



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN RECIÉN NACIDO PRE TÉRMINO
CON DEFICIENCIA EN EL PATRÓN RESPIRATORIO
RELACIONADO A INMADUREZ PULMONAR

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

LORENA MELLADO DÍAZ
NO. CTA. 400107747

DIRECTORA DEL TRABAJO


M.C.E. ARACELI JIMÉNEZ MENDOZA

MÉXICO, 2004.



ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA



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.

Señor, en mi corazón estás siempre. Gracias te doy por lo feliz de mi existencia, por los logros realizados, por los padres que me diste, por lo bello de la vida, por dejar llegar este día, por la luz que me encamina a través de tu sabiduría.

La vida es un camino que presenta a cada instante lo maravilloso y grandioso que es vivir, cada obstáculo es un reto, un desafío en donde la penumbra es el comienzo.

El breve espacio de la vida lo compartimos con nuestra familia y todas aquellas personas que forman parte del desarrollo de la vida. Doy gracias a ellos por permitirme llegar a este momento.

*" y a quienes me dieron el ser, con toda mi vida
para mis padres:*

José Manuel y María Eugenia.

*A quienes amo y admiro, hoy se ven los
resultados de tanto amor, comprensión, consejos
y estímulos que recibo día a día, siempre en mi
mente está el deseo de no defraudarlos. Los
amo".*

*A mis hermanos los quiero y les agradezco:
José Manuel e Israel, por apoyarme en todas las
decisiones de mi vida, paciencia e impulso que
me brindaron.*

*Eduardo gracias por tu apoyo incondicional, por
tu amor, ternura y paciencia.*

A la ENTEO y a la FES IZTACALA por la formación académica que recibí de los excelentes Profesores con que cuentan.

Con admiración y cariño a la Profesora Araceli Jiménez Mendoza, le doy las gracias por su ayuda y colaboración en la realización de esta investigación.

A la Profesora Ursina que con su apoyo y confianza me impulsó a seguir adelante en los momentos adversos, brindándome siempre lo mejor de sí. Por ello mi más infinito agradecimiento.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	
I.JUSTIFICACIÓN	1
II.OBJETIVOS	3
III.METODOLOGÍA	4
IV.MARCO TEÓRICO.	6
4.1.Proceso Atención de Enfermería.	6
4.2.Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	44
4.3.Definición de Enfermería.	48
4.4.Recién Nacido Pretérmino.	50
4.4.1.generalidades sobre crecimiento y desarrollo embrionario y fetal.	57
4.4.2.parámetros de valoración de enfermería de madurez fetal y neonatal.	58
4.5. Necesidades Especiales del Prematuro.	64
4.6.Problemas de la Prematuridad y Objetivos de Enfermería.	68
V.APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.	84
5.1.Presentación del caso.	84
5.2.Jerarquización de necesidades.	85
5.3.Diagnóstico de Enfermería.	89

5.4.Planeación, Ejecución y Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería.	94
5.5.Evaluación de las Intervenciones de Enfermería.	102
5.6.Evaluación del Proceso Atención Enfermería.	105
VI.CONCLUSIONES.	108
VII.SUGERENCIAS.	110
VIII.BIBLIOGRAFÍA	111
GLOSARIO DE TÉRMINOS	
ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

La Perinatología es una rama de la Gineco-Obstetricia que trata del estudio de los factores que afectan el crecimiento y desarrollo fetal y los relacionados al tiempo del nacimiento. Al mismo tiempo se ha especializado el conocimiento del neonato en una especialidad de la Pediatría la cual se conoce con el nombre de Neonatología. Ambas especialidades en íntima relación con el embarazo y el producto de la gestación han logrado mejorar la atención de los recién nacidos especialmente de los neonatos de alto riesgo. A este grupo corresponden los prematuros y los débiles congénitos. Son prematuros cuando el nacimiento ocurre antes del término de la gestación, entre la semana 24 a la 36 y los segundos cuando la gestación ha llegado a término pero, afectada la nutrición impidió el crecimiento y desarrollo normal.

El término prematuro se aplica a todo recién nacido con menos de 36 semanas de gestación o con un peso menor de 2,500 gr. Esto se debe a la dificultad para precisar con exactitud el tiempo de embarazo, sin embargo, los signos para valorar la madurez de sus estructuras anatómicas es posible determinar si un recién nacido es hipotrófico o prematuro. En ambos casos el bajo peso es lo sobresaliente por lo que los aspectos clínicos y el manejo son semejantes.

Durante la gestación se supone que el crecimiento y desarrollo del prematuro es normal, pero siempre está latente el riesgo de que el embarazo se interrumpa en cualquier tiempo gestacional; cuando por algún factor se desencadena el trabajo de parto después de la vigésima cuarta semana de gestación, lo que da como resultado el nacimiento prematuro del producto. De acuerdo con la edad gestacional van a ser sus características de peso y talla e inmadurez funcional, limitantes para la supervivencia.

El nacimiento antes de tiempo somete a un riesgo elevado al neonato, dadas sus condiciones se encuentra propenso a adquirir infecciones agregadas, lo cual complica el estado de salud.

Las observaciones de Enfermería para la detección oportuna de riesgo de problemas deben ser exactas para adaptar los planes de asistencia y satisfacer sus necesidades individuales; para esto es necesario que la Enfermera tenga los conocimientos de los factores relacionados a la fisiopatología de la enfermedad y los efectos del tratamiento ordenado. Con base a esto, las actividades de Enfermería se realizan en forma lógica y fundamentada.

La participación del personal de Enfermería en los avances crecientes de la Neonatología han permitido disminuir las tasas de morbilidad y hacer efectivas las medidas preventivas en la etapa perinatal ya que al tener mayores conocimientos del crecimiento y desarrollo embrionario y fetal ha sido posible prever las consecuencias de los factores que inciden en el feto y condicionan la salud del producto al nacer. Estos avances se han revertido en una mejor situación de los recién nacidos prematuros o hipotróficos donde se disminuyen los mecanismos de adaptación neonatal y si a esto se suman factores del matroambiente como son la ruptura prematura de membranas o estados patológicos de la madre como la toxemia gravídica la sobrevivencia del producto se ve aún más afectadas. Por lo tanto, la atención de Enfermería ante ambas situaciones es determinante para preservar la vida y las potencialidades con las cuales va a continuar el crecimiento y desarrollo ulterior. De aquí la relevancia del presente estudio clínico que fundamenta ampliamente las acciones específicas de Enfermería de acuerdo a las características específicas y la evolución de un neonato prematuro afectado por el riesgo potencial de infección ante un insuficiente desarrollo del sistema inmunológico y deficiencia en el patrón respiratorio relacionado a inmadurez pulmonar.

I.JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que es indispensable contar con un amplio panorama de información actualizada, el profesional de Enfermería tiene hoy un compromiso impostergable para participar en la solución de problemas de salud individual y colectiva, en una sociedad cada vez más dañada por la situación económica y un contexto cambiante que pone de manifiesto la necesidad de mayor participación en un trabajo de grupo, que se debe de dar a la par entre profesionistas de diversas disciplinas con alta capacidad de trabajo, competitividad y calidad para brindar una mejor atención al neonato en las diferentes patologías que pudieran llevar a un recién nacido a un estado crítico.

Aproximadamente el 7% de los recién nacidos son de bajo peso (peso menor de 2,500 grs.) y dos tercios de ellos son pretérmino.¹

Dentro del grupo de los pretérmino aquellos con un peso menor a 1,500 grs., representan el 0.5 – 1% de todos los recién nacidos, aunque es un número pequeño en términos absolutos representan el 40% de las muertes neonatales, realizan la ocupación de la mitad de las camas de cuidados intensivos y constituyen el grupo de mayor riesgo de secuelas de tipo neurológico y funcional, si logran sobrevivir.

Las tasas de prematuridad se han incrementado en los últimos 15 años, a pesar de que ha disminuido la mortalidad global y la mortalidad específica relacionada con el peso al nacer

¹ Organización Panamericana de la Salud, "Esperanza de vida al nacer" En: La salud de las Américas, Volumen 1, Edición 1998. pp. 17-22.

Las estrategias de intervención pediátrica a nivel de la población adolescente, incluyen: reforzar la autoestima, las habilidades de comunicación y los valores personales, instruir sobre evitar los embarazos no deseados y la actividad sexual sin protección.

En definitiva promover una educación integral de la población adolescente reforzando la autoestima y optimizando su preparación cognitiva, se traduce en el ejercicio de una sexualidad segura, responsable y racional, que finalmente ocasiona una menor incidencia de partos pretérmino.²

La importancia de la Enfermera en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, radica en la conciencia de nuestra misión, el saber y entender el deber y la vocación de la propia profesión, desde efectuar una adecuada valoración y un diagnóstico de Enfermería correcto hasta saber realizar sugerencias y opiniones sobre el manejo del paciente, ya que somos el personal que se encuentra las 24 horas con el paciente, con quien el familiar descarga sus emociones, la mano del médico, la imagen de nuestra profesión y la proyección de nuestra institución a la cual pertenecemos.

A veces la carga de trabajo, la falta de herramientas y la incompreensión de la gente nos desmotiva y hace que disminuya, o se rutinize esa capacidad de acción, pero no debemos olvidar que tenemos en nuestras manos a este pequeño ser que nos obliga y compromete a ser mejores y desarrollar nuestras potencialidades para poder actuar y tomar decisiones correctas para satisfacer las necesidades del bebé; y ver al final de la jornada cumplida nuestra misión: **la salud del Recién Nacido y la alegría de sus padres.**

² Yolanda Senties Echeverría. Norma Oficial Mexicana. Consultado el día 30 del mes de noviembre del año 2003 en <http://www.salud.gob.mx/unidades/edi/nom/007SSA23.html>.

II.OBJETIVOS

- Identificar las características del Recién Nacido de alto riesgo, su manejo y su control neonatal.
- Elaborar un plan de atención específico de Enfermería para el niño prematuro.
- Proporcionar cuidados específicos de Enfermería brindando al máximo la mejor calidad de atención al neonato, basándose en sus necesidades primordiales como respuesta humana.
- Propiciar en Enfermería el desarrollo de su capacidad de análisis y toma de decisiones en el proceso de atención a la salud del Recién Nacido prematuro.
- Mejora de la calidad asistencial extremando los cuidados del Recién Nacido prematuro a través de la evaluación de las acciones de Enfermería.

III.METODOLOGÍA

- Este proceso de Atención de Enfermería fue realizado tomando el modelo de Virginia Henderson.

Es un modelo humanista centrado en la persona, a la que considera como un ser bio-psico-social y espiritual, un sistema con 14 necesidades o subsistemas.

Para Henderson todas las necesidades son fundamentales para la vida y para mantener un estado de salud óptimo.

El objetivo del modelo de Henderson es conseguir que la persona sana o enferma sea independiente en la satisfacción de sus necesidades.

La valoración de las 14 necesidades básicas permite un amplio conocimiento del estado de salud/enfermedad del recién nacido y también de cómo los padres viven la hospitalización y enfermedad de su hijo/a. La valoración sistemática y continua por parte de las Enfermeras permite detectar los problemas más importantes que presenta el recién nacido, y planificar los cuidados de forma individualizada.

Los cuidados que los profesionales de Enfermería realizan con los neonatos, como en cualquier otra área o especialización, son de dos tipos:

Autónomos, que incluyen todas las intervenciones de Enfermería planificadas para solucionar los problemas reales o potenciales que presentan los recién nacidos y sus padres como respuesta humana al estado de enfermedad y a la hospitalización, que son de su competencia y que decide independientemente de otros profesionales.

Independientes, que incluyen todas las intervenciones de Enfermería planificadas para la colaboración en el diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico y su seguimiento y/o las pruebas diagnósticas.

- El estudio clínico se realizó en un neonato prematuro de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda del ISSSTE.

El presente caso clínico muestra cómo la planificación y ejecución de los cuidados contemplando ambas vertientes, paralelas y complementarias (rol autónomo y rol interdependiente); son decisivas para el restablecimiento del recién nacido y para el seguimiento por parte de los padres una vez que está en casa.

Los cuidados de Enfermería se planificarán y ejecutarán a partir del proceso de atención centrado en las necesidades del recién nacido y de sus padres.

Presento la recogida de datos y la valoración de las necesidades básicas a lo largo de toda la hospitalización, análisis e interpretación de los mismos, planificación y ejecución de los cuidados y su evaluación.

El trabajo se realizó durante todo el tiempo que el pequeño estuvo hospitalizado, 3 meses aproximadamente en total.

- Para los registros se utilizó la documentación del Servicio expediente clínico.
- La formulación de los diagnósticos de Enfermería se hizo mediante la taxonomía diagnóstica de la NANDA.

IV.MARCO TEÓRICO.

4.1. Proceso Atención de Enfermería.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores
- Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos

Los objetivos

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También :

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

El desarrollo del PAE :

Hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente además de tener una serie de capacidades :

- Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparataje) .
- Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico
- Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar) .

Las ventajas :

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

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

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

Las características:

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos

conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.³

* Etapa de VALORACIÓN :

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia .

Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, éstos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.

³ Alfaro R. Aplicación del Proceso Atención Enfermería, 2da. Edición. Barcelona, Doyma, 1992. pág.6,9.

- **Habilidades:** en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- **Comunicarse de forma eficaz.** Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- **Observar sistemáticamente.** Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- **Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.** Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- **Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies":** sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- **Criterios de valoración por "sistemas y aparatos":** se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- **Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud":** la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial , donde deberemos de buscar :

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente .
- Factores Contribuyentes en los problemas de salud .

En las valoraciones posteriores , tenemos que tener en cuenta :

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado .
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente .
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido .
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente .

En la recogida de datos necesitamos :

- Conocimientos científicos (anatomía , fisiología , etc ...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones) .
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas) .
- Convicciones (ideas , creencias , etc ...)
- Capacidad creadora .
- Sentido común .
- Flexibilidad .

Tipos de datos a recoger :

Un dato es una información concreta , que se obtiene del paciente , referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado .

Nos interesa saber las características personales , capacidades ordinarias en las actividades , naturaleza de los problemas , estado actual de las capacidades .

Los tipos de datos :

- Datos subjetivos : No se pueden medir y son propios de paciente . lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos) .
- datos objetivos : se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial) .
- datos históricos - antecedentes : Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas) .
- datos actuales : son datos sobre el problema de salud actual .

Métodos para obtener datos :

A) Entrevista Clínica:

Es la técnica indispensable en la valoración , ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos .

Existen dos tipos de entrevista , ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas Y en el planteamiento de sus objetivos Y también.

- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista. No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos:

- Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican;
- Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

La entrevista puede verse interrumpida por los ruidos, entendiéndose por esto no solamente los ruidos audibles sino también, la imagen global que ofrece el centro sanitario. Éstas pueden ser controladas por el entrevistador en la mayoría de los casos. Tres tipos de interferencias:

- **Interferencia cognitiva:** Consisten en que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

- Interferencia emocional Es frecuente, consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión, miedo a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismos, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso desresponsabilización de las obligaciones, Borrell (1986),
- Interferencia social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.

Las técnicas verbales son:

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.
- Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.
- Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:
 - Expresiones faciales,
 - La forma de estar y la posición corporal,
 - Los gestos,
 - El contacto físico,
 - La forma de hablar.

Para finalizar la entrevista y siguiendo a Briggs, J. (1985) y Gazda G.M. (1975) concretaremos las cualidades que debe tener un entrevistador: empatía, calidez, concreción, y respeto.

- Empatía: Entendemos por empatía la capacidad de comprender (percibir) correctamente lo que experimenta nuestro interlocutor, Cibanal (1991). Pero Borrell (1989), nos aporta que no basta con comprender al cliente, si no es capaz de transmitirle esa comprensión. La empatía pues consta de dos momentos, uno en el que el entrevistador es capaz de interiorizar la situación emocional del cliente, Y otro en el que le da a entender que la comprende.
- Calidez: Es la proximidad afectiva entre el paciente y el entrevistador. Se expresa solo a nivel no verbal
- Respeto: Es la capacidad del entrevistador para transmitir al paciente que su problema le atañe, y que se preocupa por él preservando su forma de pensar, sus valores ideológicos y éticos Borrell (1989). En palabras de Cibanal (1991), implica el aprecio de la dignidad y valor del paciente y el reconocimiento como persona.
- Concreción: Es la capacidad del entrevistador para delimitar los objetivos mutuos Y compartidos de la entrevista, Borrell (1989).

Cibanal (1991) nos aporta una quinta característica del entrevistador:

La autenticidad, ésta supone que «uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos».

B) La observación :

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente,

como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C) La exploración física :

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física. Se centra en: determinar en Profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales Y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- **Auscultación:** consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud :

- **Desde la cabeza a los pies:** Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática Y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- **Por sistemas corporales o aparatos,** nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- **Por patrones funcionales de salud,** permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

La información física del paciente que se obtiene es idéntica en cualquiera de los métodos que utilicemos.

* VALIDACIÓN DE DATOS :

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Esto es, debemos asegurarnos de que el paciente quiere indicar lo que de hecho dice. En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayudan a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptible de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

* ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS :

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow, 1972), o por patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información. Estas categorías ya las hemos visto en el apartado de examen físico y como habíamos apuntado, para el establecimiento de la agrupación, se debe elegir la que más se adapte al modelo desarrollado en cada centro asistencial, etc. Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud: Diagnósticos médicos, problemas de salud; resultados de pruebas diagnosticas y los tratamiento prescritos.
- Valoración física
- Patrones funcionales de salud.

La valoración mediante patrones funcionales (funcionamiento) se realiza en términos mensurables y no abstractos (necesidades), en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades; antes al contrario, se complementan, Tomás Vidal (1994).

