenido por cesárea con RH (-) como producto valioso.

con los siguientes datos.

Hora de nacimiento: 12:45

Sexo: Hombre

Apgar: 8-9

Peso: 2925

Talla: 53 cm

P.C: 34 cm

P.A: 31 cm

S.I: 21 cm

Pie: 8 cm

### ANTECEDENTES MATERNOS

Madre de 36 años GIII A1.C-O

FUM : 12 de Diciembre 99. gpo.A RH (+).

Gesta II obtuvo un producto vivo pero fallece a las 24 hrs. no le aplicaron antirhogam.

### 3.2.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Neonato activo hipotermico con tinte icterico + pupilas isocóricas con respuesta a la luz tórax con movimientos respiratorios normales abdomen plano depresible, con movimientos peristálticos presentes, genitales con testiculos ya descendidos miembros pélvicos sin problemas.

Temperatura 35.7

Pulso 142\*1

Respiración 39\*1

Datos de laboratorio: Leucocitos: 16200                      bilirrubina: 4.3

Glucosa: 60 mg                      Calcio: 5.5

Ingresa al servicio de cunero patológico por presentar las siguientes necesidades.

- 1) Necesidad de termorregulación asociada al periodo de adaptación al medio manifestado por 37.5
- 2) Nutrición e hidratación asociada a la falta de alimentación materna por la separación del binomio madre-hijo manifestada por inquietud
- 3) eliminación asociada a 4.3 mg de bilirrubina en sangre y manifestada ictericia (+).
- 4) Higiene y protección de la piel a la falta de control de esfínteres fisiológica y manifestada por micción y evacuación espontánea
- 5) Descanso y sueño asociada a la manipulación de la enfermera y medico manifestado por irritabilidad y llanto.
- 6) Comunicación asociada a la separación del binomio madre-hijo manifestada por el llanto
- 7) Evitar peligros debido al tratamiento de fototerapia

### 3.2.2 NECESIDADES Y DX. DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	DX. DE ENFERMERÍA
1. TERMORREGULACIÓN	termorregulación ineficaz condicionada por proceso de adaptación del medio manifestada por disminución de la temperatura corporal
2. NUTRICIÓN	Alteración en el mantenimiento de la salud asociada a la separación madre hijo manifestada por la inquietud
3. ELIMINACIÓN	Alteración en el mantenimiento de la salud asociada a la disminución en la eliminación de bilirrubina, manifestada por hiperpigmentación amarilla en la piel.
4. HIDRATACIÓN	Riesgo de déficit de volumen de líquidos condicionada por la permanencia continua en fototerapia
5. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada a micción y evacuación espontánea.
6. DESCANSO Y SUEÑO	Alteración del patrón de sueño condicionado por la interrupción de la enfermera para procedimientos terapéuticos manifestada por llanto.
7. COMUNICACIÓN	Riesgo de alteración de la vinculación entre los padres y el neonato relacionado por la separación debido al tratamiento.
8. EVITAR PELIGROS	Alteración de la protección relacionada al tratamiento de la fototerapia.

### 3.2.3 PLANEACIÓN

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVOS
NUTRICIÓN	1. TERMORREGULACIÓN	QUE EL NEONATO RECUPERE SU TEMPERATURA NORMAL
DESCANSO Y SUEÑO	2. NUTRICIÓN	EVITAR QUE EL NEONATO PRESENTE HIPOGLICEMIA
HIDRATACIÓN	3. HIDRATACIÓN	EVITAR QUE EL NEONATO SE DESHIDRATE
TERMORREGULACIÓN	4. ELIMINACIÓN	EVITAR COMPLICACIONES POR EL EXCESO DE BILIRRUBINA EN LA SANGRE
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	5. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	MANTENER AL NEONATO LIMPIO Y SECO
EVITAR PELIGROS	6. DESCANSO Y SUEÑO	LOGRAR QUE EL NEONATO DUERMA EL MAYOR TIEMPO POSIBLE
ELIMINACIÓN	7. COMUNICACIÓN	PROTEGER AL NEONATO DE CAUSAS EXTERNAS
COMUNICACIÓN	8. EVITAR PELIGROS	QUE EL NEONATO SE SIENTA QUERIDO

