



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UN NEONATO PRETERMINO CON ALTERACIÓN
DEL PATRON RESPIRATORIO, MODELO VIRGINIA
HENDERSON**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARIA DEL CARMEN CARVAJAL SALAZAR
NUM. DE CUENTA: 401117358

DIRECTORA DE TRABAJO.

Juana Baroja Cruz
MAESTRA JUANA BAROJA CRUZ

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MÉXICO



SECRETARIA DE ASUNTOS ESCOLARES

0348154

SEPTIEMBRE, 2005

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

CONTENIDO	Pàg.
AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIAS	ii
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
1. <u>MARCO TEORICO</u>	4
1.1 SINTESIS HISTORICA DE LA ENFERMERÍA, DESDE SU ORIGEN HASTA EL MOMENTO ACTUAL	4
Del concepto de historia e historiografía	4
Etimología de los cuidados de enfermería	4
Campo y objeto de la historia de la enfermería	4
Sinopsis histórica de la enfermería	5
Promover la vida	10
Teóricas de enfermería	12
La profesionalización de la enfermería en México	13
La practica social de la profesión de enfermería	16
1.2 ANTECEDENTES DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
1.2.1 DESARROLLO HISTORICO DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERÍA (PAE)	20
1.2.2 TRASCENDENCIA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	22
Definición	22
¿Qué es el proceso enfermero y porque hay que aprenderlo?.....	22
Las características	23
Las propiedades	24
Requisitos previos	24
Las ventajas	25
El PAE y sus implicaciones éticas	25
Decálogo del código de ética para las enfermeras (os) en México... 27	
1.2.3 ETAPAS DEL PROCESO	28
1.2.3.1 Valoración	28
1.2.3.2 Diagnostico	37
1.2.3.3 Planeación	40
1.2.3.4 Ejecución	43
1.2.3.5 Evaluación	45

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

1.3 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	
1.3.1 ESCUELA DE LAS NECESIDADES	46
1.3.2 BREVE BIOGRAFIA DE VIRGINIA HENDERSON	47
1.3.3 LA TEORIA DE VIRGINIA HENDERSON	47
1.3.4 CARACTERISTICAS DEL MODELO	49
1.3.4.1 Elementos del metaparadigma enfermero de Henderson.....	49
- Enfermería	49
- Persona	50
- Salud	50
- Entorno.....	50
1.3.4.2 Sustento del modelo.....	51
1.3.4.3 Las catorce necesidades.....	52
- Independencia y dependencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales.....	53
- Fuentes de dificultad	54
- Afirmaciones teóricas.....	55
2. <u>APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO</u>	57
2.1 CONTEXTO EN EL QUE SE UBICA EL CASO.....	57
2.1.1 ALGUNOS ANTECEDENTES HISTORICOS DEL ISSSTE.....	57
2.1.2 BREVE PANORAMA HISTORICO DEL HOSPITAL REGIONAL GENERAL IGNACIO ZARAGOZA	58
2.2 DESCRIPCION DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA.....	59
2.3 VALORACION DEL RECIEN NACIDO.....	60
- Detección de las necesidades según el modelo de Virginia Henderson	62
2.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Y EL PLAN DE CUIDADOS	66
(Planeación, Ejecución y Evaluación)	
3. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	83
4. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	86
5. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	89
6. <u>ANEXOS</u>	92
- Evolución teórica-Enfermeras teóricas	92

- Marco teórico de la patología	95
- Características del recién nacido prematuro	96
- Instrumento de valoración del recién nacido.....	99
- Fotografías	101

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por la vida, porque existo para cumplir una misión: cuidar.

A la maestra Juana Baroja

Con admiración y respeto por haberme brindado su asesoría y apoyo, para la elaboración y terminación de este trabajo.

DEDICATORIAS

A MI MADRE Y A MI HERMANA

Juanita y Florencia por su cariño, el sentido del humor y su apoyo todo el tiempo.

A MI PADRE Y A MI HERMANO

Álvaro y Juan aunque no están presentes también es una forma de recordarlos y demostrar que viven en mi corazón.

A TODOS

Aquellos que me han deseado el bien y que de alguna manera han contribuido con su apoyo moral

INTRODUCCIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método enfermero que se emplea para la atención individualizada e integral a los individuos sanos o enfermos.

El presente trabajo trata el Proceso de Atención de Enfermería aplicado en un Recién Nacido Pretermino con el Modelo de Virginia Henderson, en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

Este caso se ha elegido por la importancia que representa y la frecuencia cada vez mayor con la que se observan nacimientos prematuros que conllevan a complicaciones como la "Alteración del Patrón Respiratorio", e incluso la muerte, en las primeras semanas de vida del neonato, por ello, el cuidado enfermero tiene fundamental importancia en la calidad de vida futura del Recién Nacido.

Particularmente considero que la principal limitación para desarrollar el tema es la falta de hábitos de estudio y práctica para desarrollar el PAE (método enfermero), en el ámbito laboral, ya que la tendencia es utilizar diagnósticos médicos para dar atención y se descarta el diagnóstico de enfermería que desde luego ofrece una perspectiva holística para brindar cuidados, eficiente, eficaz y cálidamente al recién nacido pretermino en la UCIN. Sin embargo estoy convencida que las enfermeras hacemos proceso enfermero desde siempre, pero no lo documentamos adecuadamente porque no estructuramos un formato para plasmar el cuidado con todas sus etapas, ni apropiado a cierto tipo de pacientes o especialidad.