Aquí aportaremos que los diagnósticos de enfermería nos ayudan en la tarea de fundamentar los problemas detectados en las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas. Este tipo de fundamentación debería ser estudiado profundamente.

* DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN :

Es el segundo componente de la fase de valoración y las razones que justifican su uso son de manera esquemática las que siguen:

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad (véase tema referente a la garantía de la calidad de los cuidados enfermeros).
- Permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal
- Permite la investigación en enfermería
- Permite la formación pregrado y postgrado

Las normas que Iyer (1989), establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

A) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.

B) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.

C) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal», «regular», etc.

D) Los hallazgos deben describirse de manera meticolosa, forma , tamaño, etc.

E) La anotación debe ser clara y concisa.

F) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.

G) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán solo las abreviaturas de uso común.⁴

⁴ Ibidem p.8.

* FASE DE DIAGNÓSTICO :

Según se utilice el PAE de 4 fases o el de 5 es el paso final del proceso de valoración o la segunda fase. Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En ella se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no

requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería. (D.E.)

Los pasos de esta fase son:

1.- Identificación de problemas:

- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de las alternativas.

2 .- Formulación de problemas. Diagnóstico de enfermería y problemas interdependientes.

C. Componentes de los Categorías Diagnósticos aceptadas por la NANDA:

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional. La Asociación Española de Enfermería Docente (AEED) en 1993, elaboró un documento en el que especificaba estos beneficios:

- Investigación: Para poder investigar sobre los problemas de Salud que los profesionales de enfermería estamos capacitados para tratar, es necesario que los mismos estén bien definidos y universalizados, a fin de que los resultados de las investigaciones, puedan ser comprendidos y aplicados por otros enfermeros. Es evidente que esto no es posible llevarlo a cabo sin disponer de un lenguaje común previo que aúne los criterios y facilite la comunicación e intercambio de datos. En este momento los Diagnósticos enfermeros pueden contribuir a la consolidación de la disciplina en Enfermería mediante líneas de investigación dirigidas a:
 - Determinar la compatibilidad de una taxonomía con cada uno de los modelos conceptuales.

- Validar en distintos ámbitos culturales las características definitorias y los factores relacionados de los Diagnósticos de Enfermería aceptados.
- Comparar la eficacia de las diversas intervenciones propuestas ante un mismo Diagnóstico.
- Realizar el análisis epidemiológico de los diagnósticos que presenta una población determinada
- Identificar nuevas áreas de competencia en Enfermería, o completar las ya identificadas, mediante el desarrollo y validación de nuevos Diagnósticos.
- Docencia: la inclusión de los Diagnósticos de Enfermería en el curriculum básico debe iniciarse y continuarse de forma coherente, y prolongarse de forma progresiva a lo largo de todo el curriculum. Permite:
 - Organizar de manera lógica, coherente Y ordenada los conocimientos de Enfermería que deberían poseer los alumnos
 - Disponer de un lenguaje compartido con otros profesionales, con los enfermeros docentes y con los propios alumnos, lo cual facilita enormemente la transmisión de ideas y conceptos relacionados con los cuidados.
- Asistencial: El uso de los Diagnósticos en la práctica asistencial favorece la organización y profesionalización de las actividades de enfermería, al permitir:
 - identificar las respuestas de las personas ante distintas situaciones de Salud
 - Centrar los cuidados brindados en las respuestas humanas identificadas a través de una valoración propia
 - Aumentar la efectividad de los cuidados al prescribir actuaciones de Enfermería específicas orientadas a la resolución o control de los problemas identificados.
 - Organizar, definir y desarrollar la dimensión propia del ejercicio profesional

- Delimitar la responsabilidad profesional, lo que como beneficio secundario crea la necesidad de planificar y registrar las actividades realizadas.
- Diferenciar la aportación enfermera a los cuidados de Salud de las hechas por otros profesionales.
- Unificar los criterios de actuación ante los problemas o situaciones que están dentro de nuestra área de competencia.
- Mejorar y facilitar la comunicación inter e intradisciplinar.
- Gestión: Algunas de las ventajas que comportan la utilización de los Diagnósticos de Enfermería en este ámbito son:
 - Ayudar a determinar los tiempos medios requeridos, Y por tanto, las cargas de trabajo de cada unidad o centro, al facilitar la organización y sistematización de las actividades de cuidados.
 - Permitir, como consecuencia, una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.
 - Favorece la definición de los puestos de trabajo, ya que ésta podría incluir la habilidad para identificar y tratar los Diagnósticos de Enfermería que se dan con mayor frecuencia.
 - Posibilitar la determinación de los costes reales de los servicios de Enfermería, y consecuentemente, los costes reales de los cuidados brindados al usuario.
 - Facilitar el establecimiento de criterios de evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería brindados en un centro o institución.
 - Identificar las necesidades de formación para grupos profesionales específicos.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.

2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema. Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo es:

- F. Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nervios
- F. de Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis, etc.)
 - De medio ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
 - Personales, como encontrarnos en el proceso de muerte, divorcio, etc.
- F. de Maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

D) Tipos de diagnósticos:

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro

componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. La descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería

de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

* PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA :

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta

fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación.

Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

- Documentación y registro.⁵

* DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES :

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben

⁵ <http://teleline.terreas/persona/dueñasacht.p.81-83>.

consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso nos facilitará aun más la relación terapéutica.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Creemos que es de interés indicar aquí, que bajo una concepción holístico-humanista, la insatisfacción de las necesidades básicas provoca la enfermedad, Maslow (1972), esta carencia coloca a la persona en un estado de supervivencia, a pesar de ello y en determinadas ocasiones de libre elección, la persona prefiere satisfacer unas necesidades, privándose de otras. Es obvio añadir que son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de carácter biofisiológico, con excepción de la urgencia en los procesos de morir.

Por lo tanto daremos preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensuadamente con la enfermera/o. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, Maslow (1972), favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Queremos hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

* PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS :

Una vez que hemos priorizado los problemas que vamos a tratar, debemos definir los objetivos que nos proponemos con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

- Dirigir los cuidados.
- Identificar los resultados esperados.
- Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

* OBJETIVOS DE ENFERMERÍA :

Estos objetivos dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, esto es, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados, a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades limitaciones y recursos del individuo que se pueden fomentar, disminuir/aumentar o dirigir.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «la identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración nos aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, etc., esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- Objetivos a corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Medio plazo: para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo: Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos:
 - o Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro.
 - o Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo..

* OBJETIVOS DEL CLIENTE/PACIENTE :

Al describir los objetivos debemos entender que estamos prefijando los resultados esperados, esto es, los cambios que se esperan en su situación, después de haber recibido los cuidados de enfermería como tratamiento de los problemas detectados y responsabilidad de la enfermera/o. Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del cliente son tres:

- Deben ser alcanzables, esto es, asequibles para conseguirlos.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades, Ejemplo: el paciente caminará (verbo) por el jardín (dónde) después de comer (cuándo) durante 15 minutos (cuánto).

Los contenidos se describen como verbos y como ya hemos dicho que sean mensurables. En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje quisiéramos aportar los ámbitos que B. Bloom hace del aprendizaje, referidos como objetivos de la educación.

- Cognoscitivos: estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje, así como objetivos que precisan actividad de carácter intelectual (determinación de problemas, reestructuración), Los objetivos abarcan desde un mero repaso a la alta originalidad.
- Afectivos: son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía o repulsa. Oscilan entre una simple

atención a la toma de conciencia de gran complejidad. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas,

- Psicomotores: estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, ciertas manipulaciones de materias u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular, Son habilidades.

La lectura de Bloom nos ayuda a conocer y adquirir habilidad para describir de una manera correcta los objetivos en el área del aprendizaje.

* ACTUACIONES DE ENFERMERÍA :

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaborarán acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema (Iyer 1989).

El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares, como se explicó anteriormente.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, podríamos decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica:

- Prescripciones enfermeras: Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

- Prescripciones médicas: Son actuaciones prescritas por el médico, representan tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera/o toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Vamos a ver ahora el tipo de actividades de enfermería, Iyer (1989).

- Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica
- Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.
- Independientes: Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordemos los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.

- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades ,
- Restablecer la salud
- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de Pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos, etc.

Las acciones más habituales de la planificación de los cuidados de enfermería integrales, entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- El diagnóstico enfermero real:

- Reducir o eliminar factores contribuyentes.
- Promover mayor nivel de bienestar.
- Controlar el estado de salud.

- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo:

- Reducir o eliminar los factores de riesgo,
- Prevenir que se produzca el problema.
- Controlar el inicio de problemas.

- Para el diagnóstico enfermero posible:

- Recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico.

- Para el diagnóstico enfermero de bienestar:

- o Enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

- Para problemas interdependientes:

- o Controlar los cambios de estado del paciente.
- o Manejar los cambios de estado de salud.
- o Iniciar las actuaciones prescritas por la enfermera V el médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema, requiere de un método. Los pasos a seguir son los que siguen:

- Definir el problema (diagnóstico).
- identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles,

Veremos de manera resumida y genérica las acciones de enfermería que encontramos en un plan de cuidados :

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/diagnósticos de enfermería
- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería

- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismos.

Y también, la determinación de actividades de enfermería para los problemas interdependientes, según Carpenito (1987) son:

- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado cuando existan signos y síntomas de complicaciones potenciales, y
- Ejecutar las actividades interdependiente de enfermería prescritas por el médico (por ejemplo: lavado de sonda nasogástrica cada 2 horas con suero fisiológico).

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería y se componen de los siguientes elementos, según Iyer (1989):

- La fecha.
- El verbo, con los calificativos que indiquen claramente la actuación.
- Especificación de quién (sujeto).
- Descripción de qué, dónde, cuándo, cómo y cuánto
- Las modificaciones a un tratamiento estándar
- La firma

Para terminar este apartado, digamos que, las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

* DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA :

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados Y actuaciones de enfermería Ello se obtiene mediante una documentación.

El plan de cuidados de enfermería, según Griffith-Kenney y Christensen (1986), "es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Las finalidades de los planes de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y
- La evaluación, Bower (1982).

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

* PARTES QUE COMPONEN LOS PLANES DE CUIDADOS :

Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

De una manera u otra, en la actualidad, todos los planes de cuidados utilizan estos documentos.

* TIPOS DE PLANES DE CUIDADOS :

Tipos de planes de cuidados: individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

- Estandarizado: Según Mayers (1983), «un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad»

- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, Son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Kahl et al (1991) nos indican que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuales son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre, M.R. (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan,
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.

- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

Los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son según Kahl et al (1991):

- Eliminación del papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.⁶

- **EJECUCIÓN :**

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras :

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

⁶ Ibidem p.12.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

* EVALUACIÓN :

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. La distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica

2.- Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia

3.- Conocimientos :

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test),

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad

5.- Estado emocional :

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud) :

- Entrevista con el paciente.
- información dada por el resto del personal

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del

problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.⁷

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica,

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.⁸

⁷ Murray A. Proceso de Atención de Enfermería. Quinta Ed. McGraw-Hill, Interamericana. 1996. pág. 225.

⁸ Murray A. Opcit p. 33-52.

4.2. Modelo Conceptual de Virginia Henderson.



Virginia Henderson

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería.

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

* Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la

valoración de la salud.

- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la Fisiología, de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son :

- 1º .- Respirar con normalidad.
- 2º .- Comer y beber adecuadamente.
- 3º .- Eliminar los desechos del organismo.
- 4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.
- 5º .- Descansar y dormir.
- 6º .- Seleccionar vestimenta adecuada.
- 7º .- Mantener la temperatura corporal.
- 8º .- Mantener la higiene corporal.
- 9º .- Evitar los peligros del entorno.
- 10º .- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- 11º .- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.
- 12º .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.
- 13º .- Participar en todas las formas de recreación y ocio.
- 14º .- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

□ Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos , que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o

en determinadas etapas del ciclo vital , incidiendo en ellas factores físicos , psicológicos o sociales .

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- Permanentes: edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- Variables: estados patológicos:
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.

- Estado preoperatorio.
- Estado postoperatorio
- Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Metaparadigma de enfermería:

- Persona :

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad.

La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia .Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

- Entorno :

Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- Salud :

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

- Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería. Equipara salud con independencia.⁹

4.3 Definición de Enfermería

La Enfermería se concibe como la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida, su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud.

La Enfermería se sustenta en cuatro núcleos básicos que son: el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

⁹ Adam E. Valores humanísticos en la obra de Virginia Henderson. Consultado el día 3 del mes de enero del año 2004 en: www.carloshavanet/enfermería/staff/web.virginiahendersonhtm.

El objeto de estudio de Enfermería es el cuidado, el cual se concibe como todas las acciones que realiza la Enfermera con la intención de que las personas desarrollen al máximo sus capacidades para mantener y conservar la vida y permitir que continúe o esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de salud.¹⁰

La persona, sujeto del cuidado, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisociable, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas, que tiene maneras de ser únicas en relación consigo misma y con el universo.

El entorno comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio externo compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte.

La salud es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo, y permitir la realización de las actividades cotidianas.¹¹

¹⁰ Cfr. Cárdenas Jiménez Margarita, et, al, Conceptualización de la Enfermería, trabajo preliminar para el desarrollo curricular, México, ENEO, UNAM, 1997.

¹¹ Hackspielz, Maria Mercedes, "Cuidado de Enfermería en II Reunión Latinoamericana de Ética y Bioética en Enfermería, México, ENEO, UNAM, Agosto, 1997. p. 7.

4.4.Recién Nacido Pretérmino.

Las características del niño prematuro son más evidentes en los más pequeños y se hacen menos fáciles de distinguir conforme el peso se acerca más al de los niños que nacen a término.

Además del dato del lapso de la gestación, frecuentemente menor de 38 semanas, en el prematuro pueden encontrarse características somáticas y fisiológicas, o fisiopatológicas, en diferentes escalas de acuerdo con el grado de prematurez.

Datos somáticos, los sobresalientes son los siguientes:

- a) Peso menor de 2500 gr.
- b) Talla menor de 47 cm.
- c) Perímetro torácico menor de 30 cm.
- d) Diferencia entre ambos parámetros mayor de 3 cm.
- e) Longitud de pie menor de 7 cm.¹²

Cabeza, es proporcionalmente más grande y los huesos blandos, las fontanelas grandes, hipotensas y las suturas son amplias y se palpan con facilidad. Las facies semejan a la de un anciano, surcada por arrugas.

Tórax óseo. Es blando y con frecuencia se deprime durante la inspiración por acción de la contracción del diafragma. Los pezones son planos si el grado de prematurez es mayor, la elevación de la areola y del tejido glandular mamario puede no existir o ser muy pequeño.

¹² Temas de Actualidad sobre el Recién Nacido. Gómez Gómez – Danglot Banck México, 1997, pp.75.

Las respiraciones son irregulares y ocurren periodos de apnea y cianosis.

Abdomen. Puede estar deprimido o ligeramente distendido. La pared es delgada por la falta de plicado adiposo y por el desarrollo muscular escaso y las vísceras se palpan con facilidad.

El ombligo está más cerca de la sínfisis púbica que en el recién nacido a término.

Genitales. Los labios mayores son más pequeños y los menores y el clítoris prominentes. Los testículos no han descendido, a veces están en los canales inguinales, el escroto es más pequeño y con pocos pliegues.

Extremidades. Son delgadas y con frecuencia presentan edema y cianosis; sus tendones son elásticos y los músculos carecen de tonicidad, por lo que sus extremidades las mantiene extendidas y en abducción por largos periodos, con poca tendencia a flexionarse.

Piel. Es suave, gelatinosa, delgada, casi transparente, plicado adiposo escaso que permite ver la red venosa subcutánea. Su coloración suele ser rosada o francamente rojiza; habitualmente hay cianosis peribuca y distal, debido a la inestabilidad vasomotora.

La ictericia "fisiológica", es más precoz en su aparición. El edema es raro en el momento del nacimiento, es frecuente horas después. Entre más pequeño es el prematuro, proporcionalmente tiene mayor superficie cutánea y por lo tanto sus pérdidas calóricas son mayores.

El lanugo es abundante en la frente, las mejillas, la espalda y los brazos.

En la piel de la planta de los pies, a mayor prematuridad, no hay surcos, o son escasos. Las uñas apenas alcanzan la extremidad de los dedos.

Sistema nervioso.

Tono muscular; a los 6 meses de gestación hay flacidez completa de los miembros y de la cabeza. A los 7, sólo hay flacidez en los miembros superiores. A los 8 meses ya hay también flexión de los miembros superiores, pero es débil y fácilmente vencida por extensión pasiva.

Posición de la cabeza: a mayor prematuridad más evidente es la posición lateral que adopta la cabeza. Al colocar erecto al niño de 6 meses de gestación, la cabeza queda colgante. A los 7 meses hay intentos de enderezarla hacia delante. A los 8 meses puede lograrlo.

Movilización espontánea: a los 6 meses hay movilización global durante el sueño. A los 8 meses los movimientos son bruscos, de tipo atetósico y se acompañan de temblores distales finos. Durante el sueño hay movimientos rápidos, muecas y movimientos de los labios y de la mandíbula inferior.

Capacidad para la extensión: esta capacidad es mayor entre más prematuro es el niño.

Llanto: en el prematuro de 6 meses es raro, poco perceptible, de timbre alto y poca duración; semeja a un maullido. En el mayor de 8 meses es frecuente y sostenido.

Estado de vigilia: en los prematuros es difícil de producirse y para mantenerlo se requiere de estímulos constantes.

