

00903



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INFANTIL



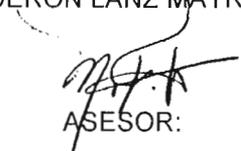
ESTUDIO DE CASO:

CUIDADO ESPECIALIZADO DE UN RECIÉN NACIDO CON
ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA:

LEO. CALDERÓN LANZ MAYRA JOSEFA.


ASESOR:

MTRA. MAGDALENA FRANCO OROZCO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

m342094

AÑO 2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

TEMA	PÁGINAS
INDICE.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
I.- OBJETIVOS.....	3
II.- MARCO TEÓRICO	
2.1.-ANTECEDENTES.....	4
2.2.-MARCO CONCEPTUAL.....	7
2.3.-PROPUESTA TEÓRICA.....	9
2.4.- EL PROCESO DEL CUIDADO.....	17
2.5.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
III.- METODOLOGÍA	
3.1.- DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	30
3.2.- REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	32
3.3.- PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA.....	34
3.4.- PROCESO DE DIAGNÓSTICOS.....	35
3.5.-PLAN DE INTERVENCIONES.....	38
IV.- CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	81
V.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
VI.- ANEXOS.....	87

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales retos del profesional de enfermería especializado es la identificación de lo que hacemos, como lo hacemos y para que hacemos las intervenciones de enfermería en el área asistencial.

Para ello se realizará el siguiente estudio de caso mediante el proceso enfermero; que tiene como objetivo utilizar un modelo de atención basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson para garantizar la calidad del cuidado que se ofrece al niño, a su familia y el entorno biopsicosocial y espiritual.

En el primer capítulo se describen los objetivos que guiará el estudio de caso.

En el segundo capítulo se desarrollará la fundamentación teórica del estudio de caso, llevando a cabo la revisión de artículos relacionados con el modelo de Virginia Henderson, también se incluirán conceptos propios de la enfermería en relación de la con la teoría, el método clínico y el modelo de enfermería así como los del proceso del cuidado y las consideraciones éticas, puntualizando los valores y derechos de las personas.

El tercer capítulo describirá la metodología en donde se hará la descripción genérica del caso, revisión la literatura en relación a la fisiopatología y sus factores de riesgo; se describirá también el proceso de intervención especializada mediante la valoración de enfermería general y focalizada mediante los indicadores y variables a evaluar, se realizará el proceso diagnóstico, planeación y ejecución de un plan de intervenciones.

En el cuarto capítulo se elaboraran las conclusiones de los resultados obtenidos verificando la funcionalidad de la teoría utilizada en el proceso de enfermería así como las sugerencias con respecto a la teoría utilizada en lo metodológico, conceptual y práctico.

En el quinto capítulo se describe la bibliografía consultada y por último los anexos pertinentes del estudio.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Mayra Josefa Calderón

1997

FECHA: 16- Mayo - 05

FIRMA: [Firma]

I.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso del cuidado integral a un recién nacido con alteración de la necesidad de oxigenación desde el enfoque de necesidades fundamentales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ◆ Identificación y jerarquización de las necesidades alteradas.
- ◆ Enunciar los diagnósticos prioritarios expresando el grado de independencia y dependencia.
- ◆ Diseñar y llevar a cabo un plan de intervenciones de enfermería orientado al cuidado integral.
- ◆ Evaluar las intervenciones de enfermería.

II.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES

Para la fundamentación se realizó la revisión bibliográfica de estudios relacionados bajo el concepto de Virginia Henderson encontrándose cuatro artículos:

- ◆ En el año de 1992 Mareia Subirana Casacuberta y colaboradores donde se piensa que el modelo de Virginia Henderson a través de la definición del cuidado da una visión clara del actuar de la enfermera con el objetivo de ayudar al paciente a recuperar su independencia en la satisfacción de las necesidades lo mas rápido posible; para ello el profesional debe centrar sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia que permitirá formular el diagnóstico de enfermería, que permitirá planificar las intervenciones dirigidas al logro del objetivo del paciente. Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con reagudización grave de su patología presentan diversas manifestaciones de dependencia teniendo afectado el grado de dependencia y el grado de autonomía en mayor o menor grado; al momento de la reagudización se altera el equilibrio que se mantenía frente al EPOC hecho que produce a su vez la pérdida de la independencia. El objetivo del estudio de caso es analizar las manifestaciones de dependencia del paciente sometido a una ventilación no invasiva determinando el problema prioritario y detectar las fuentes de dificultad para realizar el plan de cuidados, cuantificando las fuentes de dificultad en función de las manifestaciones de dependencia y así conseguir una valoración mas objetiva. La metodología se llevó a cabo con 30 pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del hospital de Sant Pau por reagudización de EPOC a los que se les aplicó ventilación no invasiva, se determinaron criterios de inclusión y de exclusión así mismo la recolección de datos mediante las historias clínicas; la interpretación de las manifestaciones de dependencia, la revisión y la valoración de los datos se llevo a cabo de forma conjunta, aplicando un protocolo de atención específico basado en el modelo de Virginia Henderson donde antes de iniciar la ventilación no invasiva (VNI) se identificaron las fuentes de dificultad para llevar a cabo las acciones de las manifestaciones de dependencia de orden físico, a las dos horas se analizaron nuevamente las fuentes de dificultad para así poder establecer el plan de intervenciones de la enfermera y un plan de cuidados mas específico para estos pacientes; para analizar las fuentes de dificultad se utilizaron datos clínicos que fueran cuantificables y se establecieron cuatro niveles para definirlos. Como resultados en base a la interrelación de las manifestaciones de dependencia derivadas del análisis de las 14 necesidades básicas se estableció como diagnóstico principal el patrón respiratorio ineficaz en el que la falta de fuerza es la principal fuente de dificultad durante las dos primeras horas de tratamiento.

En conclusión la atención de enfermería en las fuentes de dificultad en las primeras horas permite conducir y estimular de forma eficaz la participación del paciente con EPOC reagudizada y permite ayudar a evitar la intubación endotraqueal, lo que el conocimiento de la enfermera puede incidir favorablemente en la evolución, permitiendo mostrar resultados cuantificables de la aplicación del modelo de Virginia Henderson en la atención de enfermería.¹

- ◆ En el año 2001 Sánchez León da a conocer una metodología aplicada a un estudio de caso de acuerdo con el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson orientada con el proceso de enfermería como método científico de resolución de problemas del paciente. Trata de un adolescente masculino que presentó imposibilidad para la marcha con dolor en la cadera derecha sin poder apoyar la misma, presenta una tracción cutánea en ambos miembros inferiores y alineación de rotación de la cadera con diagnóstico de desplazamiento epifisiario femoral bilateral; concluyendo que el factor desencadenante de la enfermedad fué el sobrepeso, así se pudo detectar la necesidad mas alterada que fué la de moverse y mantener una buena postura seguida de la de higiene de tegumentos, vestir y desvestirse, respirar, comunicarse, evitar peligros, comer y beber, descansar, aprendizaje, recrearse y ocuparse para su autorrealización. Como metodología la llevo a cabo mediante una valoración global continua del estado de dependencia e independencia del paciente y se solicitó el consentimiento informado. La valoración de enfermería fue mediante la exploración física general y focalizada a través de un instrumento de recolección y mediante el método clínico, culminó en un plan de intervenciones. Las variables fueron las catorce necesidades propuestas por Virginia Henderson, su análisis fué de acuerdo a los indicadores de dependencia e independencia y establece los grados según los criterios de Phaneuf. Los planes de cuidados para cada uno de los diagnósticos determinaron el tipo de intervenciones que cubriera la respuesta humana y evaluará los resultados obtenidos. Según los resultados de Sánchez León concluye en que la metodología aplicada es un aspecto que cambia la práctica tradicional de la enfermería y como asesoría tutorial favorece el aprendizaje.²
- ◆ En febrero del 2001 Mercedes Guallart I. Monterde y Nuria Roca I. Capará las cuales presentan un caso basado en el modelo conceptual de Virginia

¹ Subirana M, Jover S, Pascual R, Sola S. Fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada. *Enfermera clínica*. 1992; 8 (6): 5-11.

² Sánchez V. Cuidados básicos de un paciente con la necesidad de moverse y mantener una buena postura. *Revista de enfermería del IMSS*; 2001; 9(2):91-96.

Henderson, donde su objetivo es conseguir que la persona sana o enferma sea independiente en la satisfacción de sus necesidades. La valoración de las catorce necesidades fundamentales permite un amplio conocimiento del estado de salud/enfermedad del recién nacido y del los padres; la valoración continua permite a las enfermeras detectar los problemas más importantes que presenta el RN y planificar los cuidados de forma individualizada. Los cuidados pueden ser de forma autónoma que son las intervenciones de enfermería planificadas para la solución de problemas reales y potenciales y los interdependientes que son las intervenciones de enfermería planificadas para la colaboración diagnóstica, tratamiento médico o quirúrgico así como seguimiento de pruebas diagnósticas. Se planearon los cuidados de enfermería y ejecutaron a partir del proceso de atención centrado en las necesidades del RN y de sus padres, mediante la formulación de diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía de la NANDA. Se trata de un RN que ingresa a la unidad con diagnóstico médico de RN pretérmino de 29 SDG afectada de bronconeumonía, soplo sistólico y nesidioblastosis que requirió de ventilación mecánica y antibiótico terapia desde los primeros días de vida. Las valoraciones de las necesidades incluyeron los datos más relevantes detectados en cada necesidad al ingreso en la unidad, junto con la valoración continua en el tiempo de permanencia, posteriormente se procedió al análisis de datos para poder precisar los problemas interdependientes y autónomos para la formulación de diagnósticos de enfermería y las actividades de suplencia total/parcial. En la evolución mencionan que la suplencia fué de sustitución ya que todo recién nacido precisa siempre de cuidadores para cubrir sus necesidades de forma integral. Como conclusión las actividades de enfermería se pusieron en práctica desde el mismo momento del ingreso los cuales se fueron revisando y modificando de manera periódica teniendo en cuenta el estado general del RN y la respuesta a los cuidados ya administrados. Los padres adquirieron los conocimientos teóricos y demostraron habilidad en el cuidado de su hija. El proceso de atención de enfermería en las unidades neonatales permite trabajar de forma sistemática y organizada con el fin de identificar problemas y ampliar los cuidados individualizados.³

- ◆ Enfermeros del Hospital General Ernesto Meana san Román en Jojutla Morelos, en el año de 1999 realizaron una investigación publicada en el año 2001 enfocada al paciente diabético basándose en el modelo conceptual de

³ Mercedes Guallart y Cols. Enfermería clínica Vol.8 num. 2. Cuidados de enfermería en un recién nacido pretérmino. pp. 44-49.

Virginia Henderson que establece que para determinar los grados de dependencia y de independencia de la salud se deben satisfacer las 14 necesidades fundamentales, justificándose en la realización de la investigación en realizar un instrumento de valoración y diagnóstico para ayudar a los pacientes diabéticos a mejorar su calidad de vida, basándose en el marco conceptual de Virginia Henderson, se realiza esta investigación ya que no se cuenta con un estudio de las necesidades del paciente diabético por que ellas consideran de importancia para fundamentar su atención. La metodología fue retrospectivo y transversal, un universo de pacientes diabéticos mayores de 18 años de la consulta externa y del área de hospitalización, como muestra se determinó al paciente que ingresa al hospital por consulta externa o urgencias, describen criterios de inclusión y de exclusión, así como los métodos de recolección de datos, técnicas e instrumentos que fué mediante la entrevista bajo un cuestionario ya establecido que favorece la tabulación en donde se pudieran definir las necesidades dependientes de la institución sanitaria como educación para la salud y las que pueden ser satisfechas por el mismo paciente con apoyo de la familia. Las conclusiones fueron que de acuerdo a la teoría de Virginia Henderson detectaron que las necesidades de dependencia de la institución fueron básicamente de educación para la salud.⁴

2.2.- MARCO CONCEPTUAL

La enfermería se ha comenzado a establecer como un campo científico ya que el desarrollo disciplinar se basa en el conocimiento particular y derivado de otras ciencias, se reconoce como una disciplina profesional que evoluciona de manera independiente e interpreta una forma individual el cuidado y la salud; es un componente profesional interesado en las actividades que desarrolla y canaliza a sus practicantes a la promoción y el mejoramiento del bien y la salud.⁵

En la edad media (cristianismo-feudalismo) la enfermería era considerada como una ocupación de bajo estatus para quienes no pudieran conseguir un trabajo mejor, así mismo los cuidados eran ofrecidos por voluntarios o mujeres de distintas ordenes religiosas, considerado el saber precientífico y un modelo religioso donde el objetivo de enfermería era el confortar del alma para la salvación de los pacientes

⁴ Enfermeras del hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. Necesidades del paciente diabético del hospital general Dr. Ernesto Meana San Román. Revista mexicana de enfermería cardiológica. 2001; 7 (1): 53-57.

⁵ Duran, M. Enfermería. desarrollo teórico e investigativo. Edit. Universidad Nacional de Colombia. Bogota. 1998. pp.19.

y agentes de enfermería; el trabajo era independiente y considerado periodo de decadencia de la enfermería, no existían teorías de enfermería.⁶

La enfermería moderna comenzó a finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX en la época del capitalismo donde en 1836 en Alemania el pastor protestante Theodor Fliedner crea uno de los primeros programas oficiales de formación de las enfermeras, formando en ella a la reformadora de la enfermería Florence Nightingale, la cual rompe con la epistemología del saber de la enfermería, desde un saber científico implemento su modelo vocacional o nightingaliano donde el objetivo principal era preventivista y administrativo (en el hospital); establece jerarquías en ambiente hospitalario y considera a la enfermería como una arte; estableciendo a la enfermería como una profesión formalmente reconocida.

El paradigma de cualquier disciplina es una declaración o un grupo de declaraciones que identifican los fenómenos mas relevantes de la disciplina donde se incluye el conocimiento y la filosofía; el metaparadigma actúa como una unidad encapsulante del cual se deriva la estructura mas especifica y restrictiva y son modificables por la evolución teórico científica, el metaparadigma de enfermería sostiene cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de enfermería a nivel disciplinar y profesional que son:

1. El hombre: como un ser hólístico e indivisible de su contexto.
2. La salud: identificada como la meta de enfermería.
3. Cuidado de enfermería: la interacción de la enfermera y el hombre.
4. Contexto: se identifica como el entorno del hombre.⁷

La teoría se refiere a una generalización abstracta que representa una explicación sistemática acerca de la interrelación de fenómenos; constituye principios para explicar, predecir y controlar dichos fenómenos relacionándolos con el avance del conocimiento científico y se puede decir que el objetivo final de la ciencia es la teoría, el objetivo de la teoría es dar significado a las observaciones científicas y generalizarlas a través de diversos objetivos intermedios como resumir, explicar y estimular.⁸

⁶ Email: <http://personales.ya.com/erfac/enferm/htm>.

⁷ Duran, M. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Edit. Universidad nacional de Colombia. Colombia 1998. pp.77.

⁸ Polit, D. Investigación científica en ciencias de la salud. Edit. Interamericana. México. 1994. Pp.115.

Un modelo conceptual enfermero es un conjunto de conceptos y proposiciones que están integradas entre si de forma sistemática y que proporcionan una estructura significativa para el ideal que representan.⁹

Los componentes de los modelos son:

1. Postulados: Representan "el como" del modelo y ofrece el soporte teórico.
2. Valores: Constituyen "el por que" del modelo y son afirmaciones no cuestionables al contrario que los postulados.
3. Elementos: Conforman "el que" del modelo y hacen afirmaciones específicas que orientan su adopción a la práctica, incluyen las siguientes conceptualizaciones:
 - a. Objetivo de los cuidados: Describe las características del usuario de los servicios de enfermería.
 - b. Rol profesional: Delimita el área de competencia y responsabilidad.
 - c. Fuente de dificultad: Indica el origen real o probable de las dificultades vividas.
 - d. Intervenciones de enfermería: Actuar de enfermería.
 - e. Consecuencias de la intervención: Evalúa la calidad y la eficacia de los cuidados de enfermería.

2.3.-PROPUESTA TEORICA

Virginia Henderson nace en Kansas, city Missouri el 19 de marzo de 1897 inicia sus estudios en 1918 a la edad de 21 años en la escuela de enfermería del ejercito en Washington DC, y se graduó en 1921 en la Army School of nursing de Washington como enfermera docente, obteniendo la licenciatura en 1932 y el magister en arte en 1934 y en 1966 publicó su obra "The nature of nursing" donde describe su concepto de enfermería, el cual es aceptado por el consejo internacional de enfermería y de otros organismos internacionales como la organización internacional del trabajo siendo considerado como la definición universal y la mas aceptada por las enfermeras de todo el mundo, en este concepto describe la función única y primordial de la enfermera otorgando un rol complementario /suplementario en la satisfacción de las necesidades básicas incorporando principios fisiológicos y psicopatológicos al concepto de enfermería así como la descripción de las 14 necesidades básicas, elemento de gran valor y general aplicación en la labor

⁹ Fernández, C y Cols. De la teoría a la práctica. El pensamiento de virginia Henderson. Edit. Masson. Barcelona.2000.pp. 29.

enfermera de cualquier área; en 1991 publicó el mismo libro con las reflexiones de 25 años después, fallece el 30 de noviembre de 1966 a los 99 años de edad.¹⁰

Probablemente por su sencillez y facilidad de interpretación, la teoría de Henderson ha sido la más utilizada en los diferentes diagnósticos enunciados y desarrollados hasta ahora.

Henderson no pretendía elaborar una teoría ya que en su época no era motivo de especulación a ella le preocupaba el hecho de que debe de hacer la enfermera que no pudieran hacer otros profesionales de salud, por ello publica su libro en el que define la propia función de la enfermera de la siguiente forma:

"La única función de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación (o muerte serena), actividades que realiza por si mismo si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesario. Todo ello que le ayude a recobrar su independencia de manera mas rápida posible."¹¹

La teoría de Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, ya que es influenciada por la corriente del pensamiento de integración; basándose en las necesidades humanas básicas que son los requisitos fundamentales e indispensables para mantener la integridad de todos los aspectos del ser humano, las necesidades suelen ser universales por que son comunes y esenciales para todos los seres humanos y a su vez suelen ser específicas por que se manifiestan y satisfacen de manera distinta en cada persona.

Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, mediante el cuidado básico que se refiere al conjunto de intervenciones dirigidas a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona, el cuidado de enfermería se aplica a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el individuo.

Los postulados de Henderson son básicamente tres y se refieren principalmente a la persona y son:

1. La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.

¹⁰ EMAIL: www.seapremur.com/documentos/a_vuela_pluma_por_nuestra_histor.htm.

¹¹ Riopelle, L. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Edit. Mc Graw Hill. Madrid 1997. pp.1-4.

2. La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
3. Cuando la necesidad no esta satisfecha la persona no es un todo

También enmarca asunciones filosóficas o valores que son fundamentalmente tres y hacen referencia al rol profesional:

1. La enfermera tiene función propia aun que comparta actividades con otros profesionales.
2. Cuando la enfermera asume el papel del médico, abandona su función propia.
3. La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.¹²

Henderson define los cuatro conceptos del metaparadigma:

- ◆ Persona: Individuo que requiere asistencia para alcanzar su salud e independencia o una muerte en paz, es una unidad corporal, física y mental que esta constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales que interactúan entre si y que tiene catorce necesidades básicas que debe satisfacer para mantener su integridad, también contempla a la familia e individuo como una unidad. Se considera como un ser integral que interactúa con su entorno.
- ◆ Entorno: Son las condiciones externas que influyen positiva o negativamente sobre la persona, afectando la vida o desarrollo de esta; se incluyen las relaciones propias con la familia así como la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- ◆ Salud: Margen vigoroso físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel más alto de satisfacción en la vida; así mismo se equipará con la satisfacción adecuada de las catorce necesidades básicas que son llevadas a cabo por sí mismos.
- ◆ Cuidado de enfermería: Es un servicio donde la enfermera desarrolla sus funciones propias para la satisfacción básica de las catorce necesidades de la persona. El rol de la enfermera es el de suplencia ayuda o compañía que consiste en asistir a la persona que no puede satisfacer sus necesidades por si misma para lograr su independencia.¹³ El servicio del enfermero va orientado a suplir la autonomía del usuario

¹² Fernández, C. y Cols. Op Cit. pp.36.

¹³ Phaneuf, M. La planificación de los cuidados enfermero. 1ª Ed. Edit. Mc Graw Hill-Interamericana. México 1999. pp.10.

o a completar lo que le falta (fuerza, conocimiento o voluntad) para que logre su independencia.

Las necesidades básicas que debe satisfacer la persona para mantener su integridad física y para promover su desarrollo y crecimiento según Henderson son:

1. **Necesidad de oxigenación:** consiste en la captación de oxígeno indispensable para la vida celular y la eliminación del gas carbónico producido por la combustión celular.
2. **Necesidad de nutrición e hidratación:** es la necesidad del organismo de ingerir y absorber los alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y energía es indispensable para su buen funcionamiento. El aporte de líquidos es indispensable para la supervivencia del individuo ya que el agua mantiene un equilibrio hidroelectrolítico, ayuda a mantener la temperatura corporal, mantiene la humedad de la piel y las mucosas y favorece la eliminación de los desechos metabólicos.
3. **Necesidad de eliminación:** es la necesidad del organismo de deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles resultantes del metabolismo, las excreciones principales son por medio de la orina, las heces, la transpiración y en las mujeres la menstruación.
4. **Necesidad de moverse y mantener una buena postura:** es la necesidad de estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo con movimientos coordinados y mantenerlas alineadas para permitir las diferentes funciones del organismo favoreciendo la circulación sanguínea.
5. **Necesidad de descanso y sueño:** es la necesidad para todo ser humano que debe llevarse a cabo en las mejores condiciones y en cantidad suficiente a fin de conseguir un buen rendimiento del organismo.
6. **Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas:** es el portar la ropa adecuada según las circunstancias para la protección del cuerpo según el rigor del clima y permitir la libertad de movimiento, asegura la intimidad del individuo preservando su intimidad sexual.
7. **Necesidad de termorregulación:** es el equilibrio entre la pérdida y la producción de calor a través del organismo.
8. **Necesidad de higiene y protección de la piel:** es la necesidad de mantener un cuerpo aseado una apariencia de cuidado y mantener una piel sana la finalidad que esta actuó como protección contra cualquier penetración en el organismo de polvo, microbios, etc.
9. **Necesidad de evitar peligros:** es la protección de toda agresión interna o externa para mantener su integridad física y psicológica.

10. **Necesidad de comunicarse:** es un proceso dinámico verbal o no verbal que permite a la persona volverse accesible unas a las otras, es una obligación de intercambio con sus semejantes.
11. **Necesidad de vivir según valores y creencias:** es la realización de si mismo y el desarrollo de la personalidad mediante la interacción continúa con los demás aportando en esta relación experiencias de la vida según sus creencias y sus valores personales.
12. **Necesidad de trabajar y realizarse:** es el llevar a cabo actividades que permita al individuo desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo llegando a una total plenitud.
13. **Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas:** es la necesidad del ser humano de divertirse con una ocupación agradable con el objeto de obtener un descanso físico y psicológico.
14. **Necesidad de aprendizaje:** es el adquirir conocimientos, actitudes y habilidades para la modificación de sus comportamientos o la adquisición de nuevos comportamientos con el objeto de mantener o recobrar la salud.¹⁴

Estas necesidades se modifican por factores de permanencia que se refiere al nivel de inteligencia, edad, medio social o cultural, capacidad física; así como por factores variables refiriéndose a los estados patológicos.

Henderson plantea que la enfermera no solo debe valorar las necesidades de la persona paciente sino también el estado patológico y las condiciones que lo alteren, se puede modificar el entorno en los casos que se requiera.

Normalmente estas necesidades están satisfechas cuando la persona tiene el conocimiento, fuerza o voluntad para cubrirlas, cuando algo de eso falla en la persona, una o mas de estas necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen problemas de salud; entonces la enfermera tiene que ayudar a suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.¹⁵

INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA DE LAS NECESIDADES

La independencia se define como el nivel óptimo en el desarrollo del potencial de la persona para la satisfacción de las necesidades básicas para mantener en estado óptimo la propia salud; las manifestaciones de independencia están determinadas por conductas de la persona e incide de forma involuntaria, por indicadores que son las pruebas directas observables de que se ha producido una

¹⁴ Phaneuf, M. Op Cit. pp. 7-68.