La elaboración del siguiente trabajo abarca en su primer capítulo el Marco Teórico, el cual nos lleva desde la historia de la enfermería hasta el momento actual, con el concepto de enfermería, etimología de los cuidados de enfermería, el campo y objeto de la misma, así como un apartado muy interesante de Collière sobre "Promover la vida". Incluye una mención de las teóricas de enfermería más célebres, contiene aspectos trascendentales de la profesionalización de la enfermería en México, de la práctica social de la profesión de enfermería contemporánea, puntos que entrañan especial importancia debido a que enfermería está surgiendo como una verdadera profesión joven, como disciplina de reciente autonomía. Sin embargo, aún se estima como una carrera poco atractiva de baja demanda, hasta en opinión de las propias enfermeras; lo que hace imprescindible "valorar la profesión", seguir en el camino hacia la profesionalización, fortalecer la investigación disciplinar y contribuir a resolver la problemática del déficit de enfermeras profesionales y la calidad del cuidado de enfermería que requiere nuestra sociedad.

Este capítulo, también nos introduce a los antecedentes del proceso de atención de enfermería, su desarrollo histórico, trascendencia del mismo, definición, características, propiedades, ventajas; menciona acerca de las implicaciones éticas del uso del PAE, que guardan relación con la responsabilidad jurídica del profesional de enfermería como prestador de servicios de salud. Por lo que se incluye el código de ética para enfermeras (os) en México; el cual debemos conocer y aplicar. Además, describe cada una de las etapas del proceso definiéndolas y explicando como se desarrollan. El PAE según el modelo de Henderson engloba la corriente de pensamiento que destaca la *Escuela de las Necesidades*, punto clave que encierra la intención de desarrollar el presente trabajo porque creo que ajusta muy bien al modelo con el tipo de pacientes que se manejan en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Asimismo, ofrece una breve biografía de Virginia Henderson, la descripción de las características de su modelo, los elementos del metaparadigma enfermero, como son: la Enfermería, la Persona, la Salud y el Entorno; el sustento del modelo de Henderson, por supuesto habla de las 14 necesidades que ella propone, a las cuales, dicho por la misma autora, se pueden agregar otras, ya que los tiempos y las épocas son susceptibles de modificarse según las exigencias o necesidades del

individuo. Nos habla de los aspectos de independencia y dependencia en las satisfacción de la necesidades fundamentales, así como de las fuentes de dificultad y de sus afirmaciones teóricas.

El segundo capítulo es la conjunción de la parte teórica del modelo de Henderson y la de la metodología propia del cuidado, es decir, el proceso de atención de enfermería; así método y modelo combinados se desarrollan con un fin primordial, contribuir a “cuidar la salud del individuo sano o enfermo” al quien se aplica. El tema en el cual se aterriza indica la *Aplicación del método enfermero en un recién nacido pretermino, con el modelo de Virginia Henderson, en la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital regional general Ignacio Zaragoza, ISSSTE*. Es la “alteración del patrón respiratorio” un problema común en neonatos pretermino, las complicaciones dificultan la supervivencia de un gran número de prematuros inmaduros siendo una causa importante de morbilidad neonatal.

El proceso de atención de enfermería marca una modalidad de titulación para el pasante de la licenciatura en enfermería, por tanto he puesto mi esmero, esperando sea una aportación para el cuidado del neonato grave y sirva de interés para realizar más trabajos con el método enfermero fundamentado en este modelo.

Este mismo capítulo incluye el contexto en el que se ubica el caso, antecedentes históricos del ISSSTE y del hospital regional General Ignacio Zaragoza, la descripción de servicio de Neonatología, continua con la valoración del recién nacido y el desglose de la 14 necesidades según Henderson, aplicadas en el neonato con “alteración del patrón respiratorio”, para dar oportunamente con el plan de cuidados; es decir, el desarrollo de las cinco etapas del proceso de atención de enfermería, estas son: **valoración** del recién nacido, **diagnóstico de enfermería** expresando objetivos por cada uno de ellos, **planeación**, **ejecución y fundamentación** de las intervenciones de enfermería de carácter independiente, interdependiente y dependientes del equipo multidisciplinario, y finalmente la **evaluación** del cuidado enfermero.

Un tercer capítulo en el que más que recomendaciones hago algunos comentarios sobre el caso estudiado expresando la experiencia que me deja haber utilizado el método enfermero o proceso de atención de enfermería con el modelo de Virginia Henderson, si es el más aceptado porque considera las necesidades fundamentales del individuo, lo que faltaría para que sea aceptado y posteriormente sea validado como nuestro método para el cuidado de los neonatos u otro tipo de pacientes.

El antepenúltimo capítulo es el Glosario de términos, contiene las palabras de mayor dificultad propias de la especialidad de neonatología, y otras que se manejaron en el trabajo.

Finalmente se dedica un capítulo a la bibliografía utilizada y otro al de anexos; éste alude brevemente a la evolución teórica y enfermeras teóricas, también acerca de la patología presentada por el recién nacido, características que se observaron en el examen físico, el instrumento para su valoración y algunas fotografías.

OBJETIVOS

General

- Aplicar el método enfermero con el modelo de Virginia Henderson, en un Recién Nacido Pretermino, que ingresa con Alteración de la Necesidad de Respirar, a la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital General Ignacio Zaragoza ISSSTE.

Específicos

- Valorar las necesidades más importantes del neonato pretermino identificando sus características para brindar los cuidados adecuados.
- Diagnosticar y priorizar eficazmente las necesidades más relevantes del neonato pretermino, derivadas de la valoración de enfermería.
- Plantear objetivos destinados a ayudar al recién nacido con “alteración de la necesidad de respirar”, para mejorar su estado general.
- Formular el plan de acción con las intervenciones de enfermería independientes e interdependientes vinculándolo con las etapas anteriores.