Reflejo de prensión: en el prematuro de 6 meses, al hacer tracción del objeto sueltan la presa. A los 7 meses, la tracción tónica se generaliza a todo el miembro superior y al octavo mes es tan fuerte la prensión que incluso se levanta al niño, levantando el objeto.

Reflejo de succión: entre más prematuro el reflejo está abolido o es débil.¹³

Fragilidad respiratoria. Una de las principales características del prematuro, es su escasa potencia respiratoria. Los movimientos son débiles, irregulares y poco frecuentes. En otras ocasiones son irregulares, con periodos de apnea que se intercalan entre otros de polipnea.

Con frecuencia estas alteraciones se acompañan de cianosis. El umbral a los estímulos químicos del centro respiratorio es generalmente alto; el reflejo tusígeno es débil, la vascularización de los pulmones está reducida. Existe inmadurez del alveolo pulmonar, escasa capacidad de contracción de los músculos respiratorios, lo que determina reducidas posibilidades para la expulsión de flemas y moco bronquial. Existe disminución de la saturación de oxígeno en la sangre arterial, la presencia de hemoglobina fetal y la reducción de la anhidrasa carbónica. Estas alteraciones explican la predisposición a la atelectasia pulmonar o a la neumonía por aspiración.

Labilidad térmica. En el prematuro se observa franca labilidad hacia la hipotermia, en la cual influye notoriamente la temperatura ambiente. Se atribuye a la inmadurez del centro termorregulador, al escaso aporte calórico que recibe durante los primeros días de edad, y a la delgadez de la piel y superficialidad de los vasos capilares, lo que favorece la irradiación de calor; además, la deficiente reacción de vasodilatación y vasoconstricción.

¹³ Torroella, J. M. op. cit. Pp. 172-174.

Condiciones digestivas. Existen deficiencias motoras, secretorias y enzimáticas. Los movimientos de succión son débiles, la deglución es torpe. La inmadurez de la musculatura gástrica facilita las regurgitaciones. Hay disminución de la secreción de ácido clorhídrico y de fenómenos digestivos. La digestión de las grasas está limitada por deficiencia en su absorción y parece existir también deficiente secreción de aminalajas pancreáticas e intestinal que imposibilita la digestión de almidones. Sin embargo, la asimilación de proteínas, sales minerales, carbohidratos simples y vitaminas son normales.

Deficiencias hematológicas. Las cifras de eritrocitos, leucocitos y sobre todo de hemoglobina, pueden encontrarse reducidas. La proporción de hemoglobina fetal relativamente más importante. De aquí que la anemia del prematuro sea una condición muy frecuente. El almacenamiento de Fe, que normalmente en el niño de término se realiza en las últimas semanas del embarazo, no ocurre en el prematuro.

Tendencia a las hemorragias. La fragilidad capilar esta aumentada por la escasez de tejido elástico, por la poca reserva del complejo vitamínico C (ácido ascórbico y citrinas bioflavonoides), indispensables para la elaboración del colágeno intracelular, y por la coexistencia frecuente de anoxia con su efecto deprimente sobre la integridad de las paredes capilares. La hipoprotrombinemia habitual en el recién nacido es más acentuada y esta situación predispone con facilidad a condiciones hemorrágicas. La síntesis de vitamina K está disminuida por las deficientes condiciones digestivas. Los sitios más frecuentes de hemorragia son el cordón umbilical, el tejido celular subcutáneo, la conjuntiva ocular, el aparato digestivo y los tejidos cerebrales.

La hematopoyesis está alterada por la inmadurez de la médula ósea y de los islotes hematopoyéticos embrionarios del hígado, bazo y reticuloendotelio, que intervienen fundamentalmente en ella. La hemólisis de los eritrocitos inmaduros es más notable.

Patrón hidroelectrolítico. Conviene repetir que existe mayor proporción del líquido extracelular, así como aumento del ion cloro, disminución del ion bicarbonato (reserva alcalina), aumento del ácido láctico circulante y que la reabsorción de los túbulos renales es imperfecta, por lo que la tendencia a caer en acidosis metabólica es fácilmente explicable.

Inmadurez neurológica. La respuesta a los estímulos externos son débiles. Provocan apenas movimientos musculares apagados o llanto débil. El reflejo de Moro es mucho menos marcado. Los reflejos tendinosos son débiles y lentos.

Inmadurez inmunológica. El prematuro posee una menor resistencia contra las infecciones en general; cuando ocurre alguna las consecuencias pueden ser muy graves. Los principales factores responsables de esta peculiaridad son:

- a) Una transmisión placentaria deficiente de sustancias inmunes,
- b) Formación deficiente de granulocitos en la médula ósea,
- c) La poca capacidad de respuestas biológicas en la formación de anticuerpos, por la inmadurez del sistema enzimático y de la función hepática, a la deficiente síntesis de las globulinas del plasma y a la hipoproteinemia relativa.

Las infecciones de vías respiratorias, las del aparato digestivo y las de la piel se registran con gran frecuencia en los prematuros cuando no se toman todas las precauciones de higiene necesarias en su manejo. El estafilococo patógeno y los otros piógenos, las bacterias enteropatógenas gramnegativas, las monilias y los virus, tienen importante papel en este aspecto.

La piel es muy delicada, la descamación fisiológica parece acentuarse y los eritemas neonatales se presentan con exagerados caracteres.

Deficiencias en el funcionamiento renal. Los riñones del niño prematuro son órganos excretores menos eficientes; esta observación está basada en estudios de la urea sanguínea, la baja de reserva alcalina del plasma, la insuficiente eliminación de la urea, las alteraciones en la eliminación del sodio y del cloro, así como en la formación de amoniaco. Estas alteraciones de la función renal están en relación, preferentemente, con la deficiente filtración glomerular (más que con alguna reducción en el flujo de sangre glomerular). Intervienen en la patogénesis de estas alteraciones los trastornos del agua, electrolíticos y del equilibrio acidobásico.

Deficiencias nutricionales y endocrinas. Es frecuente que el almacenamiento antenatal del calcio, fósforo y posiblemente vitamina D esté reducido. La rapidez de crecimiento y consecuentemente el aumento de las demandas de estos elementos, necesarios para la osteogénesis, así como las deficiencias en la digestión de las grasas y en la absorción de vitaminas liposolubles, tanto como la necesidad de permanecer recluido y alejado de la exposición a los rayos solares por lapsos prolongados y, por otra parte, las alteraciones renales, favorecen las posibilidades de raquitismo subclínico y quizá otras hipovitaminosis.

Se ha demostrado que la vitamina C es necesaria en los prematuros para complementar la oxidación de los aminoácidos aromáticos fenilalanina y tirosina, principalmente cuando no reciben leche materna, y también que el prematuro tiene una absorción disminuida de la vitamina A y quizá una reducción del contenido vitamínico del hígado.

4.4.1. generalidades sobre crecimiento y desarrollo embrionario y fetal.

El periodo prenatal se divide en dos fases: la embriogénica y la fetal. La fase embriogénica corresponde a las primeras 9 semanas, donde después de la fertilización del óvulo ocurren multiplicación y diferenciación celulares (endodermo, ectodermo y mesodermo) y alcanza 1 g y 2.5 cm. En la fase fetal se continúa la organogénesis y la adquisición de algunas funciones que permiten considerar al feto como viable posterior a las 26 semanas de gestación, previsible antes de esta edad y de término a partir de las 38.1 semanas.

En esta etapa, la multiplicación y diferenciación celulares se suceden a una velocidad que es la mayor de todo el ciclo de vida; se calcula que con 44 divisiones celulares se alcanzan 200 mil millones de nuevas células al término del embarazo, que significa incremento de peso de 200 mil millones de veces y aumento de 3 a 4 mil veces la talla (del nacimiento a la edad adulta se incrementa 20 veces el peso y la talla 3.5 veces).

Es en este periodo donde las alteraciones genéticas, cromosómicas y las alteraciones del organismo materno (enfermedades, carencias, alteraciones ambientales, etc.), ponen en riesgo el proceso normal de crecimiento y desarrollo, con mayores índices de morbilidad y mortalidad.

Los factores ambientales están relacionados con el macroambiente, como son las situaciones ecológicas que influyen en forma favorable o desfavorable sobre la mujer embarazada, tanto físicos como sociales, culturales, emocionales y psicológicos. Los factores del matroambiente, salud o enfermedad de la madre como cardiopatías, toxemia, diabetes, etc., y los del microambiente, que se refieren al aparato reproductor por el tamaño, inserción de la placenta, paridad, intervalo de los embarazos, edad de la madre, etc.

El parto, como experiencia traumática en mayor o menor grado, es trascendente para el desarrollo y crecimiento futuro, tanto por las condiciones del feto como las de la madre y del ambiente donde se produce el nacimiento.¹⁴

4.4.2. parámetros de valoración de madurez fetal y neonatal.

La duración del embarazo, o más específicamente, la edad fetal se ha convertido en un elemento de juicio sumamente importante para la determinación del pronóstico fetal y los requerimientos específicos en materia de cuidados neonatales. La principal razón de esto es el considerable número de neonatos que nacen electivamente antes del término.¹⁵

En la actualidad se han llegado a unos puntos de partida para la clasificación y diagnóstico del recién nacido por medio de la valoración de la edad gestacional, el peso al nacer y las características somáticas y funcionales; estos parámetros se valoran por medio de sistemas como:

1. El esquema de Battaglia y Lubchensko.
2. La valoración de la edad gestacional postnatal:
 - a) Sistema de valoración de criterios neurológicos.
 - b) Sistema de puntuación de los criterios externos.
 - c) La valoración de Capurro.
 - d) La valoración de Usher y colaboradores.¹⁶
4. Estimación de la edad y tamaño fetal:

¹⁴ Ortega Gutiérrez Armando y Vázquez González Ma. Estela. Recién nacido de alto riesgo. E.N.E.O. U.N.A.M. México, D.F. Enero de 2002. p.20.

¹⁵ Babson, S. Gorham. Embarazo de alto riesgo y cuidado del Recién Nacido. P. 115.

¹⁶ Díaz del Castillo, E. op. cit. P. 28.

Cálculo de la duración del embarazo desde el último periodo menstrual.

- b. Cálculo de la duración del embarazo desde el último periodo menstrual.
- c. Fecha de signos de vida fetal.
- d. Latidos cardiacos fetales.
- e. Altura del fondo uterino.
- f. Encajamiento de la presentación.
- g. Radiografía de los centros de osificación.
- h. Ultraecsonografía.¹⁷

4. Valoración de edad y salud fetal:

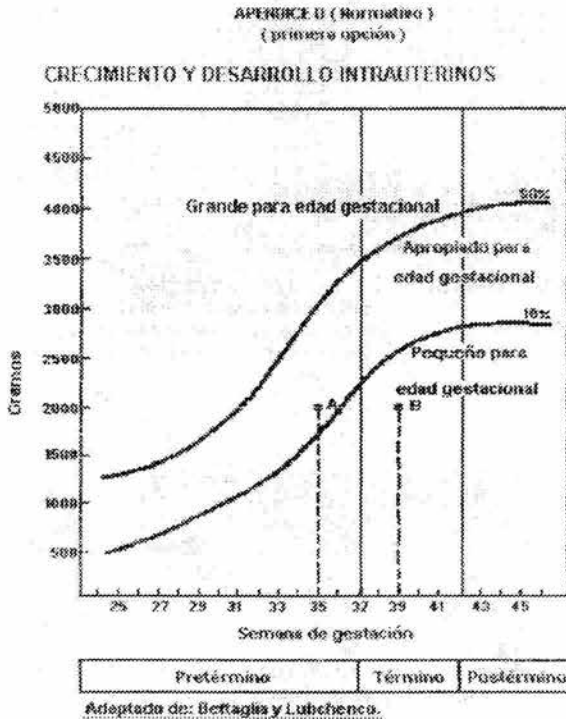
- a. Amniocéntesis.
- b. Volumen de líquido amniótico.
- c. Estudios enzimológicos.
- d. Osmolaridad del líquido amniótico.
- e. Concentración de creatinina.
- f. Determinación de lecitina y esfingomielina.
- g. Concentración de bilirrubina en el líquido amniótico.
- h. Porcentaje de células lipídicas.¹⁸

¹⁷ Babson, S. Gorham. op. cit. pp. 116-119.

¹⁸ Ibidem. pp. 121-128.

Figura No. 1

Esquema de Battaglia y Lubchensko.



Descripción: El esquema de Battaglia y Lubchensko muestra las curvas que señalan las situaciones ideales y las anormales utilizando los calificativos habituales de nacimiento de "término", "pretérmino" en base a las semanas de gestación y los de peso "adecuado", "bajo", o "elevado", así como los índices de mortalidad relativos a las diferentes eventualidades.

Figura No. 2

Sistema de valoración de criterios neurológicos.

APENDICE C (Normativo)
VALORACION FISICO - NEUROLOGICA

		0	1	2	3	4	5
MEDIDAS NEURO MUSCULARES	EXTENSION DE LA CERVICAL						
	ABDUCCION DEL CODO						
	ABDUCCION DEL CODO SUPLENTO						
	ABDUCCION DE LA CARRERA						
	TALONAR DE LA CARRERA						
	TALONAR DE LA CARRERA						

		0	1	2	3	4	5
MEDIDAS FISICAS	PIEQUE	CELESTINO	LIBERACION DE LA TENDON	RECONSTRUCCION SUPERFICIAL	RECONSTRUCCION PROFUNDA	RECONSTRUCCION PROFUNDA	RECONSTRUCCION PROFUNDA
	LEONARDO	LEONARDO	LEONARDO	LEONARDO	LEONARDO	LEONARDO	LEONARDO
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE
	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE	PIEQUE









FUENTE: BIALA, 1970

Descripción: En un intento para valorar con precisión la edad de gestación Dubowitz ha recopilado en una forma de puntuación para las características del desarrollo neurológico del neonato.

Figura No. 3

Valoración de la madurez del recién nacido.

APUNCE C (Normativo)
EDAD GESTACIONAL

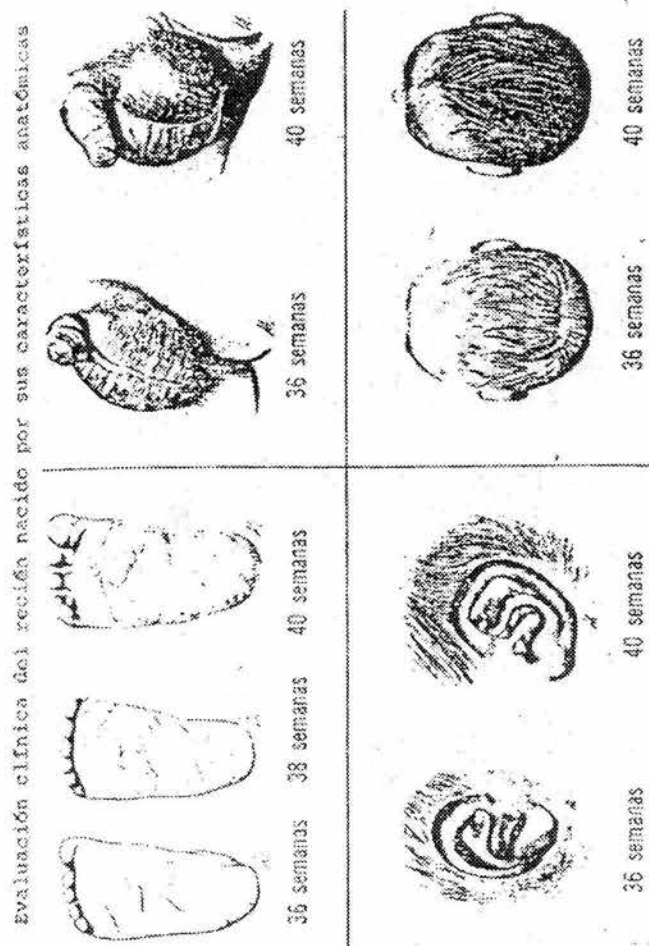
SO MI C O Y N E U R O L O G I C O 28 días	A	FORMA DEL PEZON. Picoa apretar fuerte. No se separa al extraer.	Picoa bien definido. Ancho: 0.75 cm.	Ancho bien definido. No sobresaliente. 0.75 cm.	Ancho sobresaliente. 0.75 cm.	
	B	TEXTURA DE LA PIEL. Muy fina. Glatísima.	Fina y lisa.	Lisa y moderadamente gruesa. Dureza superficial.	Dura, rígida. No con superficie. Dureza superficial.	Dura y Apesadumada.
	C	FORMA DE LA OREJA. Ploca y sin forma.	Solo esgrasada del borde.	Largo completo. Incompleto sobre mitad anterior.	Esgrasado e incompleto.	
	D	TAMAÑO DEL TENDÓN MATRIZ. No palpable.	Diámetro 0.5 cm.	Diámetro 0.5-1.0 cm.	Diámetro > 1.0 cm.	
	E	PLEGUES PLANTARES. Ausentes.	Propios, con los rasgos de edad anterior.	Sonos rasgos definidos en edad ant. Sin rasgos anteriores.	Sonos rasgos edad anterior.	Sonos rasgos que sobrepasa la 42 anterior.
	F	SIGNO "DE LA SINFONIA" 				
	G	SIGNO "CABEZA EN GOTA" 				
	H					
	I					
	J					

MÉTODO DE CAMPERO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

Descripción: Sistema modificado de varios autores: Dubowitz, Amiel Tisson, Usher, Lubchenko; donde se relaciona la edad gestacional y algunos signos neurológicos para valorar el grado de madurez del recién nacido.

Evaluación clínica del recién nacido por sus características anatómicas.