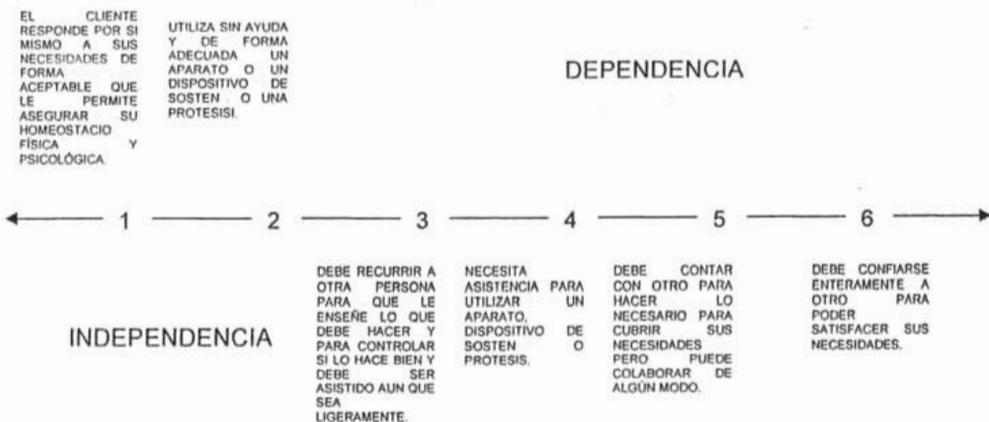
¹⁵ Email: <http://personales.ya.com/erfac/enferm/htm>.

conducta determinada, y son las acciones que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según la fase de crecimiento y desarrollo. Para Phaneuf en el niño es alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de las acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal según la fase de crecimiento y desarrollo en la que se encuentre.

La dependencia se define como el desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer sus necesidades básicas; las manifestaciones las podemos considerar incorrectas si resulta perjudicial para la salud, conducta inadecuada cuando es perjudicial o inadecuada en algunos casos y por último una conducta insuficiente que es una conducta adecuada sin embargo suele ser insuficiente. Phaneuf en el niño la define como la deficiencia en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona a razón de su edad y etapa de crecimiento o incapacidad de realizar por sí mismo las acciones capaces de satisfacer sus necesidades cuando llega a la edad normal de hacerlo.

CONTINUUM INDEPENDENCIA-DEPENDENCIA

Según Phaneuf existen grados de satisfacción de las necesidades de una persona así como en la dependencia, sin embargo puede darse un cierto grado de insatisfacción sin que suponga una dependencia del sujeto. La dependencia se da cuando la persona debe recurrir a otra para que le asista, le enseñe o le supla en lo que el no puede hacer por sí mismo.



La dependencia de una persona debe ser considerada no solo con su intensidad si no en relación a la duración.



El grado de dependencia puede deberse a tres causas de dificultad que son los obstáculos, limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus necesidades y se agrupan en:

1. Falta de fuerza: refiriéndonos no solo a la fuerza física sino también a la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación y están determinadas por la fuerza psíquica.
2. Falta de voluntad: como la incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada e implica el comprometerse a hacer las acciones adecuadas para la satisfacción de las catorce necesidades básicas.
3. Falta de conocimientos: carecer de conocimientos sobre las acciones indicadas para manejar una situación de salud.

Cabe mencionar que estas causas o fuentes de dificultad pueden dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente lo cuales deben ser valorados para la intervención correspondiente.¹⁶

Henderson plantea supuestos principales como:

- ◆ La enfermera tiene como función única ayudar al individuo enfermo o sano a lograr su independencia.
- ◆ La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano requiere de independencia e interdependencia.
- ◆ Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestión de la seguridad y proteger al individuo de lesiones mecánicas.

Dentro de las afirmaciones teóricas están:

- ◆ Relación enfermera- persona:
 - * La enfermera como sustituta: como sustituto en enfermedades graves.
 - * La enfermera como auxiliar: en periodos de convalecencia la enfermera ayuda a la recuperación de la independencia.
 - * La enfermera como compañera: educa y supervisa a la persona para la realización de su propio cuidado.
- ◆ Relación enfermera-médico: donde la enfermera tiene una función especial diferente a los médicos su trabajo es independiente aun que exista una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo.
- ◆ Relación enfermera-equipo de salud: la enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud sin embargo también es interdependiente para completar el programa de cuidado del individuo pero no realiza tareas ajenas.¹⁷

La teoría dirige la práctica de enfermería para aplicar y someter a prueba los conocimientos de enfermería, la investigación examina las teorías y contribuye a aumentar los conocimientos de enfermería requiriendo de métodos, instrumentos, estrategias y recursos que guíen los logros y la sistematización de las experiencias; es decir, a través del proceso de enfermería el cual es un método mediante el cual el profesional de enfermería concentre lo esencial de los conocimientos para ayudar a resolver los problemas de la persona y los que se generan a partir de estos.

¹⁶ Fernández, F. El proceso de atención de enfermería. Estudio de caso. Edit. Masson. España 1993. pp. 7.

¹⁷ EMAIL: <http://www.terra.as/personal/duenas/teorias2.htm>.

2.4.- EL PROCESO DEL CUIDADO

El método utilizado antiguamente era el método de solución de problemas que era un proceso general para solucionar problemas y que sirvió a las enfermeras clínicas, planteado por Dewey en 1910; por la necesidad de un método clínico que diera dirección al cuidado de enfermería; Orlando en 1961 desarrolló un instrumento para la práctica que sirviera para enlazar el conocimiento científico, la investigación, la teoría y la aplicación de conocimientos del quehacer profesional.

El proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería incorporándolo en el marco conceptual de la mayoría de los planes de estudio de la enfermería.

Tiene como finalidad el conocer el estado de salud de la persona y los problemas o necesidades reales o potenciales del mismo; organizar planes para satisfacer las necesidades detectadas y llevar a cabo determinadas intervenciones de enfermería para cubrir esas necesidades. El proceso de la enfermería es cíclico; es decir, sus electos integrantes siguen un orden lógico, pero en cualquier momento puede intervenir más de uno de ellos.

El proceso de enfermería se define como un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados que se centren en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupo a las alteraciones de salud.¹⁸

El principal propósito de la enfermería es proporcionar un marco dentro del cual se puedan satisfacer las necesidades individuales de la persona, familia y comunidad.¹⁹

Según Yura y Walsh, el proceso de enfermería es un conjunto de pautas dirigidas a cumplir un objetivo de la enfermería y consta de seis características:

- ♦ **Sistemático:** Por que permite la organización del trabajo lo cual evita los problemas que conlleva la intuición y la costumbre para así brindar cuidados de calidad y orientados a los logros de los objetivos; es decir, utiliza un enfoque organizado para lograr su propósito.

¹⁸ Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. 3ª Edic. Edit. Masson. Barcelona. 1993.

¹⁹ Alfaro, R. Op Cit. pp.28.

- ◆ Dinámico: Por que evoluciona según la respuesta del paciente e implica un cambio continuo.
- ◆ Interactivo: Influencia reciproca persona-personal de enfermería
- ◆ Flexible: Por que se puede adaptar a la práctica de enfermería y sus fases pueden ser utilizadas en forma sucesiva o conjuntamente.
- ◆ Base teórica: Exige una fundamentación teórica y se puede aplicar con la orientación de cualquier teoría de enfermería.
- ◆ Finalidad: Desarrollar los códigos del ejercicio de la enfermería.²⁰

El proceso de enfermería permite garantizar la calidad del cuidado así como aumentar la acreditación del profesional de enfermería.

El proceso de enfermería esta organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

1. VALORACIÓN

Es la primera fase del proceso de enfermería, se centra en la recolección de datos de la persona, familia o comunidad para identificar los problemas necesidades o preocupaciones, así como los factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de los mismos para determinar el estado de salud y describir sus capacidades y problemas.

El término dato abarca toda la información relevante acerca de la persona, la base de datos consiste en la información disponible acerca de la persona y la obtención de datos, es el proceso de conseguir información alrededor del estado de salud de la persona, esta actividad es sistemática y continua.

La valoración involucra la parte activa de la enfermera y la persona, entran en una interrelación con información específica y experiencias previas que influyen sus percepciones e interpretaciones.

Existen cuatro tipos de valoración:

- * Valoración inicial: La cual se realiza en un plazo específico al ingreso de un centro de asistencia sanitaria; y tiene el propósito de establecer una base de datos completa para la identificación de problemas, referencias y comparaciones futuras.

²⁰ EMAIL: <http://www.tone.udea.edi.co/revista/sep99/métodos.htm>.

- * Valoración focalizada: Proceso progresivo que se realiza durante los cuidados; su propósito es determinar el estado del problema especificado en la valoración anterior.
- * Valoración urgente: Se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica de la persona y tiene como propósito identificar problemas que amenacen la vida.
- * Valoración después de un tiempo: Es la que se realiza varios meses después del estudio inicial y su propósito es comparar la evolución de la persona con los datos basales obtenidos anteriormente.²¹

El proceso de valoración incluye:

- ◆ RECOLECCIÓN DE DATOS: La recopilación de datos es la parte más importante del proceso ya que es un componente necesario para brindar cuidados individualizados y adecuados para solucionar el problema, las demás etapas del proceso dependen de que los datos sean completos, precisos y pertinentes. Los datos pueden clasificarse en: a) antecedentes o actuales, b) de tipo objetivo que son la información perceptible por los sentidos que puede ser verificado por diversos individuos, un ejemplo de dato objetivo es un signo y de tipo subjetivos que consiste en información percibida por la persona afectada y no susceptible de percepción por otra persona un síntoma es un ejemplo claro de dato subjetivo,²² y c) los de tipo general o focalizados que puede tratarse de información de los aspectos relevantes del estado de salud y situación de la vida de la persona o de datos concretos sobre una situación. Las fuentes de recopilación de datos son primarias que es la persona siendo esta la fuente principal, y las fuentes secundarias o indirectas que incluye la familia o amigos los cuales pueden verificar o complementar la información de la persona, registros (expediente, laboratorios, literatura) y personales de salud.
- ◆ ORGANIZACIÓN DE DATOS: Es la organización de la información sistemática obtenida; va a depender de la información obtenida hacia las respuestas de la persona ante la situación de salud y del problema que se detecte.
- ◆ VALIDACION DE DATOS: la validación consiste en un doble examen de datos para confirmar que sean exactos y objetivos, lo que va permitir que la valoración sea completa, coherente y tomar decisiones acertadas.

²¹ Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y practica.5ª ed. 1999.p.97.

²²Wolff, LuVerner. Op Cit. pp.252.

- ◆ **REGISTRO DE DATOS:** En esta etapa la enfermera recoge los datos para la formulación de los diagnósticos y poder llevar a cabo la intervención de los cuidados.

Un método de valoración es la observación que es la obtención de datos mediante los sentidos debe de organizarse de manera que no se pierda ningún dato significativo; otro método es la entrevista es una conversación con el propósito de conocer la historia de la persona; la historia de salud es una comunicación planificada con un objetivo específico, la entrevista tiene dos enfoques: puede ser de manera dirigida que es muy estructurada y obtiene información específica y la no dirigida que es la generadora de buena relación entre persona-enfermera. La entrevista consta de tres segmentos: 1) Introducción que es la fase donde comienza a desarrollar una relación terapéutica., 2) el cuerpo: donde se da un enfoque sobre áreas concretas dirigida a obtener los datos necesarios y 3) el cierre es la fase donde se prepara a la persona para finalizar la entrevista. Se debe considerar la entrevista pediátrica ya que presenta numerosos problemas dependiendo la etapa de desarrollo para el abordaje. Los componentes de la historia de enfermería son: información biográfica, razones de la solicitud de la asistencia sanitaria, enfermedad actual, historia sanitaria pasada, historia familiar, historia del medioambiental, historia psicosocial, cultural y revisión de sistemas.²³ La exploración es un método de valoración en el cual la enfermera obtiene los datos objetivos pertinentes que se utilizan para determinar el estado de salud e identifica los diagnósticos de enfermería. Para conducir la exploración la enfermera utiliza el método clínico en sus diferentes fases: inspección, auscultación, percusión y palpación.

- * La inspección es un examen visual que comienza en el primer contacto con el profesional de enfermería, se examina visualmente el cuerpo de la persona en estructura, forma y funcionamiento, es un proceso activo y sistemático de tal forma que no se pierda ninguna área.
- * La auscultación es el proceso de escuchar todos los ruidos dentro del cuerpo y puede ser de manera directa con el oído o indirecta mediante el estetoscopio o pinnar, los ruidos se describen de acuerdo a su tono que es la frecuencia de las vibraciones, intensidad que se refiere al volumen o suavidad de un sonido, duración se refiere a la longitud y la calidad que es una descripción subjetiva del ruido.

²³ Potter P Y Cols. Fundamentos de enfermería. 5ª Edic. Edit. Harcourt. Madrid, 2002. pp.126-127

- * La percusión es un método de valoración en el cual se golpea la superficie corporal para producir ruidos que pueden escucharse o vibraciones que pueden sentirse; la percusión se utiliza para determinar el tamaño y forma de algunos órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes, e indica si un tejido tiene líquido, aire o es sólido. Produce cinco sonidos que son: monótono, mate, resonante, hiperresonante y timpanico.
- * La palpación es el examen del cuerpo mediante el uso del sentido del tacto para la determinación de la textura, temperatura, vibración, posición, tamaño, consistencia, movilidad de órganos o masas, distensión, presencia y frecuencia de pulsos, sensibilidad y dolor. Existen dos tipos la ligera o superficial y la profunda.²⁴

2. DIAGNÓSTICO

Es la segunda fase del proceso donde se analizan e interpretan de forma crítica los datos para identificar problemas de salud reales o potenciales y recursos que se disponen para determinar intervenciones de enfermería y otros profesionales.

El proceso diagnóstico se ha utilizado en muchas profesiones para identificar aspectos del paciente que son de interés para el profesional. Su definición ha sido desarrollada de diversas formas pero con similitud.

En 1973, la primera conferencia nacional en la clasificación de los diagnósticos de enfermería aceptó que es un juicio o conclusión que se presenta como resultado de la valoración de enfermería²⁵; en 1976 Gordon describe que son juicios efectuados por el personal profesional que describe problemas de salud reales o potenciales que la enfermeras en virtud de su preparación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para resolverlos²⁶; en 1980 la asociación nacional de enfermeras declaró que la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento a las reacciones humanas a problemas actuales o potenciales de salud; y para 1990 la novena conferencia sobre la clasificación del diagnóstico de enfermería lo define como un juicio clínico sobre las respuestas de los individuos, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos de

²⁴ Kozier, Bárbara. Fundamentos de enfermería. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. México 1994. pp.123-124.

²⁵ Kozier, Bárbara. Op Cit. pp.127.

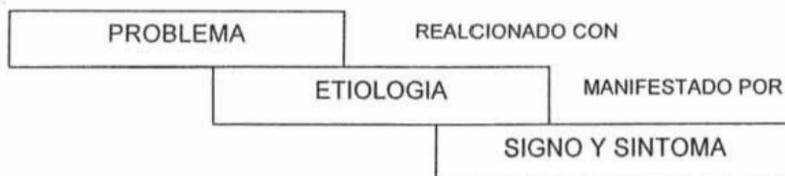
²⁶ Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edic. Edit. Mosby. Madrid, 1996.

enfermería proporcionan la base para la selección de las actuaciones de enfermería y de esta manera logran los resultados que son responsabilidad de la enfermera.²⁷

Existen tres componentes esenciales en el enunciado diagnóstico:

- I. Problema (P)
- II. Factores etiológicos relacionados (E)
- III. Signos y síntomas (S)

Constituyendo el formato PES. El problema esta expresado en términos claros y precisos, de preferencia de dos a tres palabras que representan una serie de signos o síntomas de la respuesta humana. Los factores etiológicos pueden ser comportamientos de la persona, elementos del entorno o una interacción de ambos describen el centro de las intervenciones de enfermería, los signos y síntomas que son los indicadores de las situaciones. Consta de dos conectores que son relacionado con (R/C) y manifestado por (M/P) esquematizado de la siguiente forma.



La asociación norteamericana para la diagnosis enfermeril (NANDA) hace de las etiquetas diagnósticas nueve patrones de salud constituyendo la base de la clasificación estos patrones que son: intercambio, comunicación, relaciones, valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimientos.²⁸

Existen diversos tipos de diagnósticos entre los cuales destacan:

²⁷ Kozier, Bárbara y Cols. Técnicas de enfermería clínica. 4ª Edic. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. España 1999.

²⁸ Gordon, M. Op Cit. 1999.

- ◆ Reales: Que son las evidencias clínicas que descubren una serie de conductas o manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.
- ◆ Los diagnósticos de riesgo: Que son los que describen las respuestas humanas en situaciones de salud que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia o comunidad.
- ◆ Los diagnósticos de salud: Que describen las fortalezas del paciente basándose en el conocimiento del crecimiento y desarrollo de las diferentes etapas de la vida
- ◆ Los diagnósticos potenciales: Que son los que representan las complicaciones latentes de una enfermedad o que no se cuenta con los datos precisos para asegurar un problema.

Las normas para la redacción de los diagnósticos consta en:

- a. Escribir el diagnóstico en términos de la respuesta de la persona, en lugar de las necesidades de enfermería.
- b. Usar "relacionado con" en lugar de "debido a" o "causado por" par la conexión de los enunciados diagnósticos.
- c. Redactar el diagnostico en términos legalmente aconsejables.
- d. Redacción sin juicios de valor.
- e. Evitar la inversión de los enunciados del diagnostico.
- f. Evitar el uso de indicios aislados en el primer enunciado diagnostico.
- g. Los dos enunciados diagnósticos no deben significar lo mismo.
- h. Expresar el factor relacionado en términos que se pueda modificar.
- i. No incluir diagnósticos médicos en el diagnostico de enfermería.
- j. Exponer el diagnostico de forma clara y concisa.²⁹

En resumen los diagnósticos de enfermería constituyen un método eficaz para la comunicación de los problemas de la persona y sirven como objetivo central para las fases restantes.

3. PLANEACIÓN

La planeación es el tercer paso del proceso y consiste desarrollar estrategias para prevenir, minimizar o corregir problemas identificados en el diagnóstico.

²⁹ Iyer, Pw. Proceso diagnostico de enfermería. 3ª ed. México; Mc Graw Hill-Interamericana; 1997.p138-143.

Desarrollar un plan de acción y consta de varios pasos:

- ♦ Establecer prioridades entre los problemas diagnosticados. Es el proceso de establecer un orden de preferencia decreciente para las estrategias de enfermería, determinando la jerarquización de diagnósticos; la enfermera debe de adecuar el plan de manera que permita que transcurra el tiempo, para que las estrategias modifique los diagnósticos. Las prioridades del tratamiento del diagnóstico de enfermería deben ser congruente con las medidas terapéuticas de otros profesionales de salud. Los criterios para facilitar el establecimiento de prioridades son los problemas que amenacen la vida de la persona, problemas prioritarios para la persona o familia problemas que coadyuven o coadyuvan a la aparición o permanencia de otros, problemas que puedan tener la misma causa y puedan abordarse conjuntamente y problemas con una solución sencilla puesto que su resolución sirve de para abordar otros mas complejos.
- ♦ Indicar objetivos al paciente y la familia para corregir, minimizar o prevenir los problemas. Un objetivo es el resultado deseado de las intervenciones de enfermería que son redactadas con base a la conducta de la persona y puede ser a corto, mediano y largo plazo. Los objetivos sirven de guía para la planeación de las intervenciones y establecer criterios para evaluar los resultados con que se mida la eficacia de las intervenciones; se deben de distinguir entre los objetivos de colaboración y los diagnósticos enfermero, ya que los criterios van a ser distintos. Los cinco componentes de los objetivos son: el sujeto quien tiene que lograr el objetivo, el verbo lo que debe hacer el sujeto para lograr el objetivo, el tiempo cuando hay que valorar si se ha logrado el resultado esperado o no, el modo el como se debe realizar la acción y la medida hasta cuando o hasta donde el objetivo debe alcanzarse.
- ♦ Describir intervenciones de enfermería que permitan alcanzar los objetivos propuestos. Las estrategias de enfermería son las acciones ideadas para lograr los objetivos. Su elección es un proceso de toma de decisiones, planearla requiere generar una lista de acciones con la probabilidad de la resolución del problema y elegir una o mas estrategias como problema de salud considerando las posibles consecuencias de acción; se requiere de conocimientos y experiencia así como la aportación de las persona. Las actividades son un conjunto de operaciones para realizar cualquier tarea y van a variar en función de las condiciones de la persona, el entorno, etc; y las intervenciones es un modo de actuación para tratar el diagnostico identificado, están orientadas a favorecer, mantener o restablecer la salud. Las intervenciones pueden ser de tipo independientes que son las que realiza la enfermera determinándolas por si sola considerándolas pertinentes, las interdependientes que son las intervenciones a las cuales están sujetas a la interacción de diversos

profesionales y las intervenciones dependientes que son las que realiza bajo prescripción de otro profesional de salud.

- ◆ Registrar diagnósticos. Son los resultados de enfermería e intervenciones de manera organizada en el plan de cuidados, que es la guía escrita en la que se organiza información de la persona y se delinean las acciones que debe emprender la enfermera con base a los diagnósticos establecidos y satisface los objetivos establecidos. Los tipos de documentación son:
 1. Individualizados: permiten documentar los problemas, objetivos y acciones de un niño en concreto.
 2. Estandarizados: son los que se realizan en base a los diagnósticos de enfermería o una enfermedad.
 3. estandarizados con modificaciones: permiten individualizar un plan dejándolo abierto en cuanto a las opciones de los problemas, objetivos e intervenciones de enfermería del individuo.
 4. computarizados: son los que requieren de información previa de los diferentes tipos de planes.

- ◆ Dicho plan se actualiza y revisa de manera constante durante su estancia de la persona. En respuesta a los cambios en su estado, uno de los propósitos es servir como directriz a cuidados individualizados, continuos de la atención, directriz de lo que debe registrarse en la nota de educación y sirve de guía de la asignación personal necesaria para la atención; deberá incluir una fundamentación que va a ser razón científica de la selección de una acción específica de enfermería.

4. EJECUCION

La ejecución es la cuarta etapa del proceso y consiste en poner en práctica el plan y observaciones de las respuestas para determinar las acciones o problemas nuevos identificados alcanzando los objetivos planteados en la etapa de planeacion. Las acciones de enfermería pueden ser:

- ◆ Independientes: Son las acciones que realiza la enfermera con base a sus conocimientos y habilidades
- ◆ Dependientes: Que son las acciones que realiza la enfermera por medio de una orden (medica o supervisor) con supervisión de quien lo indica.
- ◆ Interdependientes: Son las acciones que efectúa la enfermería con otros profesionales de salud.

En la ejecución se deben de poner en práctica estrategias como:

- a. Reevaluación de la persona.
- b. Validación del plan de cuidados.
- c. Determinación de la ayuda.
- d. Puesta en práctica estrategias de comunicación de las acciones.
- e. Valoración focalizada.

Para llevar a cabo la ejecución se debe:

- * Preparar para la acción mediante la verificación apropiada de las intervenciones y valorar si se poseen los conocimientos necesarios y las habilidades requeridas para realizarlas, reunir los recursos necesarios y preparar el entorno.
- * Realizar las actividades mediante una valoración continua para determinar la conveniencia de continuar con el plan o modificarlo.
- * Registrar en actuar en la historia de la persona prestando especial atención en cualquier dato anormal o inesperado.

La ejecución de las intervenciones se realiza a través de asignación de tareas, cuidados básicos, control de casos y la atención enfocada a la persona.

5. EVALUACIÓN

Esta es la última fase del proceso de enfermería y es un proceso continuo que determina hasta que grado se han alcanzado los objetivos de los cuidados. La enfermera evalúa el progreso del paciente, en caso necesario establece medidas correctivas y revisa el plan de cuidados según se requiera.

La evaluación implica:

- ◆ Realizar una valoración completa y continua para determinar el estado de salud.
- ◆ Comprobar que los diagnósticos son correctos y completos.
- ◆ Cerciorarse de que se realiza un plan de cuidados eficaz.
- ◆ Decidir el plan de cuidados que se llevó a cabo e identificar los factores que hayan facilitado o dificultado el proceso.
- ◆ Modificar el plan según este indicado dependiendo de los resultados.

La evaluación puede conceptualizarse en tres formas:

- a. Estructura: mide la existencia y lo adecuado de las instalaciones, el equipo, procedimientos, políticas y personal para cubrir las necesidades de la persona mediante comisiones la junta sobre hospitales y las auditorías. La fuente de datos pueden ser manuales de procedimientos,

- enunciados de las políticas descripción de posiciones y planes de atención de enfermería así como planes de orientación y programas de servicio.
- b. Proceso: mide lo adecuado de las acciones de enfermería, actividades en la implementación de cada componente del proceso a través de escalas de calificación de competencia de enfermería y escalas de calidad de los cuidados de enfermería la fuente de datos concurrente es la demostración de conocimientos y habilidades de la enfermera y la grafica de la evidencia de las acciones de enfermería realizadas; retrospectivo la grafica cita los procedimientos implementados.
 - c. Resultado: mide los cambios en la conducta de la persona en comparación con las respuestas esperadas o las metas u objetivos redactados por la persona y la enfermera. Mediante el sistema de Wisconsin y procedimientos de evaluación parcial del rendimiento. Las fuentes concurrentes que el paciente demuestre nuevos conocimientos y destrezas en la mejora del estado de salud y las fuentes retrospectiva es la grafica cita de la evidencia de los cambios en la conducta, la destreza y los conocimientos de la persona.