1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL DE LA ENFERMERÍA

1.1 Síntesis Histórica de la Enfermería, desde su origen hasta el momento actual.

DEL CONCEPTO DE HISTORIA E HISTORIOGRAFIA .

Aplicado a la enfermería podemos decir que “Historia de la Enfermería” son los hechos, sucesos, eventos o acontecimientos que tienen lugar en un tiempo dado y que componen la base del estudio historiográfico en materia de cuidados enfermeros.

“Historiografía de la Enfermería” son los escritos, estudios, análisis, resultados, explicaciones y conclusiones que, en conjunto, constituyen la producción historiográfica en enfermería. ⁽¹⁾

ETIMOLOGIA DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

El término anglosajón “nurse” con el que se designa a la enfermera, se deriva de dos palabras latinas, “nutrire” (alimentar) y “nutris” (mujer que cría).

El término de “enfermería” está relacionado con el de “enfermedad” (del latín “infirmas”) y define de forma más concreta la actividad del cuidador, aquellos relacionados con la supervivencia, cuidados durante el parto, la lactancia y crianza, así como a los cuidados de los enfermos. ⁽²⁾

CAMPO Y OBJETO DE LA HISTORIA DE LA ENFERMERIA.

Según la Real Academia Española (RAE) “Campo” es el ámbito real o imaginario propio de un conocimiento. El “campo de la enfermería” es pues, como parcela de estudio del fenómeno humano y la sociedad en que se desarrolla. Campo que comparte con otras disciplinas.

El “Objeto” es la forma particular de llevar a cabo dicho estudio, ello le confiere a la enfermería, identidad propia y la diferencia de otras disciplinas.

Siguiendo el paralelismo, la Enfermería cuenta con milenios de práctica de cuidados que ha llegado a constituir una habilidad, un oficio artesano y personal, sometido a lo largo del tiempo, por imperiosa necesidad de organización e institucionalización de estos cuidados al desempeño de funciones y actividades no siempre convergentes con la idea central de su original objeto: los cuidados enfermeros. ⁽³⁾

La Enfermería cuenta, pues, no sólo con una Práctica sino también con una Historia sobre las vicisitudes de su desarrollo sobre la que puede y debe reflexionar para reubicar su espacio.

¹ SILES G., J. Teoría / Práctica. “Historia de la Enfermería”. Consejo de Enfermería de Comunidad Valenciana (CECOVA), Alicante. 1999. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histoe_nfermeria.htm
Compilado:19/02/2005

² Ibid.

³ Ibid.

En el transcurso de su historia, la práctica enfermera ha desarrollado técnicas, desde las primitivas rudimentarias a las más matizadas y sutiles e incluso tecnificadas con que cuenta en la actualidad. Dispone, por tanto, de una tecnología apropiada para adaptar su función a las diversas situaciones en que tiene que ejercer su actividad profesional. Asimismo, puede invocar un amplísimo repertorio de técnicas concretas que rinden cuenta de las condiciones diversas de su actividad.

Ostenta, pues, la disciplina de Enfermería condiciones y requisitos para devenir ciencia aplicada con un campo de investigación propio y autonomía disciplinar. No obstante, ... una disciplina no se puede adscribir a un momento sino a un proceso, un itinerario en el que se debe confluír y que la autonomía disciplinar es más para que sea reconocida por las ciencias fronterizas, que para ser practicada, pues siempre es necesario acudir a los conocimientos vecinos para producir otros nuevos más ajustados al propio objeto.⁽⁴⁾

Lo anterior se puede interpretar como la necesidad de construir un modelo propio acorde a nuestra realidad, que explique las funciones y actividades exclusivas de las enfermeras, aplicado en la práctica efectiva en el ámbito laboral del área clínica hospitalaria, con nuestros pacientes (ejemplo: aplicación del PAE con el modelo según Virginia Henderson como método para el cuidado del recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales –UCIN- del hospital ISSSTE Zaragoza). Este trabajo puede ser una propuesta para llevar a cabo el modelo en el área de neonatología. Enfermería tiene un campo muy amplio para investigación.

SINOPSIS HISTORICA DE LA ENFERMERIA

Los procedimientos, tanto médicos como de enfermería, tuvieron su origen en la observación de los animales. La dispensa de cuidados y autocuidados entre animales es una práctica tan generalizada como variada, y abarca desde el cuidado de las crías en el entorno: abrigo, calor, alimentación, higiene; hasta autocuidados tales como la inmersión de miembros inflamados en el agua fresca de los ríos y la ingesta de hierbas que actúan como purgantes o eméticos. ⁽⁵⁾ La historia nos habla también del descubrimiento de hierbas o plantas para uso analgésico o narcótico como el opio, o la marihuana con propiedades hipnóticas y alucinógenas utilizadas en los cuidados a las personas.

La relación del corpus hipocrático con la Enfermería radica, fundamentalmente, en el carácter holístico que expresan sus principios: observarlo todo, estudiar al paciente más que la enfermedad, realizar una evaluación imparcial y ayudar a la naturaleza. ⁽⁶⁾ En la actualidad el objeto fundamental de la enfermería es el cuidado integral de la persona, incluye su entorno, la familia o comunidad para alcanzar un equilibrio y bienestar, es decir, lograr la salud del individuo.

Todas las órdenes que se formaron entre los siglos XI y XIII con motivo de las Cruzadas, en relación con la enfermería, tuvieron un denominador común: que todas ellas eran designadas con el calificativo de “hospitalarias”.

Las beguinas surgieron durante los siglos XII y XIII en los países Bajos (Flandes, Gante, Brujas), y eran grupos reducidos (2-4 miembros) de mujeres laicas organizadas alrededor de

⁴ ENEO-UNAM, *Teorías y Modelos*. Para la atención de Enfermería. La División Sistema Universidad Abierta de la ENEO. México. Junio 2003. México D.F. Pág. 110, 111.