Figura No. 4



Descripción: R. Uscher propuso un método de evaluación clínica basado en características anatómicas externas del pelo, los pabellones auriculares, los nódulos mamarios, el escroto y la planta del pie, que se diferencian en el último mes de gestación y que no se modifican porque el crecimiento sea insuficiente.

Numerosos estudios han comprobado la insuficiente secreción de gónadas, tanto foliculina, progesterona, como testosterona y de corticoides, especialmente desoxicorticosterona y otras hormonas, la que está en relación evidente con la notoria adinamia, postración y alteraciones metabólicas del prematuro.¹⁹

4.5. Necesidades Especiales del Prematuro.

Está basado en la corrección de las deficiencias. A veces podrá realizarse en la casa del prematuro, pero en otras ocasiones se hará indispensable el cuidado en medio hospitalario. Se referirán las medidas de tratamiento con el mismo orden con que las deficiencias órgano-funcionales fueron mencionadas.

La recuperación somática.

Solamente puede obtenerse con una alimentación que satisfaga o sobrepase los requerimientos energéticos y nutricionales del recién nacido.

Termorregulación.

Los defectos de la termorregulación (hipotermias principalmente, hipertermias, enfriamiento de las extremidades) deben ser corregidas por el control de la temperatura ambiente; cubículos o cuartos especiales como los que existen en los servicios de prematuros de los hospitales y maternidades, o bien por el empleo de incubadora.

Oxigenación.

Las deficiencias respiratorias y principalmente la existencia de cianosis o de complicaciones broncopulmonares, imponen la necesidad de colocar al prematuro

¹⁹ Valenzuela, R. H. op. cit. pp.211-213.

dentro de una cámara de oxigenación. Las cámaras de oxigenación poseen un orificio en su techo con el objeto de mantenerlas abiertas, es decir, que permitan la salida del bióxido de carbono y cierta renovación del aire, ya que es bien sabido que el oxígeno se deposita en las capas inferiores por ser más pesado que el aire.

Es indispensable la liberación previa de las vías respiratorias superiores y es conveniente que exista una proporción de CO₂ al 7% en el ambiente respirado por el niño, puesto que en dicha proporción es estimulante del centro respiratorio.

En ciertos casos la oxigenación deberá hacerse directamente conectando el tubo conductor de oxígeno a una sonda de polietileno o de polivinilo que se introduce a la tráquea, previa intubación del neonato.

Son recomendables los cambios de posición para evitar estasis o complicaciones pulmonares; cuando hay excesivas secreciones rinofarínegas colocar al niño en posición de Fowler, en otras ocasiones en la de Trendelemburg o en decúbitos laterales o ventral, que podrán resultar más provechosos.

La oxigenación se mantendrá sin límite de tiempo hasta que las alteraciones respiratorias desaparezcan. Concentraciones excesivas de oxígeno en el ambiente terapéutico han sido señaladas en la etiopatogenia de la fibroplasia retrolental.

Alimentación.

Ha sido un tema muy debatido y las opiniones de los pediatras no están aún unificadas. Durante las 6 horas siguientes al parto estos niños se mantienen en ayuno. De las 6 a las 24 horas debe suministrárseles agua, glucosa y electrolitos, pues en ellos la deshidratación favorece con más frecuencia la acidosis o la fiebre de sed. Además el agua y la glucosa son indispensables para los ajustes

metabólicos neonatales. De las 24 a las 36 horas se les proporciona fórmula láctea.

Cuando el reflejo de Moro existe puede adelantarse que los reflejos de succión y de deglución también existen; cuando el primero falta, los segundos también están ausentes si el reflejo de deglución existe pero no así el de succión; condición desde luego menos grave, se tendrá que recurrir al gotero o al alimentador para depositar cuidadosamente el alimento en la cavidad bucal del niño; si ambos reflejos faltan se hace necesario el sondeo gástrico.

La leche materna no puede ni debe rechazarse sistemáticamente y la selección del alimento está sujeta en cada caso a las condiciones de tolerancia del niño, la cantidad de leche segregada por la madre, el sitio donde se atiende el paciente y las condiciones culturales y económicas de las personas encargadas del cuidado.

Transfusiones.

La anemia casi constante, la hipoproteinemia relativa, la hipoprotrombinemia fisiológica, puede ser tratada con eficiencia por medio de transfusiones. La oligocitemia por hipohematopoyesis de inmadurez y la hipocromia por falta de las reservas férricas, pueden ser corregidas con transfusiones de sangre total de preferencia fresca.

Plasma y Gammaglobulina.

Podrán estar indicados en algunos casos para corregir las deficiencias inmunológicas características del prematuro.

Vitaminas y Minerales.

Si en la mayoría de los recién nacidos normales puede emplearse la vitamina K hidrosoluble (1-2 mg. De hidromenadiona IM) en las horas siguientes al parto, en el prematuro es indispensable tener en cuenta ésta útil medida profiláctica para corregir la hipoprotrombinemia y las tendencias a las hemorragias. El citrato de hierro está indicado también sistemáticamente para corregir los defectos del metabolismo de la hemoglobina, vitamina A y D especialmente en la forma de dispersión hidrosoluble, perfectamente asimilable y tolerada por el recién nacido, deberán ser proporcionadas al mismo tiempo por el complejo C y el complejo B.

Manejo del prematuro.

La supervivencia y la reducción de complicaciones y secuelas de los prematuros con menos de 1,500 grs., solo se logra en los servicios especializados en su atención, mismos que deben reunir satisfactorias condiciones en la distribución de incubadoras, cunas e instalaciones, equipos e instrumental, personal de enfermería y médicos con amplia preparación en todos los turnos de trabajo, aparato de rayos X dentro del servicio, uso de microtécnicas de estudios hematológicos, disponibilidad de incubadoras portátiles y de ambulancias para su oportuno traslado, supervisión estrecha después de ser dados de alta y una permanente campaña de educación higiénica prenatal.

Estudios recientes han demostrado el mejor desarrollo y evolución de los prematuros que reciben apropiados estímulos neuro-afectivos, tales como las sesiones de "llanto provocado", el arrullo y las caricias de su superficie cutánea, durante algunos lapsos del día.²⁰

²⁰ Ibidem. 214-217.

4.6. Problemas de la Prematurez y Objetivos de Enfermería.

Síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática neonatal.

Etiología y fisiopatología.

El síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática o enfermedad por membrana hialina también se conoce como "deficiencia de sustancia tensoactiva" o "atelectasia neonatal progresiva". Es una de las condiciones patológicas respiratorias que con frecuencia sólo se catalogan como síndrome de dificultad respiratoria neonatal.²¹

Es más frecuente en casos de prematurez, nacimiento por cesárea, o en hijos de madres diabéticas.

Es el resultado de una atelectasia progresiva de los alvéolos pulmonares inmaduros, que no pueden mantenerse expandidos debido a la gran tensión superficial que persiste en la interfase aire-líquido durante las primeras respiraciones. Se debe a que al cambiar el pulmón del medio ambiente intrauterino al extrauterino, el líquido que está en los alvéolos en periodos de reabsorción, impide la expansión correcta de los mismos por la tensión superficial, debido a lo cual solamente pueden tener sus primeras inspiraciones con presiones elevadas, que llegan a alcanzar hasta 40 y 60 cms., de agua.

La sustancia tensoactiva pulmonar (surfactante) es el factor que el pulmón normal permite mantener expandidos los sacos alveolares, dejando un "colchón" de aire residual constante durante la espiración, la cual evita que los alvéolos se colapsen durante los movimientos respiratorios.

²¹ Ibidem.

El surfactante es un complejo de fosfolípidos activos, secretada hacia el alvéolo por los neumocitos tipo II, que forman parte de la pared alveolar. El componente más importante de la sustancia tensoactiva es la lecitina (L), que se sintetiza en el pulmón por dos vías:

Vía I. A partir de la metiltransferasa cuya producción se inicia de las 22 a las 24 semanas de edad gestacional.

Vía II. Debida a la fosfocolintransferasa que utiliza el glicerol y cuya maduración se alcanza a las 35 semanas de gestación. Esta vía es la de mayor importancia en la síntesis de la lecitina.

Otro fosfolípido pulmonar activo es la esfingomielina (S), que predomina hasta las 30 semanas de edad gestacional; a partir de ese momento disminuye su producción y aumenta la síntesis de lecitina.

La principal causa de la deficiencia de sustancia tensoactiva pulmonar, es la inmadurez de los sistemas enzimáticos para sintetizarla; pero también la hipoxia y el acidosis, que provocan hipoperfusión pulmonar y daño alveolar importante, impiden una adecuada síntesis de lecitina por los neumocitos tipo II, no solamente en la etapa intrauterina, sino también durante los ajustes respiratorios postnatales. Así resulta imposible para el neonato mantener la expansión alveolar, lo que trae como consecuencia el colapso alveolar o microatelectasia. Si el problema persiste, se producen trasudados de fibrina, edema intersticial y presencia de proteínas plasmáticas, con la formación de una capa eosinofílica que recubre los alvéolos y que es conocida como "membrana hialina". Consecuentemente se producen dos círculos viciosos, uno metabólico con hipoxemia y acidemia reconocibles por un pO_2 disminuido y por un pH bajo y otro respiratorio, con hipoventilación e hipercapnia manifestada por un pCO_2 elevado.²²

²² Torroella, J. M. op. cit. p.188-189.

Manifestaciones.

El cuadro clínico del síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática se caracteriza por ser progresiva, iniciarse al nacimiento e incrementarse sobre todo en las primeras 3 a 6 horas de vida.

La insuficiencia respiratoria se valora por el procedimiento de Silverman y Andersen. Los datos obtenidos permiten reconocer el estado del pulmón con mala expansibilidad y distensibilidad, característico del SIRI. También se agrega la hipoxemia, manifestada por cianosis central, o por palidez generalizada (hipoxemia enmascarada por la afinidad que tiene la hemoglobina fetal por el oxígeno).

En la placa radiográfica, se manifiesta por una imagen opaca, reticular, finamente granulosa y generalizada, reflejo del estado que guarda el parénquima pulmonar no aereado, imagen que tiene como fondo el dibujo del árbol bronquial sí aereado (broncograma aéreo). Estos y otros datos radiológicos de hipoaereación, como la caja torácica pequeña, los espacios intercostales estrechos, la elevación o el poco descenso del diafragma, son acompañantes de los anteriores.²³

Método de diagnóstico.

- a) Valoración de Silverman-Andersen.
- b) Radiografías de tórax AP y lateral.
- c) Gasometrías arteriales.

²³ Ibidem. pp. 190.

Tratamiento.

1. Estabilización pulmonar.

Mediante la distensión alveolar continua, que puede ser lograda por dos sistemas:

- a) CPAP. Presión positiva continua de las vías aéreas.
- b) IMV + PEEP. Ventilación intermitente obligada más presión positiva al final de la expiración.

2. Estabilización cardiovascular. Manejo de shock.

El manejo de estabilización cardiovascular en la etapa neonatal implica la vigilancia de los cambios hemodinámicos que ocurren en las primeras horas de la vida. El manejo del estado de shock neonatal debe ser integral para lograr una perfusión tisular efectiva.

3. Estabilización metabólica.

a) Corrección del estado ácido-base. La estabilización metabólica debe ir dirigida básicamente a la corrección del desequilibrio ácido-base, que en la gran mayoría de las veces corresponde a ácidos metabólicos y respiratoria. Para la acidosis respiratoria se necesita hiperventilar al paciente. La presencia de acidosis metabólica debe corregirse con la administración de bicarbonato.

Si se administra rápidamente el bicarbonato de sodio, que es una solución hipertónica, con el incremento en el $p\text{CO}_2$ puede producirse aumento de la presión intravascular y ruptura de los vasos cerebrales causando una hemorragia intracraneana.

b) Ambiente térmico neutro. Manejo de incubadora.

4. Protección específica.

a) Aislamiento protector. El paciente necesita cuidado de asepsia en su manejo, esto implica aseo cuidadoso de las manos del personal que lo maneja, así como la limpieza y esterilización del equipo o material que se utilice.

b) Antibioticoterapia. Si hay sospecha de infección agregada.

c) Nutrición. El consumo energético exagerado que hay en el SIRI ha llevado a idear formas de nutrición hipercalórica por los siguientes métodos.

1º. Alimentación nasogástrica con leche materna.

a. Proporciona calostro que protege la mucosa intestinal contra gérmenes patógenos.

b. La relación 3:2 lactoalbúmina-caseína, hace que tenga mayor cantidad de cisteína y poca concentración de fenilalanina y tirosina que daña el S.N.C. del prematuro.

2º. Alimentación naso-yeyunal con fórmula hipercalórica.

a. Riesgo de una enterocolitis necrosante por la hiperosmolaridad de la fórmula.

3º. Alimentación parenteral total con catéter central.

a. Complejidad en su manejo.

b. Riesgo de septicemia.

4º. Alimentación periférica.

- a. Con aminoácidos hidrolizados ("Amigen") o cristalizados ("Freemine").
- b. Con lípidos derivados de soya (Intralipid).

5º. Combinación de varios métodos.

Las complicaciones que es necesario evitar en los casos de alimentación parenteral son:

1. Mecánicas.

- a) Extravasación de líquido.
- b) Trombosis y flebitis químicas.
- c) Problemas con el goteo.
- d) Dermatitis por contacto por la tela adhesiva.

2. Infecciones.

- a) Flebitis infecciosa local.
- b) Septicemia (microorganismos oportunistas).

3. Metabólicas.

- a) Hiperglicemia (por usar soluciones hiperglicémicas).
- b) Hipoglicemia (al suspenderse accidentalmente la venoclisis).
- c) Hiperamonemia.
- d) Azotemia (hiperproteínemia).
- e) Deficiencia de ácidos grasos esenciales.²⁴

²⁴ Ibidem. pp. 193-206.

Hiperbilirrubinemia multifactorial.

Etiología y Fisiopatología.

La mayoría de los prematuros enfermos sufren cierto grado de hiperbilirrubinemia que requiere cuando menos fototerapia. El prematuro no solamente tiene un sistema muy inmaduro para soportar la ictericia, sino que con frecuencia tiene más sangre para ser metabolizada. Además la movilidad intestinal puede estar disminuida, de tal forma que la bilirrubina excretada en la bilis no se elimina rápidamente, después de la acción enzimática en el intestino, la bilirrubina puede reabsorberse para iniciar nuevamente el ciclo en el organismo del pequeño.²⁵

La ictericia es una de las manifestaciones clínicas que se presentan con mayor frecuencia en el recién nacido y habitualmente es el resultado de la acumulación de bilirrubina no conjugada en el suero y en los tejidos.

Aproximadamente 50% de los niños recién nacidos a término y 80% de los prematuros, presentan ictericia en mayor o menor grado.

Ictericia es la coloración amarillenta de la piel y conjuntivas causadas por la fijación de la bilirrubina al tejido graso subcutáneo.

La ictericia se produce por elevación de la bilirrubina sérica (indirecta) que se forma por degradación de la hemoglobina de los eritrocitos (85%) y por otras fuentes como la mioglobina y las enzimas triptofanopirrolasas, citocromos y catalasas (15%).

²⁵ Waechter-Blake. op. cit. pp. 198-199.

La bilirrubina es unión orgánico liposoluble, que pertenece al grupo de las cromoproteínas, las cuales participan en forma importante en los procesos respiratorios y de captación de energía; están integradas por un grupo prostético, constituido por un grupo porfirínico unido a un metal, que en el caso de ser el hierro, les da el nombre de hierro-porfirio-proteínas, de las cuales la hemoglobina es la más importante.²⁶

Metabolismo de la bilirrubina.

La producción normal de la bilirrubina es de 8.5 ± 2.3 mg/k/día más del doble de la del adulto.

Puesto que la bilirrubina proviene de la degradación del heme y esta es un componente esencial en los sistemas de transporte de electrones dependientes de oxígeno de las mitocondrias y microsomas, cualquier célula viva es una fuente potencial de bilirrubina. Las fuentes principales de bilirrubina no eritrocítica son de hemes y porfirinas no usadas durante la síntesis de la hemoglobina, degradación de la hemoglobina intracorpúscular durante la maduración del eritrocito en la médula ósea, destrucción de eritrocitos recién formados en la médula ósea, síntesis directa de pigmentos biliares a partir de porfirinas sin degradación del anillo porfirínico y, finalmente reutilización del heme proteico no hemoglobínico. La degradación de la hemoglobina en bilirrubina tiene lugar en el sistema reticuloendotelial.

Manifestaciones.

La ictericia que aparece en las primeras 24 horas debe pensarse como primera posibilidad en isoimmunización materno fetal o bien en infección.

²⁶ Torroella, J. M. op. cit. pp. 234.

La ictericia que aparece del segundo al tercer día, probablemente sea fisiológica, a menos que el niño esté enfermo, tenga hepatosplenomegalia o hemorragias cutáneas, en cuyo caso el diagnóstico más probable es de infección.

Cuando la ictericia aparece a partir del cuarto día, lo más factible es que se trate de infección o anormalidades enzimáticas en la morfología de los eritrocitos. Si la ictericia se relaciona con la administración de leche y además se acompaña de diarrea o vómito, debe pensarse en galactosemia.

La ictericia que persiste más tiempo de lo usual de la fisiológica puede ser hemolítica, funcional y obstructiva. El aumento persistente de bilirrubina indirecta sin datos de hemólisis, debe hacer pensar en la posibilidad de hiperbilirrubinemia no conjugada no hemolítica.²⁷

Hepatoasplenomegalia, es más frecuente en la eritroblastosis fetal y en las infecciones intrauterinas.

Manifestaciones hemorrágicas, las más frecuentes son las equimosis y las petequias.²⁸

Diagnóstico.

Exámenes de laboratorio, son necesarios en todo recién nacido con ictericia de causa no determinada.