En la práctica real, resulta imposible separar las fases por estar interrelacionadas y ser independientes.³⁰

El proceso de enfermería tiene implicaciones en:

- ◆ La profesión por que demuestra de forma concreta del ámbito de la práctica de enfermería e identifica las normas de atención de la enfermería.
- ◆ La persona por que se beneficia al garantizarle una atención de calidad, a la vez que fomenta su participación en sus cuidados.
- ◆ La enfermera por que aumenta la satisfacción laboral realizando el desarrollo profesional.

La aplicación de la teoría de Virginia Henderson es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención:

En las etapas de valoración y diagnóstico Henderson determina el grado de dependencia / independencia, causas de dificultad, interrelación de una necesidad con otra, define los problemas y su relación con las causas de dificultad. En la etapa de planeación y ejecución se formulan los objetivos de independencia en base a las causas de dificultad detectadas; es decir, determina el modo de intervención mas

³⁰ Iyer, Patricia. Proceso y diagnostico de enfermería. 2ª Edic. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. México 1997. pp.28.

adecuada a la situación. En la etapa de evaluación indica los niveles de independencia mantenidos o alcanzados a partir de la puesta en marcha de los cuidados de enfermería, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades.³¹

2.4.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La responsabilidad profesional se ha convertido en un principio generalmente aceptado a la práctica de enfermería, el público confía en el personal de salud que le brinda los servicios correspondientes. Existen consideraciones éticas y jurídicas que afectan a las enfermeras desde el momento que inician sus estudios.

La ética es el estudio filosófico de la moral, dicta normas para determinar lo correcto y lo erróneo, para formarse juicios sobre lo que debe de hacerse en beneficio de quien; estudia al hombre como un ser libre y como constructor de su propio destino es también la parte fundamental sobre la cual la enfermería se sustenta por lo tanto lo mas importante no es saber que es la ética si no practicarla correctamente.

La moral es considerada como el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como validos, ya que son los deberes y obligaciones de la sociedad.

El ejercicio profesional de la enfermería es una constante interacción con la persona; la enfermería esta íntimamente ligada con los valores, aspectos humanos, éticos y morales. La conjunción de los valores y humanismo conforman la estructura ética y moral de las personas en general, y en particular a la enfermería y a la vez sirve de fundamento para sustentar el código de ética para la enfermera.

El código de ética inspira la conducta profesional correcta considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimientos, dignidad y por respeto a si mismo y a la sociedad. Las intervenciones de enfermería se rigen

³¹ Fernández, Carmen y Cols. Op Cit. pp.9-10.

por fundamentales criterios éticos encaminados a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento.

Los doce principios éticos de enfermería son:

- ◆ Beneficencia: Es la obligación de hacer el bien y la no maleficencia que es la obligación de evitar un daño.
- ◆ Justicia: Se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico que se traduce en un trato humano.
- ◆ Autonomía: Significa respetar a las personas como individuos libres.
- ◆ Valores de la vida: Derecho al respeto y la libertad del sujeto.
- ◆ Privacidad: El fundamento de este principio es la intimidad que es una dimensión existencial reservada de la persona, familia o grupo.
- ◆ Fidelidad: Se define como la obligación de cumplir con los compromisos de la relación entre la persona sujeto del cuidado y la enfermera.
- ◆ Veracidad: Se refiere a decir la verdad y no mentir o engañar a otro.
- ◆ Confiabilidad: Donde el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos.
- ◆ Terapéutico de la totalidad: A nivel individual se debe reconocer al cuerpo humano como que cada parte tiene un valor.
- ◆ Solidaridad: Es un principio indeclinable de la convivencia humana.
- ◆ Tolerancia: Dignidad humana, saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida, hacer referencia a un mal que se ha de permitir por una razón determinada.
- ◆ Doble efecto: Orienta el razonamiento ético cuando a realizar un acto bueno se derivan consecuencias malas y buenas.³²

En lo referente al código de ética el primer capítulo se refiere a las disposiciones generales, el segundo a los deberes de las enfermeras para con las personas, el tercero de los deberes de enfermeras como profesionistas, el cuarto de los deberes de las enfermeras pararon sus colegas, el quinto los deberes de las enfermeras para con su profesión y el sexto capítulo de los deberes de las enfermeras para con la sociedad.

Otro aspecto ético-legal incluido en el principio de autonomía es el consentimiento informado que es la autorización que otorga la persona, ya sea de

³² Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México pp.10-13.

manera verbal o escrita, para que se le practique una actuación terapéutica y/o diagnóstica determinada, una vez que ha sido informado de su objetivo, riesgos y alternativas posibles.

El 4 de abril de 1997 el consejo europeo establece como regla general del consentimiento informado que es "una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después que la persona haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad de la naturaleza de la intervención así como consecuencias y riesgos. En cualquier momento la persona podrá retirar libremente su consentimiento".³³

Para fines de este estudio de caso se solicitó un consentimiento informado por escrito previa explicación (ver anexos 1).

El programa nacional de salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera mediante una carta de los derechos generales de los pacientes incluyendo los siguientes puntos: atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, información suficiente, clara y veraz, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico y por último ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.³⁴

III.- METODOLOGIA

3.1.- DESCRIPCION GENERICA DEL CASO

Recién nacido femenino de 14 días de vida extrauterina, hija de padre paramédico de 27 años de edad y madre de 22 años de edad, familia nuclear desintegrada, no hay convivencia con la familia materna y muy poca con la familia

³³ Colomar, Gerardo. Aspectos éticos-legales del consentimiento informado en enfermería. Enfermería clínica. Barcelona. No2. Vol.10. Año 2000 fecha 1 marzo. pp. 71-73.

³⁴ Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Médica.

manera verbal o escrita, para que se le practique una actuación terapéutica y/o diagnóstica determinada, una vez que ha sido informado de su objetivo, riesgos y alternativas posibles.

El 4 de abril de 1997 el consejo europeo establece como regla general del consentimiento informado que es "una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después que la persona haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad de la naturaleza de la intervención así como consecuencias y riesgos. En cualquier momento la persona podrá retirar libremente su consentimiento".³³

Para fines de este estudio de caso se solicitó un consentimiento informado por escrito previa explicación (ver anexos 1).

El programa nacional de salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera mediante una carta de los derechos generales de los pacientes incluyendo los siguientes puntos: atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, información suficiente, clara y veraz, decidir libremente sobre su atención, otorgar o no su consentimiento válidamente informado, ser tratado con confidencialidad, contar con facilidades para una segunda opinión, recibir atención médica en caso de urgencia, contar con un expediente clínico y por último ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.³⁴

III.- METODOLOGIA

3.1.- DESCRIPCION GENERICA DEL CASO

Recién nacido femenino de 14 días de vida extrauterina, hija de padre paramédico de 27 años de edad y madre de 22 años de edad, familia nuclear desintegrada, no hay convivencia con la familia materna y muy poca con la familia

³³ Colomar, Gerardo. Aspectos éticos-legales del consentimiento informado en enfermería. Enfermería clínica. Barcelona. No2. Vol.10. Año 2000 fecha 1 marzo. pp. 71-73.

³⁴ Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Médica.

paterna; madre a cargo de los hijos desempeñando funciones maternas y paternas; recibe pensión por parte del padre y ella se dedica al comercio informal (Avon, Tupperware), relación madre-hijos afectiva.

Habita en casa rentada de tabique techo de la lámina cuenta con dos piezas (recamara y cocina), baño extradomiciliario, con agua, luz, drenaje zoonosis negativa; habitan madre e hijos en ella. Nivel socioeconómico bajo.

Fuentes de dificultad de orden físico y psicosocial durante el parto; producto de la gesta V, paras IV, abortos I, embarazo no planeado, deseado, normoevolutivo con control prenatal en siete ocasiones con médico particular, presentó cervicovaginitis en el segundo trimestre y sangrado transvaginal tres días antes del parto posterior a caída de su propia altura.

Producto nacido por parto eutócico, apgar de 7/5, con abundantes secreciones y dificultad para respirar, por lo que se verificó la permeabilidad de las vías aéreas superiores mediante la introducción de una sonda encontrándose resistencia al paso de esta, lo que ameritó intubación orotraqueal desde el nacimiento; se mantuvo en el hospital de Tláhuac; un hospital de segundo nivel que no cuenta con los servicios necesarios para la atención y tratamiento; es trasladada al hospital infantil de México Federico Gómez con el diagnóstico médico de atresia de esófago tipo-III, donde es ingresada a la unidad de cuidados intensivos neonatal.

A la exploración física: recién nacido de 14 días de vida extrauterina de 35.2 semanas de gestación corregida, con peso de 1,500 Kg, talla de 43 cm, sonrosada con tubo orotraqueal, dos sondas una en tórax anterior a nivel de la línea media paraesternal y otra en el costado derecho, conectados a un sello de agua drenando líquido serohemático. Catéter yugular derecho y tiene una sonda abierta en epigastrio, con electrodos para frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria y oximetría de pulso en pie izquierdo.

A la exploración se escucha quejido respiratorio a nivel de la línea media axilar anterior bilateral, abdomen blando, depresible, con cicatriz umbilical con puntos de sutura y sin secreción. Extremidades relajadas y sin alteración aparente. Percusión no valorable por el estado crítico.

Escala de silverman de 1 por quejido respiratorio, movimientos toraco-abdominales rítmicos y regulares sin la presencia de tiros intercostales, retracción xifoidea ni aleteo nasal.

Según la clasificación de Dubowitz, V, Goldberg C (Ballard modificado);escala de maduración física: piel suave y sonrosada , lanugo abundante, arrugas plantares con marcas rojas débiles, areolas planas sin yema, oreja con pabellón auricular poco curvo, blando con retroceso leve, genitales con clitoris y labios menores prominentes puntuación de 6. Escala de madurez neuromuscular: postura de rana, ángulo de la mano de 30°, flexión del bazo de 100°, ángulo popíleo de 100°, signo de bufanda con codo que llega a la línea media con signo de talón oreja retirado con un total de 18 puntos lo que nos indica 33.5 SDG.

3.2 FUENTES DE LA DIFICULTAD DE ORDEN FISICO

ATRESIA DE ESOFAGO

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

La atresia de esófago es sin duda la causa mas frecuente de obstrucción del esófago en el recién nacido, se presenta en 1 de cada 2000 nacidos vivos.

Durante un breve periodo del desarrollo embrionario algunas partes del aparato digestivo (esófago, intestino, vías biliares) tienen su luz obstruida debido a la proliferación del epitelio. Luego de un corto periodo, se recanaliza debido a la autólisis de las células centrales. La más común de las alteraciones que puede sufrir este proceso es la falla total en la recanalización, que produce una obstrucción permanente de la correspondiente porción del tubo digestivo. Este defecto se denomina comúnmente atresia.³⁵

La atresia y fístula traqueoesofágica es una anomalía que se produce entre la tercera y sexta semana de vida embrionaria por alteración en la migración del tabique traqueoesofágico.

El esbozo traqueo pulmonar se forma en el curso de la cuarta semana, aparece como una dilatación en la cara anterior de la faringe. La división en dos tubos (uno anterior, la tráquea y otro posterior, el esófago) requiere de la formación de un tabique que se produce por la fusión de dos invaginaciones laterales³⁶. Las

³⁵ EMAIL:http://www.prodigyweb.net.mx/galaxis/atresia_fistula_traqueoesofagica.htm

³⁶ EMAIL:<http://aeped.es/protocolos/neonatologia/malf-digestivas.pdf>.

alteraciones en la formación de las invaginaciones, o en la fusión del tabique va a dar lugar a los distintos tipos de fistulas; según Ladd las clasifica en:

Tipo I Atresia esofágica sin comunicación a la tráquea.

Tipo II Cabo esofágico proximal con comunicación a la tráquea y cabo distal al ciego.

Tipo III Cabo esofágico proximal al ciego y cabo distal con comunicación a la tráquea.

Tipo IV Ambos cabos se comunican con la tráquea.

Tipo V No hay atresia esofágica, solo fístula traqueoesofagica en "H".³⁷

CUADRO CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas van a variar según el tipo de atresia, se sospecha en un infante cuando tiene exceso de salivación (babeo) y en un recién nacido con un babeo a menudo acompañado de ahogo, tos y estornudo. Cuando se alimentan, los infantes tragan normalmente pero comienzan a toser y a tener dificultades mientras el fluido retorna a través de la nariz y la boca. El infante puede ponerse cianótico (por un laringoespasma) y puede presentar apnea cuando el rebose de fluido del saco ciego es aspirado dentro de la traquea.³⁸

DIAGNÓSTICO

Es mediante las manifestaciones clínicas y en el momento paritorio ya que el principal determinante del pronostico es la aspiración pulmonar, la incapacidad de pasar la sonda al estomago confirma la sospecha, en algunos casos las placas simple de tórax muestra dilatado el esófago con aire.³⁹

TRATAMIENTO

El tratamiento es cirugía para reparar el defecto. Si se sospecha de atresia esofágica se suspenden todos los alimentos orales y se inicia la administración de fluidos por vía intravenosa. Se coloca al recién nacido en una posición que ayude a drenar las secreciones y disminuir la posibilidad de una aspiración. Algunas veces los

³⁷ Treviño, Gilberto. Manual de pediatría. Edit. Mc Graw Hill, México 2003. pp.774.

³⁸ EMAIL: http://www.prodigyweb.net.mx/galaxis/atresia_fistula_traqueoesofagica.htm

³⁹ EMAIL: <http://www.pedisurg.com/spanishpedisurg/sp-tef.htm>

bebés con atresia esofágica tienen otros problemas, suelen verse afectados por la relación de otras malformaciones VACTER. La cirugía para reparar la atresia esofágica raramente es una emergencia; sin embargo el tratamiento temprano es determinante. Una vez que el bebé está en condiciones para una cirugía, se hace una anastomosis primaria esófago-esofágica terminoterminal en dos planos y de preferencia extrapleural y por supuesto cierre de fístula a la traquea. Después de la cirugía, el bebé permanecerá hospitalizado por un tiempo variable. El cuidado de cada infante es individualizado.⁴⁰

PRONÓSTICO

El pronóstico de vida es superior al 95% cuando el niño pesa más de 2,500 g, no padece de neumonitis ni presenta malformaciones relacionadas.⁴¹

3.3 PROCESO DE INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

VALORACIÓN

Se identificaron las variables para el presente estudio de caso las cuales fueron las 14 necesidades básicas. Los indicadores fueron los grados de independencia y dependencia descritas por Phaneuf donde marca seis niveles, en el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y el 3, 4, 5 y 6 enuncian los grados de dependencia; se realizó la graficación del grado de dependencia en relación al tiempo (ver anexo 2).

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de valoración de enfermería estructurado con los conceptos centrados de las necesidades fundamentales.

- Exploración física: Mediante el método clínico fue generalizada de primera instancia y focalizada posteriormente.
- Inspección: Mediante los cinco sentidos visualizando las actitudes, comportamiento y apariencia general del recién nacido, familia y su entorno.

⁴⁰ Treviño, Gilberto. Manual de pediatría. Edit. Mc Graw Hill. México 2003. pp. 745.

⁴¹ Ibidem, pp. 746.

- Palpación: Mediante el sentido del tacto principalmente
- Percusión: Mediante el tacto y la audición, así como la visión.
- Auscultación: Mediante instrumentos de apoyo. (estetoscopio, lámpara, entre otros).

El instrumento que se utilizó fue el formato de valoración de las necesidades básicas del recién nacido grave proporcionada por la coordinación de la especialidad en enfermería infantil, basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson y contiene los siguientes apartados (anexo 3):

1. Datos de identificación
2. Datos de la familia y factores de riesgo que influyen en el estado de salud
3. Normas hospitalarias que el familiar del niño hospitalizado debe conocer.
4. Factores de riesgo personal que influyen en el estado de salud actual del recién nacido.
5. Valoración de las necesidades básicas del neonato grave con la redacción de los diagnósticos de enfermería que orienten a la planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones de enfermería especializada.
6. Datos relevantes que se incluirán para completar la información.

Fuente secundaria

- Familiar: En este caso la madre fué la que proporcionó parte de la información del estado de salud.
- Expediente clínico: El cual permitió ver las prescripciones medicas así como la evolución del niño, exámenes de laboratorio y gabinete.
- Profesionales de salud: Se favoreció el intercambio de información con médicos cirujanos, médicos radiólogos, médicos neonatólogos, enfermeras y nutriólogos.
- Referencia bibliográfica: Se realizó la investigación en la biblioteca del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, así como la revisión electrónica vía Internet.

3.4 PROCESO DIAGNÓSTICO

Los diagnósticos de enfermería se elaboraron mediante el análisis de los datos obtenidos en la valoración de las necesidades fundamentales (datos objetivos y subjetivos).

Se elaboraron diagnósticos:

- ◆ Reales: Identificando si el recién nacido ha perdido o no ha alcanzado el nivel óptimo para lograr su independencia; se identificaron las fuentes de dificultad (fuerza, voluntad y conocimiento); se compone de tres partes
 - P= Problema (etiqueta diagnóstica)
 - E= Etiología (factor causal)
 - S= Signos y síntomas (características definitorias)
- ◆ Riesgo: El cual identifica si el recién nacido se encuentra en riesgo de perder su independencia y presenta dos componentes:
 - P= Problema
 - E= Etiología
- ◆ Salud: En el que el recién nacido puede aumentar su nivel de desarrollo para alcanzar la independencia satisfactoria de las necesidades.

Para los tres casos la formulación de los problemas fué mediante las etiquetas diagnósticas de la Taxonomía de la NANDA. Posteriormente se llevó a cabo la jerarquización de las necesidades según el grado de dependencia.

La fijación de prioridades se llevo a cabo de acuerdo con Alfaro (1992):

1. La percepción de prioridades de la propia persona.
2. Plan general de tratamiento.
3. Estado general de salud de la persona.
4. La presencia de problemas potenciales.

JERARQUIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

- ◆ Oxigenación.
Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con el desequilibrio en la perfusión – ventilación manifestado por quejido respiratorio, frecuencia cardiaca de 160, frecuencia respiratoria de 45, saturación de oxígeno de 97%, presión arterial de 63/28 y llenado capilar de 3".
- ◆ Nutrición e hidratación.
Independencia en el patrón metabólico-nutricional por aporte nutricional adecuado.
- ◆ Termorregulación
Termorregulación ineficaz relacionado con la inmadurez del recién nacido manifestado por fluctuación de la temperatura.
- ◆ Higiene y protección de tegumentos
Pérdida de la integridad de la piel relacionado con múltiples factores invasivos manifestado sitios de múltiples punciones y escara en región occipital

- ◆ **Comunicación.**
Alteración del vínculo paterno-filiario relacionado con hospitalización manifestado por angustia, cansancio e impotencia materna.
- ◆ **Descanso y sueño.**
Alteración del patrón del sueño en el prematuro relacionado con la sobrecarga sensorial manifestado por inquietud y periodos cortos de sueño.
- ◆ **Recrearse**
Independencia en el crecimiento y desarrollo del recién nacido manifestado por sobresalto a estímulos auditivo, táctiles y Ballard de 33.5 SDG.
- ◆ **Moverse y mantener una buena postura**
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con estancia hospitalaria prolongada.
- ◆ **Aprendizaje**
Dependencia de conocimiento de la madre del recién nacido relacionado con corrección del defecto anatómico del recién nacido manifestado por ansiedad, angustia e inquietud sobre los cuidados en el hogar.
- ◆ **Valores y creencias**
Alteración del bienestar espiritual relacionado con la separación de vínculos religiosos manifestado por preocupación, angustia, culpabilidad y enojo materno.
- ◆ **Evitar peligros**
Riesgo de infección relacionado con pérdida de las barreras primarias (piel) y secundarias (sistema inmune e inmadurez).
- ◆ **Trabajar y realizarse.**
Cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con la hospitalización del recién nacido manifestado por preocupación, estrés, nerviosismo e impotencia.
- ◆ **Vestirse y desvestirse**
Independencia en el vestido relacionado con la etapa de crecimiento y desarrollo (recién nacido de 35.3 SDG [12 días de vida extrauterina]), con cuidados en incubadora.
- ◆ **Eliminación**
Independencia en el patrón de eliminación relacionado con proceso de maduración del sistema renal, urinario y digestivo del recién nacido.

3.5 PLAN DE INTERVENCIONES.

Para la planeación se formularon objetivos específico para la detección o prevención de nuevos problemas de salud para promover el bienestar e independencia del recién nacido; esperados y el tiempo estimado de resolución, se identificó el grado de dependencia y las fuentes de dificultad (fuerza, voluntad y conocimientos), y el grado de prioridad de la necesidad (alta, media o baja) lo que permitió la jerarquización de las necesidades según el grado de prioridad. Posteriormente se determinaron las intervenciones y actividades de enfermería tanto de manera dependiente, interdependiente como independiente.

Para la ejecución se llevarón a cabo las intervenciones planteadas para determinar las respuestas y poder valorar la reestructuración de nuevas intervenciones valorando el progreso favorable para el recién nacido y su familia y finalmente se llevó a cabo la evaluación de las intervenciones de enfermería determinando los logros de los resultados.

NECESIDAD DE COMER Y BEBER

Prematuro de 34.3 SDG, peso de 1500 gr, talla de 43 cm, limitrofe, en posición similar a "rana". Buena coloración, hidratada, cabeza normal, fontanelas ligeramente tensas, presencia de lanugo abundante y distribuido, ojos simétricos con ligero edema bpalpebral, boca con cánula conectada a ventilador, sialorrea, abdomen blando depresible con cicatriz umbilical con puntos de sutura y sin secreciones, sonda en epigastrio abierta sin drenar, peristalsis ausente, hipotónico por inmadurez y ano permeable. Reflejo de succión y deglución normales para la edad.

La valoración familiar, la madre refiere ya querer darle de comer por lo que se siente triste ya que quisiera transmitirle seguridad y amor a través de la lactancia.

DIAGNÓSTICO

Independencia en el patrón metabólico-nutricional por aporte nutricional adecuado.

OBJETIVO

El recién nacido mantendrá los requerimientos nutricionales para su edad favoreciendo su óptimo crecimiento y desarrollo a través de las diversas técnicas de aporte nutricional.

La prioridad de la necesidad es alta ya que el recién nacido necesita de un aporte nutricional para su crecimiento y desarrollo. El rol de la enfermera es de ayuda al recién nacido para mantener un crecimiento y desarrollo óptimo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ♦ Aporte nutricional mediante diversas técnicas según la evolución del recién nacido.

- * Nutrición parenteral:

DEPENDIENTES

- Requerimientos nutricionales de la NPT:

- ⊕ Hídricos 150 ml/kg/día.
- ⊕ Contenido energético 148 kcal/kg/día
- ⊕ Hidratos de carbono (dextrosa) 6 mg/kg/min
- ⊕ Proteínas 2.7 a 3.5 g/kg/día
- ⊕ Lípidos 0.5 a 3 g/kg/día
- ⊕ Oligoelementos 0.5 ml/kg/semana

Los requerimientos pueden variar según las condiciones del recién nacido (INPer). Para lucero los requerimientos son:

- ⊕ Sol. Gucosada al 50% 54 ml
- ⊕ Trophamine 47ml
- ⊕ NaCl 1.8 ml
- ⊕ KCL 0.4 ml
- ⊕ Kpo24 1:2 0.8 ml
- ⊕ Sulf mg 0.8 ml
- ⊕ Guconato de calcio 4.7 ml
- ⊕ Tracefusin 1.1 ml
- ⊕ MVI pediátrico 3.1 ml
- ⊕ Agua 82 ml
- ⊕ Hepar 85 U'S
- ⊕ Total de 195 ml para 24 horas.
- ⊕ Lípidos 20%: 23.4, 1.3cc/ hr iv para 8 horas.

INDEPENDIENTES

- Monitoreo del estado general: curva de crecimiento, valorar incremento ponderal, balance hídrico, registro de signos vitales, glicemias cada 8 horas, Labstix en orina, densidad urinaria y vigilar datos de septicemia (cambio de coloración, alteración de la temperatura corporal, aumento de bilirrubinas, leucocitosis y datos de hiperglicemia).