⁵ HERNÁNDEZ CONESA, Juana. *Oposiciones de Enfermería*. Ed. McGraw-Interamericana. 2ª ed. Madrid, España. 2000. Pág. 18.

⁶ Ibid. Pág. 18.

distritos parroquiales. Entre sus cometidos destacaban el *cuidado a los enfermos* (incluidos el domiciliario), la enseñanza y labores para el mantenimiento del grupo. (7)

La reforma protestante, iniciada por Lutero en 1517, tuvo como consecuencia la disolución de las órdenes católicas en los países protestantes del Centro y Norte de Europa, lo que supuso la decadencia de la actividad enfermera en estos países, cuyos hospitales experimentaron un gran vacío asistencial. (8) Por esa época se dieron la revolución demográfica, industrial, política americana y francesa, asimismo el surgimiento científico, tecnológico y cultural.

La vertebración académica de los títulos de practicante y matrona se reguló en el ámbito educativo mediante la Ley Moyano de 1857 estando vigente la Ley de Servicios Generales de Sanidad de 1855 que regulaba, aunque de forma ambigua, todo lo concerniente al sistema laboral sanitario. (9)

Es quien introdujo nuevos métodos de estadística en los hospitales de campaña de la guerra de Crimea y la autora de "Notas sobre enfermería" (1859). Esta obra es un resumen de los principios de enfermería y se utilizó como manual primero en la Escuela Santo Tomás de Londres, y, posteriormente en todo el mundo.

A su regreso de la guerra de Crimea, Florence Nigthingale, aprovechando la circunstancia de que la habían pedido consejo sobre el Hospital de Santo Tomás, que estaba construyéndose en Londres, fundó en él la primera escuela de enfermeras del mundo, que empezó a funcionar en 1860. (10) La historia reconoce a Florence Nigthingale, como la primera gran teórica de enfermería y fue la pionera del pensamiento científico y ético en enfermería, su teoría esta considerada como la Filosofía de la enfermería moderna.

La enfermería como profesión data de la segunda mitad del siglo XIX, pero la enfermería genérica ha existido en toda cultura. La fundadora de la enfermería moderna y subsecuentes líderes han concebido a la enfermería "profesional" como un servicio social con capacidades revolucionarias. Aunque influida por su relación con el servicio doméstico, con grupos religiosos y militares, y más recientemente con la tecnología institucional, la enfermería continúa siendo esencialmente un servicio de atención, centrado en la familia. La enfermería ha basado gran parte de su práctica en la aplicación de las ciencias biológicas de la fisiología y la bacteriología pero, en mayor grado que la medicina, en las ciencias sociales: psicología desarrollo humano, sociología y economía. (11)

La disciplina conocida como enfermería es el resultado de la evolución dentro de la sociedad, de una actividad innata y esencia en el ser humano : la actividad de *cuidar*. (12)

La mujer desde la primera sociedad primitiva (Prehistoria: ciencia histórica que estudia la vida del hombre antes de la aparición del primer testimonio escrito); se le va a asignar que una de sus tareas sea la de CUIDAR de los niños y de los ancianos, ya que estos últimos debido a su edad no pueden cazar. (13)

⁷ Ibid. Pág. 19.

⁸ Ibid. Pág. 19.

⁹ Ibid. Pág. 19.

¹⁰ HERNÁNDEZ C., Juana. *Oposiciones de Enfermería*. Op., cit. Pág. 21, 22, 23.

¹¹ HENDERSON, V. *Enfermería teórica y práctica*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S. A. 3ª. ed. México. 1987. Vol. I. Pág. 10.

¹² SILES G., José. *Historia de la enfermería*. Ed. Aguaclara. España. 1999. Pág. 30

¹³ SILES G., José. *Teoría / práctica. "Historia de la Enfermería"*. Op., cit. 1999.

El hombre primitivo creía que todos los objetos naturales estaban vivos y poseían un espíritu o alma. Es entonces cuando empieza a encontrar explicación y tratamiento para muchas enfermedades.

Cada vez se fueron complicando mas los conjuros, tratamientos ...Y entonces fue necesario que la tribu asignara el trabajo a una persona del grupo, que por lo que fuera tenía habilidad para ello, o se pensaba que tenía relación con dichos espíritus. Es cuando aparece el curandero, mago o médico. Cuando estas practicas se complican aún más, aparece otra figura que se dedica a la recolección y preparación de los ungüentos, al cuidado de los enfermos y va a ser una figura femenina, una mujer que colabora con el brujo.

“Sin duda la madre-enfermera precedió al mago-sacerdote. Incluso es posible que estos dos tipos de servicios estuvieran unidos inicialmente. Pero con el tiempo se dividirían para dar lugar al “suministrador de medicinas” y al “cuidador”.

Los clanes iban creando las condiciones de lo que hoy conocemos como Salud Pública: Cuidaron mucho el enterramiento de los cadáveres.

Los desechos orgánicos e inorgánicos los depositaban lejos de los asentamientos de la tribu.

Procuraron que los alimentos se conservaran en las mejores condiciones posibles, guardándolos en los lugares más frescos.⁽¹⁴⁾

Según las afirmaciones de Siles, se consideraba a la tribu como unidad funcional de los cuidados de la salud. La función de enfermería, durante esta fase primitiva se encargaba de satisfacer necesidades cruciales como el mantenimiento de la salud, el cuidado de los enfermos y heridos y de asegurar la supervivencia de la tribu mediante la asistencia al parto, los cuidados perinatales y la lactancia-crianza.