- a) Bilirrubina total y fracciones.
- b) Biometría hemática con plaquetas, lo más importante es la hemoglobina y el hematocrito porque indica el grado de hemólisis.

²⁷ Ibidem, p. 351.

²⁸ Ibidem, p. 356.

- c) La prueba de Coombs directa indica la presencia de anticuerpos unidos al eritrocito y puede ser positiva o negativa. La prueba de Coombs indirecta indica la presencia de anticuerpos en suero no unidos a eritrocitos.
- d) Sistemas sanguíneos ABO y Rh completos en el niño y en la madre.
- e) Frotis de sangre periférica, señala la presencia de eritroblastos y da el diagnóstico en la detección de las anomalías estructurales del eritrocito.
- f) Glucosa sanguínea para detectar la posibilidad de hipoglucemia.
- g) Electrolitos séricos, sobre todo potasio y bicarbonato, así como pH. Buscar acidosis.
- h) Proteínas totales y fracciones, importa la fracción de albúmina.²⁹

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de bilirrubina no conjugada para evitar el riesgo de kernicterus.

Medidas generales como el control de los signos vitales, corregir y conservar el estado de hidratación.

Exanguineotransfusión, su objetivo es de remover anticuerpos anti-eritrocitos, ya sea circulante o unidos; remover bilirrubina indirecta, suministrar hemoglobina para mejorar el transporte de oxígeno a los tejidos, disminuyendo la acidosis y los productos de la hemólisis, y finalmente administrar albúmina mejorando en esta forma la unión albúmina-bilirrubina y disminuye la bilirrubina indirecta.

Fototerapia, es efectiva al reducir los niveles de bilirrubina indirecta en suero. Su mecanismo de acción es degradar la bilirrubina en productos más

²⁹ *Ibidem*, p. 357.

simples. Otro mecanismo es el paso directo de bilirrubina indirecta a la bilis sin conjugarse, tal vez afectando la permeabilidad del hepatocito a la difusión pasiva del pigmento.³⁰

Neumatosis intestinal.

Es la presencia del aire en la pared intestinal en forma de vesículas en la submucosa y/o subserosas y que pueda extenderse hasta el mesenterio. Frecuentemente se asocia a bronconeumonía y/o septicemia.

Existen varias teorías para explicar la etiopatogenia de esta complicación.

- a) Teoría mecánica: que la atribuye a infiltración de gas en la pared del intestino cuando hay acumulo de éste.
- b) Teoría química o metabólica: sobreproducción de gas por fermentación de carbohidratos, lo que facilita el paso de gas a la pared intestinal.
- c) Teoría respiratoria: ésta se ha correlacionado con hipoxemia por patología pulmonar importante.
- d) Teoría infecciosa: en un principio se atribuyó a lesión local por infección, en la actualidad se ha demostrado que el sobrecrecimiento bacteriano sobre todo en duodeno es un factor desencadenante de neumatosis intestinal.
- e) Teoría neoplásica: células neoplásicas productoras de gas.
- f) En la actualidad podemos decir que la neumatosis es el resultado de una serie de factores predisponentes como son: el peso subnormal al nacimiento, la desnutrición, la edad (primeros meses de la vida), sobrecrecimiento bacteriano en intestino, intolerancia a

³⁰ Ibidem. pp. 358-366.

carbohidratos, ileo paralítico, isquemia intestinal, hipoxia aguda, etc.³¹

Manifestaciones.

El cuadro clínico se manifiesta en casi todos los casos por distensión abdominal de magnitud variable (eventualmente puede no observarse distensión abdominal en un principio). Hay disminución o ausencia de peristaltismo intestinal dependiendo de la magnitud del ileo paralítico concomitante, vómitos, sangre microscópica (en labstix) o macroscópica en heces. El abdomen no es doloroso, la presencia de dolor abdominal o resistencia muscular sugiere la existencia de patología peritoneal.³²

Método de diagnóstico.

El diagnóstico se establece correlacionando el cuadro clínico con la imagen radiológica de abdomen. En otras ocasiones es un hallazgo quirúrgico. Las imágenes radiológicas características son imágenes en doble contorno (anillo) y acolchonado (panal de abeja) y de ileo paralítico de magnitud variable.

Tratamiento.

Es conservador y está dirigido a:

1. El manejo de la distensión abdominal con ayuno, sonda nasogástrica a derivación, posición semifowler, succión gástrica.
2. Corrección del desequilibrio hidroelectrolítico y aporte de nutrientes: hidratación parenteral, alimentación parenteral.

³¹ Valenzuela, R. H. op. cit. p. 291.

³² Jasso Gutiérrez, L. Manual de Procedimientos Clínicos en Pediatría. Pp. 365-366.

3. Tratamiento de la infección y detección de focos infecciosos en especial a nivel pulmonar. Antibióticos contra bacterias gram-negativas y cuando es necesario contra grampositivas.
4. Medidas generales y manejo de padecimientos concomitantes.
5. El tratamiento quirúrgico sólo tendrá indicación cuando existen complicaciones abdominales que lo ameriten: peritonitis, infarto o perforación intestinal.
6. Una vez cuando la neumatosis intestinal, la realimentación deberá iniciarse con sustitutos de leche: harina de soya (protea) fórmula especial, dieta elemental.³³

Sepsis neonatal.

Etiología y fisiopatología.

Es una infección bacteriana generalizada, que puede acompañarse de bacteremia o endotoxemia, sin que exista necesariamente un foco infeccioso aparente. Produce graves alteraciones clínicas.

El diagnóstico de "sepsis" (confirmada) requiere que haya cultivos positivos, en especial el hemocultivo.

El diagnóstico de "probable sepsis" se debe basar en el análisis de los factores predisponentes, de los datos clínicos y de los hallazgos del laboratorio.³⁴

Factores predisponentes para una probable sepsis:

- a. Tiempo de ruptura de las membranas mayor de 24 horas.
- b. Amnioititis, líquido amniótico fétido, manipulación obstétrica excesiva.

³³ Valenzuela, R. H., op. cit. p. 292.

³⁴ Torroclla, J. M. op.cit. p. 217.

- c. Infección materna: madre febril, con síntomas respiratorios, con síntomas intestinales.
- d. Neonato con lesiones visibles: onfalitis, piodermitis.
- e. Exposición a contaminantes: equipo de reanimación contaminado, manos contaminadas del reanimador, catéteres y cánulas colocadas durante tiempo prolongado.
- f. Prematurez.³⁵

Manifestaciones.

Datos clínicos de una probable sepsis.

1. Signos generales:
 - a) "no se ve bien"
 - b) "no quiere comer bien"
 - c) "no hace mucho caso a los estímulos del medio"

2. Signos gastrointestinales:
 - a) Diarrea-vómito.
 - b) Distensión abdominal (enterocolitis necrosante agregada)

3. Signos respiratorios.
 - a) Crisis de cianosis.
 - b) Crisis de apnea.
 - c) Insuficiencia respiratoria.

4. Signos neurológicos.
 - a) Irritabilidad
 - b) Letargia.
 - c) Crisis convulsiva.

³⁵ Ibidem.

5. Signos de la piel.
 - a) Palidez.
 - b) Piel marmórea.
 - c) Petequias.
 - d) Ictericia.
 - e) Coloración grisásea.
6. Otros.
 - a) Fiebre.
 - b) Hipotermia.³⁶

Métodos de diagnóstico.

De ayuda inmediata:

- a) Fórmula blanca, leucocitosis de más de 30 000 (rara).
Leucocitosis de menos de 4 000 (común).
- b) Hemoglobina y hematocrito, anemia (hemólisis por las toxinas).
- c) Plaquetas, plaquetopenia de menos de 80 000.
- d) Punción lumbar, frotis de líquido cefalorraquídeo con bacterias.
- e) Examen de orina, leucocitosis y bacteriuria.
- f) Radiografía de tórax, infiltrados neumónicos.
- g) Frotis de jugo gástrico, leucocitos y bacterias abundantes.
- h) Otras pruebas, frotis sanguíneo directo y concentrado para buscar bacterias. Micrométodo para medir sedimentación globular, Proteína "C" reactiva.

De ayuda posterior:

- a) Inmunoglobulina M.

³⁶ Ibidem, pp. 217-218.

b) Anticuerpos específicos.³⁷

Tratamiento.

- Terapéutica antimicrobiana combinada.
- Terapia sintomática y medidas generales.
- Aislamiento, manejo con técnicas de infecto-contagioso.
- Asistencia de cuidados intensivos.
- Monitorización electrónica, registro estricto de los signos vitales.
- Mantenerlo en un ambiente térmico neutro.
- Oxigenoterapia.
- Ayuno, instalarle venoclisis para mantener un equilibrio electrolítico, calórico y ácido-base normal.
- Manejo específico de los focos infecciosos con antibióticos.³⁸

³⁷ Ibidem.

³⁸ Marshall y Avroy. Asistencia del recién nacido de alto riesgo. p. 349.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. Presentación del Caso.

Se trata de Recién Nacido pretérmino de 30 semanas de gestación potencialmente infectado hijo de madre de 22 años G II, PI con ruptura prematura de membranas con una semana de evolución sin manifestaciones de amniotitis con signos de insuficiencia respiratoria moderada. En sus primeras horas de vida extrauterina, obtenido a través de cesárea con un apgar de 5/6, peso 1,225 grs., talla 38 cm.

A LA EXPLORACIÓN FÍSICA.

Neonato con dificultad respiratoria moderada activo-reactivo a estímulos, hipotérmico, acrocianosis, cráneo con fontanelas normotensas, pupilas reactivas, narinas permeables, mucosas hidratadas, CSPS ventilados con buena entrada y salida de aire, tórax normolíneo asincrónico con el ventilador, ruidos cardiacos de buena intensidad y frecuencia, abdomen distendido con dibujo de asa intestinal hipoperistaltismo, cordón umbilical sin datos de sangrado, extremidades íntegras simétricas, genitales íntegros externos, bolsa escrotal no pigmentadas no rugosas, ambos testículos no descendidos, meato y ano permeables, pliegues plantares apenas en tercio superior, piel fina lisa discreta descamación.

5.2. Jerarquización de Necesidades.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES FUNDAMENTALES DE VIRGINIA HENDERSON.

Se expone a continuación la valoración, incluyendo los datos más relevantes detectados en cada necesidad al ingreso en la Unidad, junto con la valoración continuada del Recién Nacido durante el tiempo que permaneció ingresado.

NECESIDAD DE RESPIRAR.

Durante los primeros días de vida presentó signos evidentes de distrés respiratorio, con taquipnea, respiración superficial y ventilación insuficiente, manteniéndose hemodinámicamente estable durante todo el periodo.

NECESIDAD DE BEBER Y COMER.

Debido a la inmadurez, los reflejos de succión y deglución no estuvieron presentes hasta el mes de vida.

El aumento de peso se mantuvo dentro de los límites normales aunque algunas veces con ganancia y otras con pérdida, presentó hipoglucemias.

NECESIDAD DE ELIMINAR.

Algunos días presentó regurgitaciones esporádicas. Edemas en extremidades inferiores. Diuresis y evacuaciones (deposiciones) normales.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

En el momento de ingreso, irritable, rubicundo. Se mantuvo muy postrado, hipotónico y poco reactivo durante los primeros días. Más activo a partir de los 30 días de vida.

NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR

En la valoración de esta necesidad se tuvo en cuenta que los recién nacidos ingresados en las unidades neonatales no descansan regularmente. El estado de gravedad y la agresividad de los cuidados y tratamientos que requería dificultaban el reposo/sueño.

El niño estuvo muy dormido siempre hasta los 30 días de vida, cuando se mostró más activo y despierto.

Esta necesidad estuvo muy alterada desde el principio debido a la gran cantidad de cuidados que precisaba.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE.

Al principio de la hospitalización estaba desnudo con pañal y durante las visitas (entrevistas) iniciales se propuso a los padres la posibilidad de vestir al bebé con su propia ropa. Los padres aceptaron la idea de buen grado. Así el niño utilizó su propia ropa evitando la uniformidad y fomentando la personalización.

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES.

Hipotermia porque no controlaba la temperatura principalmente porque su tejido subcutáneo es muy delgado y la superficie corporal grande en relación con

la capacidad del bebé para conservar la temperatura, pero posteriormente cuadro de hipertermia coincidiendo con la presencia de infección.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS.

La coloración de la piel fue pálida debido a la anemia que padecía, presentó una pequeña escara en talón derecho debido a las punciones para el control de glicemia, así como quemadura en pie izquierdo debido al oxímetro de pulso (censor).

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

Por lo que a esta necesidad se refiere, el bajo peso y la prematuridad del bebé ya suponían en sí mismos un riesgo elevado, puesto que el sistema inmunitario era inmaduro. El ingreso en el hospital también condiciona peligros ambientales. Se tuvieron en cuenta los riesgos de infección respiratoria durante la ventilación mecánica y de sepsis por las vías endovenosas.

Otros riesgos eran hipotermias por inmadurez de la termorregulación y hemorragia intracraneal por el exceso de manipulación y el tratamiento agresivo.

NECESIDAD DE COMUNICAR.

Esta necesidad la valoramos en relación al recién nacido y a sus padres ya que precisó incubadora, con monitorización y otros aparatos. La estancia en la unidad se preveía larga. Estos factores condicionaban un vínculo con sus padres demasiado limitado. Se valoró de qué manera vivían los padres, la relación con el recién nacido y también cómo aceptaban o no su estado de salud/enfermedad.

El recién nacido estableció poco contacto (estuvo muy dormido) con los padres y el equipo de salud hasta el tercer mes de vida.

Se valoró que desde la 3era., semana de nacimiento como muy importante que el niño necesitaba atención precoz y que el contacto con los padres era primordial.

El padre se mostró más distante con el recién nacido. Tenía miedo de tocarlo y prefería que fuera la madre quien lo hiciera.

La madre mostró siempre interés por aprender los cuidados que necesitaba su hijo, participó de forma progresiva en ellos. Sin embargo, cuando se planteó iniciar la estimulación precoz y posteriormente la preparación para el alta, la madre manifestó temor a no saber aplicar todos los cuidados de manera correcta y el padre se mostró distante y no quiso participar, dejando la iniciativa a la madre.

NECESIDAD DE ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y SUS VALORES.

Los padres solicitaron bautizar al niño cuando su estado clínico era más crítico.

NECESIDAD DE JUGAR Y DIVERTIRSE

En los primeros días, y debido a la prematuridad y estado de gravedad, no se consideró prioritaria esta necesidad.

NECESIDAD DE APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE AL DESARROLLO Y LA SALUD NORMALES.

La madre mostró siempre interés por aprender los cuidados que necesitaba el recién nacido y participó de forma progresiva en ellos. Manifestó mucho temor en el momento de iniciar la estimulación precoz y sobre todo de llevárselo a casa cuando se programó el alta hospitalaria.

El padre se mostró más distante con el niño parecía tener miedo de tocarlo.

Una vez realizada la valoración inicial del recién nacido, se procedió al análisis de los datos para poder precisar los problemas interdependientes y los problemas autónomos.

5.3. Diagnóstico de Enfermería.

I. NECESIDAD DE RESPIRAR, relacionado con secreciones excesivas y espesas, manifestado por tos ineficaz, imposibilidad para expectorar las secreciones de la vía aérea, ruidos respiratorios respiratorios anormales y alteraciones de la frecuencia, ritmo y profundidad de la respiración.

El despeje ineficaz de la vía aérea, según la NANDA, es cuando el individuo experimenta una amenaza real o potencial en su aparato respiratorio, esto es lo que respecta a la imposibilidad de toser con eficacia.³⁹

No es recomendable utilizar Potencial Alterado de la Función Respiratoria para describir un problema concreto, ya que se trata de un caso colaborativo y no de un diagnóstico de enfermería, tampoco debe emplearse esta categoría diagnóstica para describir trastornos respiratorios agudos, pues son responsabilidad directa de los médicos.

La causa de la dificultad en este diagnóstico está relacionado con la falta de la fuerza (F).

2. NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, en relación con la edad del prematuro e infección, manifestado por temperaturas rectales que oscilan entre 35oC y 39oC.

³⁹ L. Riopelle. Cuidados de Enfermería, un proceso centrado en las necesidades de la persona. 2da. Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 1997. p. 7-13.

Alteración de la temperatura Corporal según la NANDA debe manejarse como Alteración Potencial de la Temperatura Corporal, cuya definición es "Estado en el que el individuo se encuentra en riesgo de no poder mantener su temperatura corporal dentro del intervalo normal debido a factores endógenos".⁴⁰

Este diagnóstico no ha sido utilizado en toda su extensión ya que lleva la palabra "potencial", lo cual significa que existen factores que en gran medida, pueden conducir a esta alteración. Sin embargo, en este caso en particular, el neonato tiene presente esta alteración, es decir, es real.

No se seleccionó ni el diagnóstico de hipotermia, ni el de hipertermia, porque existían ambas condiciones. El diagnóstico de termorregulación inapropiada tampoco corresponde, ya que esta situación se presenta sin existir otros condicionantes de la temperatura ambiental.

3.- NECESIDAD DE BEBER Y COMER, relacionado con ayuno, reserva disminuida de líquidos y diuresis excesiva, manifestado por pérdidas hídricas mayores al ingreso.

Déficit en el Volumen de líquidos se define como "estado en el que un individuo que está en ayuno hasta nueva orden, manifiesta o está en riesgo de presentar una deshidratación vascular, intersticial o intracelular".⁴¹

Esta categoría diagnóstica se emplea cuando la enfermera puede evitar la pérdida de líquidos, reducir o eliminar factores como puede ser la ingesta o ingreso de líquidos parenterales deficientes, en las situaciones en donde una hemorragia o ayuno pueden condicionar hipovolemia no debe emplearse por considerarse como problemas adicionales, no diagnósticos.