### 3.2.4 EJECUCIÓN

<p>Necesidad: Termorregulación</p> <p>Dx. de enfermería: termorregulación ineficaz condicionada por proceso de adaptación al medio manifestada por disminución de temperatura corporal.</p> <p>Objetivo: Que el neonato recupere su temperatura normal.</p>		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Cubrir al neonato de la cabeza, envolverlo en un cobertor y colocarlo en una cuna térmica</p> <p>Regular y vigilar que la temperatura de la cuna este en 37°</p> <p>Tomar la temperatura auxiliar al neonato cada 1/2 hora</p>	<p>Las primeras 24 hrs. de vida son un periodo muy vulnerable durante el cual el niño debe hacer varios ajustes para su vida extrauterina.</p> <p>La regulación de la temperatura se presenta como un sistema gobernado por un controlador que recibe impulsos, provenientes de los sensores al calor y frío localizados en la piel, hipotálamo y medula lo cual provoca que el controlador se ponga en marcha.</p> <p>El cubrir al neonato de su cabeza evita que pierda calor por evaporación y conducción.(1)</p> <p>La vigilancia estrecha en la cuna térmica permite detectar algún cambio ya que esta contiene lámparas que emiten calor lo que estimula a los receptores de la piel que llevan los estímulos al hipotálamo.(2)</p> <p>La toma y registro de temperatura permite evaluar si el neonato ha recuperado su temperatura normal.(3)</p>	<p>después de 2 hrs. el neonato recupero y se mantuvo en 37°</p>

(1) Luis Jasso Neonatología Practica. Manual moderno 4a Ed. 1995 p.119,120

(2)(3) G.Leifer enfermería pediátrica Técnicas y procedimientos Interamericana 4a Ed. 1994 p.43,233

<p>Necesidad: Nutrición</p> <p>Dx. de enfermería: atención con el mantenimiento de la salud asociada con la separación del binomio madre-hijo, manifestada por llanto</p> <p>Objetivo: Evitar que el neonato presente hipoglicemia.</p>		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Brindar al neonato en vaso leche maternizada tibia, 30 ml. cada 3 hrs.</p> <p>Al termino darle palmadas en la espalda para que eructe</p> <p>Indicar a la madre que asista al banco de leche para que le den indicaciones para la extracción de su leche</p>	<p>La leche maternizada es un sustituto de la leche materna aunque no contiene algunos elementos importantes como anticuerpos y proteínas como la taurina.(4).</p> <p>El uso del vaso evita problemas futuros en la dentición del bebe.</p> <p>Al ser alimentado es posible que ingiera aire el cual le provoca malestar y al momento de expulsarlo salga con algo de leche y puede bronco aspirar. (5)</p> <p>Por el momento el neonato no puede consumir leche materna porque existe la posibilidad de que existan anticuerpos que puedan pasar al R/N. (6)</p>	<p>El neonato ingiere su leche sin ningún problema, se le hace que eructe y se deja cómodo</p> <p>Aunque el neonato no consuma leche materna es necesario que la madre se le extraiga para evitar congestión mamaria y continúe la producción.</p>

(4) R.H. Valenzuela manual de pediatra Interamericana p.232

(5) G.Leifer enfermería pediátrica Técnicas y procedimientos Interamericana 4a Ed. 1994 p.99

(6) Lwteck King Técnicas de enfermería manual ilustrado 3a Ed. interamericana Editorial McGraw Hill México

Necesidad:	eliminación
Dx. de enfermería:	Alteración en el mantenimiento de la salud asociada a la disminución en la eliminación de bilirrubina manifestada por hiperpigmentación amarilla en piel.
Objetivo :	Evitar complicaciones por exceso de bilirrubina en la sangre.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Desvestir al niño</p> <p>Colocar antifaz (protección ocular).</p> <p>Verificar que los pabellones auriculares no estén doblados o que el antifaz produzca demasiada presión en la cabeza del neonato</p> <p>Cubrir genitales con un cubre boca que contenga el medio papel carbón</p> <p>Colocar lámpara con luz fluorescente sobre la cuna del neonato</p> <p>Cambios de posición</p>	<p>El neonato debe estar desnudo para aumentar la superficie expuesta a la luz</p> <p>La luz ultravioleta puede provocar daño en los ojos del neonato. Sin embargo si los ojos permanecen cubiertos continuamente se puede producir una infección .</p> <p>Aunque no está comprobado la luz puede provocar problemas de esterilidad en el niño .</p> <p>La luz reduce los niveles de bilirrubina por fotooxidación eliminándola por orina y evacuación</p> <p>Es necesario que la luz penetre en todo el cuerpo para mejorar la eliminación de bilirrubina. (7)</p>	<p>La fototerapia no fue un tratamiento definitivo ya que hubo necesidad de realizar exanguinotransfusión, al neonato pues los niveles de bilirrubina aumentaron aun con el tratamiento de la fototerapia.</p>