- Revisión del aporte nutricional, instalación de la NPT con técnica estéril, registro continuo por hora el volumen infundido y revisión del área de inserción del catéter.
- Mantener un ritmo exacto de flujo: ritmo constante por medio de una bomba de infusión, verificar el ritmo de flujo cada hora, vigilar datos de sobrecarga de líquidos o deshidratación.
- Cambio de la NPT cada 24 horas: llevar a cabo la regla de los cinco correctos, reunir el equipo necesario para el cambio de solución y equipo de venopack, preparación del equipo para la instalación (cambio completo, purgar), protección del sistema de perfusión parenteral con cubierta opaca para evitar la fotodegradación de las vitaminas y explicar el procedimiento a los padres.
- Mantener la emulsión de lípidos a través de un conector en y localizado cerca del catéter central y vigilar datos de reacción adversa.
- Curación del sitio de inserción del catéter venoso central: cada 48 horas a 72 horas. Técnica aséptica estricta, colocación de mascarilla, retiro del apósito verificar si no hay datos de excoriación, eritema, edema, sitios de inserción de las suturas y la posición del catéter, ponerse guantes estériles, realizar la asepsia del área en tres tiempos de alcohol y posteriormente tres tiempos de isodine posteriormente retirar el resto con una gasa estéril para evitar dejar residuos de isodine, colocar una apósito estéril para cubrir y pegarlo con cinta adhesiva (tegaderm).
- Identificar datos de trastorno metabólico: respuestas agudas como dificultad respiratoria, cianosis, fiebre, exantema, irritación cutánea, hiper o hipoglicemia por medio del destroxitis, hiperlipidemia por medio de los laboratorios de triglicéridos donde se encuentran elevados al igual que los ácidos grasos y vigilar los datos de deshidratación.

	<i>En la deshidratación leve</i>	<i>En la deshidratación moderada</i>	<i>En la deshidratación grave</i>
Porcentaje de peso del cuerpo que se pierde en forma de H ₂ O			
Lactante	5	10	15
Niño mayor	3	6	9
Presión sanguínea	Normal	Normal o baja	Baja
Pulso	Rápido	Rápido	Rápido/débil
Globo ocular	Normal	Hundido	Hundido
Fontanela	Plana	Hundida	Hundida
Lágrimas	Normal	Ausentes	Ausentes
Membrana mucosa	Seca	Seca	Seca
Turgidez de la piel	Disminución leve	Deprimida	Disminución grave

Fuente: Whaley y Wong. Enfermería pediátrica.

- Identificación de complicaciones por técnica como sepsis (glucosuria) infecciones cutáneas, hemorragias en el sitio de inserción del catéter, obstrucción del catéter o extravasación.
- Prevención de infecciones durante el cambio de soluciones mediante una técnica aséptica estricta.
- Prevención o detección de infecciones mediante control de signos vitales, línea venosa central estricta para NPT sin administrar fármacos ni extracción de sangre.
- Mantener patrones normales de desarrollo mediante la estimulación oral, asegurar catéteres favoreciendo la fácil movilización e incluir las especificaciones sobre la terapia a los padres para su comprensión.

FUNDAMENTACION:

La nutrición parenteral es un tipo de alimentación utilizada en aquellas situaciones que contraindican la alimentación del recién nacido por el tubo digestivo. Estas contraindicaciones incluyen anomalías gastrointestinales que requieren de una intervención quirúrgica, enterocolitis necrosante y prematuridad extrema. Esta alimentación proporciona una nutrición completa al recién nacido por la vía intravenosa. La hiperalimentación proporciona calorías, vitaminas, proteínas, minerales y glucosa. También es necesaria la administración de lípidos para proporcionar los ácidos grasos esenciales. Puede administrarse a través de un catéter central o periférico. (OLDS, 1995)

- * Enteral por gastrostomía.

INDEPENDIENTES

- Colocar al recién nacido con la cabeza ligeramente levantada y estimulación oral mediante un chupón.
- Dar posición al bebé; semifowler para disminuir el riesgo de broncoaspiración.
- Determinar la actividad intestinal, verificar el contenido gástrico residual antes de cada alimentación intermitente mediante la determinación de la capacidad gástrica a través la siguiente fórmula:
Capacidad gástrica = 10% de peso - 3
- Valoración de signos vitales, incremento ponderal y curva de crecimiento.
- Conectar el sistema o bolsa para alimentación a la sonda de gastrostomía y despinzar, elevar la sonda para permitir un flujo adecuado, no ejercer ninguna presión para iniciar la infusión.
- Cuantificar la dosis de fórmula que se va administrar según los requerimientos.

- Administrar en un tiempo de 20-45 minutos y estar pendientes para evitar el paso de aire a la cavidad abdominal.
- Una vez terminada la infusión instilar agua de 1 a 3 ml para evitar la obstrucción o acumulo de sustancias que puedan generar un proceso infeccioso y pinzar la sonda.
- Vigilar datos de complicación: glicemia, distensión abdominal, hábitos de eliminación.
- Curación del sitio de inserción de la sonda de gastrostomía: retirar el aposito, vigilar datos de inflamación o infección, asear, y aplicar una barrera protectora, fijar la sonda e inmovilizarla.
- Al iniciar la alimentación oral, la alimentación es de forma simultánea.
- Capacitar a la madre en los cuidados de sonda de gastrostomía así como favorecer la expresión de sentimientos y valorar la accesibilidad para la aceptación de la manipulación y seguridad de la misma.

FUNDAMENTACION:

La alimentación por gastrostomía es la instilación de líquidos con nutrimentos mediante una sonda que entra por un estoma que conecta con la pared abdominal y estomago. Esta indicada en personas con anomalías congénitas de las vías gastrointestinales que obligan a una intervención quirúrgica ayuda a conservar la nutrición adecuada. (BRUNNER, 1991)

* Lactancia materna

INDEPENDIENTES

- Estimar la expresión de dudas y sentimientos sobre la interrupción de la lactancia así mismo informar a la madre de la reanudación de la lactancia una vez resuelto el impedimento.
- Asegurarle a los padres que a pesar de la interrupción de la lactancia el bebé cuenta con los nutrimentos esenciales para su crecimiento y desarrollo.
- Explicar técnicas correctas de lactar y respetar la intimidad mientras alimenta al niño y ayudarla a adoptar una postura cómoda y un ambiente tranquilo.
- Fomentar la lactancia materna: explicar a la madre los beneficios de la lactancia, así como la fisiología y la importancia recalcar a la madre la importancia de llevar una dieta equilibrada con una ingesta abundante de líquidos.
- Explicar técnicas correctas para la extracción y almacenamiento de la leche materna así como asegurarse del vaciamiento adecuado de las mamas por medio del masaje manual y la extracción con tiraleche durante la supresión de la lactancia para asegurar la continuidad de la secreción.

- Asegurar a la madre que el aporte inmunológico se establecerá de igual manera aunque la lactancia sea mixta.
- Reforzar la importancia del vínculo materno-filial durante la lactancia por medio del contacto directo y la frecuencia entre el recién nacido y la madre. El estímulo táctil asociado con el seno materno permite comunicar calidez, cercanía y comodidad, permite identificar señales conductuales y necesidades de cada uno y es un medio para favorecer la relación única, además de ser nutritiva entre el recién nacido y la madre.

FUNDAMENTACION:

A las madres que desean dar seno materno a su hijo se les debe de dar la oportunidad de comenzar tan pronto el lactante haya demostrado la coordinación entre la succión y deglución (Meier y Pugh, 1985). La lactancia materna satisfactoria necesita de un apoyo tanto físico como emocional. El apoyo físico abarca el fomento de una técnica correcta y cómoda (Pillitteri, 1999).

- ◆ Valorar incremento ponderal así como el crecimiento y desarrollo, también es necesario un control hídrico y de constantes vitales.
- ◆ Programar actividades con la madre que refuerce la comprensión de los cuidados y su adaptación para afrontar las diversas situaciones.
- ◆ Brindar un cuidado continuo las 24 horas del día mediante las indicaciones escritas en el kardex de enfermería.

EVALUACIÓN

Por medio de las intervenciones el recién nacido mantuvo un aporte nutritivo, presentando un crecimiento y desarrollo óptimo. La alimentación del recién nacido fué inicialmente NPT desde el 9-03-04 hasta el 14-04-04 posteriormente la alimentación fué enteral a partir del 22-03-04 por medio de sonda de gastrostomía con fórmula para prematuros enfamil e inicia la alimentación por succión y deglución el 3-05-04 lo que favoreció el inicio de la lactancia materna completando con fórmula por sonda de gastrostomía.

En relación a la lactancia materna se mantuvo la excreción gracias a los conocimientos adquiridos de la madre sobre la importancia de la misma así como sobre la estimulación, masaje, extracción y almacenamiento de la leche, favoreciendo la continuidad de la lactancia al momento que el bebé por su evolución y potencial de desarrollo inicio la vía enteral por medio de la succión y deglución.

El bebé fué egresado con un dispositivo (sonda de gastrostomía) para la satisfacción de la necesidad sin embargo la evolución es favorable a corto plazo.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

El recién nacido mantiene una micción de 2-4 ml/kg/hr de características normales con examen general de orina reportado normal. Los genitales femeninos tienen las siguientes características: labios menores y clítoris prominente y con edema, labios menores mayores que los labios mayores con la presencia de vernix caseoso entre los labios y la uretra se alcanza a distinguir por debajo del clítoris. Presenta una uresis de 50 ml en 24 horas lo que se considera normal para su edad y condiciones, no se observan anomalías anatómicas.

En la eliminación intestinal el recién nacido eliminó meconio en las primeras 12 horas, actualmente presenta deposiciones de características amarillo pastosas con una cantidad de 30 gr. Por día en 4 o 5 deposiciones, su alimentación posterior al ayuno fue con fórmula maternizada para prematuros.

DIAGNÓSTICO

Independencia en el patrón de eliminación relacionado con proceso de maduración del sistema renal, urinario y digestivo del recién nacido.

OBJETIVO

El recién nacido mantendrá su necesidad de eliminación en óptimas condiciones mediante las intervenciones de enfermería encaminadas a la persistencia del buen funcionamiento del sistema renal, urinario y digestivo.

El recién nacido es independiente en esta necesidad.

La prioridad de la necesidad es baja ya que el recién nacido tiene buena eliminación.

El rol de la enfermera es de ayuda a la autonomía del recién nacido.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ♦ Mantener la temperatura del entorno neutro ya que un ambiente excesivamente calido provoca aumento de la pérdida por transpiración.
- ♦ Vigilar datos de hidratación ya que la deshidratación puede ser indicativo de déficit de volumen.

- ◆ Cuantificación (número y cantidad) así como aspecto y olor de la excreción de las heces y la uresis por turno y por 24 horas.
- ◆ Posterior a la eliminación urinaria o intestinal mantener una adecuada higiene de la región perianal así como mantenerla seca y cambio frecuente del pañal cuantas veces sea necesario.
- ◆ Detección de signos y síntomas de alteración intestinal como estreñimiento, melena, diarrea, pus o moco y de alteración urinaria como infección de vías urinarias, poliuria, oliguria, hematuria entre otras.
- ◆ Colaborar en la toma de muestras para examen general de orina y cultivos.
 - Proteínas- <5-10 mg/100ml
 - Leucocitos <2-3
 - Densidad urinaria- 1.001-1.025
 - Color amarillo pálido.

FUNDAMENTACION:

La eliminación de los productos de desecho metabólicos es función principal de los intestinos, riñones, piel y pulmones. En los recién nacidos su primera evacuación es el meconio caracterizado por su apariencia espesa de color oscuro, las evacuaciones de transición se forman en parte con meconio y parte con materia fecal y se eliminan en los días posteriores posterior a esto las heces adquieren características más específicas que varían según el tipo de alimentación. En lo referente a la eliminación urinaria el gasto urinario a menudo es escaso y las micciones son pequeñas hasta que aumenta la ingesta de líquidos los primeros días después del parto el recién nacido orina de 2 a 6 veces al día con gasto de 30-60 ml diarios después orina de 5 a 25 veces cada 24 horas con un volumen de 30-50 ml/kg/día.

EVALUACIÓN

Las evacuaciones del recién nacido fueron inicialmente meconio, posteriormente verde pastosas, al inicio de la fórmula fueron amarillo pastosas y actualmente el patrón de eliminación en óptimas condiciones mediante la hidratación adecuada y con una eliminación intestinal de 15 gr aproximadamente por deposición de 3-5 deposiciones por día de características amarillo grumosas lo que se considera normal y una eliminación vesical de 50 ml/día aproximadamente de características amarillo clara considerada normal para la edad.

El área genital se mantuvo íntegra, limpia y seca lo cual nos manifiesta que las intervenciones de enfermería fueron las adecuadas para mantener la independencia de la necesidad.

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Apgar de 7/5 al nacimiento, sialorrea abundante y cianosis generalizada por lo que se verificó la permeabilidad de las vías aéreas superiores mediante el paso de una sonda encontrando resistencia al paso de esta y llenado capilar de 3". Se observó en el recién nacido incapacidad para deglutir, la sialorrea aumentada en cavidad oral lo que dificultó la respiración.

Recién nacido inquieta en posición semifowler, en fase III de ventilación, con una sonda orotraqueal, dos sondas pleurales, una sonda de gastrostomía, catéter subclavio izquierdo en incubadora con sensor de temperatura, electrodos para frecuencia cardíaca y respiratoria, brazaletes para presión arterial, presenta dolor a la palpación

La frecuencia respiratoria se mantenía entre 40 y 60 respiraciones por minuto, regulares, con periodos de apnea y quejido respiratorio. La frecuencia cardíaca osciló entre los 120 y 160 latidos por minuto. La presión arterial de 63/28 con media de 39 mmhg. El resto de la exploración se encontró sin alteraciones.

En la valoración familiar la madre comenta que al traslado del bebé al hospital infantil se encontraba con mucho miedo ya que no sabía lo que podía pasar. En el aspecto sociológico el aire no se encuentra libre de partículas químicas y bacterias (hospital). En lo cultural- espiritual la madre se refiere de religión cristiana y le gustaría que un predicador viera a su bebé; menciona que durante su embarazo se sintió muy tranquila aunque no fue planeado refiere: "así dios lo quiso". En lo psicosocial la madre se ha mantenido en el hospital diario las 24 horas del día suspendiendo sus actividades cotidianas.

DIAGNÓSTICO

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con el desequilibrio en la perfusión – ventilación manifestado por quejido respiratorio, frecuencia cardíaca de 160, frecuencia respiratoria de 45, saturación de oxígeno de 97%, presión arterial de 63/28 y llenado capilar de 3".

OBJETIVO

El recién nacido se verá favorecido en el intercambio gaseoso mediante el apoyo ventilatorio y las intervenciones de enfermería.

La dependencia del recién nacido se considera temporal por unos meses, grado 6 hasta que el recién nacido pueda recuperar su potencial de respiración con su propio potencial de crecimiento y desarrollo así como la ayuda del tratamiento y del cuidado integral.

La prioridad de esta necesidad es alta ya que el recién nacido necesita de un aporte de oxigenación para la supervivencia.

El rol de la enfermera es de ayuda al recién nacido a recuperar su independencia, según su potencial de crecimiento y desarrollo así como con la ayuda del tratamiento y del cuidado integral.

FUENTES DE DIFICULTAD

Por falta de:

- ◆ Fuerza: física por inmadurez
- ◆ Voluntad: la madre tiene la voluntad de que el recién nacido continúe con el tratamiento.
- ◆ Conocimiento: la madre desconoce lo que pasa y quisiera conocer más para poder entender.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTE

- ◆ Valoración de signos vitales: frecuencia cardíaca 120-160, frecuencia respiratoria 35-50, presión arterial promedio de 60/35, oximetría de pulso y llenado capilar.
- ◆ Preoperatorio
 - * Colocar al niño con la cabecera y el tórax elevado a 20 o 30° para evitar o disminuir el reflujo de residuos gástricos al árbol traqueobronquial.
 - * Ayudar a eliminar secreciones nasofaríngeas de la bolsa ciega esofágica y apoyar la respiración del lactante por medio de una sonda permanente de Replegle (sonda de doble lumen), (Interdependiente).
 - * Vigilar estado de hidratación.

FUNDAMENTACION:

La posición facilita la respiración al separarse los intestinos distendidos del diafragma. La sonda de Replegle extrae el aire por el segundo lumen evitando la obstrucción de la sonda por la mucosa favoreciendo la respiración. (BRUNNER, 1991).

- ◆ Postoperatorio. Mantener y maximizar la función respiratoria
 - * Control térmico por medio de incubadora
 - * Permeabilizar la vía aérea
 - * Posición que facilite el intercambio aéreo
 - * Evitar hiperextensión del cuello
 - * Monitorización de glicemia cada 6-8 horas
 - * Cuantificación de gasto urinario superior a 1 cc/kg/hr (INPer p-26).
 - * Ventilación mecánica
 - Auscultación de ruidos pulmonares para verificar la permeabilidad
 - Medir la distancia del tubo endotraqueal y marcarlo.
 - Evaluar los circuitos del ventilador para evitar la acumulación de agua en la tubuladura.
 - Fijación de los circuitos a fin de evitar se acoden o tiren del tubo endotraqueal.
 - Vigilar datos de extubación accidental como la disminución de aire en el tórax, distensión abdominal, deterioro de la coloración de tegumentos bruscamente, frecuencia cardiaca y po_2 , estado neurológico, estado general, signos vitales, gases arteriales y balance hídrico.
 - Aspiración de secreciones con técnica estéril. Se instila 0.5 ml de solución salina por la cánula se conecta a ventilador manual se desconecta e introduce la sonda sin rebasar la punta del tubo y succionar se retira la sonda y se reoxigena, se repite el procedimiento las veces que sea necesario; durante la aspiración se debe valorar la monitorización de signos y síntomas como la oximetría, valoración de la coloración de tegumentos, la consistencia y cantidad de las secreciones y documentar.
 - Documentación de los parámetros del ventilador.

FUNDAMENTACION:

La terapia con ventilador emplea presión positiva a menudo con tendencia al uso de ventilación intermitente necesaria que permite que el bebé respire a su propia velocidad contra una presión transpulmonar continua. El ventilador efectúa ventilación adicional a determinada presión y velocidad. (WAECHTER, 1995).

- * CPAP (presión positiva continua de las vías respiratorias) nasal:
 - Dar posición al recién nacido (supina) para favorecer la efectividad de la presión positiva

- Verificar que el catéter nasal este correctamente colocado sin ejercer presión en la nariz.
- Aseo de la cavidad nasal y oral cada 48 horas (con solución fisiológica o agua estéril)
- Auscultación e inspección del tórax, monitorización de signos vitales y gases arteriales.
- Aspiración de secreciones.
- Vigilar y documentar la concentración de oxígeno, presiones entre 6 y 12 cm de agua.
- Verificar el funcionamiento del sistema y la instalación.

FUNDAMENTACION:

Presión positiva continua de las vías respiratorias de 4 a 8 cm de agua de presión expulsada por pequeños tubos cortos que se introducen en los orificios nasales además de una concentración mediada de oxígeno esta indicado en la dificultad respiratoria y no requiere de una intubación (DEACON, 2001).

- * Oxígeno indirecto: monitorización de litros por minuto, auscultación de campos pulmonares, vigilar esfuerzo ventilatorio, humidificación de 30- 40% temperatura de 31-34°

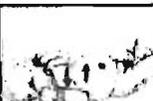
FUNDAMENTACION:

El flujo libre de oxígeno puede ser útil en el suministro a corto plazo en un neonato que respira pero que necesita de una atmósfera enriquecida con oxígeno para sus necesidades normales. El contenido de dicho gas depende de la concentración del mismo, la velocidad del flujo, la distancia de la fuente de oxígeno y la cara del niño y los esfuerzos ventilatorios que el realiza. (DEACON, 2001).

- ◆ Monitorización de constantes de gases sanguíneos: muestra capilar del talón con previa aplicación de calor local de 5 a 10 minutos; para recién nacidos pretérmino:
 - Pao₂- 65-72
 - Paco₂- 31-35
 - Ph- 7.30-7.40
 - Bicarbonato 18-20 meq/l
 - Eb- +3 a -3
- ◆ Detección de alteración del equilibrio ácido base por alteración de la ventilación perfusión e hipoxemia.
- ◆ Drenaje postural para facilitar que las secreciones drenen de distintos segmentos pulmonares a los bronquio mayores.
- ◆ Vibración con la yema de los dedos desde los segmentos periféricos torácicos hacia la tráquea.

- ♦ Vigilar datos de distress respiratorio:
 - * Valoración de escala de Silverman Anderson.

Calificación de Silverman

	REGION SUPERIOR DEL TORAX	REGION INFERIOR DEL TORAX	RETRACCION XIFOIDEA	DILATAION DE LAS FOSAS NASALES	GRUÍDO DURANTE LA EXHALACION
GRADO 0					
GRADO 1					
GRADO 2					

Fuente: OLDS, Sally y Cols. Enfermería materno infantil.

- * Datos clínicos como cianosis, taquipnea, disminución de ruidos respiratorios, edema, disminución de la frecuencia cardiaca pao_2 menor de 50 mmhg y movimientos toraco abdominales
- ♦ Vigilar datos de complicaciones: infección por cánula, barotrauma, hipotensión, disminución del gasto cardiaco, retinopatía del prematuro o hemorragia interventricular.
- ♦ Ayudar a la madre a evaluar el ambiente como la imagen del recién nacido en un respirador y manejar la presencia de su hijo ahí.

FUNDAMENTACION:

La monitorización de las constantes vitales y su variabilidad (sistemas de vigilancia continua) ya sea por métodos sencillos (estetoscopios, termómetros de mercurio, etc) o instrumentos de penetración corporal (catéter para toma de PVC y presión arterial) dependen del estadio clínico del niño y pueden variar. Se deben acordar parámetros normales ya que las frecuencias por arriba o por debajo constituyen un motivo de alarma, nueva evolución médica y otra terapéutica; se deben registrar las constantes anormales e informarlas. (MARTINEZ, OCTAVIO). La monitorización de los gases sanguíneos permiten determinar el contenido de gases arteriales en sangre con la finalidad de conocer

y evaluar la eficacia de intercambio de gases a nivel pulmonar lo que permite conocer la oxigenación-ventilación y equilibrio ácido-base del neonato (INPER). Los drenajes posturales están indicados en los que interesa una buena movilización de secreciones, así mismo la fisioterapia con técnica de vibración torácica hace mas eficaz la movilización de las secreciones (ARELLANO, 1995). Uno de los problemas mas graves que puedan sufrir el recién nacido es la insuficiencia respiratoria que es la adaptación inadecuada de la vida extrauterina por ello es importante que la enfermera conozca la fisiopatología de la alteración, cuadro clínico y medidas terapéuticas; la escala de Silver Anderson permite valorar los datos de insuficiencia respiratoria (OLDS, 1995).

EVALUACIÓN

El recién nacido mantuvo una óptima evolución a pesar de que presentó algunas complicaciones a nivel pulmonar (atelectasia persistente) lo que ameritó una decorticación del lóbulo superior derecho manteniéndose desde el día 2-03-04 al 3-04-04 con tubo edotraqueal, posteriormente por mejoría se decide extubar manteniendo aporte de oxígeno con CPAP nasal desde el 3-04-04 al 28-04-04 y posteriormente con puntas nasales desde el 28-04-04 al 3-05-04 gracias al crecimiento y desarrollo adecuado de la función pulmonar.

Las intervenciones de enfermería fueron encaminadas principalmente a mantener los niveles adecuados de oxígeno según se requerimientos, mantener una posición que favoreciera el intercambio perfusión-ventilación.

La recién nacido fué egresada por mejoría ya que logro su independencia en la necesidad de oxigenación.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

En relación al factor sociológico el ambiente con múltiples ruidos (monitores, alarmas, gente y ventiladores) en cuanto a lo psicológico el recién nacido por su misma alteración se encuentra sometida a estrés constante; tiempo de penumbra de una hora donde se trata de disminuir al máximo el ruido, se apaga la luz y se cubren las incubadoras con una sabana.

DIAGNÓSTICO

Alteración del patrón del sueño relacionado con la sobrecarga sensorial manifestado por inquietud y periodos cortos de sueño.

OBJETIVO

El recién nacido logrará su independencia en base a la planificación de periodos de descanso y sueño mediante las intervenciones de enfermería que favorecerá los medios.

La dependencia del recién nacido es de tipo permanente por algunos meses de grado 6, mientras se encuentre hospitalizado; se favorecerá la óptima inducción para el descanso y el sueño mediante las intervenciones apropiadas a las horas requeridas del recién nacido para la satisfacción de la necesidad.

Prioridad de la necesidad: media ya que es una alteración que no pone en riesgo la vida del recién nacido; sin embargo, es importante cubrir la independencia del recién nacido.