En la **Edad Antigua** (que abarca las siguientes civilizaciones: Asiro-Babilónica, Egipcia, Griega, Romana, Árabe, Mesopotámica, Palestina, India, China y Precolombina). Del cuidado de los enfermos en estas civilizaciones se conoce muy poquito, casi no existen documentos de los mismos. Sólo tenemos varias fuentes de aquellas civilizaciones, que nos indican que la cirugía va a ser mucho más desarrollada, donde va a ser necesario crear hospitales, y en estos lugares las personas que se dedican a cuidar serán los hombres. En las demás civilizaciones las actividades cuidadoras serán desempeñadas por la mujer, generalmente llevadas a cabo por esclavas, sirvientas. Otra generalidad importante de estas civilizaciones dentro de la Salud es en este primer momento, la atención de la mujer en el parto, tarea que va a ser llevada por una mujer llamada comadrona y esta labor va a ser específica de la mujer casi hasta la actualidad.⁽¹⁵⁾

De acuerdo a los planteamientos de Siles, en la edad antigua el cuidado enfermero en primer orden, se confiere al hombre, en su carácter de único poseedor del conocimiento, sin embargo, creo que la mujer desempeñó un papel importante en esta etapa aún cuando se la relegaba como servidora o fiel esclava.

¹⁴ SILES G., José. Teoría/ Práctica. “*Historia de la Enfermería*”, 1999. Op., cit.

¹⁵ Ibid.

En las culturas antiguas prevalecen el arte y los cuidados, representados simbólicamente en objetos para acceder a cierto control mágico-religioso sobre ellos, a esto se denominó: utilitarismo. (16)

Edad Moderna .Tiempo histórico que se produce con el descubrimiento de América (1492).

Se han producido una serie de circunstancias sociales, políticas y económicas que van a repercutir en la forma de vida de las personas, los modos de vida, a la medicina y a la enfermería.

Algunas características generales:

Dos movimientos importantes: RENACIMIENTO (va a tener poca influencia en la enfermería y la salud) y la REFORMA PROTESTANTE (va a tener más influencia en la enfermería y en la salud de la persona).

Inicio del método – científico y los experimentos clínicos: se descubren nuevas enfermedades, se explica el ¿por qué? del funcionamiento del cuerpo humano, van a haber grandes avances y va a aumentar las diferencias entre la enfermería y la medicina (la enfermería seguirá retrasada).

Secularización (quiere decir que comienza a debilitarse el poder de la Iglesia y la riqueza que ha poseído durante toda la Edad Media) y aparición de los estados modernos: esta aparición va a hacer debilitar el poder político y militar que tenía la Iglesia; esta pérdida de poder de la Iglesia sobre la sociedad se conoce como Secularización.

En España las órdenes religiosas encargadas de proporcionar *cuidados* serán:

Los Hermanos de San Juan de Dios.

Las Hijas de la Caridad.

Los Hermanos Obregones.

Los Hermanos Camilos. (17)

A efectos descriptivos podemos afirmar que la **Edad Contemporánea** se inicia en el siglo XVIII y comprende hasta nuestros días.

Su inicio coincide con la finalización de las monarquías absolutistas; con las grandes revoluciones; la Revolución Francesa (Revolución Burguesa y Liberal) y la Guerra de la Independencia de EE.UU.; coincide con dos grandes guerras en España: La Guerra de la Sucesión (1700-1713), por la sucesión al trono de Carlos II, en la que hay dos aspirantes al trono: Felipe de Anjou (que pertenece a la casa de los Borbones) y el archiduque Carlos (de la casa de los Asturias) y la otra guerra contra los franceses y su invasión napoleónica (Guerra de la Independencia) y coincide con la aparición de un movimiento denominado Ilustración, que es continuación del propio Renacimiento.

Características de la Edad Contemporánea:

Las revoluciones y el movimiento de la Ilustración influye directamente sobre la salud de la población es cuando las personas empiezan a preocuparse más por sus condiciones de vida, higiene persona, se comienza a hablar del derecho a la salud y que la asistencia sanitaria debería de ser pública y gratuita para los trabajadores y sus familiares. Será en el año 1883 cuando por primera vez en Alemania el Canciller Bismark saca un ley de Seguridad Social (la primera ley de Seguridad Social de Europa), a raíz de esta se extendió por toda Europa. (18)

¹⁶ SILES G., J. *Historia de la Enfermería*. 1999. Op., cit.

¹⁷ SILES G., José. *Teoría/ Práctica. "Historia de la Enfermería"* Op., cit.

¹⁸ *Ibid.*

A raíz de la aparición de la Seguridad Social va a cambiar el concepto de hospital, que deja de ser un lugar para enfermos pobres y pasa a ser para beneficiarios de la misma. A partir de la aparición de esos hospitales, comenzarán a trabajar en ellos los médicos y hay una revolución en la organización y estructura hospitalaria.

Se producen avances en la microbiología gracias a Louis Pasteur, y es cuando se comienzan a conocer que existen unos microorganismos que producen enfermedades, con lo que cambia la forma de trabajar los sanitarios (esterilización, vacunas,...)

En los países protestantes del norte de Europa, la regeneración y el reinicio de la Enfermería de calidad se va a iniciar en el Instituto de Diaconizas de Kaiserwirth (lugar de donde se formó Florence Nighthingale) es en este momento cuando se comienzan a preparar y formar a las enfermeras. La formación enfermera de las diaconizas consistía en la realización de un programa teórico – práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y en los domicilios. (19)

Fundación de la Cruz Roja Internacional. (Organismo internacional creado en Ginebra por Henry Dunant en 1863. (20)

En Septiembre de 1857 sale una ley muy importante en España “Ley de Bases para la Institución Pública”, ley denominada popularmente como: “Ley Moyano” (Ministro que promulgó esta ley en aquel momento) es la que regulará todas las profesiones sanitarias en España y con base a lo que dice, el 21 de Noviembre de 1861 se publica el reglamento para las enseñanzas de practicante y matrona, no la de enfermero.