(7) Lwteck King Técnicas de enfermería manual ilustrado 3a Ed. Interamericana Editorial McGraw Hill México p. 1120,1121

<p>Necesidad:            hidratación</p> <p>Dx. de enfermería: Riesgo de déficit de volumen de líquidos condicionada por la permanencia continua en fototerapia</p> <p>Objetivo :            Evitar que el neonato se deshidrate</p>		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Proporcionar hidratación al neonato cada 2 hrs. solución glucosada al 5% 30 ml.</p>	<p>Cuando el neonato esta expuesto al TX. de fototerapia elimina bilirrubina a través de orina, evacuaciones y piel por lo que requiere mayor aporte de líquidos (8)</p>	<p>El neonato acepta su hidratación y no presenta signos de deshidratación</p>

(8) Lwteck King OP.CIT p.1122.

Necesidad: Higiene y protección de la piel  
 Dx. de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada a micción y evacuación espontánea  
 Objetivo: Mantener al neonato limpio y seco.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Cuando el neonato micciona o evacua es necesario retirar la ropa sucia y pesarla para el control estricto de líquidos, procurar hacerlo con cuidado para no despertar al neonato.</p>	<p>Mantener al niño limpio y seco es importante ya que a través de la micción y evacuación elimina bilirrubina y al contacto con la piel puede provocar irritación. (9)</p>	<p>El neonato miccionaba constantemente pero no presento ningún problema en su piel ya que inmediatamente se cambiaba.</p>

(9) Lwteck King OP.CIT p.1122

Necesidad: Descanso y sueño  
 Dx. de enfermería: Alteración del patrón de sueño condicionado por la interrupción de la enfermera para procedimientos terapéuticos manifestada por llanto.  
 Objetivo : Que el neonato duerma el mayor tiempo posible.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Es necesario que cuando el neonato tenga que alimentarse aprovechar el tiempo, alimentarlo y cambiarlo al mismo tiempo dejándolo cómodo y limpio para que duerma lo mas que pueda .</p>	<p>Los recién nacidos suelen dormir 20 hrs. al día solo despiertan para comer o cuando se sienten incómodos (mojados). (10)</p>	<p>Se intenta respetar el sueño del neonato pero debido al manejo constante como cambio de posición y cambio de pañal lo hacían despertar pero en tiempo recuperaba el sueño.</p>

(10) Luis Jasso Neonatología Practica, Manual moderno 4a Ed. 1995 p. 119

Necesidad:	Comunicación
Dx. de enfermería:	Riesgo de alteración de la vinculación entre los padres y el neonato relacionado por la separación debido al tratamiento
Objetivo :	Que el neonato se sienta querido.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Cuando se le alimenta al neonato es necesario retirarlo de la fototerapia quitarle el antifaz, el cubre genitales, cubrir al neonato con un cobertor y alimentarlo. Establecer contacto verbal y físico con el neonato manifestarle cariño tocarlo y acariciarlo.</p> <p>Orientar a los padres acerca de la importancia de manifestarle su cariño al ser dado de alta.</p>	<p>El mantener los ojos vendados por tiempo indefinido puede ocasionar atrofia de retina y priva al neonato de la percepción de estímulos visuales.</p> <p>Se ha demostrado que la estimulación en neonatos favorece su pronta recuperación y disminuye su estancia hospitalaria.</p> <p>La sensopercepcion es la capacidad neurovegetativa y vivencial en el proceso de desarrollo cognoscitivo del ser humano que le permite mantenerse en interacción constante con el medio, el contacto verbal y físico son estímulos que le permitirán al neonato poner en marcha su desarrollo neurovegetativo.(11)</p> <p>La vinculación afectiva padres e hijo favorecerá al adecuado desarrollo psicomotriz y social de neonato.(12)</p>	<p>Al retirar el antifaz le cuesta trabajo adaptarse pero lo logra en poco tiempo.</p> <p>Cuando se le habla y se mantiene contacto físico el neonato se muestra tranquilo</p>

(11) Cohen J. Somestesia; Sinestesia y sentido cutáneo. la percepción sensorial. Limusa México 1994.