El rol de la enfermera es de ayuda para favorecer su descanso y sueño.

FUENTES DE DIFICULTAD

Por falta de:

- ◆ Fuerza: el niño no tiene la capacidad de adaptación debido a su etapa de crecimiento y desarrollo.
- ◆ Voluntad: la madre tiene la voluntad de realizar técnicas para favorecer el sueño
- ◆ Conocimiento: el niño por su edad no tiene el conocimiento sobre el significado del descanso.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ♦ Planificación de los cuidados de forma que se vean respetados los periodos de descanso y sueño reduciendo al mínimo las interrupciones.

ESTADO/CONSCIENCIA	DURACIÓN
SUEÑO REGULAR OJOS CERRADOS RESPIRACIONES REGULARES NO HAY MOVIMIENTOS EXCEPTO ALGUNA SACUDIDA SÚBITA	4-5 HORAS, CÍCLOS DE 10-20 MINUTOS
SUEÑO IRREGULAR OJOS CERRADOS RESPIRACIONES IRREGULARES PEQUEÑOS MOVIMIENTOS MUSCULARES	12-15 HORAS AL DÍA, CICLOS DE 20-45 MINUTOS
SOMNOLENCIA LOS OJOS PUEDEN ESTAR ABIERTOS RESPIRACIONES IRREGULARES MOVIMIENTOS CORPORALES ACTIVOS	VARIABLE
VIGILIA SIN ACTIVIDAD RESPONDE AL ENTORNO CON MOVIMIENTOS CORPORALES ACTIVOS Y MIRANDO FIJAMENTE A LOS OBJETOS CERCANOS	2-3 HORAS/DÍA
DESPERTARSE Y LLORAR QUEJIDOS Y MOVIMIENTOS PEQUEÑOS QUE PROGRESA A UN LLANTO FUERTE Y MOVIMIENTOS NO COORDINADOS DE LAS EXTREMIDADES	1-4 HORAS/DÍA

- ♦ Promover el desarrollo sensorial
 - * Reducción de la luz: cubrir la incubadora que sirve como filtro de la luz.
 - * Reducción del ruido: evitar fuertes conversaciones cerca del recién nacido, responder rápido a las alarmas y teléfonos así como evitar cerrar bruscamente las puertas de la incubadora
 - * Estimulación táctil: cuidado canguro, acariciar y tocar al recién nacido.
 - * Autorregulación: simulador día-noche; establecer un ritmo de sueño noche-día y oscurecer la habitación o cubrir la incubadora con mantas por medio

de la programación de periodos de descanso durante los cuales se amortigüe y evitar la estimulación

- * Reducción de olores nocivos: evitar el uso de químicos fuertes cerca del recién nacido o por tiempo prolongado como el alcohol o el benjuí.
- * Estimulación gustativa: mediante la succión no nutritiva

- ◆ Establecer y respetar las horas del sueño
- ◆ Medidas de inducción al sueño mediante música suave y mantener limpio al recién nacido

FUNDAMENTACION:

Debido a las reservas tan bajas de los bebés prematuros, la actividad en general es mas débil y sus necesidades de reposo y sueño es mas profunda que de los bebés de termino. Se debe de mantener al bebé cómodo y concentrar los cuidados durante los periodos de vigilia, cada bebé desarrolla su propio patrón de sueño y vigilia que debe de respetarse. Será conveniente que los padres conozcan los patrones de actividad de su bebé para que perturbe al mínimo este ciclo cuando se lo lleve al hogar (WEACHTER, 1995).

Las investigaciones sobre las características conductuales de los recién nacidos prematuros subraya la presencia de ciertas respuestas reflejas desorganizadas del sistema nervioso autónomo lo que sugiere que estos bebés no son capaces desde el punto de vista del desarrollo manejar mas de un estímulo sensorial a la vez (ALS Y CIOLS., 1982).

EVALUACIÓN

La recién nacida se vio beneficiada con las intervenciones de enfermería que favorecieron las horas de descanso y sueño con el mayor tiempo de sueño REM. Se respetó en la UCIN el momento de penumbra reduciendo al mínimo los factores estimulantes que alteran el patrón del sueño; así mismo el personal que ingresa a la unidad mantuvo un respeto al horario.

La madre aprendió a identificar los momentos de reposo y de sueño del bebé respetándolos en las horas de visita.

Durante la hospitalización en la terapia intensiva los estímulos no pudieron ser erradicados en su totalidad por las circunstancias del servicio; en la terapia intermedia los estímulos fueron mínimos; en comparación del área de crecimiento y desarrollo se vio favorecido al 100%, la madre identificó los factores que alteran esta necesidad y mencionó que va a llevar a cabo las intervenciones en su hogar, logrando así la independencia del recién nacido para su crecimiento y desarrollo.

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

Lactante prematuro hipoactivo en incubadora a 35.1°C, con pañal en área genital, buena coloración y turgencia de los tegumentos hidratada, frecuencia cardiaca de 160, frecuencia respiratoria de 40, temperatura corporal entre 37°C y 37.5°C, glicemia periférica de 96 mmhg, pulsos periféricos (braquial, radial, femoral y pedial) presentes de buena intensidad, sincrónicos con presencia de inmadurez del centro regulador por lo que no es capaz de regular la temperatura corporal.

DIAGNÓSTICO

Termorregulación ineficaz relacionado con la inmadurez del recién nacido manifestado por fluctuación de la temperatura corporal.

OBJETIVO

El recién nacido mantendrá su temperatura corporal en 37°C mediante las intervenciones de enfermería encaminadas a evitar pérdidas de calor y según el grado de madurez del recién nacido.

El recién nacido es dependiente temporalmente en un grado 6 por unos meses, por tanto es necesario mantener la eutermia hasta lograr la termorregulación autónoma.

La prioridad de la necesidad es alta ya que la temperatura es un factor determinante para el óptimo crecimiento y funcionamiento de órganos y sistemas, en este contorno el rol de la enfermera es de ayuda para mantener la eutermia

FUENTES DE DIFICULTAD

Por falta de:

- ◆ Fuerza: física por inmadurez
- ◆ Voluntad y conocimiento: no aplica en el neonato; si embargo en la mamá si para poder brindar el cuidado en el hogar y al personal de enfermería para brindar la continuidad de los cuidados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ◆ Evaluar el control y registro de la temperatura corporal entre 36.5 y 37.5, así como las constantes vitales.
- ◆ Mecanismos de pérdida calórico
 - * Conducción: colocar al recién nacido en una superficie mas caliente que su cuerpo por ejemplo un colchón térmico, calentar previamente las superficies con las que va a tener contacto el recién nacido, calentar previamente las incubadoras, estetoscopio, colocar mantas (nido), uso de gorro, posición al neonato cada 30 minutos para evitar laceración de la piel, evitar contacto con superficies frías o calientes ya que la pérdida de calor en el recién nacido es rápida.
 - * Convección: calentar el oxígeno para su administración, colocar al recién nacido lejos de corrientes de aire, cubrir con una manta si se producen corrientes de aire, evitar abrir las puertas de la incubadora frecuentemente y contar con un transporte intrahospitalario (incubadora de traslado).
 - * Evaporación: secar al niño inmediatamente después del baño, calentar las soluciones que van a ser utilizadas en la piel del bebé, utilizar sabanas de algodón y uso de pañales que mantengan seco al bebé.
 - * Radiación: precalentar la incubadora, uso de incubadora de doble pared, incubadoras o cunas radiantes lejos de ventanas o colocar una cubierta distante.

FUNDAMENTACION:

La ganancia o pérdida de calor del recién nacido varía según la superficie corporal, tono vasomotor periférico y tejido subcutáneo en el que el recién nacido prematuro pierde calor corporal con facilidad ya que tiene un índice mayor entre la superficie corporal y el peso corporal lo que significa que la capacidad del neonato de producción de calor es menor que su potencial para perder calor por lo que si no se cuenta con un ambiente térmico adecuado el bebé tiene riesgo de sufrir una pérdida excesiva de calor por lo que es necesario que se le controle la temperatura corporal mediante la medición a través de un termómetro axilar. (OLDS, 1995).

- ◆ Cuidados del niño en la incubadora. Permitir el aumento o disminución de la temperatura del aire en relación de la temperatura del prematuro cuya función es vital.
 - * Colocar al recién nacido desnudo con pañal
 - * Ambiente térmico neutro
 - * Mantener la temperatura corporal en 36.5 a 37.5°C y el aire entre 32 y 34°C así como una humedad de 25-40%.
 - * Manejo correcto del termostato.
 - * Sensor térmico en la región abdominal

- * Vigilar la corrección eléctrica.
- * Cerrar las puertas de la incubadora tras finalizar los procedimientos.

FUNDAMENTACION:

La incubadora deberá controlarse de manera que la temperatura del bebe permanezca en 37°C. La temperatura de la incubadora se mide y registra al mismo tiempo que se registra la temperatura del bebé (WEACHTER, 1995). La incubadora propicia un entorno optimo y neutro en cuanto a la temperatura por lo que recomienda usar la modalidad de servocontrol en el niño cuya temperatura fluctúa constantemente. (DEACON, 2001).

- ◆ Proporcionar un ambiente térmico neutro
 - * En hipotermia
 - Vigilar datos de hipotermia: apneas, hipoglicemia, acrocianosis, cianosis distal, piel fría, hipotensión, bradicardia o bradipnea, acidosis, letargia y mayores requerimientos de oxígeno.
 - Regular la temperatura de la incubadora según la temperatura del bebé.
 - Aporte calórico por medio de un colchón térmico, lámparas calóricas entre otros.
 - Suministro de oxígeno si es necesario.
 - Valoración de la necesidad de glucosa.
 - Servocontroles con función adecuada.
 - Sensor de servocontrol (en superficie blanda para lograr un buen contacto)
 - Alarmas.
 - Ambiente térmico neutro.
 - Mantener seco al recién nacido.
 - * En hipertermia
 - Determinar la causa determinante
 - Valoración del adecuado funcionamiento del método de control térmico.
 - Eliminar fuentes calóricas.
 - Disminución gradual de la temperatura.
 - Monitorización de la temperatura.
 - Detección de signos y síntomas de hipertermia: taquicardia, taquipnea, diaforesis, piel caliente, rubicundez, hipoxia e hipoglucemia.
 - Vigilar datos de choque, convulsiones o depresión del SNC.

FUNDAMENTACION:

Se pueden evitar pérdidas significativas de calor reduciendo el enfriamiento por conducción, convección, evaporación y radiación, o bien favorecer las ganancias (PUTERBOUGH, 1991).

La principal labor de la enfermera es modificar o controlar los factores externos o causativos de la hipertermia o hipotermia, así como posibles complicaciones (KOZIER, 1999)

- ♦ Control térmico y registro de la temperatura corporal asegurándose de la exactitud de la medición tomando en cuenta aquellos factores que puedan alterarla.
- ♦ Control de aportes y pérdidas para mantener la hidratación.

EVALUACIÓN

El recién nacido mantuvo una eutermia de 37°C aproximadamente durante su hospitalización; sin embargo presentó momentos donde la temperatura se mantuvo en el límite inferior logrando mantener la eutermia por medio de las intervenciones aplicadas.

La madre identificó los factores influyentes en la termorregulación que tendrá que evitar la exposición a estos en el hogar como evitar corrientes de aire, no arropar demasiado en temporada calida, evitar cambios bruscos de la temperatura y mantener una hidratación óptima.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Recién nacido en incubadora en decúbito dorsal con inmovilización del cuello por plastia esofágica con catéter subclavio izquierdo y sondas, frecuencia cardiaca de 160 por minuto y frecuencia respiratoria de 52 por minuto. Según la clasificación de Dubowitz, v, Goldberg c (Ballard modificado);escala de maduración física: piel suave y sonrosada , lanugo abundante, arrugas plantares con marcas rojas débiles, areolas planas sin yema, oreja con pabellón auricular poco curvo, blando con retroceso leve, genitales con clitoris y labios menores prominentes puntuación de 6. Escala de madurez neuromuscular: postura de rana, ángulo de la mano de 30°, flexión del brazo de 100°, ángulo popíteo de 100°, signo de bufanda con codo que llega a la línea media con signo de talón oreja retirado con un total de 18 puntos lo que nos indica 33.5 SDG. Hipoactividad; en el ambiente sociológico se mantiene la misma posición las 24 horas del día. La madre refiere quiere hacerle ejercicios pero no sabe como estimular el desarrollo neuromuscular.

DIAGNÓSTICO

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con estancia hospitalaria prolongada:

OBJETIVO

El recién nacido lograra un óptimo desarrollo neuromuscular y mantendrá su integridad cutánea por medio de las acciones de enfermería.

Prioridad de la necesidad es media, el rol de la enfermera de ayuda al recién nacido.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ◆ Favorecer la circulación con masaje suave cada 2 horas y brindar un soporte en los sitios de apoyo.
- ◆ Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada mediante la higiene con agua y jabón neutro, secado por contacto y frotar dando un ligero masaje evitándolo en zonas de presión enrojecidas.
- ◆ Evitar rozaduras de las superficies cutáneas entre si y con otras superficies como sábanas y pañales:
- ◆ Asegurara el mantenimiento de la hidratación.
- ◆ Detección de signos y síntomas que preceden a las lesiones de la piel.
- ◆ Evitar el uso de los productos agresivos (telas adhesivas) y aplicar sistemas de barrera (benjuí).

- ♦ Mantener una posición funcional con el cuerpo alineado y extremidades apoyadas.
- ♦ Ejercicios pasivos para favorecer el tono y la fuerza muscular así como la movilidad articular.

FUNDAMENTACION:

La presión es una fuerza de compresión hacia abajo sobre una zona determinada. Si la presión ejercida sobre las posturas blandas supera a la presión sanguínea intracapilar, los capilares pueden ocluirse produciendo hipoxia dañando los tejidos (CARPENITO, 2003).

El ejercicio y la movilidad pasiva aumentan el flujo de sangre a todas las partes del cuerpo. La hidratación es esencial para una piel intacta y una función de barrera normal (LUND, 1999).

Existen posturas que puedan provocar un estado de calma y estabilidad psicológica para el recién nacido de alto riesgo como las posturas de flexión, acolchonadas (en piel de cordero), que les proporciona límites en sus movimientos de búsqueda de contacto con superficies estables (SOCIEDAD MEDICA).

EVALUACIÓN

El recién nacido presentó una úlcera en la región occipital grado 3 sin embargo se realizaron intervenciones que favorecieron la pronta cicatrización y evitó el avance al deterioro; lo que al momento del alta fue egresada con la recuperación total del área y mantuvo íntegro los demás sitios de apoyo. Esto nos refiere que el recién nacido de su independencia paso a un grado 3 de la dependencia, logrando una pronta recuperación a la independencia.

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Prematuro de 19 días de vida extrauterina en ambiente hospitalario con defensas primarias inadecuadas (catéteres, sondas, multifunciones, heridas quirúrgicas), con capacidad auto protectora o mecanismos de defensa disminuidos por la edad del recién nacido, sometido a estrés continuo, con signos vitales en parámetros normales. En lo respectivo a la valoración sociológica se encuentra en una ambiente con temperatura ambiental neutra regulada, bien iluminada, múltiples ruidos, diversos sistemas, artefactos y aparatos localizados alrededor de la unidad del recién nacido (monitores, drenaje pleural, aspirador, ventilados). En la valoración cultural-espiritual la madre por sus ideologías mantiene medidas higiénicas adecuadas sin embargo por la situación actual el baño se ha restringido a cada tercer día por que no tiene fácil acceso ya que su casa esta muy lejos.

DIAGNÓSTICO

Riesgo de infección relacionado con perdida de las barreras primarias (piel) y secundarias (sistema inmune e inmadurez).

OBJETIVO

El recién nacido se mantendrá libre de infección mediante las identificación oportuna de factores de riesgo que puedan contribuir a una infección.

Prioridad de la necesidad es media por que el recién nacido se enfrenta frecuentemente a los factores predisponentes los cuales la enfermera demostrara la habilidad de poner en práctica las medidas preventivas de infección.

Rol de la enfermera de ayuda al recién nacido por que con las intervenciones mantendrá un medio sano.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ♦ Cuidar la higiene e hidratación de la piel y las mucosas; lavar con agua tibia y jabón neutro y secar por contacto para favorecer la integridad de la piel.
- ♦ Valoración de la temperatura corporal ya que el aumento puede ser indicativo de infección.
- ♦ Identificar factores ambientales que puedan contribuir o provocar a una infección ya que la planificación de las técnicas de asepsia y antisepsia pueden contribuir a la recuperación o recuperación del recién nacido y el control de infecciones (precauciones estándar)
 - * Lavado de manos

- * Uso de bata
- * Uso de cubrebocas
- * Uso de guantes
- * Uso de lentes
- * Desecho de punzo cortantes en contenedor
- * Desecho de residuos biológicos: no infecciosos en bolsa negra, infecciosos bolsa roja y residuos patológicos en bolsa amarilla.

FUNDAMENTACION:

Las enfermeras deben adoptar precauciones con la sangre y los líquidos corporales procedentes de cualquier cliente para protegerse a sí misma del contacto de microorganismos potencialmente infecciosos o para la reducción de enfermedades cruzadas (CENTRES FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1989).

- ◆ Evitar rozaduras de la superficie cutánea con objetos como sondas, catéteres, cables o sábanas.
- ◆ Realizar un control estricto de asepsia y antisepsia de los puntos de inserción del catéter.
 - * Preparar el material
 - * Dar posición decúbito dorsal con exposición del sitio de inserción del catéter
 - * Abrir el equipo y verter la solución antiséptica
 - * Retiro de la fijación
 - * Calzarse guantes
 - * Asepsia del área con ayuda de una pinza Nelly
 - * Retirar el exceso de antiséptico y secar
 - * Colocar gasa.
 - * Quitarse los guantes y fijar.

La curación se debe realizar cada 24 horas y registrar las características de la herida así como la fecha de instalación.

- ◆ Emplear técnicas estériles para la curación de heridas
- ◆ Protección de las zonas corporales y las vías naturales y artificiales que constituyan una fuerte de entrada a gérmenes haciendo hincapié en la protección de las barreras epidérmicas y mucosas.

FUNDAMENTACION:

Para reparar el tejido el organismo necesita de un aporte proteínico e hidratación suficiente para el transporte vascular de oxígeno y los productos de desecho (CARPENITO, 2003).

Los tejidos de heridas abiertas o cerradas son más susceptibles que los tejidos normales, la prevención del agravamiento de las propias lesiones y el fomento de la salud son dos objetivos del cuidado de las heridas. La protección contra traumatismos mecánicos, prevención de las infecciones de las heridas y la

reducción del esfuerzo a que esta sujeta la parte corporal lesionada, desempeñan funciones importantes que facilitan el proceso de cicatrización (WOLFF, 1998).

- ◆ Identificación de las manifestaciones clínicas que sean indicativas de infección como la hipertermia, taquicardia, arritmias o disminución de la perfusión periférica.
- ◆ Evaluación hematológica periódica para la detección de alteraciones sugerentes de procesos infecciosos
- ◆ Explicar a la madre las medidas de precaución y el por que de la aplicación de las técnicas.
- ◆ Mantener una higiene corporal y ambiental estricta.
- ◆ Evaluación del proceso de cicatrización.
- ◆ Prevención de irritación cutánea.
- ◆ Corrección de los conceptos erróneos que existan por parte de la madre.

FUNDAMENTACION:

Los factores predisponentes infecciosos son factores controlables que aumentan el riesgo de infección que obstaculizan o alteran las defensas del huésped por lo que pueden realizarse intervenciones que disminuyan o modifiquen el riesgo asociado a dichos factores (OWEN, 1987).

Para evitar la transmisión de infecciones debe de conocerse el mecanismo de propagación de infección (HOEPRICH, 1994).

EVALUACIÓN

El recién nacido presentó el día 29-03-04 datos de infección por lo que se tomaron exámenes de laboratorio corroborando el proceso infeccioso por lo que inicia con triple esquema de antibióticos (Gentamicina, cefepime y Vancomicina) siendo los resultados de laboratorio de control negativo para el día 1-04-04.

En el resto de la hospitalización se mantuvo libre de infecciones por lo que se egreso manteniéndose independiente en la necesidad.

La madre de la recién nacida aprendió las medidas higiénicas para el manejo correcto de la sonda de gastrostomía en el hogar como los cuidados básicos al recién nacido como el baño, la preparación de los alimentos y las técnicas de alimentación, el aseo posterior a la eliminación entre otros.

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

Prematura inquieta con repuesta a estímulos auditivos y al tacto con sobresalto, estado visual no valorable por las condiciones de la niña. Producto de un embarazo no planeado, deseado con control prenatal, de familia desintegrada.

Separación de madre-hija desde el momento del nacimiento por enfermedad del recién nacido que ameritó cuidados en la unidad de cuidados intensivos y fue trasladado al hospital infantil de México, momento en que la madre refiere sintió mucho temor y angustia de no saber qué era lo que le había pasado al recién nacido.

La madre dice que a ella le hubiera gustado haber podido darle un beso y la bendición al momento del traslado.

Al momento de su alta, acudió al hospital y se quedó en la sala de espera día y noche, refiere en esos momentos sentirse muy cansada, angustiada y con una gran impotencia de no poder estar al lado de su bebé, quisiera poder abrazarla, cargarla, arrullarla y cantarle.

DIAGNÓSTICO

Alteración del vínculo paterno-filial relacionado con hospitalización m/p angustia, cansancio e impotencia materna.

OBJETIVO

Los padres lograrán una interacción con el recién nacido que favorecerá la comunicación para su crecimiento y desarrollo.

El recién nacido tiene una dependencia grado 6 parcial en esta necesidad por algunos meses hasta lograr un grado de crecimiento y desarrollo que le permita mantener la relación paterno-filial mediante su independencia.

Prioridad de la necesidad: media, porque con los estímulos favorece a su recuperación en función al vínculo paterno-filial.

Rol de la enfermera de suplencia al recién nacido, ya que por las condiciones en las que se encuentra, la enfermera suple la necesidad de comunicación ya que está con el neonato en contacto constante.

FUENTES DE DIFICULTAD

Por falta de:

- ◆ Fuerza: la madre se siente cansada.
- ◆ Voluntad: la madre tiene la voluntad de estar con su bebé sin embargo se ve afectada por el tratamiento.
- ◆ Conocimiento: la madre sabe que es necesario la separación del bebé para favorecer su estado de salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ◆ Estimular la participación de los padres en los cuidados del recién nacido animando a los padres a que lo toquen, acaricien, mimen y participen en los cuidados y favorezca una interacción social positiva.
- ◆ Aprovechar las oportunidades para que los padres puedan tener consigo al recién nacido:
 - * Mamá canguro
 - Alienta a iniciar el cuidado del bebé.
 - Exponer los beneficios a los padres y al bebé.
 - Preparación de un ambiente tranquilo y privado.
 - Silla cómoda.
 - Manejo apropiado de los equipos como el oxígeno.
 - Colocar al neonato en posición vertical con relación al pecho materno.
 - Cubrir para mantener la temperatura.
 - Permitir al recién nacido dormir durante el cuidado canguro.
 - Evaluar estado fisiológico.

FUNDAMENTACION:

El método mamá canguro tiene ventajas en los prematuros siempre y cuando se encuentre en las condiciones tanto el recién nacido como el no poseer dificultad respiratoria, infecciones, convulsiones, apneas y disturbios metabólicos y en la madre que no posea infecciones contagiosas, el deseo de participar en el método de mamá canguro, disponibilidad y el apoyo de la familia, capacidad física y mental. Esto conlleva a diversas ventajas en el recién nacido: disminución de infecciones hospitalarias y agravios de cuidados intensivos, mantiene la eutermia, disminución de la morbi-mortalidad y en la madre favorece el vínculo paterno-filial, fortalece la confianza de los padres y fortalece el núcleo familiar (SOCIEDAD MEDICA).

- ◆ El contacto prenatal de la madre-hijo y el subsecuente cuidado maternal facilita el fortalecimiento de un vínculo afectivo.

- ◆ Animar a los padres a tener contacto temprano con el neonato para facilitar comportamientos maternos y se inducirá mas tempranamente con el neonato.
- ◆ Identificar signos de tensión o estrés en los padres.
- ◆ Permitir permanecer a solas con su hija e ayudarles a interpretar las respuestas del bebé.
- ◆ Promover el bienestar físico de la madre especialmente en los momentos de interacción con el neonato.
- ◆ Explicar a los padres la capacidad del bebé de oír y sentir y la conveniencia de estimularlo y los beneficios que de ello derivan para el bebé.
- ◆ Preparar a la madre para el alta:
 - * Valorar el conocimiento de la madre sobre cada uno de los problemas que presenta el recién nacido durante su hospitalización.
 - * Valorar los conocimientos sobre los cuidados básicos del bebé en el hogar como el baño, el ambiente, etc.
 - * Valorar en la madre el saber identificar los datos de alarma del bebé.
 - * Educar a la madre sobre los cuidados que debe realizar en casa así como perfeccionar algunos procedimientos.
 - * Reforzar la atención del seguimiento.