En estos reglamentos se regula todo lo relacionado con estas profesiones de practicante y matrona. El practicante será el que sustituya al cirujano menor y al barbero sangrador. La Matrona la encargada de asistir los partos, dar los primeros y urgentes auxilios al Recién Nacido así como administrar el agua de socorro (bautismo).

Las enfermeras fueron las que mayores dificultades encontraron para alcanzar el reconocimiento profesional, no instituyéndose el “Título de Enfermera” hasta 1915, (real Decreto de 21 de Mayo de 1915 sobre la formación de la enfermera) momento en el cual la profesión se clasifica en: Practicantes, Matronas, Enfermeras. Clasificación fundamentada principalmente en la división sexual del trabajo.

En 1917 se crean las primeras Escuelas Oficiales reconocidas por el ministerio de Educación. Iniciándose paulatinamente la profesionalización de la enfermería en España y la integración de las Escuelas de Enfermería en la Universidad.(21)

De acuerdo a las anteriores descripciones de Siles, en la edad contemporánea, la enfermería se constituye en las primeras especialidades como podían ser la de matrona puericultora, instructora sanitaria, se reconocía la asistencia domiciliaria y el tipo de enfermera hospitalaria. Se logran avances en la profesionalización de la disciplina.

¹⁹ Ibid.

²⁰ OCÉANO UNO, Grupo Editorial. *Diccionario enciclopédico*. Ed. OCÉANO. 1998. Pág. 456.

²¹ Siles G., J. Teoría / práctica. “*Historia de la Enfermería*”. 1999. Op. cit.

PROMOVER LA VIDA (Collière).

Conocer mejor el pasado permite aprender el significado original y primordial de los cuidados: mantener, promover y desarrollar todo lo que existe o que da de potencial de vida dentro de los seres vivos. Elaborados particularmente por las mujeres alrededor de la fecundidad, los cuidados han visto modificar profundamente su concepción con la llegada de la era cristiana y la aparición de la medicina "científica". Despojada de su saber, privada de la renovación de sus conocimientos, rota en tareas disociadas, la función de cuidar se convierte en una función subalterna desprovista de todo valor social y económico, hasta el día en que bajo el impacto de la presión médica se transforma en una función "habitual". A espaldas de los cuidadores y encerrados en un rol que prescribe "las conductas a seguir", los cuidados se transforman en tratamientos, manteniendo sólo su denominación pero perdiendo lo esencial de su razón de ser. ⁽²²⁾

Por lo tanto, "cuidar de la vida" sigue siendo tan vital para los hombres de hoy en día como para los de ayer. ¿Quién asumirá esta función irremplazable de la que el mundo no podría prescindir? Esta vía está abierta a la enfermería que después de un siglo de profesionalización sigue buscando su identidad: la identidad de sus competencias, la de los *cuidados de enfermería*. ⁽²³⁾

Asegurar la continuidad de la vida. La primera orientación es la que se inscribe en la historia de todos los seres vivos desde el principio de la humanidad: *asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie*, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: recursos energéticos, de ahí la necesidad de alimento, la protección contra la inclemencias del frío o del calor por medio de la ropa o del refugio, que dará lugar, poco a poco, al alojamiento.

La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo que, precisándose, marcará de forma determinante, según las culturas y la épocas, el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica. ⁽²⁴⁾

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Esto ha sido y seguirá siendo el fundamento de todos los cuidados. ⁽²⁵⁾

De lo anterior se puede inferir la importancia de la mujer como portadora de vida para preservar la especie y el papel primordial en el cuidado de un nuevo ser humano con necesidades por cubrir y que determinaran su crecimiento y desarrollo.

²² COLLIÈRE, Marie-Françoise. "Promover la vida", *De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Ed. Mc-Graw-Hill Interamericana I^o ed. Madrid, España. 1993.

²³ Collière, Marie-Françoise. "Promover la vida". Ibid.

²⁴ Ibid. Pág. 6.

²⁵ Ibid. Pág. 7.

Como veremos posteriormente, los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen a los cuidados para el mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos sobre dichos cuidados. A finales del siglo XIX, con la llegada de tecnologías muy elaboradas, los cuidados médicos se orientan hacia un restablecimiento complejo de la salud, que se convertirá cada vez más en campo de especialistas. Con la aceleración de la dimensión del tiempo, el campo especial de los cuidados se estrecha cada vez más... A excepción de todas las otras concepciones o aproximaciones de corrientes muchas veces milenarias que han sido elaboradas a lo largo de la historia y frente al problema de la VIDA y de la MUERTE, *cuidar se convierte en tratar la enfermedad*. Los especialistas por sí solos no bastan, necesitarán mano de obra adecuada para hacerse cargo de las muchas tareas, pudiendo así asegurar la investigación y el tratamiento de la enfermedad. ⁽²⁶⁾

La práctica de enfermería y su relación con estas dos orientaciones. Las dos orientaciones mencionadas han influido en el discurrir de la enfermería y han contribuido a dificultar la identificación de los cuidados de enfermería. ⁽²⁷⁾

Se puede inferir de esta última afirmación que la enfermera tenía el papel de auxiliar del médico, esa idea ya no debe prevalecer en nuestros días, por eso es importante definir nuestra identidad como disciplina y profesión con alcances ilimitados.

Para comprender la historia de la enfermería, parece indispensable estudiarla y analizarla relacionándola con la *historia de la mujer sanadora y de su evolución*. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, más tarde condenadas y desaprobadas por la iglesia, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario no psiquiátrico y en los dispensarios de pueblos y barrios, pasando hoy a denominarse "cuidados de enfermería".