(12) Revista Padres e Hijos año XIX No 5 México 1997

<p>Necesidad: Evitar peligros</p> <p>Dx. de enfermería: Alteración de la protección relacionada al tratamiento de fototerapia.</p> <p>Objetivo: Proteger al neonato de causas externas.</p>		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Al colocar al neonato en la fototerapia verificar la altura de las lámparas para evitar quemaduras.</p> <p>Toma de temperatura axilar cada 2 hrs.</p> <p>Al colocar al neonato en la fototerapia colocar antifaz y cubrir genitales</p> <p>Cuando el neonato miccione o evacue cambiarlo inmediatamente</p>	<p>El apto de fototerapia contiene: El espectro de emisión de luz oscila entre 380 y 700 nm. La distancia de las lámparas y el paciente debe de ser mayor o igual de 45 a 55 cm.</p> <p>La vigilancia estrecha y la toma de temperatura permite detectar cualquier alteración de la temperatura. (13)</p> <p>Al cubrir los ojos se previene que estos se dañen con la luz. Al cubrir genitales se evita posible esterilidad en el futuro. (14)</p> <p>El cambio continuo de pañal evita que la piel del neonato permanezca en contacto con orina o evacuación ya que a través de estas se elimina la bilirrubina y puede producir irritación en la piel.</p>	<p>Durante el tratamiento el neonato no presentó ningún problema ya que la vigilancia fue muy estrecha.</p>

(13) Luis Jasso Neonatología Práctica 4a Ed. Manual Moderno 3a reimpresión 1997 p.215

(14) Lwteck King OP.CIT p.1120,1121.

### 3.2.5 EVALUACIÓN

( LOGRO DE INDEPENDENCIA DE LAS NECESIDADES ).

En cuanto al logro de la independencia de las necesidades solo fueron dos ya que por las condiciones de crecimiento y desarrollo del neonato la mayoría de sus necesidades tienen que ser cubiertas por un adulto.

Necesidad	Inicio del P. A. E.	Terminación del P. A. E.
Alimentación	Dependiente	Dependiente
Hidratación	Dependiente	Dependiente
Termorregulación	Dependiente	* Independiente
eliminación de bilirubinas	Dependiente	* Independiente
Eliminación de excretas.	Independiente	Independiente
Evitar peligros	Dependiente	Dependiente
Higiene y Protección de la piel	Dependiente	Dependiente
Comunicación	Independiente	Independiente.

### 3.3 PLAN DE ALTA.

Necesidad	Objetivo	Intervención de Enfermería
Alimentación.	Que la madre aprenda la técnica para amamantar.	<p>Enseñarle como tomar al niño</p> <p>Como se debe de tomar el seno.</p> <p>Como retirar al neonato de un seno y pasarlo al otro.</p> <p>Como hacerlo eructar.</p>
Eliminación.	Que los padres aprendan a cambiar el pañal.	Orientar como cambiar y limpiar al neonato para evitar rozaduras.
Descanso y sueño.	Que los padres conozcan la importancia de las horas de sueño del R/N.	Orientar acerca de las características de crecimiento y desarrollo del R/N y las horas de sueño.
Higiene y protección de la piel.	Que los padres conozcan el porque del proceso de descamación de la piel.	<p>Informar que es un efecto del tratamiento.</p> <p>Indicarles acerca del uso de alguna crema hidratante.</p>
Comunicación.	Que los padres aprendan a comunicarse con el bebe.	Orientar acerca del: Contacto físico, verbal y el uso de música.
Evitar peligros.	Que los padres conozcan todas los posibles peligros a los que está expuesto el bebe.	Orientar acerca de: Posición del bebe después de comer. Temperatura del agua al bañarlo. No dejarlo solo por largos períodos. No asistir a lugares muy concurridos y cerrados. No dejar que lo besen en la boca. Evitar cambios bruscos de temperatura.

### 3.3.1 PLANEACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA.

Objetivos: Conocer el medio en que se desarrolla el cliente.

Verificar si los objetivos planeados en el alta se han cumplido.

Reforzar la información a los padres acerca del cuidado del bebe.

Se hablo por teléfono con los padres y se concertó la cita.

Lugar: Ponfente 122 Col. Nueva Vallejo.

Día: Sábado.

Hora: 10:00 A.M.

### 3.3.2 INFORME DE LA VISITA DOMICILIARIA.

Se realizó la visita al 4° día de alta del neonato.