⁴⁰ L. Riopelle op. cit. p.35.

⁴¹ L.Riopelle op. cit. P. 29.

4. LACTANCIA INEFICAZ, en relación con el neonato prematuro, manifestado por ausencia de los reflejos de succión y deglución.

Lactancia Ineficaz, la NANDA lo define como "estado en el que la madre, el prematuro manifiestan o se encuentran en riesgo de experimentar insatisfacción o dificultad en el proceso de la lactancia".⁴²

Este diagnóstico se ha seleccionado, porque, aunque al neonato no se alimentará por vía oral a corto plazo, requiere de presencia a futuro de los reflejos de succión y deglución que se encuentra ausentes (F).

5. ALTERACIÓN EN LA COLORACIÓN DE LA PIEL en relación a hiperbilirrubinemia neonatal, manifestada por ictericia.

Esta categoría diagnóstica no ha sido incluida por la NANDA, sin embargo, se ha utilizado en virtud de que no se ha contemplado y es necesario construirlo para este caso en particular.

Se puede definir como el estado en el cual un individuo presenta o está en riesgo de presentar cambios en la coloración tisular.

6. NECESIDAD DE ELIMINAR, relacionado con una obstrucción en el aparato digestivo alto, manifestado por meconio espeso, disminución en el número de evacuaciones y peristaltismo intestinal disminuido.

Alteración en la eliminación intestinal, es una categoría diagnóstica no incluida en la NANDA, sin embargo la incluí en este proceso, debido a que no está contemplada en ninguna otra categoría.

Se puede definir como el estado en el que el recién nacido presenta o esta en riesgo de manifestar éxtasis de la materia fecal en el intestino grueso, originando una disminución en el número de las evacuaciones y heces.

⁴² L. Riopell. Op. cit. P.38.

Este diagnóstico, específicamente, tiene como factores etiológicos y contributivos la edad del paciente (recién nacido).

7. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS, en relación con ayuno absoluto, venopunciones, sonda orogástrica, secreciones orofaríngeas y uso de adhesivas, evidenciando por desorganización del tejido dérmico y epidérmico en diversas áreas.

Alteración en la Integridad de la piel según la NANDA, “es el estado en el cual un recién nacido experimenta o está en riesgo de experimentar un daño al tejido dérmico o epidérmico”.⁴³

Este diagnóstico se ha seleccionado en virtud de que describe alteraciones reales o potenciales de la epidermis y dermis. No se utilizó el diagnóstico de “Potencial para el síndrome de desuso”, ya que se utiliza en aquellos casos de inmovilización y en este paciente, de manera particular, si se realizan cambios de posición.

8.NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS. CORNEA, relacionado con exposición a fototerapia y uso continuo de antifaz.

Potencial de Alteración de la integridad Tisular, según la NANDA, “se da en el momento en el que el individuo experimenta o está en riesgo de experimentar un daño en los tejidos intergumentarios, corneal o de las membranas mucosas”.⁴⁴

9. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR, relacionados con ayuno absoluto, estrés, alteración gastrointestinal y neurológico manifestado por incapacidad para efectuar habilidades o comportamientos típicos de su edad y alteración de crecimiento físico observando por bajo peso y talla.

⁴³ L. Riopelle. Op. cit. P.40.

⁴⁴ L.Riopelle. Op.cit. p.46.

Crecimiento y Desarrollo Alterados, según la definición de la NANDA, "es el resultado en el que un individuo corre el riesgo de alterar su capacidad para efectuar actividades propias de su edad".⁴⁵

En este caso, el neonato no es que corra el riesgo de presentar estos cambios, sino que ya manifiesta alteraciones, desde el momento que es considerado como el pretérmino y con bajo peso de acuerdo a su edad gestacional, por lo tanto es un diagnóstico real y las causas de la alteración corresponden a la falta de fuerza.

10. NECESIDAD DE COMUNICAR, en relación con una inmadurez neurológica, manifestado por interpretación inexacta de los estímulos ambientales y alteración del patrón de conducta o de comunicación (llanto).

Alteraciones de la Percepción Sensorial, la NANDA lo define como "estado en el cual un recién nacido experimenta o está en riesgo de experimentar un cambio en la cantidad, patrón o interpretación de los estímulos que recibe".⁴⁶

⁴⁵ L. Riopelle. Opcit. P.50.

⁴⁶ L. Riopelle. Opcit. P.52.

5.4.Planeación, Ejecución y Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería.

NOMBRE: GG R/N

SEXO: Masculino.

PESO: 1,225 grs.

SERVICIO: U.C.I.N.

TALLA: 38 cm.

APGAR 5/6

No. DE AFILIACIÓN: 2897-78-2179

NECESIDAD:

- Respirar.

Dx DE ENFERMERÍA

- Deficiencia en el patrón respiratorio relacionado con inmadurez pulmonar.

OBJETIVO:

- Restablecer la función respiratoria.
- Brindar cuidados de Enfermería en forma precoz, oportuna y óptimas de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Aplicar normas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Seguir las normas de atención del Recién Nacido Pre-término.
- Registrar las medidas antropométricas al niño.
- Manipular al Recién Nacido con estrictas medidas de asepsia.
- Colocar al niño en incubadora o cuna radiante de 36-36.5°C.

- Canalizar vía periférica y/o preste los cuidados de la Onfalocclisis.
- Administrar los líquidos en bomba de infusión.
- Cuidados de la venocclisis o catéteres umbilicales.
- Administrar oxigenoterapia.
- Auscultar entrada de aire pulmonar.
- Valorar y reportar gases arteriales.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Registrar constantes vitales c/24 horas.
- En caso de deterioro respiratorio asistir al Recién Nacido en intubación endotraqueal.
- Brindar cuidados de Enfermería al paciente intubado.
- Conocer parámetros del respirador.
- Realizar cambios de posición.
- Administrar relajantes indicados.
- Administrar bicarbonato de sodio.
- Evaluar características de secreciones.
- Colocar oxímetro de pulso.
- Ventilar con ambú y mascarilla en caso de desaturación.

EVALUACIÓN:

- Restablecimiento d un adecuado patrón ventilatorio.
- Mejora la función respiratoria manteniendo una saturación del 98%.

NECESIDAD:

- Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

OBJETIVO:

- Tomar Medidas preventivas para evitar cualquier riesgo de infección.

- DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA.

- Riesgo potencial de adquirir infección del aparato respiratorio y sepsis relacionado a inmadurez pulmonar.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Manipular al niño con estrictas medidas de asepsia.
- Aspirar tubo endotraqueal utilizando técnicas de asepsia médica.
- Evaluar cambio de características de secreciones.
- Tomar un frotis y cultivo de secreciones endotraqueales.
- Cambiar los circuitos del ventilador y humidificadores cada 24 horas.
- Evaluar por signos de sepsis: coloración de la piel, edema, petequias, signos de bajo gasto etc.
- Administración de antibióticos.
- Evaluar respuesta al tratamiento al disminuir sintomatología.

EVALUACIÓN.

- No desarrollará infección del aparato respiratorio y sepsis.

NECESIDAD.

- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

OBJETIVO.

- Mantener la temperatura en los límites normales.
- Identificar mecanismos de pérdida y producción calórica.
- Describir los efectos del frío en el neonato.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Termorregulación ineficaz relacionada con el cociente entre cuerpo y superficie corporal, y falta de reservas grasas.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

- Proporcionar un ambiente térmico neutro.
- Vigilar la temperatura.
- Colocar al neonato bajo un calentador radiante de servocontrol.
- Medir las temperaturas axilar, cutánea y central.
- Valorar el ambiente en busca de posibles fuentes de pérdida o ganancia de calor por conducción, convección, radiación y evaporación.
- Calentar previamente las ropas de cama y el equipo que entrarán en contacto con la piel del neonato.
- Conservar la cabeza del recién nacido cubierta con un gorro.
- Observar si hay hipoglucemia o síndrome de dificultad respiratoria u otro tipo de complicaciones.

EVALUACIÓN.

- Se conserva la temperatura axilar del neonato dentro de límites normales (36.8 a 37.1° C).
- No se observan signos de estrés por frío.
- Se cuenta con equipo necesario para conservar la neutralidad térmica del neonato.

NECESIDAD

- Beber y comer.

OBJETIVO.

- Mantener la función digestiva en reposo.
- Proporcionar un estado nutricional adecuado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Riesgo potencial de sufrir fallo para progresar relacionado a la incapacidad para alimentarse.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Peso diario.
- Administración de soluciones intravenosas o nutrición parenteral.
- Iniciar tolerancia oral según indicación.
- Administrar fórmula por débito midiendo previamente residuo gástrico.
- Colocar al niño en decúbito ventral o lateral si su condición lo permite.
- Colocar sonda orogástrica en caso de distensión abdominal.

EVALUACIÓN.

- El Neonato gana 15 a 30 grs., de peso por día.
- El Recién Nacido no manifiesta signos y síntomas de intolerancia a los alimentos, hipoglucemia, o ambas cosas.

NECESIDAD.

- Evitar los peligros.

OBJETIVO.

- Mantener la integridad cutánea del prematuro.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada a la inmovilidad física y métodos invasores.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Conservar la piel limpia y seca.
- No usar tela adhesiva en los neonatos.
- Cambios de posición.
- Concho de agua.
- Lubricar la piel con aceite de maíz.
- Usar auxiliares de colocación para colocar al neonato con comodidad y para aliviar la presión sobre las prominencias óseas.
- Evitar la fricción y los desgarros sobre superficies cutáneas.
- Vigilar, registrar y notificar las lesiones cutáneas.
- Manter las canalizaciones intravenosas y vigilarlas con cuidado para detectar infiltración.

EVALUACIÓN.

- El recién nacido conserva buena integridad cutánea a juzgar por la falta de abrasiones, desintegración de la piel o irritación o infecciones locales.

NECESIDAD:

- ❖ Comunicar.

OBJETIVO:

- ❖ Establecer un vínculo inicial entre padres e hijo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

- ❖ Déficit de conocimiento relacionado con la condición del niño.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

- ❖ Orientar a los padres sobre las normas de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.
- ❖ Orientarlos sobre la participación en el cuidado del niño (padres participantes) en: baño y alimentación, estimulación temprana.

EVALUACIÓN:

- ❖ Los padres verbalizan los principales cuidados del niño.
- ❖ Manifiestan tranquilidad.
- ❖ Que la vinculación madre-hijo sea evidente con miradas francas a los ojos.

NECESIDAD.

- Eliminar

OBJETIVO.

- Disminución de las concentraciones de Bilirrubina.

Dx. DE ENFERMERÍA.

- Alteración del estado de salud relacionado a falta de eliminación de bilirrubina, manifestando tinte icterico en piel y escleróticas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.

- Colocar adecuadamente la lámpara de fototerapia.
- Desnudar al Neonato.
- Protección ocular.
- Proporcionar cambios posturales.
- Mantenerlo limpio.
- Detectar complicaciones o efectos colaterales.
- Colaborar en la toma de muestras para bilirrubinas en suero.
- Vigilar estado de hidratación.
- Labstix en orina y evacuación.
- Observar características de las evacuaciones, color, consistencia.
- Mantener área genital limpia.

EVALUACIÓN.

- Al cabo de tres días hubo disminución de la ictericia, presentando valores normales de bilirrubina.

5.5. Evaluación de las Intervenciones de Enfermería.

Como ya se mencionó, el neonato nació con signos de insuficiencia respiratoria idiopática con regular automatismo respiratorio. Se favoreció con la postura, con casco cefálico y ayuda postural disminuyó la disnea. Mejoró su ventilación pulmonar pero no así la perfusión-difusión de gases.

Requirió de asistencia intensiva. Persistió con hipoxemia y acidosis respiratoria. Se instaló ventilador mecánico de presión positiva. Presentó abundantes secreciones, siendo removidas con la fisioterapia pulmonar y aspiración selectiva de las secreciones del tracto respiratorio.

Se mantuvieron las mucosas hidratadas con el control en la infusión de los líquidos parenterales.

Se evitó el estancamiento de agua en tubos del ventilador.

Por su gravedad estuvo en ayuno hasta nueva orden médica.

De acuerdo a su evolución clínica mejoró su metabolismo y sus condiciones respiratorias. Monitorización constante de los constantes vitales.

Mantuvo buena ventilación y excelentes condiciones de oxigenación, buena reactividad.

Para su control respiratorio fueron tomadas varias muestras para gasometrías.

Eliminación de los estertores. Evolución satisfactorias.

Continuó con diez días en ventilación mecánica asistida, posteriormente toleró oxigenación con casco cefálico. Necesitando menor cantidad de oxígeno, permaneció en incubadora sin oxígeno ni dificultad respiratoria.

TERMORREGULACIÓN.

Conserva una temperatura corporal central dentro de los límites normales. Manejo en condiciones de aislamiento. Se detectaron hipotermias e hipertermias. Se llevó mejor control de la temperatura requerida según desarrollo corporal.

Se proporcionó un entorno óptimo con medidas de asepsia y antisepsia, esterilización. Toleró ambientación, cuando obtuvo un peso de 1,900 grs. Se retiró de la incubadora pasado a un bacinete.

ICTERICIA.

Descendió la hiperbilirrubinemia después de 10 días de tratamiento continuo. Se observó un descenso de 11 mg. A 8.4 mg/100 ml total. Conservó su estado de hidratación.

Se mejoró la hipoglucemia. Evolución tórpida con algunos antibióticos, con las cefalosporinas evolucionó favorablemente.

Se extreman cambios posturales y movilización de zonas de apyo, hidratación diaria dela piel.

Se minimizaron el uso de adhesivos. Se cambiaron puntos de contacto de los sensores de saturación de O₂ dos veces por turno.

En la etapa de curación y recuperación ponderal aumentaba 10 a 20 grs por día.

SEPTICEMIA.

Estuvo durante varios días en ayuno. Descomprensión del abdomen paulatinamente, drenó escasa secreción por la sonda nasogástrica.

El inicio de la vía oral con fórmula elemental Prenan al 16%. Mostró sangre microscópica y presencia de glucosa en labstix. Generalmente se reportaron balances negativos del control de líquidos sin repercusiones clínicas.

Se observó un deterioro nutricional durante el periodo crítico de la enfermedad.

Con la nutrición parenteral se logró estabilizar su peso.

Con previo lavado gástrico se inició la vía oral con fórmula elemental, Prenan al 16%, ésta por contener los nutrientes esenciales que son absorbidos directamente, deja escaso residuo. Restableció su función gastrointestinal.

Aceptó fórmula láctea con alimentación forzada, posteriormente se siguió con vasito.

Tendencia hemorrágica.

Terapéuticamente fue corregida. Mejoró coagulación sanguínea. El tiempo de sangrado se acortó. Desapareció paulatinamente el sangrado microscópico del tubo digestivo.

Palidez.

No hubo problemas durante la transfusión. Mejoró su estado de reactividad y coloración en general. Se mantuvieron dentro de los límites normales hemoglobina y hematocrito.

Funcionalidad de la Onfaloclis.

Se mantuvo catéteres umbilicales, arterial y venoso funcionales para nutrición y gases arteriales.

Cuando fueron retirados se enviaron a cultivo, los cuales fueron negativos a microorganismos.

Alteración emocional.

Mostró tranquilidad después del baño. Tuvo gran necesidad de afecto. El incremento de la ingesta de fórmula calmó su apetito. Se estimuló la participación de la madre en la terapia afectiva y en la alimentación del neonato.

5.6. Evaluación del Proceso Atención de Enfermería.

Los tiempos de avances técnicos y científicos, obligan a las diferentes disciplinas a redirigir su práctica; Enfermería acorde con esta evolución, ha venido realizando cambios y uno de ellos ha sido la realización del proceso de Enfermería basado en una Teoría, la cual permite la delimitación propia en su hacer, por lo que es conveniente que todo profesional profundice en los conocimientos teóricos y metodológicos que sustenten su práctica y le permitan reconocer al ser humano en una dimensión holística que se traduzca en un cuidado integral.

El considerar las bases teóricas planteadas por Virginia Henderson en la práctica de Enfermería, implica tener conocimientos teóricos de los conceptos fundamentales de Enfermería como son: persona, entorno, Enfermería, salud y rol profesional, los cuales se traducen en las 14 necesidades del ser humano, si bien el trabajar con estos conceptos resulta complejo, dado la poca habilidad que se posee para ello, considero que son los elementos básicos y punto de partida para el conocimiento de otras Teorías e incluso para el desarrollo de investigaciones futuras.

El proceso de Enfermería con una base teórica, permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas, exige la consulta bibliográfica permanente, el comentar y discutir con otras colegas, con otros profesionales y en este caso el comentar los cuidados con el familiar del recién nacido prematuro.

Personalmente, tuve la oportunidad de conocer y llevar a un nivel teórico y metodológico la forma en que se debe de ejercer la Enfermería como profesión. El desconocimiento de estos aspectos me hizo tener grandes tropiezos, que me impulsaron a la búsqueda de más información; asimismo, pude darme cuenta que hay un largo camino por recorrer para el conocimiento de la Enfermería en todas sus dimensiones para ubicarla en el lugar profesional que le corresponde, desarrollar la investigación en nuestro campo de tal forma que se puedan comprobar modelos, generar otros y teorizar sobre ellos, bajo la visión de que la Enfermería se orienta hacia el cuidado de la salud del individuo sano o enfermo, de manera individual o en grupo.