FUNDAMENTACION:

Pueden existir trastornos en la vinculación después de la separación por la estancia hospitalaria prolongada del lactante por lo que es considerado un componente importante en el estado afectivo de la madre y del padre (WEINGARTEN Y Cols, 1990).

Al prepararse para el egreso hospitalario del bebé se debe alentar a los padres para que pasen cierto tiempo antes de irse a casa cuidando directamente a su hijo de manera que se familiaricen con los patrones de conducta del neonato y les ayude a establecer esperanzas realistas (OLDS, 1995).

EVALUACIÓN

Durante la estancia del recién nacido en la UCIN la comunicación fue afectiva en relación a la madre, sin embargo la relación con el padre fué nula; los padres de lucero se encuentran separados y la madre refiere que solo le brinda un apoyo económico el cual es enviado por terceras personas y en pocas ocasiones acude él; sin embargo no mantiene contacto con la recién nacida; motivo por el cual no se pudieron llevar a cabo las intervenciones de afectividad en relación a la figura paterna.

La madre del recién nacido mantenía una relación afectuosa con el bebé manifestándose con amor, cariño y ternura. Esta necesidad no se considera dependiente por la falta de estímulo de la imagen paterna sin embargo de un grado 6 paso a un grado 3 de dependencia.

NECESIDAD DE VALORES Y CREENCIAS.

La madre del recién nacido se encuentra preocupada y angustiada, dice que la enfermedad del bebé es castigo de dios por haberse salido de su casa, a ella le gustaría que fuera un predicador a ver al neonato y le ore. Así mismo le gustaría ir al templo a orar por su hija, sin embargo le queda muy lejos y prefiere esperar noticias del estado de salud de lucero. El hecho de no acudir al templo, como ella lo acostumbraba, le hace sentir mal y culpable, sintiendo que le está faltando a su dios.

DIAGNÓSTICO.

Alteración del bienestar espiritual relacionado con la separación de vínculos religiosos manifestado por preocupación, angustia, culpabilidad y enojo materno.

OBJETIVO.

La madre logrará la paz consigo misma mediante las intervenciones de enfermería encaminados al acercamiento del vínculo religioso.

La dependencia de esta necesidad es parcial grado 3 transitoria por algunos meses, mientras se lleva a cabo el disminuir sentimientos de culpabilidad, que logrará la independencia de la madre ante la necesidad de seguir actuando según sus creencias y valores desde otra perspectiva.

Prioridad de la necesidad: media, porque ante la aceptación, se favorecerá el vínculo religioso.

Rol de la enfermera de ayuda a la madre a la satisfacción espiritual.

FUENTES DE DIFICULTAD

- ◆ Fuerza: la madre se siente cansada.
- ◆ Voluntad: tiene la voluntad de seguir luchando en la vida.
- ◆ Conocimiento: no sabe qué hacer.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

INDEPENDIENTES

- ◆ Comprender y escuchar a los padres.
- ◆ Proporcionar apoyo religioso.
- ◆ Permitir a los padres expresar sentimientos y necesidades
- ◆ Brindar la información sobre las reacciones ante la enfermedad y ayudar a aceptar sus sentimientos y evitar así la culpa.

- ◆ Advertir sobre posibles actitudes con parientes y amigos tendientes a reducir la importancia de la enfermedad.
- ◆ Mantener contacto con la madre para valorar el grado de aceptación de la enfermedad como la adaptación en la vida cotidiana mediante la integración a algún grupo de apoyo con problemas similares.
- ◆ Determinar la naturaleza exacta del conflicto en que se encuentra la madre.
- ◆ Ayudar a cumplir las prohibiciones y preceptos religiosas facilitando que tenga consigo los objetos de culto que ella desee como una Biblia, oraciones, etc.
- ◆ Facilitar el contacto con personas que puedan ayudarle a recuperar la paz espiritual.

FUNDAMENTACION:

Es natural que los padres experimenten una variedad de emociones cuando deben de enfrentarse a las dificultades que implica un bebé enfermo. Algunas propuestas comunes incluyen conmoción, debilidad física, decepción, impotencia, miedo, distanciamiento con el bebé, enojo, sentimientos de culpa, malestar y temor. Las respuestas a estos sentimientos son diversas; algunos expresan abiertamente sus preocupaciones mientras otros reprimen sus emociones. Enfrentar todos estos sentimientos y todas estas emociones a menudo es mas fácil con la ayuda y el apoyo de quienes han experimentado algo similar por ejemplo grupos de apoyo para padres y el personal capacitado para ayudar (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadoras sociales), (MARTINEZ, 2004)

EVALUACIÓN

La madre aprendió a identificar la enfermedad del recién nacido como un error congénito y que no tienen que ver con un castigo divino; lo que a ella le permitió sentir un poco mas de tranquilidad conjuntamente con el apoyo de las oraciones que ella hacia para su satisfacción, también con el apoyo de una persona que se encontraba en una situación similar y con sus misma religión lo que permitió expresarse de manera mas libre sobre sus emociones y sentimientos proporcionándole tranquilidad espiritual.

Al egreso la madre refiere continuar con sus cultos religiosos con mayor tranquilidad sin culpabilidad y podrá asistir a su templo junto con Bebé para presentarla ante los predicadores logrando así la independencia de la necesidad.

NECESIDAD DE VESTIRSE Y DESVESTIRSE

Prematura en incubadora en posición semifowler, temperatura corporal de 36.5, desnudo solo con pañal con cánula orotraqueal, electrodos para frecuencia cardiaca y respiratoria, sondas, oximetría de pulso, circunstancias por las cuales es necesario mantenerla desnuda, regulando la temperatura del ambiente.

DIAGNÓSTICO.

Independencia en el vestido relacionado con la etapa de crecimiento y desarrollo (recién nacido de 35.3 SDG [12 días de vida extrauterina]), con cuidados en incubadora.

OBJETIVO

El recién nacido mantendrá la capacidad del vestido mediante las intervenciones de enfermería encaminadas a la protección según su fase de crecimiento y desarrollo.

La prioridad de la necesidad es baja.

El rol de la enfermera es de suplencia de hacer por el recién nacido la necesario para mantener su independencia mediante los cuidados especializados.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ◆ En incubadora: es necesario mantener al bebé desnudo con protección del área genital con un pañal y en ocasiones un gorro.
- ◆ En cuna radiante: es necesario mantener desnudo al bebé y en caso de que existan corrientes de aire cubrir con una sabana delgada y si las condiciones del bebé lo permitan.
- ◆ En bacinete: mantener vestido al bebé con ropa de algodón previamente lavada con un jabón neutro para evitar datos de hipersensibilidad y cubierto con sabanitas y cobertor para mantener la temperatura corporal y si las condiciones ambientales son calidas no arropar mucho.
- ◆ En el hogar: uso de ropa de algodón, cómoda que facilite el acceso a la manipulación de la gastrostomía.

FUNDAMENTACION:

La ropa del bebé en el hospital depende de las condiciones, la edad, la naturaleza del tratamiento, y el clima; una de las obligaciones de la enfermera

es ver si el bebé esta cómodo, si esta protegido contra el calor y el frío (HENDERSON, 1988). En el hogar la ropa del recién nacido se determina por la temperatura ambiental y las condiciones del bebé; debe ser lavada con jabón suave muy bien enjuagada y sin el uso de suavizantes (OLDS, 1995).

EVOLUCIÓN

El recién nacido por medio de las intervenciones se mantuvo cubierta según su fase de crecimiento y desarrollo, se mantuvo en la incubadora desnuda con cubierta en área genital, posteriormente en cuna radiante donde se mantuvo con una sabanita, después a bacinete donde la madre le proporcionaba la ropa, al alta de lucero la madre identificó el tipo de ropa adecuada para el bebe, lo que permitió mantener la independencia del recién nacido.

NECESIDAD DE ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

Prematuro con piel delgada cubierta ligeramente de vernix , suave de coloración rosada, hidratada de buena turgencia, lanugo en cabeza y espalda limpio, escara en región occipital, pabellón auricular limpio, nariz con mucosas hidratadas, ojos con edema bpalpebral limpios sin secreciones, boca con cánula orotraqueal, uñas limpias de color rosa pálido. Se realiza baño de esponja diario con manipulación mínima en posición decúbito dorsal y olfateo estricto, presenta 2 sondas conectadas a drenaje pleural del lado derecho, catéter subclavio izquierdo, sonda en epigastrio abierta, sitios de multifunción (por toma de muestras y destroxitis). En la valoración familiar la madre tiene buenos hábitos higiénicos, lo cual disminuye el riesgo de infección.

DIAGNÓSTICO

Pérdida de la integridad de la piel relacionado con múltiples factores invasivos manifestado sitios de múltiples punciones y escara en región occipital

OBJETIVO.

El recién nacido recuperará la integridad cutánea mediante los cuidados específicos a la piel.

La dependencia es parcialmente temporal grado 6 ya que se recuperará en varios meses según el tiempo de tratamiento invasivo el cual ira disminuyendo según la óptima evolución del estado de salud del bebé.

Prioridad de la necesidad: media a alta ya que se debe tener un control estricto de los sitios de pérdida cutánea para evitar complicaciones.

Rol de la enfermera de ayuda al recién nacido para mantenerse limpio, aseado y favorecer la pronta recuperación en la integridad cutánea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ◆ Baño con jabón neutro.
- ◆ Aplicación de barrera protectora (benjuí) entre la piel y el adhesivo.
- ◆ Aplicación de barrera protectora (duoderm) sobre la escara.
- ◆ Alternan la colocación de electrodos y del sensor de oxímetro.
- ◆ Cambio de posición cada 2 horas.
- ◆ Vigilar datos de toxicidad o efectos sistémicos.
- ◆ Empleo de medidas de protección ambiental, adecuada.

- ◆ Curación de heridas con técnica estéril.
- ◆ Evitar el masaje en zonas de presión o en sitios lesionados.
- ◆ Prevención de aparición de nuevas lesiones como rozaduras en el área perianal o la presencia de escaras.
- ◆ Cuidados de la piel
 - * Baño: con jabón de Ph neutro, con un mínimo de colorantes y perfumes y es recomendable de 3 a 4 veces por semana y se recomienda el uso de agua estéril para evitar riesgos y templada, limpiar a diario los ojos, boca y área del pañal así como las áreas lesionadas.
 - * Soluciones desinfectantes para la piel: debe ser con alcohol isopropilico por un periodo de 30 segundos, antes del procedimiento y remover la solución con agua estéril para la prevención de la absorción posterior.
 - * Remoción de adhesivos: aplicación de barreras protectoras para la piel como la karaya o pepsina y remover con torundas húmedas (agua), aceite mineral u otros emolientes.

FUNDAMENTACION:

La piel del recién nacido prematuro es mas delgada y se ve transparente y en ocasiones gelatinosa en los niños extremadamente prematuros por lo que se encuentra en mayor riesgo de sufrir trauma por tanto interrumpir la función normal como barrera (LUND, 1999).

El cuidado de la piel debe ser meticuloso para evitar que se pierda su estado saludable, revisar las zonas de enrojecimiento; el baño debe de realizarse cada tercer día o dos veces por semana ya que el baño excesivo y el uso de jabones reseca la piel del bebé (OLDS, 1995).

- ◆ Curación de heridas: limpiar con agua estéril y pueden ser cubiertas con algún aposito o gasa y recubrir con adhesivos transparentes (tegaderm) e hidrocoloides (duoderm).
- ◆ Identificar datos de infección como son inflamación del área, dolor a la palpación, cambio de coloración, aumento de la temperatura y salida de secreción purulenta.
- ◆ Educar a la madre sobre las medidas higiénicas del recién nacido y para la manipulación de la sonda en el hogar.

FUNDAMENTACION:

La descontaminación de la piel es una rutina antes de procedimientos invasivos, se han reportado daños en la piel del neonato por el uso de desinfectantes cutáneos que incluyen ampulas y quemaduras por lo que es importante una elección cuidadosa de desinfectante para una mayor eficacia (KOZIER, 1994).

EVALUACIÓN

El recién nacido por medio de las intervenciones de enfermería se mantuvo limpia y en los sitios de herida se vio favorecida la cicatrización libre de infección; se logró la recuperación de la integridad de la piel en la mayoría de los sitios de agresión; sin embargo quedo el área de la gastrostomía ya que fué dada de alta con la sonda. Lo que no permitió la independencia de la necesidad sin embargo de un grado 6 paso a un grado 3 el cual podrá permitir la satisfacción de la necesidad en unos cuantos meses ya que en cuanto gane peso se programara para cierre de gastrostomía favoreciendo así la independencia total. Por otra parte la madre aprendió el manejo correcto y las técnicas de asepsia para el manejo de la sonda y los cuidados de higiene del recién nacido en el hogar.

NECESIDAD DE APRENDER.

La madre del recién nacido sabe leer y escribir, estudió la primaria, sin embargo sus conocimientos sobre la enfermedad de lucero son nulos, por lo que a ella le gustaría leer sobre la enfermedad para poder entender lo que está pasando, además que refiere no entender cuando el personal de salud le habla sobre el estado de salud y evolución del recién nacido, por lo que le gustaría tener la habilidad del dominio de los conceptos básicos para una mejor comprensión, asimismo refiere sentirse menos por esta situación, además del grado de ansiedad y estrés al que se enfrenta en cuanto piensa los cuidados del bebé en el hogar.

DIAGNÓSTICO

Dependencia de conocimiento de la madre del recién nacido relacionado con corrección del defecto anatómico del recién nacido manifestado por ansiedad, angustia e inquietud sobre los cuidados en el hogar.

OBJETIVO

La madre mantendrá la habilidad de manejar los conceptos básicos para la comprensión de la enfermedad del recién nacido según el grado de nivel intelectual.

La dependencia es ligera permanente grado 5 por algunos meses mientras logra la identificación con algunos términos, prioridad de la necesidad es baja.

El rol de la enfermera de ayuda a la madre para favorecer el aprendizaje mediante intervenciones encaminadas a la fácil comprensión.

FUENTES DE DIFICULTAD

Por falta de:

- ♦ Voluntad: tiene la voluntad de aprender.
- ♦ Conocimiento: la madre desconoce sobre la enfermedad de lucero.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ♦ Informar a los padres para ayudar a comprender los aspectos más importantes de la atención y los signos de mejoría o deterioro de la situación del neonato.
- ♦ Ayudar a los padres a saber como preguntar sobre el estado de salud del recién nacido responder a las preguntas y facilitar las manifestaciones de preocupación del estado de salud del recién nacido

- ◆ Ser honestos y responder a las preguntas formuladas con las respuestas correctas ya que es necesario una valoración real de la situación en forma honesta y directa.
- ◆ Fijar prioridades y objetivos del aprendizaje
- ◆ Establecer un método de enseñanza-aprendizaje mas adecuado a las necesidades de la persona sobre la enfermedad dl recién nacido.
- ◆ Respetar el ritmo de aprendizaje y aprovechar las ocasiones para reforzar el aprendizaje.
- ◆ Retroalimentación de la comprensión de los cuidados del bebé en el hogar.
- ◆ Permitir la formulación de preguntas y la expresión de dudas y preocupaciones respecto a la situación.

FUNDAMENTACION:

Un aspecto que hay que considerar en todo esto es, cual es el efecto de la enfermedad en el niño y la familia y en función a eso determinar la duración de la hospitalización, en este punto nos corresponde al personal de salud dar una información lo mas clara posible que ayude a disminuir el miedo y la ansiedad de los padres. Cuando se trata de padecimientos crónicos y que amerita varias hospitalizaciones es fundamental contemplar un apoyo psicológico de la familia como una forma de disminuir la ansiedad. La llegada del bebé a su hogar luego de una estadía de días o semanas en la unidad de cuidaos intensivos neonatales (UCIN) es una ocasión feliz, pero también puede crear ansiedad en los padres. El alta del bebé debe de estar preparada para brindarle cualquier tipo de cuidado especial que requiera, teniendo en cuenta las necesidades y el trastorno medico de su bebé.

Los padres y las demás personas a cargo en el hogar deben d recibir información acerca de su alimentación, cuidados básicos (baño, cuidados de la piel, temperatura (la reanimación del bebé, los síntomas de enfermedad, datos de alarma, la administración d medicamentos, el uso de equipamientos médicos especiales, los procedimientos o cuidados especiales como por ejemplo la aspiración de secreciones, la sonda de gastrostomía, etc. Es importante dos o tres días antes del alta que los padres participen de maneras continua en los cuidaos del bebé esto les ayuda a desarrollar confianza. (SOCIEDAD MÉDICA)

EVALUACIÓN

La madre del recién nacido por medio de las intervenciones de enfermería aprendió los conceptos básicos, lo que le permitió una mayor comprensión de la malformación anatómica de lucero así como de las complicaciones que fue presentando, también le permitió sentirse mas segura sobre los procedimientos que tuvo que aprender para el cuidado de lucero en el hogar lo que la dependencia de la necesidad se vio favorecida logrando la independencia total.

NECESIDAD DE OCUPARSE PARA REALIZARSE.

La madre refiere sentirse muy cansada de estar en el hospital día y noche, así mismo se encuentra nerviosa y preocupada por el estado de salud del recién nacido y manifiesta estar angustiada por sus otros hijos: ¿cómo estarán?, ya que desde que nació, solo los ha visto en 2 ocasiones; ellos se encuentran a cargo de la suegra y ella siente que es una mala madre, asimismo le preocupa el estado económico pues ella no trabaja y la cuenta del hospital es muy cara y se siente mal porque no sabe qué hacer, le gustaría hacer algunas manualidades para vender pero no cuenta con los recursos económicos.

DIAGNÓSTICO

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con la hospitalización del recién nacido manifestado por preocupación, estrés, nerviosismo e impotencia.

OBJETIVO

La madre expresará un aumento en la capacidad de afrontar la situación.

El grado de dependencia es 3 temporalmente ligera, ya que es una situación transitoria de varios meses mientras se estabilice el recién nacido.

Prioridad de la necesidad: baja. El rol de la enfermera es de ayuda a la madre a mantener en óptimas condiciones el desempeño del rol del cuidador.

FUENTES DE DIFICULTAD

Por falta de:

Fuerza: física por desgaste.

Voluntad: la madre quiere cuidar de lucero todo el día.

Conocimiento: la madre desconoce las consecuencias del cansancio crónico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

INDEPENDIENTES

- ◆ Reconocer síntomas emocionales como depresión, desaliento, frustración, resentimiento o sensación de aislamiento.
- ◆ Favorecer la posibilidad de compartir los sentimientos con otros compañeros que experimenten problemas similares e incorporar otros enfoques.
- ◆ Identificar mecanismos de afrontamientos habituales y actuales para determinar la adecuación a la situación.

- ◆ Determinar los principales estresantes para modificar los factores susceptibles a ellos.
- ◆ Favorecer la satisfacción de las propias necesidades del cuidador.
- ◆ Planificar periodos de descanso y distracción enfatizando en la necesidad de bienestar físico y psíquico del cuidador.

FUNDAMENTACION:

El estrés del cuidador no es un acontecimiento si no una mezcla de circunstancias, experiencias, respuestas y recursos que varía considerablemente entre cuidadores y otros que por consiguiente varían en su impacto sobre la salud y la conducta del cuidador (PEARLIN, 1990). Existen recursos necesarios para afrontar con éxito este cometido como las creencias, los compromisos, la salud, las capacidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales (LAZARUS, 1984).; el factor aislado mas importante para reducir o evitar un sobreesfuerzo en el rol del cuidador es el apoyo social constante (SHIELDS1990).

EVOLUCIÓN

Mediante las intervenciones de enfermería la madre identificó los factores determinantes del cansancio, sin embargo durante la hospitalización del recién nacido en la terapia intensiva se mantuvo todo el tiempo en el hospital, la independencia de la necesidad se logró al momento de que el recién nacido paso a la terapia intermedia lo que le permitió a la madre sentirse menos estresada y planificó sus horarios de descanso, convivencia con sus otros hijos y las visitas al hospital viéndose favorecida la necesidad.

NECESIDAD DE RECREARSE

Prematura inquieta en posición semifowler bajo protocolo de intervención mínima, con la presencia de múltiples estímulos sensoriales; con escala de madurez neuromuscular y física según Ballard modificado de 33.5 SDG, responde con sobresalto al los estímulos auditivos y táctiles y movimientos incoordinados.

DIAGNÓSTICO.

Independencia en el crecimiento y desarrollo del recién nacido manifestado por sobresalto a estímulos auditivo, táctiles y Ballard de 33.5 SDG.

OBJETIVO

El recién nacido mantendrá un potencial de crecimiento y desarrollo eficaz mediante las intervenciones de enfermería especializada encaminadas a favorecer la maduración por medio de la estimulación temprana.

Prioridad de la necesidad: intermedia, por lo que es necesario seguir fomentando el óptimo desarrollo mediante la estimulación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- ◆ Protocolo de intervención mínima
 - * Disminución de las rutinas potencialmente dañinas estableciendo horarios de contacto.
 - * Suprimir la realización de procedimientos innecesarios.
 - * Minimizar la exposición del recién nacido al ambiente hospitalario por medio de un aislamiento revertido.
 - * Permitirle al niño periodos de descanso por medio del establecimiento de un ritmo de sueño noche-día, oscureciendo la habitación y cubriendo con mantas las cunas.
 - * Reducción de estímulos ambientales
 - * Dar posición con movimientos lentos, aleatorios y ponerlo con las extremidades pegadas al cuerpo durante los cambios de postura y ayudar a mantenerla con el apoyo de mantas enrolladas.
 - * Cuidado canguro.

FUNDAMENTACION:

Los recién nacidos prematuros pueden sufrir episodios de hipoxia, hipercapnia y acidosis en el periodo perinatal lo cual puede causar dilatación de las frágiles arteriolas y dejar expuestos los capilares a las fluctuaciones de la presión arterial; esta situación asociada con el aumento del flujo sanguíneo cerebral puede predisponer a una ruptura y hemorragia intraventricular. Muchos procedimientos y tratamientos de la unidad de cuidados intensivos se asocian a estas fluctuaciones bruscas de la presión arterial y la presión venosa central con el riesgo de hemorragia por lo cual es importante evitarlo para la disminución de hemorragia interventricular por lo que se ha instruido el protocolo de intervención mínima así mismo favorece el descanso y sueño, relajación, menor gasto calórico, disminución del estrés y la sobreestimulación del recién nacido prematuro. (SOCIEDAD MEDIACA).

◆ Estimulación temprana.

- * Pautas generales: adecuación la estimulación individualizada, iniciar los estímulos de uno en uno, estimar periodos cortos, valoración de la respuesta del neonato y suspender si presenta datos de cansancio.
- * Visual: poner fotografías de los padres o hermanos a una distancia de 20 cm aproximadamente frente al bebé, colocar cartones con imágenes en blanco y negro y otras con colores fuertes, colocar un móvil y movilizarlo dentro del campo visual del lactante y disminución de la luz para favorecer que el bebé abra los ojos.
- * Táctil: masajear el cuerpo del bebé durante los cuidados generales, favorecer la técnica canguro, acoger al bebé cuando se encuentre estable y ofrecerle texturas alternantes.
- * Auditivas: ponerle una cinta con las voces de los padres y hermanos, música suave por periodos no más de 15 minutos y favorecer que los padres le hablen suavemente.
- * Olfatoria: colocar una prenda de la madre por debajo de la nariz.
- * Gustativa: estimular los movimientos de succión por medio de un chupón o la mano del bebé (succión no nutritiva).
- * Vestibular: mecerle, columpiarlo, ejercicios pasivos de las articulaciones, cerrar el puño del bebé ante un muñeco de trapo y cambios lentos de posición.

◆ Evaluar datos de estrés y de fatiga durante la estimulación y suspender las actividades.

- * Estrés autonómico: acrocianosis, respiraciones profundas y rápidas y frecuencia cardíaca regular y rápida.
- * Cambios de estado: estado apagado o dormido, llanto o nervioso y ojos vidriosos o alerta con tensión.

- * Cambios de conducta: ojos desenfocados y descoordinados, brazos y piernas flácidas, hipo, estornudos y bostezos.

FUNDAMENTACION:

Las investigaciones sobre las características conductuales de los recién nacidos prematuros subraya la presencia de ciertas respuestas reflejas desorganizadas del sistema nervioso autónomo lo que sugiere que estos bebés no son capaces desde el punto de vista del desarrollo manejar más de un estímulo sensorial a la vez (ALS Y CIOLS., 1982).