Se encontró una familia integrada con buena comunicación entre los padres, viven en un departamento con 2 recamaras, cocina y sala cuentan con todos los servicios intra domiciliarios, hay suficiente luz natural, el bebe tiene su cuna pero refiere su mamá que por las noches aún duerme con ella.

De los objetivos propuestos en el plan de alta.

La madre ya aprendió las diferentes técnicas de alimentación al seno materno.

En cuanto al cambio de pañales al padre se le dificulta ya que refiere que teme lastimarlo.

Se les indica que describan como se comunican con el neonato; le hablan, lo acarician y le ponen música suave.

Se les pregunta como deben de protegerlo de peligros, refieren:

Evitar cambios bruscos de temperatura, no permitir que lo besen en la boca, no asistir a lugares muy concurridos, no dormirlo boca arriba.

En general la respuesta de los padres es favorable, es un bebe mucho tiempo esperado por toda la familia, le demuestran mucho cariño y aceptación.

## CONCLUSIONES.

Con respecto al cliente, es un hijo deseado y planeado sus padres lo visitaron diariamente durante su estancia en el servicio ( 7 días).

Hubo oportunidad de platicar con ellos, se elaboró un plan de alta involucrando a ambos en el cuidado del neonato; este se muestra activo, con reflejos presentes, piel en proceso de descamación, campos respiratorios limpios, abdomen sin datos de viceromegalias, su alimentación es a libre demanda.

Al momento del alta los padres escucharon con atención las indicaciones del médico y la enfermera, se mostraron satisfechos por la atención recibida.

El neonato se integró a su núcleo familiar sin ningún problema.

En cuanto a la aplicación del proceso utilizando el modelo de Virginia y los diagnósticos de enfermería de la NANDA fue una nueva experiencia que sin duda me servirá como base para los próximos trabajos y para mi desarrollo profesional.

Es importante mencionar al personal de enfermería de servicio de cuneros del Hospital de Gineco - Obstetricia del Centro Médico la Raza del "IMSS" que me brindaron su apoyo de manera incondicional, y en especial a las profesoras que me asesoraron.

Lic. Magdalena Mata Cortés.

Lic. Ma. de los Angeles García Albarran.

## SUGERENCIAS.

A las autoridades de la ENEO.

Dar mayor difusión a estos seminarios.

Brindar facilidades a los asesores para que asistan a los diferentes sedes  
( ENEP IZTACALA ).

A la ENEP Iztacala.

Programar seminarios de actualización sobre P. A. E. dirigido a los docentes.

A los docentes de la ENEO.

Tomar en cuenta la capacidades de cada alumna.

## GLOSARIO

**Analizar:** Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde puede situarse en la "imagen completa".

**Anticuerpo:** Sustancia específica de la sangre que se produce como reacción a la introducción de un antígeno y que ejerce una acción antagónica específica sobre la sustancia por cuya influencia se ha formado.

**Antígeno:** Sustancia que introducida al organismo provoca la formación de anticuerpos.

**Bilirrubina:** Pigmento biliar de color amarillo producido por la degradación de glóbulos rojos.

**Cromosoma:** Pequeños cuerpos en forma de bastoncillos en asa en que se divide la cromatina del núcleo celular en la mitosis, los cuales se dividen longitudinalmente, su número es constante para una especie determinada en el hombre 46, 44 autosómicas y 2 sexuales.

**Diagnóstico:** Segunda etapa del proceso de enfermería, durante el cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud (capacidades y problemas de salud reales y potenciales).

**Diagnostico de enfermería:** Problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente.

**Ejecución:** Cuarta etapa del proceso de enfermería, que implica poner en práctica el plan de cuidados.

**Eritrocito:** Glóbulo rojo de la sangre (hematle).

**Eritoblastosis fetal:** Enfermedad hemolítica de los recién nacidos que ocurre cuando la madre es Rh(+) y desarrolla anticuerpos contra el feto Rh(-).

**Evaluación:** Quinta etapa del proceso de enfermería, durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos; se analizan cada una de las etapas previa para identificar los factores que favorecen o dificultan el progreso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según este indicado.

**Hemólisis:** Desintegración de los glóbulos rojos de la sangre.

**Heterocigoto:** Individuo en el cual los genes homólogos de los cromosomas del mismo par son diferentes, uno dominante y el otro recesivo.