Las etapas de estas distintas formas de identificación de las prácticas de cuidado aparecen del siguiente modo:

Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media, en la sociedad occidental; Identificación de los cuidados de la {mujer} -consagrada, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia; Identificación de los cuidados de la {mujer}-enfermera auxiliar medico, desde el principio del siglo XX hasta finales de los años sesenta.

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados, y anticipándose a los que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las orientaciones: *asegurar todo aquello que contribuye a mantener y conservar la vida*. ⁽²⁸⁾

²⁶ Collière, "*Promover la vida*". Op. cit. Pág. 11.

²⁷ Ibid. Pág. 11

²⁸ Ibid., Pág. 16, 17.

TEORICAS DE ENFERMERÍA; sus postulados acerca de lo que constituye la enfermería:

Ida Jean Orlando: consideró la enfermería como profesión independiente que funciona de manera autónoma, la función de enfermera profesional la describe como la averiguación y la atención de las necesidades de ayuda inmediata al paciente.

Virginia Henderson: planteó que la enfermería era ayudar al individuo enfermo o sano a realizar aquellas actividades que contribuyeran a la salud y la recuperación, o a una muerte en paz y que estas actividades las podría llevar a cabo el individuo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Myra Levine: la enfermería es una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas enfermas o sanas.

Dorothy Johnson: es una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del paciente a un nivel óptimo de aquellas ocasiones en que la conducta constituye una amenaza para la salud física, social o existe una enfermedad.

Martha Rogers: la enfermería es una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico, es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano.

Dorotea Orem : es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.

Imogene King: proceso de acción, reacción e interacción por el cual el cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería; incluye actividades de promoción de la salud , mantenimiento, restablecimiento de la salud, el cuidado del enfermo, el lesionado y el moribundo.

Betty Neuman: se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y los posibles efectos de los factores de estrés ambiental y ayudar a los ajustes necesarios para un nivel óptimo de bienestar.

Sister Callista Roy: un sistema de conocimientos teóricos que prescribe un análisis y acciones relacionadas con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma; es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento del mecanismo de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces.

Abdellah: es tanto una arte como una ciencia que moldea las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera en un deseo de ayudar a la gente enferma o no, haciendo frente a las necesidades sanitarias. (29)

Como se puede observar, no existe un concepto universal de enfermería hasta el momento, este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas de cada país, acontecimientos históricos que influyen en cualquier profesión y que la enfermería es una

²⁹ HERNÁNDEZ C., Abdul. "La enfermería como disciplina profesional holística". Revista Cubana Enfermera 2004;20(2) <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20-2-04/enf07204.htm> Compilado:30/01/2005.

ciencia muy joven comparada con otras ciencias como la medicina, física, química, por citar algunas que tienen varios siglos de existencia.

En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el *Proceso de Atención de Enfermería (PAE)* y el objeto de estudio enfermero se centra en *el Cuidado* en su dimensión más amplia. No es posible hablar de ciencia y teoría sin abordar el papel crucial de la investigación. ⁽³⁰⁾

LA PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

En México la enseñanza formal de la enfermería se inicia en la transición al siglo XX, el sistema de enseñanza fue determinado por la influencia de la estrategia europea en el seguimiento del sistema de formación profesional mexicano.

Así con limitación de los contenidos, con énfasis en las destrezas, disciplina y los valores fundamentales, se formó a las enfermeras que adquirieron la responsabilidad de los servicios en las primeras instituciones hospitalarias.

Es hasta 1945 cuando en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se establece una reforma del proyecto educativo en enfermería en el cual se refuerza la base científica de la medicina, el contenido humanista, prácticas avanzadas de enfermería médico quirúrgica y se amplían las prácticas de maternidad.

Desde entonces muchas cosas han cambiado, nos hemos preparado mejor y desarrollamos también mejor nuestra labor docente. Nos hemos integrado plenamente a la Universidad, lo cual ha influido a su vez en nosotros para encontrar caminos de superación.

A continuación se mencionan algunos que han sido el parte aguas en la profesionalización de la enfermería en México.

Durante el periodo de 1987 a 1991 se confirma entre la comunidad académica un genuino interés colectivo por evaluar el contenido, la metodología y condiciones de la formación profesional. Este proceso culminó con una importante transformación del plan de estudios, que entre otras cosas, logra diferenciar perfiles de nivel técnico y licenciatura, restablecer una identidad profesional, valora la formación universitaria y fortalecer el compromiso social de la enfermería con las necesidades de salud de las mayorías a través de aplicar y estudiar el enfoque de riesgo, con experiencias de aprendizaje donde el alumno aplique el conocimiento de enfermería para evitar daños a la salud.

Con el nivel de madurez que ha logrado la formación universitaria de enfermería, actualmente la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) atiende a una población escolar de más de tres mil quinientos alumnos de pregrado, por sistema abierto y escolarizado, así como cerca de quinientos estudiantes en cursos post-técnicos y seis programas de especialización y de esta manera; la escuela se destaca como la institución que ofrece el mayor número de profesionales que contribuyen al desarrollo de los sistemas de salud en nuestro país. ⁽³¹⁾

³⁰ Ibid.

³¹ SALAS S., Susana /RUBIO D., Severino. *La profesionalización de la Enfermería en México*. Proyecto ENEO-UNAM. 1995-2000. http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria_3400-profesionalización1.htm. Consultado: 26/02/2005.