La estimulación temprana es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicofísico-social (MONTENEGRO, 1978).

EVALUACIÓN

El recién nacido se cuidó con protocolo de intervención mínima hasta el momento que logró su estabilidad, posteriormente se llevó a cabo la estimulación temprana en el recién nacido pretérmino lo que favoreció su desarrollo sensorial; se corroboró por medio de un examen visual que reportó normal para ambos ojos, y el estudio de audiometría reportó una ligera disminución en el lado derecho; sin embargo no es un daño que amerite tratamiento correctivo, en lo gustativo se vio favorecida la succión y la deglución, adquirió la fuerza muscular lo que nos manifiesta la independencia del recién nacido en esta necesidad.

IV.-CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

El presente estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de proceso enfermero con el enfoque de la filosofía de Henderson centrado en la atención al recién nacido con alteración en la necesidad de oxigenación.

En relación a la revisión de los antecedentes se identificó que existen diversas formas de aplicar el modelo de las necesidades fundamentales con el proceso de enfermería con el encaminado a lograr la independencia de la persona lo que amplía la perspectiva del ejercicio profesional especializado.

La aplicación del modelo de Henderson y el proceso enfermero en el área de enfermería infantil, permitió la integración de los fundamentos teórico, mediante la reflexión, rectificación y discusión de los conceptos útiles para la práctica, lo que permitió precisar la naturaleza del cuidado integral en el niño, el cual es un ser integrado por 14 necesidades fundamentales las cuales no pueden separarse entre si dando como resultado una perspectiva de unificación de cuidados especializados para lograr la independencia del niño y su familia respetándolo como un ser biopsicosocial y espiritual.

Para la valoración de las necesidades se contempla dentro de cada una de ellas a la persona, su entorno, el desempeño del rol de la enfermera en la salud y en la enfermedad, lo que permitió la identificación del acto del cuidado integral del recién nacido; dichos conceptos del metaparadigma se vieron reflejados en los instrumentos

de recolección (valoración de enfermería) proporcionados por la coordinación de la especialidad, en la valoración de las necesidades fundamentales.

La aplicación del proceso enfermero se llevó a cabo mediante una metodología organizada y sistematizada lo que permitió delimitar cada una de las etapas; para la valoración se identificaron los datos objetivos y subjetivos de cada necesidad, indicativos de independencia o dependencia del recién nacido, los diagnósticos se elaboraron mediante juicios clínicos permitiendo un enfoque más específico para poder brindar un cuidado especializado, también se llevó a cabo la jerarquización de las necesidades alteradas lo que permitió fijar prioridades y establecer objetivos deseados de las intervenciones las cuales fueron planificadas con la finalidad de mantener o lograr la independencia del recién nacido, la ejecución, fué el llevar a cabo las intervenciones planteadas y la evaluación como su nombre la indica es el evaluar los resultados en función a los objetivos planteados en las intervenciones.

La elaboración de un plan de cuidados brinda un panorama más amplio del que hacer de la enfermera especialista mediante la unificación de criterios del cuidado para favorecer el cuidado integral del niño mediante un enfoque metodológico de la disciplina, lo que facilita la comprensión de las acciones de la enfermera especialista para el beneficio del niño.

Por lo anterior se realizan las siguientes sugerencias:

- ◆ Implementar la aplicación del proceso enfermero con base en un modelo conceptual para favorecer la resolución de problemas de la persona y así poder llevar a cabo un cuidado mas específico, especializado, individualizado e integral y centrado en la familia.

- ◆ Dar a conocer la elaboración de los estudios de caso mediante publicaciones para favorecer el desarrollo profesional especializado en el cuidado del área infantil.

V.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería. 3ª Edic. Edit. Masson. Barcelona. 1993.
2. Amaya, Inés, y Cols. Neonato critico. Edit. ISS-ACOFAEN. Bogota Colombia.
3. Arellano, Mario. Cuidados intensivos en pediatría. 2ª Edic. Edit. Interamericana, México, 1985
4. Behrman, Richard y Cols. Tratado de pediatría. Edit. Interamericana- Mc Graw Hill. 14ª Edic. Vol II. España 1992. 2225p.
5. Brunner, Lilian. Manual de la enfermera. 4ª Edic. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. México, DF. 1991.
6. Carpenito, Lynda. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica. 9ª Edic. Edit. Interamericana Mc Graw Hill. Madrid 2003.
7. Colomar, Gerardo. Aspectos éticos-legales del consentimiento informado en enfermería. Enfermería clínica. Barcelona. No2. Vol.10. Año 2000 fecha 1 marzo
8. Deacon, Jane. Cuidados intensivos de Enfermería en neonatos. 2ª Edic. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. México, DF 2001.
9. Duran, María. Enfermería. Desarrollo teórico e investigativo. Edit. Universidad nacional de Colombia. Colombia 1998.
10. Enfermeras del hospital Dr. Ernesto Meana San Román de Jojutla, Morelos. Revista mexicana de enfermería cardiológica. Vol.7 Num.1-4. Enero-marzo 1999. Necesidades del paciente diabético del hospital general Dr. Ernesto Meana San Román.
11. Fernández, Carmen y Cols. De la teoría a la práctica. El pensamiento de virginia Henderson. Edit. Masson. Barcelona.2000.
12. Fernández, F. El proceso de atención de enfermería. Estudio de caso. Edit. Masson. España 1993.
13. Gómez, Carmen y Cols. Enfermería de la infancia y la adolescencia. Edit. Interamericana- Mac Graw Hill. Madrid 2001.

14. Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Edic. Edit. Mosby. Madrid, 1996.
15. Henderson, Virginia y Cols. Enfermería teórica y práctica. 4ª Edic. Edit. La prensa medica mexicana S.A. México 1988.
16. Iyer, Patricia. Proceso y diagnostico de enfermería. 2ª Edic. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. México 1997.
17. Iyer, Pw. Proceso diagnostico de enfermería. 3ª ed. México; Mc Graw Hill-Interamericana; 1997.p138-143.
18. Kozier, Bárbara. Fundamentos de enfermería. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. México 1994.
19. Kozier, Bárbara y Cols. Técnicas de enfermería clínica. 4ª Edic. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. España 1999.
20. Luis, Maria Teresa. Diagnósticos enfermero. 3ª Edic. Edit Harcourt Brace. Madrid España. 1998.
21. Luis, Maria Teresa. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Edit. Masson. Barcelona 1998.
22. Lund, C. Y Cols. The scientific basis for practice. Nursing neonatology. 1999.
23. Mercedes Guallart y Cols. Enfermería clínica Vol.8 num. 2. Cuidados de enfermería en un recién nacido pretérmino.
24. Mireia Subirana Casacuberta, y Cols. Enfermera clínica Vol. 8 Num.6. Fuentes de dificultad y manifestaciones de dependencia del paciente con EPOC reagudizada.
25. Olds, Sally y Cols. Enfermería maternoinfantil. 4ª Edic. Edit Interamericana-Mc Graw Hill. México 1995.
26. Peña. Decisiones terapéuticas en el niño grave. 2ª Edic. Edit. Interamericana. México, 1993.
27. Phaneuf, Margot. La planificación de los cuidados enfermero. 1ª Edic. Edit. Mc Graw Hill-Interamericana. México 1999.
28. Polit, Denis. Investigación científica en ciencias de la salud. Edit. Interamericana. México. 1994.

29. Potter P. y Cols. Fundamentos de enfermería. 5ª Edic. Edit. Harcourt. Madrid, 2002.
30. Reglamento De La Ley General De Salud En Materia De Prestación De Servicios De Atención Medica
31. Riopelle, Lise. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. Edit. Mc Graw Hill. Madrid 1997.
32. Sánchez León Virginia. Revista de enfermería del IMSS, Vol.9, Num.2 mayo-agosto 2001. Cuidados básicos de un paciente con la necesidad de moverse y mantener una buena postura.
33. Secretaria de salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México. México DF. 2001.
34. Treviño, Gilberto. Manual de pediatría. Edit. Mc Graw Hill. México 2003.
35. Waechter, Eugenia y Cols. Enfermería pediátrica. 10ª Edic. Edit. Interamericana-Mc Graw Hill. México 1995.
36. Whaley y Wong. Enfermería pediátrica. 4ª Edic. Edit. Mosby/Doyma libros. España 1995. P. 482.
37. Wolff, Luverne y Cols. Curso de enfermería moderna. 7ª Edic. Edit. Harla. México DF 1998.

INTERNET

EMAIL: <http://aeped.es/protocolos/neonatologia/malf-digestivas.pdf>.

EMAIL: <http://www.pedisurg.com/spanishpedisurg/sp-tef.htm>

EMAIL: <http://personales.ya.com/erfac/enferm/htm>.

EMAIL: http://www.prodigyweb.net.mx/galaxis/atresia_fistula_traqueoesofagica.htm

EMAIL: <http://www.terra.as/personal/duenas/teorias2.htm>.

EMAIL: <http://www.tone.udea.edi.co/revista/sep99/métodos.htm>.

EMAIL: <http://www.sociedadmedicallanquiheu.d/neonatologia/enfermerianeonatal.html>

VI.- ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA INFANTIL
SEDE HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
"FEDERICO GOMEZ"

Consentimiento Informado para estudio de caso

Yo Laura Beatriz Cardoval Soriano declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) Catalin Soroval participe en el estudio de caso Cuidado Especializado de un Recien Nacido con alteracion en la necesidad de oxigenacion

cuyo Objetivo principal es: Aplicar el proceso del cuidado integral a un recién nacido con alteracion en la necesidad de oxigenacion desde el enfoque de Virginia Henderson y que los procedimientos de enfermería que se realizarán me han sido explicados ampliamente, así como sus beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento. Los procedimientos consisten en: requerimiento y control de la intervenciones de enfermería y contestar en forma verbal y anónima las preguntas referentes al estado de salud de mi hijo (a).

Es de mi consentimiento que seré libre de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: Mayra Calderón Lanza

Firma

Nombre del padre o Tutor: Laura Beatriz Cardoval Soriano

Firma

Testigos

Nombre: Luz Marily Sorate Hdz

Firma: [Firma]

Domicilio: Supermercado 7 UZ 59 UZ 121

Nombre: Siracha Flores

Firma: [Firma]

Domicilio: [Domicilio]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

EL CLIENTE
RESPONDE POR SI
MISMO A SUS
NECESIDADES DE
FORMA
ACEPTABLE QUE
LE PERMITE
ASEGURAR SU
HOMEOSTASIO
FÍSICA Y
PSICOLÓGICA.

UTILIZA SIN AYUDA
Y DE FORMA
ADECUADA UN
APARATO O UN
DISPOSITIVO DE
SOSTEN O UNA
PROTESIS.

DEPENDENCIA



INDEPENDENCIA

DEBE RECURRIR A
OTRA PERSONA
PARA QUE LE
ENSEÑE LO QUE
DEBE HACER Y
PARA CONTROLAR
SI LO HACE BIEN Y
DEBE SER
ASISTIDO AUN QUE
SEA
LIGERAMENTE.

NECESITA
ASISTENCIA PARA
UTILIZAR UN
APARATO, DE
DISPOSITIVO DE
SOSTEN O
PROTESIS.

DEBE CONTAR
CON OTRO PARA
HACER LO
NECESARIO PARA
CUBRIR SUS
NECESIDADES
PERO PUEDE
COLABORAR DE
ALGÚN MODO.

DEBE CONFIARSE
ENTERAMENTE A
OTRO PARA
PODER
SATISFACER SUS
NECESIDADES.

DEPENDENCIA PERMANENTE O



ANEXO 3

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACION EN ENFERMERÍA INFANTIL

VALORACION DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL RECIÉN NACIDO GRAVE

Elaboró: Mtra Magdalena Franco Orozco

I.- Identificación

Nombre: G.S.L Fecha: 12 de marzo 2004. Edad gestacional: 34.1 SDG. Sexo: Femenino.
Edad gestacional corregida en semanas: 35.2 Peso: 1500 g. Talla: 43cm. Apgar a los cinco minutos
5 Loro al nacer: Si Respiro al nacer: Si maniobras de resucitación: Si Nombre de la madre:
Sandoval Soria Laura Edad de la madre: 22 años Nombre del padre: Galán Alvarado Miguel Edad del
padre: 27 años Religión que profesa la familia: Cristiana Domicilio: Mac Betsur Mz 123 Lt 10
Procedencia: Tláhuac, DF. Teléfono: 044-55-13-55-29-58 el parto fue atendido en: hospital de
Tláhuac. Servicio: UCIN Registro hospitalario: 774078 Informante: Madre.

II.- Antecedentes familiares Estructura familiar

Mapa Familiar



NOMBRE	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	RELAC. AFECTIVA	ENFERMEDADES
MIGUEL GALAN ALVARADO	27	MASC	TÉCNICA	MALA	SANO
AURA SANDOVAL SORIA	22	FEM	PRIMARIA	FUERTES	SANO
IVIAN BETZAN GALÁN SORIA	5	FEM	-----	FUERTES	SANO
IATHANAEL GALÁN SORIA	3	MASC	-----	FUERTES	SANO
LAN GALÁN SORIA	2	MASC	-----	FUERTES	SANO
UCERO GALÁN SORIA	RN	FEM	-----	FUERTES	ATRESIA

Hombre Mujer Paciente problema

Fallecimiento Relaciones fuertes _____

Relaciones débiles _____ Relaciones con estrés _____

Características de la vivienda

Habita en casa rentada de tabique y lamina cuenta con dos piezas (recamara y cocina), baño extradomiciliario, agua, luz y drenaje. Habitan en ella la madre e hijos (4 personas) zoonosis negativa

Análisis de la estructura familiar

Familia desintegrada, no hay convivencia con la familia materna y muy poca convivencia con la familia paterna, padres separados, madre a cargo de los hijos, desempeña funciones maternas y paternas, dedicada al hogar recibe pensión del esposo y ella realiza comercio informal (Avon, Tupperware).
Relación de madre e hijos afectiva y fuerte.

III.- Orientación de la familia durante la hospitalización:

Horario de visita: Si Sala de espera: Si Normas sobre la permanencia en el servicio: Si
 Orientación sobre la lactancia: No aplica Horario de la cafetería: No Restricciones de la visita: Si

IV.- Factores de riesgo:

a) Antecedentes obstétricos: Producto G-V, P-IV, A-I

b) Factores de riesgo durante el parto: embaraza no planeado deseado, normoevolutivo, con control prenatal en siete ocasiones; presenta cervicovaginitis en el segundo trimestre y sangrado transvaginal tres días antes del parto posterior a caída desde su propia altura.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Motivo de la hospitalización: Atresia de esófago tipo III.

Exploración Física: Recién nacido de 17 días de vida extrauterina en posición de semifowler, con buena coloración de tegumentos, con tubo endotraqueal, dos catéteres uno en tórax anterior en la línea media paraesternal y otra en costado medio derecho conectados a sello de agua, catéter yugular derecho, sonda en abdomen abierta, electrodos para monitorización de frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria y asimetría de pulso. A la auscultación se escucha quejido respiratorio a nivel de la línea media axilar anterior bilateral, abdomen blando depresible con cicatriz umbilical con puntos de sutura y sin secreciones extremidades relajadas y sin alteraciones aparentes. Silverman de 1 por quejido respiratorio. Según la clasificación de Dubowitz, v, Goldberg c (Ballard modificado); escala de maduración física: piel suave y sonrosada, lanugo abundante, arrugas plantares con marcas rojas débiles, areolas planas sin yema, oreja con pabellón auricular poco curvo, blando con retroceso leve, genitales con clitoris y labios menores prominentes puntuación de 6. Escala de madurez neuromuscular: postura de rana, ángulo de la mano de 30°, flexión del brazo de 100°, ángulo popliteo de 100°, signo de bufanda con codo que llega a la línea media con signo de talón oreja retirado con un total de 18 puntos lo que nos indica 33.5 SDG. Percusión no valorable por el estado crítico.

V.- Valoración de las necesidades básicas del recién nacido:

1.- Oxigenación

Dificultad respiratoria: Si Retracción xifoidea: Aleteo nasal: Disociación toraco-abdominal: Quejido respiratorio: Si
Sonidos respiratorios: Ventilación: CMV Ruidos disminuidos: Lado derecho:
Lado izquierdo: Sibilancias: Estertores: Secreciones: Escasas

TIPO DE SECRECIONES	CANTIDAD	CONSISTENCIA	COLOR
ORALES	-----		
NASALES	-----		
TUBO ENDOTRAQUEAL	-----		

Parámetros del ventilados: PEEP: 4.6, PIM:23, TI:0.3, TE:1.4 seg, FIO2:29%

Exámenes de laboratorio

FECHA	EXAMEN	RESULTADOS
15-03-04	GASOMETRÍA	PO2:31,PCO2: 58.7, PH:7.21, HCO3:25, TCO2:27, EB:3.6, SO2:46
18-03-04	GASOMETRÍA	PO2:31, PCO2: 46.3, PH: 7.31, HCO3: 23.7, TCO2: 25, EB: 2.2, SO2: 54.2
18-03-04	BH	HB: 12.5, LEUCOS: 17,000 ERIT: 3.84, HTO: 36.4, VCM: 32.5 PLAQ: 323.

Interacción de la necesidad de oxigenación con otras necesidades:

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
Alimentación.	Ayuno, ausencia de reflejos primarios.
Mov. Y post.	Dificultad para moverse
Seg. Y protección.	Vulnerabilidad ante los peligros
Creencias y valores	Perdida de la libertad de acción (madre)
Eliminación	Dificultad para la evacuación.
Afecto y pertenencia	Comunicación ineficaz materno-filial

Diagnostico de enfermería: deterioro del intercambio gaseoso relacionado con el desequilibrio en la perfusión – ventilación manifestado por quejido respiratorio, frecuencia cardiaca de 160, frecuencia respiratoria de 45, saturación de oxígeno de 97%, presión arterial de 63/28 y llenado capilar de 3".

Objetivo: El recién nacido mantendrá el equilibrio entre la perfusión y la ventilación mediante el apoyo ventilatorio y las intervenciones de enfermería.

Intervenciones de enfermería

- ♦ Valoración de signos vitales: frecuencia cardiaca 120-160, frecuencia respiratoria 35-50, presión arterial 60/35, oximetría de pulso y llenado capilar.
- ♦ Mantener y maximizar la función respiratoria
 - * Control térmico por medio de incubadora
 - * Permeabilizar la vía aérea
 - * Posición que facilite el intercambio aéreo
 - * Evitar hiperextensión del cuello
 - * Monitorización de glicemia cada 6-8 horas
 - * Cuantificación de gasto urinario superior a 1 cc/kg/hr (INPer p-26).
 - * Ventilación mecánica
 - Auscultación de ruidos pulmonares para verificar la permeabilidad
 - Medir la distancia del tubo endotraqueal y marcarlo.
 - Evaluar los circuitos del ventilador para evitar la acumulación de agua en la tubuladura.
 - Fijación de los circuitos a fin de evitar se acoden o tiren del tubo endotraqueal.

- Vigilar datos de extubación accidental como la disminución de aire en el tórax, distensión abdominal, deterioro de la coloración de tegumentos bruscamente, frecuencia cardíaca y po_2 , estado neurológico, estado general, signos vitales, gases arteriales y balance hídrico.
 - Aspiración de secreciones con técnica estéril. Se instila 0.5 ml de solución salina por la cánula se conecta a ventilador manual se desconecta e introduce la sonda sin rebasar la punta del tubo y succionar se retira la sonda y se reoxigena, se repite el procedimiento las veces que sea necesario; durante la aspiración se debe valorar la monitorización de signos y síntomas como la oximetría, valoración de la coloración de tegumentos, la consistencia y cantidad de las secreciones y documentar.
 - Documentación de los parámetros del ventilador.
- CPAP nasal:
 - Dar posición al recién nacido (supina) para favorecer la efectividad de la presión positiva
 - Verificar que el catéter nasal este correctamente colocado sin ejercer presión en la nariz.
 - Aseo de la cavidad nasal y oral cada 48 horas (con solución fisiológica o agua estéril)
 - Auscultación e inspección del tórax, monitorización de signos vitales y gases arteriales.
 - Aspiración de secreciones.
 - Vigilar y documentar la concentración de oxígeno, presiones entre 6 y 12 cm de agua.
 - Verificar el funcionamiento del sistema y la instalación.
 - Oxígeno indirecto: monitorización de litros por minuto, auscultación de campos pulmonares, vigilar esfuerzo ventilatorio, humidificación de 30- 40% temperatura de 31-34°
- ♦ Monitorización de constantes de gases sanguíneos: muestra capilar del talón con previa aplicación de calor local de 5 a 10 minutos; para recién nacidos pretérmino:
 - Pao₂- 65-72
 - Paco₂- 31-35
 - Ph- 7.30-7.40
 - Bicarbonato 18-20 meq/l
 - Eb- +3 a -3
 - ♦ Detección de alteración del equilibrio ácido base por alteración de la ventilación perfusión e hipoxemia.
 - ♦ Drenaje postural para facilitar que las secreciones drenen de distintos segmentos pulmonares a los bronquios mayores.
 - ♦ Vibración con la yema de los dedos desde los segmentos periféricos torácicos hacia la tráquea.
 - ♦ Vigilar datos de distress respiratorio:
 - Valoración de escala de Silverman Anderson.
 - Datos clínicos como cianosis, taquipnea, disminución de ruidos respiratorios, edema, disminución de la frecuencia cardíaca pao_2 menor de 50 mmhg y movimientos toraco abdominales
 - ♦ Vigilar datos de complicaciones: infección por cánula, barotrauma, hipotensión, disminución del gasto cardíaco, retinopatía del prematuro o hemorragia intraventricular.
 - ♦ Ayudar a la madre a evaluar el ambiente como la imagen del recién nacido en un respirador y manejar la presencia de su hijo ahí.

Evaluación

Lucero mantuvo una optima evolución a pesar de que presento algunas complicaciones a nivel pulmonar (atelectasia persistente) lo que amerito una decorticación del lóbulo superior derecho manteniéndose desde el día 2-03-04 al 3-04-04 con tubo edotraqueal, posteriormente por mejoría se decide extubar manteniendo aporte de oxígeno con CPAP nasal desde el 3-04-04 al 28-04-04 y posteriormente con puntas nasales desde el 28-04-04 al 3-05-04 gracias al crecimiento y desarrollo adecuada de la función pulmonar.

Las intervenciones de enfermería fueron encaminadas principalmente a mantener los niveles adecuados de oxígeno según se requerimientos, mantener una posición que favoreciera el intercambio perfusión-ventilación.

Lucero se egresada por mejoría ya que logro su independencia en la necesidad de oxigenación según su potencial de crecimiento.

Valoración de la función cardiovascular

Frecuencia cardiaca: 161 x' Ritmo: regular: Si Irregular: ___ Arritmia: ___ Soplo: ___

No valorable: ___ Otros: ___ edema: ___

PULSO	BRAQUIAL/RADIAL	FEMORAL	TEMPORAL	CAROTÍDEO	PEDIO
NORMAL	X	X	X	X	X
SALTÓN					
DÉBIL					
AUSENTE					

FECHA	LLENADO CAPILAR	T/A INVASIVA	T/A NO INVASIVA	HÍGADO PALPABLE
18-03-04	2"	-----	63/28	2 CM POR DEBAJO DEL BORDE
19-03-04	2"	-----	70/32	2 CM POR DEBAJO DEL BORDE

Gráfica de constantes vitales

SIGNO			HORA											
		FR	8	10	12	14	8	10	12	14	8	10	12	14
	120	200												
41	100	180												
40	90	160												
39	80	140												
38	70	120												
37	60	100												
36	50	80												
35	40	60												

Estudios realizados: Radiografía de tóraco-abdominal que presenta hiperventilación apical derecho, neumotórax derecho

2.- Alimentación

Manifestaciones de deficiencia: Perímetro abdominal: _____

FECHA	REFLEJOS PRIMARIOS	PERISTALTISMO	A LA PALPACIÓN
	PRESENTE:	PRESENTE :	SUAVE:
180304	AUSENTE: X	AUSENTE: X	FIRME:
150304	DÉBIL:	DÉBIL:	DISTENDIDO: X
		AUMENTADO:	

Tipo de alimentación: Oral: No Forzada: No Nutrición parenteral: Si, Ayuno actualmente por evento quirúrgico

Drenaje de la cavidad gástrica

FECHA	TIPO DE SONDA	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS DEL LIQUIDO DRENADO
4-03-04	GASTROSTOMIA	-----	SIN DRENAR

Interacción de la necesidad de alimentación no satisfecha con otras necesidades

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
Oxigenación	Mucosas espesas
Eliminación.	Estreñimiento
Mov y postura.	Inmovilidad por bajo tono muscular
Evitar peligros	Vulnerabilidad frente a los peligros
Afecto y pertenencia	Comunicación ineficaz materno-filial

Diagnósticos de enfermería: interrupción de la lactancia relacionado con separación prolongada manifestado por deseo materno de amamantar.