**Homocigoto:** Individuo en el que los cromosomas presentan constitución igual.

**Ictericia:** coloración amarilla de la piel conjuntiva debido a un exceso de bilirrubina en la sangre.

**Inmune:** Protegido natural o artificialmente contra una enfermedad.

**Intervención de enfermería:** acción realizada por una enfermera para prevenir la enfermedad (o sus complicaciones) y para promover, mantener y recuperar la salud, o para ayudar al paciente terminal a lograr una muerte pacífica.

**Isoglutinina:** Aglutinina contenida en un suero capaz de aglutinar los hematíes provenientes de un individuo de la misma especie.

**Isoimmunización:** Inmunización de un individuo con antígenos de la misma especie.

**Objetivo centrado en el cliente:** Objetivo del cliente / paciente que se describe datos medibles que indican si el individuo ha logrado los beneficios esperados de los cuidados de enfermería.

**Plan de tratamiento médico:** Plan usado por los médicos para tratar enfermedades (se centra en la corrección de la patología o lesiones de órganos o sistemas).

**Planificación:** Tercera etapa del proceso de enfermería, durante la misma se definen objetivos, se identifican las actividades y se desarrolla un plan de cuidados de enfermería.

**Potencial:** Existe en el momento actual

**Proceso de enfermería:** Método sistemático y organizado para administrar los cuidados de enfermería, centrándose en la identificación del tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a alteraciones de la salud reales o potenciales.

**Real:** Existen condiciones para que pueda aparecer.

**Transfusión:** Transferencia de sangre de un donador a un receptor.

**Sintetizar:** Reunir fragmentos de información para tener una imagen más clara del conjunto.

**Valoración:** Primera etapa del proceso de enfermería, durante la cual se reúnen y examinan los datos, en preparación para la segunda etapa: el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro Rosa Linda. Aplicación del Proceso de Enfermería Guía práctica 3a Ed.  
Madrid Mos by Doyma 1996 p 139.
- Avery Gordon. Fisiopatología del Recién Nacido. Edit. Interamericana. Argentina  
1989.
- Bárbara Kozeir BA BSN:RN:MN: Enfermería Fundamental Conceptos  
Procesos y Prácticas. Interamericana Mc Graw Hill 4a Ed. México 1993.
- Bleir I.J. Enfermería Materno Infantil. 4ta. ed. Edit. Interamericana. México  
1988.
- Cohen J. Somestesia, Cinestesia y Sentido Cutáneo la Percepción Sensorial.  
Edit. Limusa. México 1994.
- Colliere Marie Françoise. Promover la Vida de la Práctica de las Mujeres,  
Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería. Edit. Interamericana Mc. Graw  
Hill Barcelona.
- Diccionario Enciclopédico Salvat / uno. Ed. Salvat Editores Barcelona 1992.
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas Salvat Editores Barcelona  
1992.
- Fernandez Ferrin Carmen et. al, El modelo de Henderson y el Proceso de  
Atención de Enfermería Edit. Masson Salvat.
- Héctor Mondragón C. Obstetricia Básica Ilustrada Trillas 3a Reimpresión  
México 1997.
- Henderson A. Virginia La Naturaleza de la Enfermería México Interamericana  
Mc. Graw Hill 1994 p.19

- Janet W. Griffith -P.J.CH. Proceso de Atención de Enfermería Aplicación de Teorías Guías y Modelos, Manual moderno México 1994.
- Kozier Bárbara Enfermería Fundamental I . 4a Ed. Interamericana Mc Graw Hill Madrid 1993.
- Luis Jasso Neonatología Practica Manual Moderno 4a Ed. 3a reimpresión México 1997.
- Leslie D. Atkinson et. al, Proceso Atención de Enfermería Manual Moderno México 1993.
- Lwteck EM. King Técnicas de Enfermería Manual Ilustrado, Interamericana Mc. Graw Hill. México 1986.
- R. Alfaro Aplicación del Proceso de Enfermería Guía Practica Mosby/Doyma libros 3a Ed. México.
- Ma Teresa Luis Rodrigo Diagnósticos Enfermeros Un Instrumento para la Practica Asistencial Ed. Marcourt Brace Madrid E. 1998 p.8
- Marie-Franciose Colliere. Encontrando el Sentido Original de los Cuidados de Enfermería Rev.Rol.1999.
- Susana Rosales Fundamentos de Enfermería Manual moderno México 1991.
- San Martín Hernán y Vicente Pastor, Salud Comunitaria. Teoría y practica 2da Ed. Madrid. Ediciones Diaz de Santos 1988 p.13