De igual forma, pude constatar que hay una diferencia muy grande en la forma en que se concibe y desarrolla el proceso como lo aprendí anteriormente y el que desarrollé ahora, ya que el anterior se caracterizaba por: tener un enfoque médico, curativo, basado en signos y síntomas, el interés se centraba en el desarrollo amplio de un marco teórico, la valoración tendía a orientarse hacia la historia médica, había ausencia de diagnóstico de Enfermería, el plan de cuidados

se basaba en los signos y síntomas y tratamiento médico y poco se valoraban los avances del individuo en función de los cuidados; por su parte, el proceso que realicé me permitió realizar una valoración de Enfermería y no médica, en las necesidades identificadas en el Recién Nacido, en el establecimiento de diagnósticos de Enfermería, en la planeación y realización de los cuidados, en la valoración periódica de los avances del niño en función de los cuidados en una práctica no subordinada al tratamiento médico sino independiente y específica de Enfermería.

Una de las limitaciones que encontré, es que en la práctica de Enfermería aún no se lleva a cabo el cuidado basado en el proceso de Enfermería con una base teórica en forma sistemática dentro de la Unidad Hospitalaria en donde desarrolle este trabajo, sin embargo, un logro fue involucrar a la Jefe del Servicio en la planeación de los cuidados, en las decisiones tomadas y en la continuidad de los cuidados en los otros turnos.

Una limitante teórica en relación a los conceptos de Virginia Henderson, fue el desconocimiento de los mismos antes de iniciar el trabajo lo que requirió de mi parte, dedicar un buen tiempo al estudio y análisis de los fundamentos de la Enfermería, que me permitieran tener una base teórica para entender tanto los conceptos de Henderson como la orientación del proceso de Enfermería, de igual forma considero que estos son aplicables en el cuidado al individuo, sin embargo, se requiere ir adquiriendo habilidad en la identificación de las necesidades, en la determinación y construcción de los diagnósticos de Enfermería.

He logrado avances en mi desarrollo profesional pero considero que es conveniente adelantarme más en este campo de conocimiento.

VI. CONCLUSIONES

Paciente prematuro de 30 semanas de gestación que cursó con manifestaciones de insuficiencia respiratoria desde su nacimiento, secundaria a enfermedad de membrana hialina, la cual repercutió en el tracto gastrointestinal y desencadenó una neumatosis intestinal y consecuentemente intolerancia a la alimentación por vía oral. Con este cuadro el neonato llegó a un estado de salud crítico con desequilibrio en su metabolismo. Además la inmadurez hepática no permitió la eliminación de la bilirrubina circulante y la inmadurez inmunológica facilitó el acceso de microorganismos patógenos a la sangre introducidos por el tiempo de exposición de la ruptura de membranas de 7 días, cuando después de 6 horas se considera potencialmente infectado.

Su evolución fue rápida dadas sus condiciones de gravedad, pero respondió favorablemente al tratamiento y a las intervenciones de Enfermería intensiva, fueron remitiendo las complicaciones que presentó madurando funcionalmente sus órganos y sistemas conforme se incrementaba su peso y talla corporal.

Al contar con 60 días de vida extrauterina de edad en incubadora con buen estado general continuó con discreta palidez, fue aceptando la ingesta de calostro y fórmula láctea modificada en proteínas de menor a mayor concentración y de alimentación con técnica forzada.

Su incremento ponderal en promedio fue de 20 a 30 grs., por día, alcanzando un peso de 1,900 grs. Al iniciar la prueba a la tolerancia ambiental continuó normotérmico y pasó a una cuna abierta hasta que tuvo un peso de 2,100 grs., con el cual fue dado de alta.

Con el propósito de abarcar en una extensión posible un caso clínico en el desarrollo profesional de Enfermería dentro del área de Neonatología fue posible

seguir la evolución del padecimiento desde el ingreso al servicio del neonato hasta su alta del servicio.

La Enfermera en la sala de neonatos es la directamente responsable de su atención, cuya vida depende en la mayoría de los casos de una vigilancia permanente. En esta área como en las demás es exigente y desafiante. A veces la carga de trabajo, la falta de herramientas y la incomprensión de la gente nos desmotiva y hace que disminuya o se rutinice nuestra capacidad de acción, pero no debemos olvidar que tenemos en nuestras manos a este pequeño ser que nos obliga y compromete a ser mejores y desarrollar nuestras potencialidades para saber actuar y tomar decisiones correctas para satisfacer las necesidades de nuestro bebé, y ver al final de la jornada cumplida nuestra misión: **La salud de nuestro paciente y la alegría de sus padres.**

Es por ello que no debemos olvidar tener siempre entrelazados mente, corazón y cuerpo al realizar cada una de nuestras acciones.

Considerando la incidencia de prematurez en nuestro medio, se encuentran prevaleciendo tres causas: a) deficiente atención y cuidado prenatales; b) deficiente nutrición de la madre y c) coexistencia de condiciones patológicas de la madre durante el embarazo y generalidad.

VII. SUGERENCIAS

Considero importante el conocimiento de las características anatomofisiológicas del neonato prematuro y de bajo peso al nacer por parte del personal que laborará en un servicio de neonatología a fin de conscientizar la atención proporcionada.

Que el servicio de neonatología cuente con el equipo y medicamentos específicos, así como personal para una óptima atención al neonato.

Fomentar desde un nivel institucional la atención prenatal en forma de campañas dentro de la comunidad a través de los medios de comunicación masiva.

Así como los programas de planificación familiar integrar en ellos la evolución de un embarazo normal.

- El papel de Enfermería dentro de la investigación es un aspecto fundamental para la salud pública, siendo que debería ser más activa, para ampliar el campo de acción y poder participar más conjuntamente con la población, se considera que el gobierno y el sector salud deberían de tomar serias medidas sobre prevención y atención de primer nivel de estos problemas.
- Es necesario utilizar el proceso de atención de Enfermería para incitarlos a la investigación y permitiéndole formar un criterio propio y participar de una manera activa en la problemática endémica e ideológica que ocasiona este padecimiento.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alfaro R. Alteración del proceso de Enfermería. 2ª. Edición. Barcelona – Doyma, 1992.
- Blakelwright. Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana. 1998.
- Carpenito, Linda. Manual de Diagnóstico de Enfermería. 3ª. Edición, Editorial Harla. México, 1994. p. 137.
- Deacon – O’Neill. Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. 2ª. Ed. Mc Graw – Hill, 2001.
- Fernández F. Carmen. “El Modelo de Henderson y el PAE”. Edit. Salvat.
- Irwin S. Tcklin J. S. Fisioterapia Cardiopulmonar. Editora Manole. 2ª. Edicao, Río de Janeiro. 1994.
- Jasso Gutiérrez, Luis. Neonatología práctica. 3era. Ed. 1990. México, D. F. Editorial El Manual Moderno.
- L. J. Carpenito. “Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería”. Edit. Interamericana. México, D. F.
- L. Riopelle, L. Groundin. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Cuidados de Enfermería. McGraw-Hill. Interamericana, 1993.
- L. Riopelle. Cuidados de enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona. 2da. Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. México 1997, pp. 352.

- M. Phaneuf. La planificación de los cuidados enfermeros. 2da. Edición. Editorial McGraw-Hill, 1999. p.p. 284.
- Ma. Teresa Luis Rodrigo. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 29 Edición. Masson.
- Murray – Atkinson. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª. Edic. McGraw-Hill. Interamericana. 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. "Esperanza de Vida al nacer", en: La salud en las Américas. Volumen 1, Edición 1998.
- Rubio Domínguez Severino y López Barrientos Martín. "Síndrome de dificultar respiratoria". NEO-UNAM. México, D.F. Marzo de 2001.
- Susan Mattson, Ph. D. Enfermería Materno Infantil. 2ª. Ed. Edit. Mc Graw – Hill Interamericana 2000, pp. 920.
- Torroella, J. M. Pediatría. 2ª. Ed. México, Edit. Méndez Oteo, 1984. pp. 1186.
- Whaley, Lucille F. Y Donnal. Wong. Enfermería pediátrica. 4ª. Ed. Madrid. Mosby-Doyma, 1995.
- Adam E. Valores humanistas en la obra de Virginia Henderson. Consultado el día 3 del mes de enero del año 2004. en: www.carloshayanet/enfermeria/staff/web.virginiahenderson.htm.
- Medina Rocha, Luz Ma. (2003) Desarrollo científico en enfermería. Consultado el día 13 del mes de Septiembre del año 2003 en: www.enfermeria.com.mx.

- Senties Echeverría, Yolanda. (1993) Norma oficial mexicana. NOM.007-SSA2-1993. Consultado el día 30 del mes de noviembre del año 2003, en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/edi/nom007ssa23.html>.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

ACROCIANOSIS. Es la coloración azulada de las extremidades (manos y pies) por retención local de sangre venosa pobre de oxígeno.

ASEPSIA. Ausencia de microorganismos patógenos.

ASFIXIA NEONATAL. Es el estado que presenta el neonato inmediatamente al nacimiento en relación a la ausencia o deficiencia importante de la función respiratoria.

CIANOSIS. Coloración azulada de la piel y mucosas por disminución de la concentración de oxígeno.

DECÚBITO DORSAL. El paciente descansa sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos a lo largo del cuerpo.

DECÚBITO VENTRAL. El paciente se coloca sobre su abdomen, con los brazos a los lados, los codos flexionados, los brazos extendidos hacia arriba y la cabeza vuelta hacia un lado.

DEGLUCIÓN. Acción o efecto de pasar sustancias sólidas o líquidas de la boca al estómago.

ESTÉRIL. Material en el cual se han destruido los microorganismos patógenos y no patógenos.

FiO₂. Porcentaje de oxígeno en el aire inspirado.

GOTEO. Introducción de volumen relativamente grande de una solución a una vena por goteo.

HIPOXIA. Disminución de la concentración de oxígeno en la sangre.

ICTERICIA. Es la coloración amarilla de la piel y tegumentos, que se originan por la presencia de 6 mg/dl de bilirrubina sérica.

LÍQUIDO CORPORAL. Líquidos del cuerpo que comprenden al agua y a los elementos químicos en ella disueltos.

NEBULIZACIÓN. Dispersión de agua en partículas pequeñas para producir una niebla que se inhala.

NUTRICIÓN. Proceso por el cual el organismo utiliza alimentos y líquidos para lograr y conservar la salud.

PaO₂. Presión parcial de oxígeno en sangre arterial.

PERIODO NEONATAL. Comprende desde el nacimiento del recién nacido hasta que cumple 28 días de vida.

POSPANDRIAL. Después de alimento.

PREPANDRIAL. Antes del alimento.

PRETÉRMINO. (recién nacido) Es todo aquel producto que tiene menos de 37 semanas de gestación y tiene características clínicas y neurológicas que corresponden a su edad.

RECIÉN NACIDO. Es el producto de la concepción proveniente de un embarazo de más de 37 a 40 semanas de edad gestacional desde que ha concluido su separación del organismo materno hasta que cumple 28 días de nacido.

SEPTICEMIA. Es la infección generalizada, caracterizada por proliferación de bacterias en el torrente sanguíneo.

SIGNOS VITALES. Medición de temperatura, tensión arterial, respiración, frecuencia cardíaca y/o pulso.

TcPo₂. Presión transcutánea de oxígeno.

VENTILACIÓN. Desplazamiento de aire, esto es, entrada y salida del mismo en los pulmones.

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DEL NEONATO.

1.-Ficha de identificación:

Nombre:	G.G R/N		
No. Cama:	TA-1		
Tipo de Parto:	Cesárea		
Persona Responsable:	Madre		
Domicilio:	Hospital General Dr. "Gonzalo Castañeda"		
Servicio:	Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales		
Fecha de ingreso:	15-Septiembre-03		
Fecha de nacimiento:	15 de Septiembre-03		
Hora de nacimiento:	16:10		
Sexo:	Masculino.	Peso:	1,225 gr.
ApGAR	5/6		
Talla:	38 cm.		

2.- Nivel y condición de vida

El Neonato en cuna térmica en fase III de ventilación F10₂ 100%

Recursos para la salud:	ISSSTE
Aseo:	Al principio baño de aceite y posteriormente baño de artesa con jabón neutro.
Cambio de ropa personal:	Cada 3 horas y además cambio de ropa de la incubadora y aseo de la misma.
Alimentación:	Varía conforme a su evolución, en orden paulatino: Ayuno, alimentación parenteral, Calostro y fórmula láctea con alimentación forzada cada tres horas.

Sin control de esfínteres. Evacuaciones patológicas con sangre microscópica y presencia de glucosa. Posteriormente son normales.

Descanso: Cambios posturales.

Sueño: Por periodos largos y tranquilos.

3.-Composición familiar.

Parentesco	Edad	Ocupación	
Padre	24 años	Empleado	sueldo mínimo
Madre	22 años	Hogar	ninguna.
Hermano	15/12 g.		

Familia integrada joven, hijo deseado no planeado.

4.- Problema Actual.

El Neonato es producto de un embarazo de 30-31 semanas de gestación. Durante el primer trimestre la madre presentó signos neurovegetativos moderados, en el segundo trimestre percepción de movimientos fetales y crecimiento uterino paulatino y comenzando el tercer trimestre presentó ruptura prematura de membranas de una semana de duración, sin trabajo de parto, resuelto por cesárea, encontrándose líquido amniótico claro sin fetidez, placenta normal y obteniéndose recién nacido pretérmino único, vivo, íntegro.

5.- Antecedentes personales patológicos.

Ruptura prematura de membranas por una semana. Recién nacido pretérmino potencialmente infectado. Usher menor de 36/7. Apgar 5-6 Silverman 4.

6.- Antecedentes familiares patológicos.

7.- Comprensión y/o comentarios acerca del problema o padecimiento:

Preocupación e incredulidad de que se cure debido a su prematuridad y esto lo atribuye a un mal control prenatal.

8.- Participación de la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La madre muestra una actitud consciente del estado de salud de su hijo, manifestando que es la única interesada en el estado de salud de su bebé. Visita diaria vespertina.

9.- Exploración física

Inspección: prematuro en incubadora con oxígeno, leve palidez de tegumentos, varias venopunturas en extremidades, buena hidratación y oxigenación, desnutrido, sin movimientos anormales, íntegro, con datos de dificultad respiratoria, soluciones parenterales por catéter venoso de omfalocisis.

Aspecto emocional:

Activo- reactivo a estímulos externos, sueño tranquilo, reflejo de Moro presente, de presión y búsqueda normal, de succión y deglución presentes pero débiles, irritable al manejo.

Palpación: Cabeza y cara sin malformaciones, fontanela anterior normotensa, narinas permeables.

Auscultación: área cardíaca con ruidos rítmicos sin soplos, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire en ambos lados, abdomen blando depresible con peristalsis audible sin megalias.

Medición: Somatometría al nacimiento perímetro cefálico 27 cm., perímetro torácico 24 cm., perímetro abdominal 21 cm., segmento inferior 15 cm, pie 6 cm, talla 38 cm, peso 1,225 gr., posterior tiene un incremento promedio de 20 gr. por día.

Valoración de Apgar al minuto de vida

Calificación				
SIGNO	0	1	2	
Frecuencia Cardíaca	Ausente	Menor de 100/min	Mayor de 100/min	= 5 puntos
Frecuencia respiratoria	Ausente	Lenta/irregular	Buena llorando	
Tono muscular	Flácido	Algunos reflejos de la extremidad	Activo	
Respuesta refleja (golpear el pie)	s/respuesta	Algunos movimientos	Llanto	
Coloración	Cianótico o pálido	Ext. Cianóticas; cuerpo rosado.	Rosado	

Técnica para calificar: un minuto después que nace el niño se valoran los cinco signos y se da a cada uno calificación de 0, 1 ó 2. Una calificación total de 10 indica que el niño está en estado óptimo.

Valoración de Apgar a los cinco minutos de vida.

1. Frecuencia cardiaca	No	Lenta 100	100 ó +	= 6 puntos
2. Esfuerzo respiratorio	No	Llanto débil Hipoventilación	Llanto vigoroso	
3. Tono muscular	Flacidez total	Flexión discreta de extremidades.	Flexión completa	
4. Respuesta a estímulos	Ninguna	Reacción discreta	Llanto	
5. Coloración	Cianosis total	Acrocianosis	Sonrosada total	

Valoración de Silverman-Andersen al nacimiento

	0	1	2	
1. Movimientos toracoabdominales.	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimiento.	Tórax y abdomen (sube y baja)	= 4 puntos
2. Esfuerzo respiratorio	No	Discreto	Acentuado y constante	
3. Retracción xifoidea	No	Discreta	Muy marcada	
4. Aleteo nasal	No	Discreto	Muy acentuado	
5. Quejido respiratorio	No	Leve e inconstante	Constante y acentuado.	

EXÁMENES DE LABORATORIO.

Tipo de Estudio en el Recién Nacido.	Valores encontrados en el Recién Nacido.
Biometría Hemática.	Hemoglobina (Hb) 12.8 – 18 g/100 ml. Hematocrito (Hto) 45-65 % Leucocitos 18,000 – 35,000 Linfocitos 35-45 % Monocitos 5.8% Neutrófilos 61% Eosinófilos 2.2% Basófilos 0.6%
Grupo Sanguíneo "B Positivo"	Segmentados 52% Eritrocitos 4-6x10 Plaquetas 150,000-250,000 mm ³

Bilirrubinas:

(Suero)	Indirecta hasta 0.8 mg/100 ml
	Directa 0.1-0.4 mg/100 ml

Química Sanguínea: Glucosa 20 mg/100 k

15-Sep.2003.

Gases Arteriales

Gasometría Acidosis Respiratoria con oxemia adecuada.

17-Sep.2003.