Objetivos: El lactante mantendrá los requerimientos nutricionales para su edad favoreciendo su óptimo crecimiento y desarrollo mediante las intervenciones dependientes e independientes de enfermería especializada.

Intervenciones de enfermería

- ◆ Aporte nutricional mediante diversas técnicas según la evolución del paciente.
 - Nutrición parenteral:
 - Monitoreo del estado general: curva de crecimiento, valorar incremento ponderal, balance hídrico, registro de signos vitales, glicemias cada 8 horas, Labstix en orina, densidad urinaria y vigilar datos de septicemia (cambio de coloración, alteración de la temperatura corporal, aumento de bilirrubinas, leucocitosis y datos de hiperglicemia).
 - Mantener un ritmo exacto de flujo: ritmo constante por medio de una bomba de infusión, verificar el ritmo de flujo cada hora, vigilar datos de sobrecarga de líquidos o deshidratación.
 - Cambio de la NPT cada 24 horas: llevar a cabo la regla de los cinco correctos, reunir el equipo necesario para el cambio de solución y equipo de venopack, preparación del equipo para la instalación (cambio completo, purgar), protección del sistema de perfusión parenteral con cubierta opaca para evitar la fotodegradación de las vitaminas y explicar el procedimiento a los padres.
 - Mantener la emulsión de lípidos a través de un conector en Y localizado cerca del catéter central y vigilar datos de reacción adversa.
 - Requerimientos nutricionales de la NPT
 - Curación del catéter venoso central: cada 48 horas a 72 horas. Técnica aséptica estricta, colocación de mascarilla, retiro del apósito verificar si no hay datos de excoriación, eritema, edema, sitios de inserción de las suturas y la posición del

catéter, ponerse guantes estériles, realizar la asepsia del área en tres tiempos de alcohol y posteriormente tres tiempos de isodine posteriormente retirar el resto con una gasa estéril para evitar dejar residuos de isodine, colocar una aposito estéril para cubrir y pegarlo con cinta adhesiva (tegaderm).

- Identificar datos de trastorno metabólico: respuestas agudas como dificultad respiratoria, cianosis, fiebre, exantema, irritación cutánea, hiper o hipoglicemia por medio del destroxitis, hiperlipidemia por medio de los laboratorios de triglicéridos donde se encuentran elevados al igual que los ácidos grasos y vigilar los datos de deshidratación.
 - Identificación de complicaciones por técnica como sepsis (glucosuria) infecciones cutáneas, hemorragias en el sitio de inserción del catéter, obstrucción del catéter o extravasación.
 - Prevención de infecciones durante el cambio de soluciones mediante una técnica aséptica estricta.
 - Prevención o detección de infecciones mediante control de signos vitales, línea venosa central estricta para NPT sin administrar fármacos ni extracción de sangre.
 - Mantener patrones normales de desarrollo mediante la estimulación oral, asegurar catéteres favoreciendo la fácil movilización e incluir las especificaciones sobre la terapia a los padres para su comprensión.
- Enteral por gastrostomía.
- Colocar a lucero con la cabeza ligeramente levantada y estimulación oral mediante un cupón.
 - Dar posición al bebe semifowler para disminuir el riesgo de broncoaspiración.
 - Determinar la actividad intestinal, verificar el contenido gástrico residual antes de cada alimentación intermitente mediante la determinación de la capacidad gástrica mediante la siguiente formula
Capacidad gástricas 10% de peso - 3
 - Valoración de signos vitales, incremento ponderal y curva de crecimiento.
 - Conectar el sistema con la sonda y despinzar, elevar la sonda para permitir un flujo adecuado, no ejercer ninguna presión para iniciar la infusión.
 - Cuantificar la dosis de fórmula que se va administrar según los requerimientos.
 - Administrar en un tiempo de 20-45 minutos y estar pendientes para evitar el paso de aire a la cavidad abdominal.
 - Una vez terminada la infusión instilar agua para evitar la obstrucción o acumulo de sustancias que puedan generar un proceso infeccioso y pinzar la sonda.
 - Vigilar datos de complicación: glicemia, distensión abdominal, hábitos de eliminación.
 - Curación del sitio de inserción de la sonda de gastrostomía: retirar el aposito, vigilar datos de inflamación o infección, asear, y aplicar una barrera protectora, fijar la sonda e inmovilizarla.
 - Al iniciar la alimentación oral, la alimentación es de forma simultánea.
 - Capacitar a la madre en los cuidados de sonda de gastrostomía así como favorecer la expresión de sentimientos y valorar la accesibilidad para la aceptación de la manipulación y seguridad de la misma.
- Lactancia materna
- Estimar la expresión de dudas y sentimientos sobre la interrupción de la lactancia así mismo informar a la madre de la reanudación de la lactancia una vez resuelto el impedimento.

- Asegurarle a los padres que a pesar de la interrupción de la lactancia el bebé cuenta con los nutrientes esenciales para su crecimiento y desarrollo.
- Explicar técnicas correctas de lactar y respetar la intimidad mientras alimenta al niño y ayudarla a adoptar una postura cómoda y un ambiente tranquilo.
- Fomentar la lactancia materna: explicar a la madre los beneficios de la lactancia, así como la fisiología y la importancia recalcar a la madre la importancia de llevar una dieta equilibrada con una ingesta abundante de líquidos.
- Explicar técnicas correctas para la extracción y almacenamiento de la leche materna así como asegurarse del vaciamiento adecuado de las mamas por medio del masaje manual y la extracción con tiraleche durante la supresión de la lactancia para asegurar la continuidad de la secreción.
- Asegurar a la madre que el aporte inmunológico se establecerá de igual manera aunque la lactancia sea mixta.
- Reforzar la importancia del vínculo materno-filial durante la lactancia por medio del contacto directo y la frecuencia entre el recién nacido y la madre. El estímulo táctil asociado con el seno materno permite comunicar calidez, cercanía y comodidad, permite identificar señales conductuales y necesidades de cada uno y es un medio para favorecer la relación única, además de ser nutritiva entre el recién nacido y la madre.
- ♦ Valorar incremento ponderal así como el crecimiento y desarrollo, también es necesario un control hídrico y constantes vitales.
- ♦ Programar actividades con la madre que refuerce la comprensión de los cuidados y su adaptación para afrontar las diversas situaciones.
- ♦ Brindar un cuidado continuo las 24 horas del día mediante las indicaciones escritas en el kardex de enfermería.

Nota: las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo de manera dependiente, interdependiente e independiente.

EVALUACIÓN

Por medio de las intervenciones lucero mantuvo un aporte nutritivo, presentando un crecimiento y desarrollo óptimo. La alimentación de lucero fue inicialmente NPT desde el 9-03-04 hasta el 14-04-04 posteriormente la alimentación fue enteral a partir del 22-03-04 por medio de sonda de gastrostomía con fórmula para prematuros enteral e inicia la alimentación por succión y deglución el 3-05-04 lo que favoreció el inicio de la lactancia materna completando con fórmula por sonda de gastrostomía.

En relación a la lactancia materna se mantuvo la excreción gracias a los conocimientos adquiridos de la madre sobre la importancia de la misma así como sobre la estimulación, masaje, extracción y almacenamiento de la leche favoreciendo la continuidad de la lactancia al momento que el bebé por su evolución y potencial de desarrollo inició la vía enteral por medio de la succión y deglución siendo un momento satisfactorio para la madre el poder llevar a cabo la satisfacción de esta necesidad.

El bebé paso de un grado 6 de independencia a un grado tres ya que fue egresado con un dispositivo (sonda de gastrostomía) para la satisfacción de la necesidad sin embargo la evolución es favorable a corto plazo.

3.- Eliminación

Características de la orina

FECHA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	DENSIDAD	LABSTIX
150304	48 ML/DÍA	AMARILLO-CLARO	ÁCIDO	1.005	PH 6 PROT-TRAZAS
180304	50 ML/DÍA	AMARILLO-CLARO	ÁCIDO	1.010	PH 6 PROT-TRAZAS

Describe las características de los genitales:

Área genital limpia sin irritación en el área perianal. Prominencia de los labios menores a los mayores, meato urinario permeable, orificio vaginal en buena posición limpio y orificio anal permeable y limpio.

Micción espontánea: Si por sonda: _____ se palpa globo vesical: _____

Estudios de laboratorio: _____

Interacción de la necesidad de eliminación no satisfecha con otras necesidades

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
Nutrición	Aporte enteral nulo
Mov y postura	Hipotonía
Evitar peligros	Vulnerabilidad ante los peligros

Eliminación de las heces

FECHA	CONSISTENCIA	COLOR	OLOR	OTROS
18-03-04	Grumoso	Amarillo	Ligeramente fétida	-----

Estudios de laboratorio: ninguno. _____

Interacción de la necesidad de eliminación no satisfecha con otras necesidades

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
Alimentación	Ayuno
Mov y postura	Inmovilidad por hipotonía
Higiene y Prot. Teg.	Alteración en la integridad de la piel
Evitar peligros	Vulnerabilidad frente a los peligros
Afecto y pertenencia	Comunicación ineficaz materno-filial

Diagnostico: Patrón de micción y evacuación normal relacionado con proceso de maduración del sistema renal, urinario y digestivo del recién nacido manifestado por micciones de 10 ml/hora y evacuaciones amarillo pastosas.

Objetivo: El recién nacido mantendrá su necesidad de eliminación en óptimas condiciones mediante las intervenciones de enfermería encaminadas a la persistencia del buen funcionamiento del sistema renal, urinario y digestivo.

Intervenciones

- ♦ Mantener la temperatura del entorno neutro ya que un ambiente excesivamente calido provoca aumento de la pérdida por transpiración.
- ♦ Vigilar datos de hidratación ya que la deshidratación puede ser indicativo de déficit de volumen.
- ♦ Cuantificación de la excreción de las heces y la uresis por turno y por 24 horas.
- ♦ Posterior a la eliminación urinaria o intestinal mantener una adecuada higiene de la región perianal así como mantenerla seca y cambio frecuente del pañal cuantas veces sea necesario.
- ♦ Detección de signos y síntomas de infección de vías urinarias o intestinal
- ♦ Colaborar en la toma de muestras para EGO y cultivos.
 - Proteínas- <5-10 mg/100ml
 - Leucocitos <2-3
 - Densidad urinaria- 1.001-1.025
 - Color amarillo pálido.

EVOLUCIÓN

Las evacuaciones de lucero fueron inicialmente meconio, posteriormente verde pastosas, al inicio de la fórmula fueron amarillo pastosas y actualmente el patrón de eliminación en óptimas condiciones mediante la hidratación adecuada y con una eliminación intestinal de 15 gr aproximadamente por deposición de 3-5 deposiciones por día de características amarillo grumosas lo que se considera normal y una eliminación intestinal de 200 ml/día aproximadamente de características amarillo clara considerada normal para la edad.

4.- Termorregulación y tegumentos

Temperatura corporal: central:----- Periférica:36.8 Temperatura de la incubadora:32.8° temperatura de la cuna radiante:_____ Piel: integridad: No Diaforesis: _____ piel fría:_____ Humedad:_____ Turgencia: Normal: x Disminuida:_____ Integridad de la piel: intacta:_____ Con Escoriaciones:_____ Petequias:_____ Rash:_____ ictericia:_____ fototerapia:_____ Otros: invasión por sondas.

Interacción de la necesidad de termorregulación no satisfecha con otras necesidades

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
OXIGENACIÓN	ALTERACION DE LA FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA
ALIMENTACION	AYUNO
MOV Y POSTURA.	INMOVILIDAD PRESCRITA
EVITAR PELIGROS	PERDIDA DE LA INTEGRIDAD FÍSICA
AFECTO Y PERTENENCIA	IMPOTENCIA MATERNA

Diagnostico: Termorregulación ineficaz relacionado con la inmadurez del recién nacido manifestado por fluctuación de la temperatura corporal.

Objetivo: El recién nacido mantendrá su temperatura corporal en parámetros normales mediante las intervenciones de enfermería encaminadas a evitar pérdidas de calor y según el grado de madurez del recién nacido.

Intervenciones:

- ♦ Evaluar el control y registro de la temperatura corporal entre 36.5 y 37.5, así como las constantes vitales.
- ♦ Mecanismos de ganancia calórico
- ♦ Conducción: colocar al recién nacido en una superficie mas caliente que su cuerpo por ejemplo un colchón térmico, calentar previamente las superficies con las que va a tener contacto el recién nacido, calentar previamente las incubadoras, estetoscopio, colocar mantas (nido), uso de gorro, posición al neonato cada 30 minutos para evitar laceración de la piel.

- Convección: calentar el oxígeno para su administración, colocar al recién nacido lejos de corrientes de aire, cubrir con una manta si se producen corrientes de aire, evitar abrir las puertas de la incubadora frecuentemente y contar con un transporte intrahospitalario (incubadora de traslado).
 - Evaporación: secar al niño inmediatamente después del baño, calentar las soluciones que van a ser utilizadas en la piel del bebé, utilizar sabanas de algodón y uso de pañales que mantengan seco al bebé.
 - Radiación: precalentar la incubadora, uso de incubadora de doble pared, incubadoras o cunas radiantes lejos de ventanas o colocar una cubierta distante.
- ◆ Evitar contacto con superficie frías o calientes ya que la pérdida de calor en el recién nacido es rápida.
 - ◆ Cuidados del niño en la incubadora. Permitir el aumento o disminución de la temperatura del aire en relación de la temperatura del prematuro cuya función es vital.
 - Colocar al recién nacido desnudo con pañal
 - Ambiente térmico neutro
 - Mantener la temperatura corporal en 36.5 a 37.5°C y el aire entre 32 y 34°C así como una humedad de 25-40%.
 - Manejo correcto del termostato.
 - Sensor térmico en la región abdominal
 - Vigilar la corrección eléctrica.
 - Cerrar las puertas de la incubadora tras finalizar los procedimientos.
 - ◆ Proporcionar un ambiente térmico neutro
 - En hipotermia
 - Vigilar datos de hipotermia: apneas, hipoglicemia, acrocianosis, cianosis distal, piel fría, hipotensión, bradicardia o bradipnea, acidosis, letargia y mayores requerimientos de oxígeno.
 - Regular la temperatura de la incubadora según la temperatura del bebé.
 - Aporte calórico por medio de un colchón térmico, lámparas calóricas entre otros.
 - Suministro de oxígeno si es necesario.
 - Valoración de la necesidad de glucosa.
 - Servocontroles con función adecuada.
 - Sensor de servocontrol (en superficie blanda para lograr un buen contacto)
 - Alarmas.
 - Ambiente térmico neutro en 36.5°C de la temperatura corporal.
 - Mantener seco al recién nacido.
 - En hipertermia
 - Determinar la causa determinante
 - Valoración del adecuado funcionamiento del método de control térmico.
 - Eliminar fuentes calóricas.
 - Disminución gradual de la temperatura.
 - Monitorización de la temperatura.
 - Detección de signos y síntomas de hipertermia: taquicardia, taquipnea, diaforesis, piel caliente, rubicundez, hipoxia e hipoglucemia.
 - Vigilar datos de choque, convulsiones o depresión del SNC.

- ♦ Control térmico y registro de la temperatura corporal asegurándose de la exactitud de la medición tomando en cuenta aquellos factores que puedan alterarla.
- ♦ Control de aportes y pérdidas para mantener la hidratación.

EVALUACIÓN

Lucero mantuvo una eutermia de 36.5°C aproximadamente durante su hospitalización; sin embargo presentó momentos donde la temperatura se mantuvo en el límite inferior logrando mantener la eutermia por medio de las intervenciones aplicadas.

La madre identificó los factores influyentes en la termorregulación que tendrá que evitar la exposición a estos en el hogar como evitar corrientes de aire, no arrojar demasiado en temporada calida, evitar cambios bruscos de la temperatura y mantener una hidratación optima.

5.- Movimiento y postura

Valoración de la función neuromuscular: perímetro cefálico: _____
 Pupilas reactivas a la luz: Si Ojos: Limpios: Si con secreciones: _____ conjuntiva irritada: _____
 Fontanela anterior: Normal: _____ Llena _____ Deprimida: _____ tensa: si Suturas craneales: aproximadas: _____ Separadas: _____ Imbricadas: _____
 Actividad: Responde a estímulos: _____ letárgico: _____ alerta: _____ Irritable: _____
 Presenta movimientos anormales: simétricos: _____ asimétricos: _____
 Postura: Flexión: _____ Semiflexión: _____ Flacidez: _____ Reflejos: Moro: _____
 Succión: _____ Prensión: _____ Búsqueda: _____ Dolor: _____ Otros: _____
 Estudios realizados: _____ ninguno _____

Interacción de la necesidad de movimiento y postura no satisfecha con otras necesidades

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
ALIMENTACION	AYUNO
DESCANSO Y SUEÑO	PERTURBACION DEL SUEÑO
TERMORREGULACION	FLUCTUACION DE LA TEMPERATURA
EVITAR PELIGROS	INMOVILIZACION PRESCRITA
HIGIENE Y PROT DE TEGUMENTOS	ESCARA EN REGIÓN OCCIPITAL

Diagnostico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilidad prescrita.

Objetivo: El recién nacido lograra un optimo desarrollo neuromuscular y de su integridad cutánea por medio de las acciones de enfermería que favorecerán su pronta independencia según su etapa de crecimiento y desarrollo

Intervenciones:

- ♦ Favorecer la circulación mediante la reducción en los puntos de apoyo
- ♦ Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada mediante la higiene con agua y jabón neutro, secado por contacto y frotar dando un ligero masaje evitándolo en zonas de presión enrojecidas.
- ♦ Evitar rozaduras de las superficies cutáneas entre sí y con otras superficies como sábanas y pañales.
- ♦ Asegurar el mantenimiento de la hidratación.
- ♦ Detección de signos y síntomas que preceden a las lesiones de la piel.
- ♦ Realizar la curación de las lesiones.
- ♦ Evitar el uso de los productos agresivos (telas adhesivas) y aplicar sistemas de barrera.
- ♦ Mantener una posición funcional con el cuerpo alineado y extremidades apoyadas.
- ♦ Ejercicios pasivos para favorecer el tono y la fuerza muscular así como la movilidad articular.

EVALUACIÓN

Lucero presentó debido a la inmovilidad prescrita una úlcera en la región occipital grado 3 sin embargo se realizaron las intervenciones que favorecía la pronta cicatrización y evito el avance al deterioro; lo que al momento del alta fue egresada con la recuperación total del área y mantuvo íntegro los demás sitios de apoyo. Esto nos refiere que Lucero de su independencia paso a un grado 3 de la dependencia, logrando una pronta recuperación a la independencia.

6.- Evitar peligros

Signos de infección: _____

Complicaciones: ninguna hasta hoy.

Interacción de la necesidad de evitar peligros con otras necesidades

NECESIDAD	MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA PROVOCADO POR LAS FUENTES DE DIFICULTAD
ALIMENTACION	AYUNO
TERMORREGULACION	FLUCTUACION DE LA TEMPERATURA
MOV Y POSTURA.	INMOVILIDAD PRESCRITA

Diagnostico: Riesgo de infección relacionado con tratamientos invasivos (sondas, catéter, y heridas quirúrgicas).

Objetivos El recién nacido se mantendrá libre de infección mediante la identificación oportuna de factores de riesgo que puedan contribuir a una infección.

Intervenciones:

- ◆ Cuidar la higiene e hidratación de la piel y las mucosas; lavar con agua tibia y jabón neutro y secar por contacto para favorecer la integridad de la piel.
 - ◆ Valoración de la temperatura corporal ya que el aumento puede ser indicativo de infección.
 - ◆ Identificar factores ambientales que puedan contribuir o provocar a una infección ya que la planificación de las técnicas de asepsia y antisepsia pueden contribuir a la recuperación o recuperación del recién nacido y el control de infecciones (precauciones estándar)
 - ◆ Evitar rozaduras de la superficie cutánea con objetos como sondas, catéteres, cables o sábanas.
 - ◆ Realizar un control estricto de asepsia y antisepsia de los puntos de inserción del catéter.
 - Preparar el material
 - Dar posición decúbito dorsal con exposición del sitio de inserción del catéter
 - Abrir el equipo y verter la solución antiséptica
 - Retiro d la fijación
 - Calzarse guantes
 - Asepsia del área con ayuda de una pinza Nelly
 - Retirar el exceso de antiséptico y secar
 - Colocar gasa.
 - Quitarse los guantes y fijar.
- La curación se debe realizar cada 24 horas y registrar las características de la herida así como la fecha de instalación.
- ◆ Emplear técnicas estériles para la curación de heridas
 - ◆ Protección de de las zonas corporales y las vías naturales y artificiales que constituyan una fuerte de entrada a gérmenes haciendo hincapié en la protección de las barreras epidérmicas y mucosas.
 - ◆ Identificación de las manifestaciones clínicas que sean indicativos de infección como la hipertermia, taquicardia, arritmias o disminución de la perfusión periférica.
 - ◆ Evaluación hematológica
 - ◆ Valorar el conocimiento de la madre sobre los riesgos existentes.
 - ◆ Explicar a la madre las medidas de precaución y el por que de la aplicación de las técnicas.
 - ◆ Mantener una higiene corporal y ambiental estricto.
 - ◆ Evitar contaminación con otras sustancias corporales.
 - ◆ Evaluación del proceso de cicatrización.
 - ◆ Prevención de irritación cutánea.
 - ◆ Corrección de los conceptos erróneos que existan por parte de la madre.

EVALUACIÓN

Lucero presento el día 29-03-04 datos de infección por lo que se tomaron exámenes de laboratorio corroborando la infección por lo que inicia con triple esquema de antibióticos (Gentamicina, cefepime y Vancomicina) siendo los laboratorios de control negativo para el día 1-04-04.

En el resto de la hospitalización se mantuvo libre de infecciones por lo que se egreso manteniéndose independiente en la necesidad.

La madre de lucero aprendió las medidas higiénicas para el manejo correcto de la sonda de gastrostomía en el hogar como los cuidados básicos al recién nacido como el baño, la preparación de los alimentos y las técnicas de alimentación, el aseo posterior a la eliminación entre otros.

7.- Control de Líquidos (balance hídrico)

FECHA	INGRESOS	EGRESOS				CALORÍAS/K/ DÍA	LÍQUIDOS TOTAL ES	BALANCE
		O	E	V	D			
18-03-04	327	150	15	--	--	31.2	195	-388.2

Código: orina: O, Evacuación: E, Vómito: V, Drenes: D

8.- Medicamentos:

FECHA DE INICIO	MEDICAMENTO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORARIO	SUSPENSIÓN
20304	PARACETAMOL	IV	C/8 O PRN	50404
20304	RANISEN	IV	C/6	230404
20304	FUOSEMIDE	IV	C/12	210404
310304	CEFEPIME	IV	C/12	230404
310404	GENTAMICINA	IV	C/24	210404
220404	DOMPERIDONA	VO	C/24	120404
220404	HIDROCLOROT.	VO	C/24	140404
220404	POLIVITAMINA	VO	C/12	90505
220404	FERRINIT	VO	C/24	EGRESO
220404	AC, URSODEXO.	VO	C/12	EGRESO

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ENFERMERÍA INFANTIL**

PLAN DE ALTA

NOMBRE DEL PACIENTE: Lucero Galán Soria EDAD: R/N. SEXO: Fem.
FECHA DE INGRESO: 3-MARZO-04

- * ORIENTACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES QUE EL FAMILIAR O TUTOR RESPONSABLE DEL NIÑO DEBE REALIZAR (O EL NIÑO SI ES POSIBLE).

Cuidados básicos del recién nacido: baño, cuidados de la piel, mantener eutermia, esquema de vacunación, vestido, alimentación por sonda de gastrostomía y seno materno alternadamente, estimulación temprana, cambio de pañal, habitación del bebé, posición del bebe, horas de descanso y sueño, aspiración de secreciones en caso necesario, identificación de datos de dificultad respiratoria, medidas higiénicas, curación de heridas y sitio de inserción de la sonda.

- * ORIENTACIÓN DIETÉTICA:

Alimentación al seno materno a libre demanda complementar por sonda de gastrostomía con formula para prematuros 30 ml por toma. No incluir alimentos adicionales.

- * MEDICAMENTOS INDICADOS:

MEDICAMENTO	DOSIS	HORARIO	VÍA DE ADMINISTRACION
POLIVISOL	1 GOTERO	CADA 12 HORAS	VÍA ORAL
FERRANINA	½ GOTERO	CADA 24 HORAS	VÍA ORAL