Gasometría	pO ₂ Normal pero con acidosis respiratoria. Casco cefálico (Fase I de Ventilación).
Gasometría	Normal. MVI PO ₂ 78.3 CPM 15, FiO ₂ 70%
BH y Plaquetas	Normal
18-Sep.2003.	
Gasometría	PO ₂ 47.9 Hipoxemia Acidosis Metabólica.
24-Sep.2003.	
Bilirrubinas	Totales 8.4 10º. Día, suspende fototerapia
27-Sep.-2003.	
Gasometría	PH de 7.35 a 7.45 Acidosis Metabólica. PCO ₂ 25 a 35 mmHg PO ₂ 64 a 70 mmHg HCO ₃ real 24 a 31 MEQ/L EB de -2.3 a + 2.3
1º. Oct.2003.	
Gasometría	PO ₂ 82.9 Casco cefálico c/4H ^x O ₂ Acidosis Metabólica Compensada.
3.Oct.2003.	
Gasometría	pH Normal, buena oxemia, discreta Disminución de PCO ₂
4-Oct.2003.	

Biometría Hemática Fórmula roja normal.
14,600 Leucocitos con diferencia normal.

EXÁMENES DE GABINETE

TIPO	OBSERVACIONES
16-Oct.2003. Tórax AP	Broncograma aéreo e imagen reticular difusa compatible con enfermedad de membrana hialina grado I, II.
Abdomen AP	Abdomen con aumento del patrón aéreo intestinal y discreto edema interasa.
18-Oct.2003. Tórax AP	Cardiopulmonar imagen compatible EMH grado I, II.
Abdomen	Buena distribución aérea intestinal con leve edema interasa.
25.Oct.2003. Tórax AP	Hemitórax derecho con microatelestasias, probable secundario a manejo de ventilador.
Abdomen AP	Poco aire aún con edema y distribución irregular del patrón aéreo intestinal.
1.Nov.2003. Tórax AP	Reexpansión pulmonar derecha del 70%. Patrón aéreo aún irregular, discreto edema interasa.
3.Nov.2003.	

Tórax AP	Retención de secreciones sin imágenes de condensación pulmonar.
Abdomen AP	Con aumento del patrón aéreo bien distribuido, no hay edema interasa ni aire libre.

Las primeras horas de vida del neonato cursa con datos de insuficiencia respiratoria moderada, hipoventilación, estertores finos, acidosis respiratoria, anoxia, cianosis, disociación toracoabdominal, aleteo nasal y apneas, por lo que se le coloca cánula traqueal con apoyo ventilatorio fase III para lograr una oxemia normal.

Por lo anterior debido a la anoxia y disminución del riesgo sanguíneo a nivel intestinal desencadena neumatosis intestinal manifestada por distensión abdominal, dibujo de asas intestinales, hipoperistaltismo y evacuaciones patológicas con sangre microscópica y presencia de glucosa la que es tratada con ayuno y alimentación parenteral con objeto de mantener en reposo el tracto gastrointestinal.

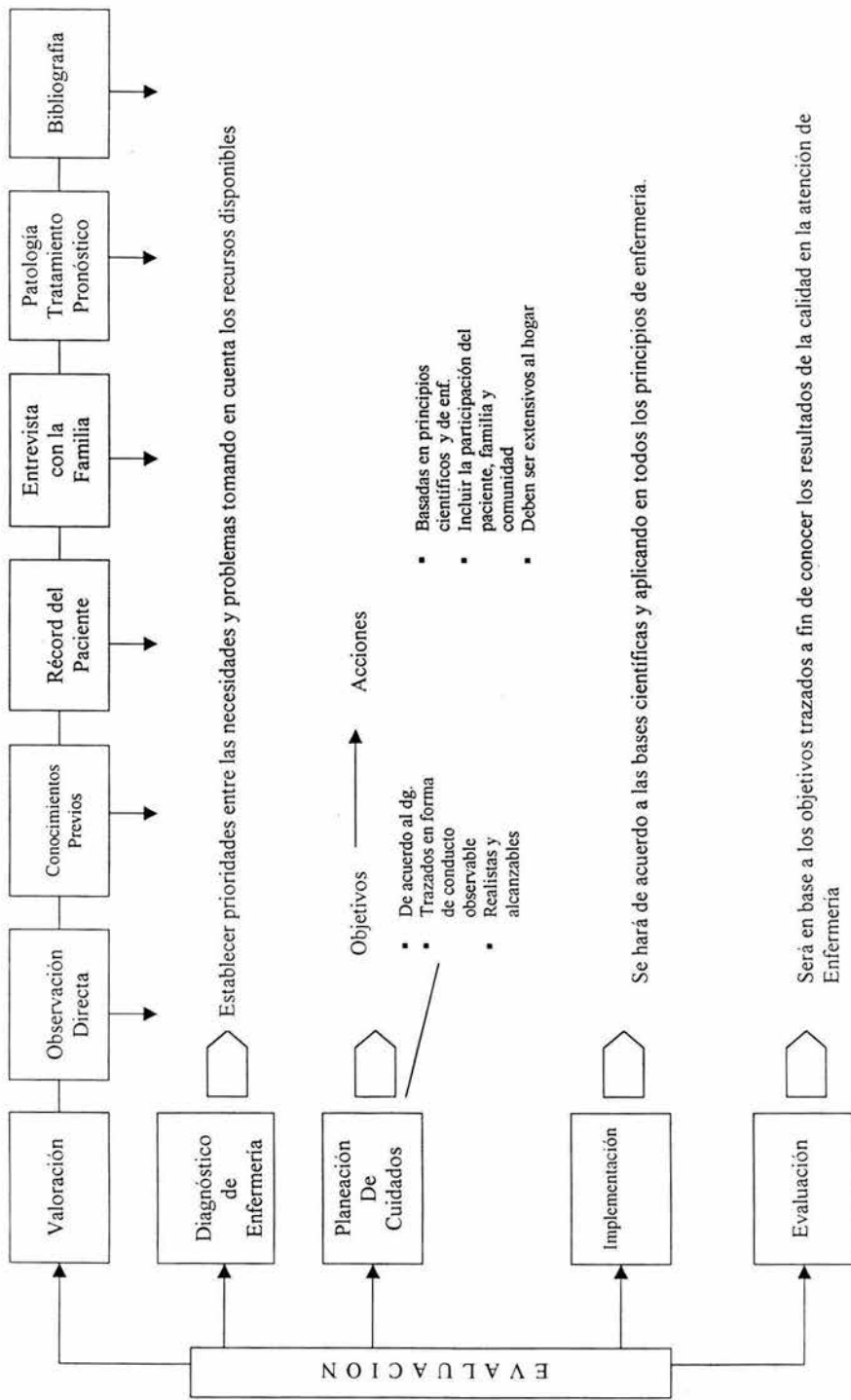
Desarrolla hiperbilirrubinemia multifactorial con bilirrubinas totales de 13 debido a su inmadurez hepática, que evoluciona hacia la mejoría con fototerapia, al disminuir la bilirrubina sérica.

Con el antecedente de una ruptura prematura de las membranas asociada a inmadurez inmunológica desarrolla una septicemia manifestada por estado general crítico, inestabilidad ponderal y evolución rápida, manejada con antibioticoterapia combinada, hasta su recuperación.

La alteración de la hemostasis metabólica y del equilibrio ácido-base como acidosis respiratoria, acidosis metabólica, hipoglicemia y balance de líquidos negativos sin repercusiones clínicas, como consecuencia de la insuficiencia respiratoria, efectos colaterales de la alimentación parenteral e inmadurez renal.

En cuanto al aspecto emocional se ve afectado por el largo tiempo separado de su madre en una etapa donde la unión afectiva con ésta es de importancia indispensable, la que es detectada por irritabilidad esporádica y llanto.

DIAGRAMA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



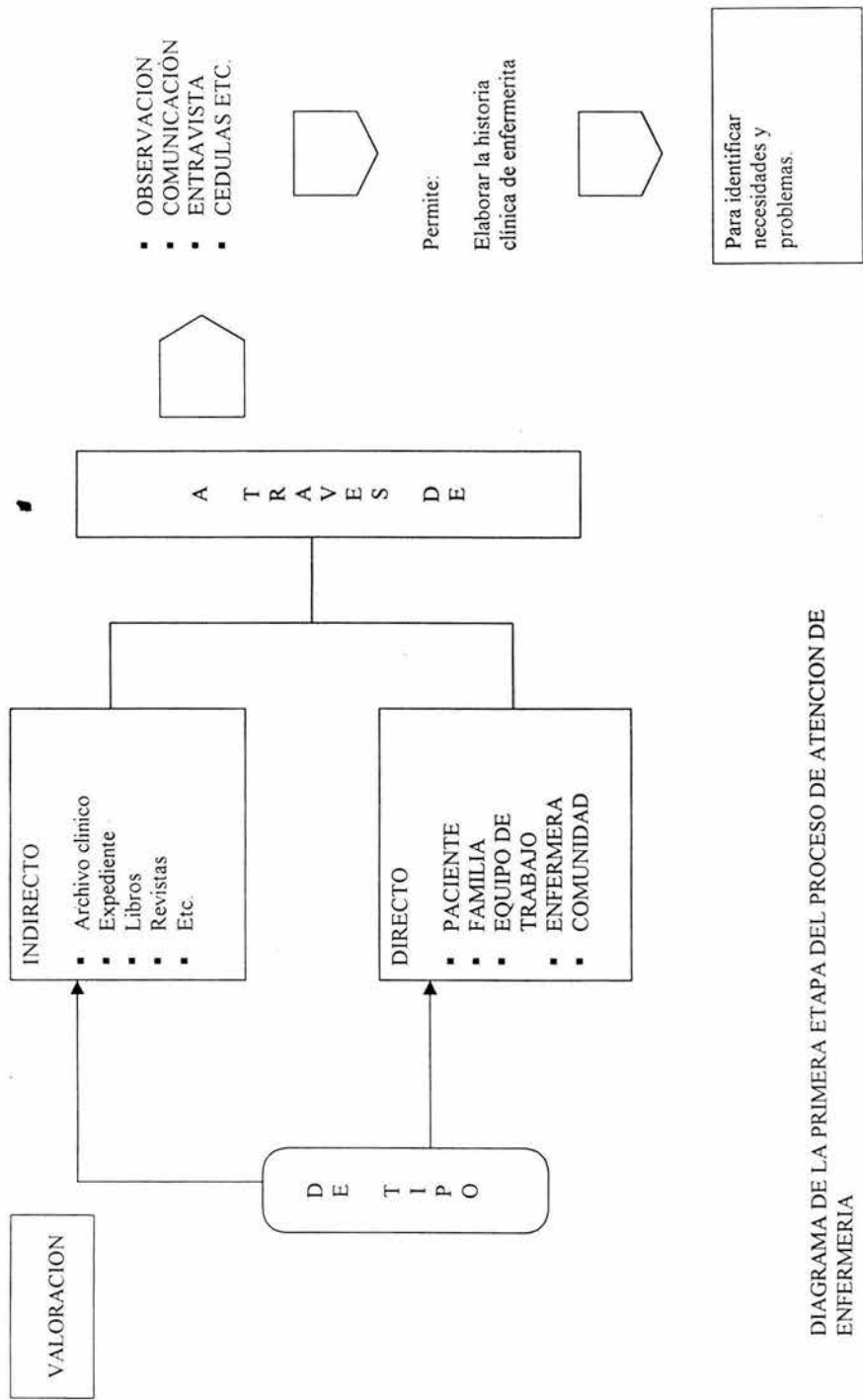


DIAGRAMA DE LA PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

DIAGRAMA DE LA SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

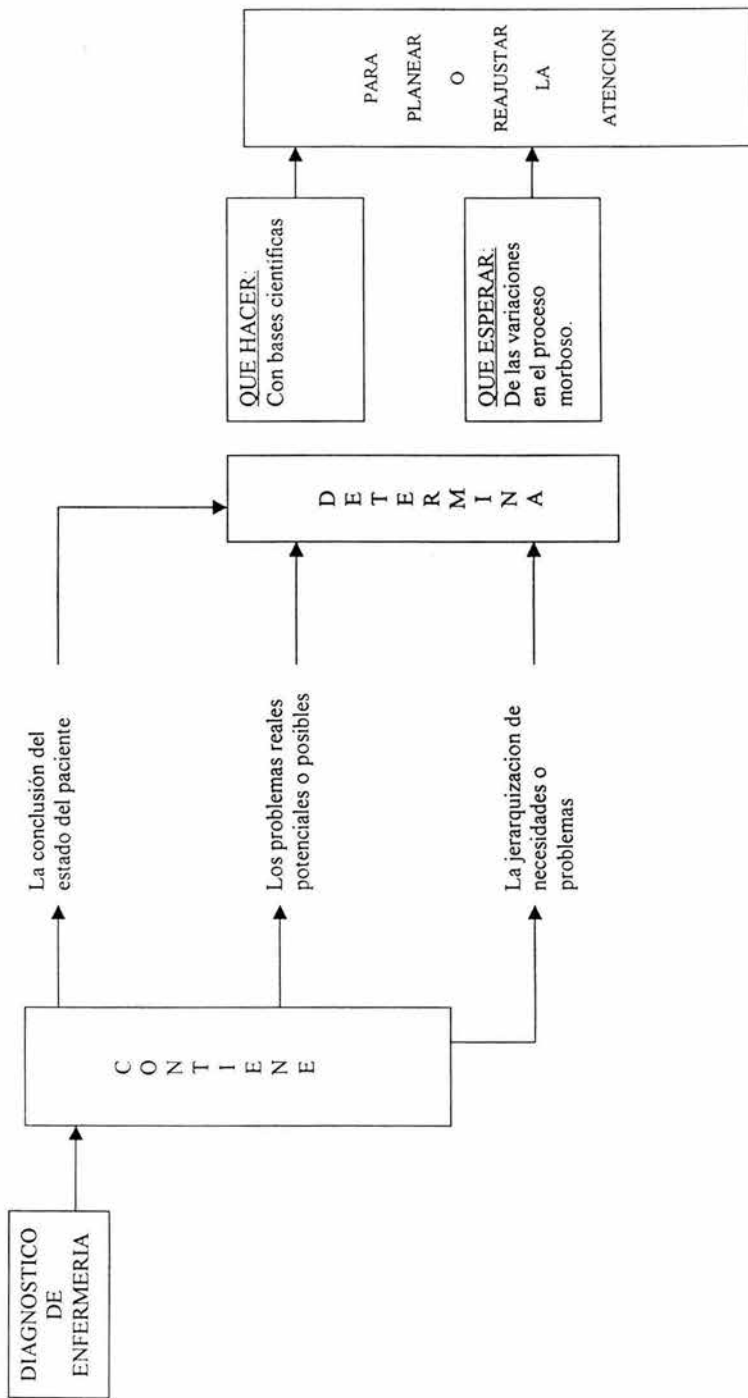


DIAGRAMA DE LA TERCERA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

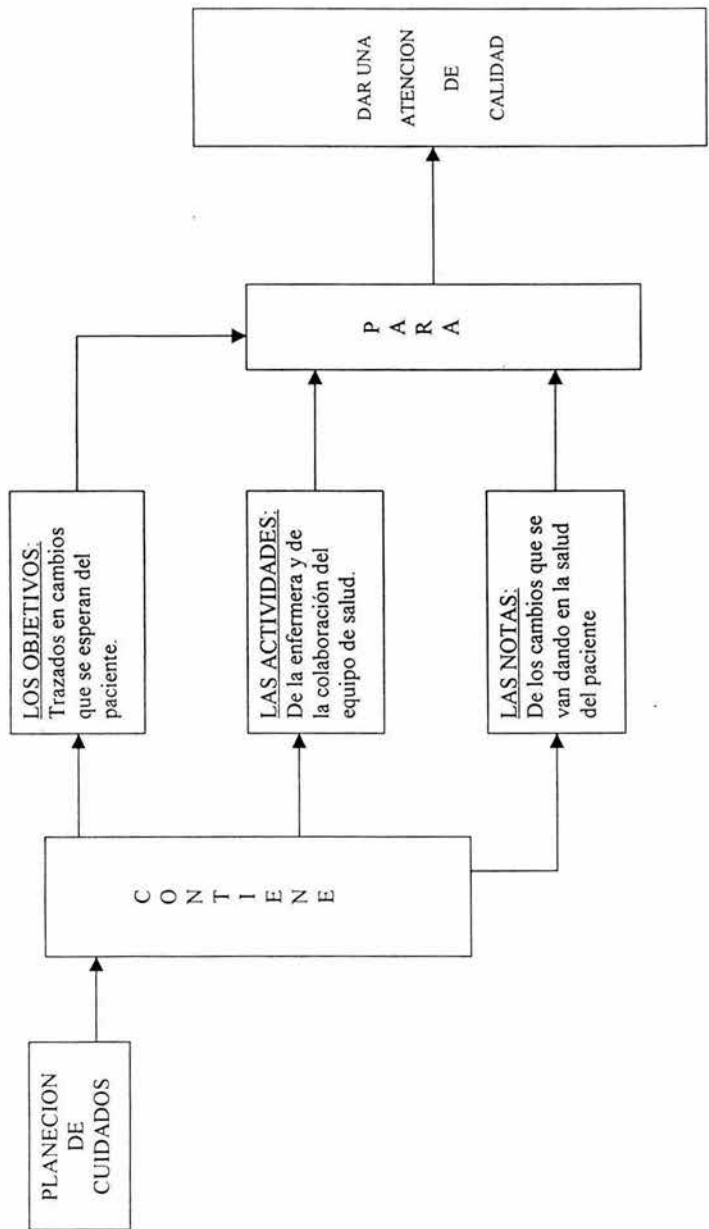


DIAGRAMA DE LA CUARTA ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