Actualmente el proyecto de profesionalización de la ENEO tiene tres ejes fundamentales: el *primero* es el de desarrollo de la licenciatura en enfermería en el sistema escolarizado al cual se le han asignado mayores recursos debido a que la ENEO desde el año de 1998 sólo oferta la licenciatura en enfermería, a fin de que la formación de licenciados se consolide en nuestro país. Esta situación implicó también que las escuelas de Enfermería que tienen incorporados sus estudios a la UNAM regularizaran sus programas y a partir del ciclo escolar 1999 ofrecen únicamente estudios de Licenciatura en Enfermería. Estas escuelas son: Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, Escuela de Enfermería del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del Estado, Escuela de Enfermería del Instituto de Salud del Departamento del Distrito Federal, Escuela de Enfermería del Instituto Marillac, Escuela de Enfermería del Hospital Español, Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana, Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús, Escuela de Enfermería del Hospital American British Cowdray. Así como también el inicio, desarrollo y consolidación de los estudios de postgrado en la ENEO que permitan el avance vertical de los egresados de nivel superior en enfermería hacia el desarrollo de la investigación y del conocimiento disciplinario.

El *segundo eje* lo constituye el programa de profesionalización de enfermería a través del Sistema de Universidad Abierta el cual tiene más de 20 años de haber iniciado y que se ha constituido en punto de referencia y en modelo a seguir en nuestra universidad, por las universidades estatales, universidades latinoamericanas y existe también el interés en universidades de Canadá y Estados Unidos.

El Sistema de Universidad Abierta (SUA) de la ENEO ofrece la carrera de enfermería de nivel técnico para profesionalizar a las auxiliares de enfermería que se encuentran laborando en instituciones del sector salud públicas y privadas...

Se han establecido convenios con la Secretaría de Salud, el ISSSTE, EL hospital General de México, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Fundación Clínica Londres, el Hospital Español de México, las Universidades de los Estados de Durango, Puebla, ISSSTE Hidalgo y la Escuela de Enfermería de Chiapas, en las cuales se imparte ya esta modalidad de estudios para profesionalizar a las auxiliares de enfermería.

Para el nivel licenciatura se tiene el programa de ingreso por años posteriores al primero, el cual ofrece a egresados del nivel técnico en enfermería con bachillerato concluido la oportunidad de completar créditos y obtener el grado de licenciatura a través del SUA.

A la fecha este programa tiene una gran demanda y se han establecido sedes en los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán, Baja California, San Luis Potosí, Guadalajara, Monterrey, Sonora, Sinaloa, Veracruz, Hospital Español de México, la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud, la Escuela de Enfermería del Departamento del Distrito Federal, la Escuela del ISSSTE, la ENEP Iztacala, la Escuela Militar de Enfermeras.

Es necesario mencionar que el éxito y desarrollo de este proyecto de profesionalización se basa en el compromiso y la calidad de los docentes, en la eficacia de los medios utilizados y en el riguroso proceso de selección y de evaluación de los participantes. ⁽³²⁾

Por ello, y por la seguridad y experiencia adquirida en este sistema, que constituye el *tercer eje* del proyecto de profesionalización, en la ENEO hemos iniciado con la educación a distancia, ofreciendo opciones de educación continua vinculados con el sector profesional

³² Ibid.

de enfermería. A través de esta modalidad se han integrado a la barra de programación vía satélite (telecampus UNAM) los cursos de Avances en Diálisis Peritoneal llegando en su primera etapa a 270 enfermeras en la República Mexicana, Panamá, Guatemala, Nicaragua y Costa Rica.

Así también se ha impartido los cursos de Atención al Paciente en Estado Crítico, Tanatología, recientemente el Diplomado de Enfermería Nefrológica, Aterosclerosis y sus complicaciones, y el Cuidado de la Salud de la Mujer Embarazada, todos ellos con el propósito de ofrecer a mayor número de profesionales de la enfermería en ejercicio asistencial programas de actualización que contribuyan a mejorar la atención a la salud de México.

Por todas estas contribuciones, así como el compromiso y desarrollo de este proyecto de profesionalización la Organización Mundial de la Salud a través de la Oficina Panamericana de la Salud invitó y nombró a la escuela como centro colaborador para el Desarrollo de la Enfermería Profesional, situación que implica, además de lo ya mencionado, la extensión de este proyecto a la Región de las Américas. Dicho nombramiento se formalizó en Noviembre de 1997 y con los siguientes objetivos:

1. Participar en la profesionalización de enfermería a través de un sistema semipresencial o de educación a distancia que permita ampliar las oportunidades del desarrollo del recurso humano de enfermería en el país y en la Región de las Américas.
2. Desarrollar y difundir sistemas de atención materno infantil y salud reproductiva que permitan la extensión de la cobertura en modelos viables de atención Perinatal.
3. El desarrollo de modelos de atención ambulatoria y en el hogar dirigidos a personas y grupos con énfasis en la salud de la mujer, del anciano y de los niños.
4. Desarrollo de proyectos de investigación para evaluar el impacto de las innovaciones en cuanto a la relación enfermera-usuario y capacidad resolutoria del personal.

Es así como la ENEO refrenda una vez más su compromiso con la enfermería y con los procesos de profesionalización establecidos e invita a participar a las enfermeras del país en estas actividades, para incorporarse al movimiento de Desarrollo de la Enfermería Mexicana.

Por todo lo anterior, podemos decir que el proyecto de profesionalización que la ENEO-UNAM ha impulsado se consolida y adquiere prestigio nacional y reconocimiento internacional. ⁽³³⁾

³³ SALAS S., Susana. "La Profesionalización de la Enfermería en México". Ibid.

LA PRACTICA SOCIAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA .

La enfermería ha evolucionado a partir de que se reconoce la importancia de asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la enfermedad y la muerte. Esta evolución hoy en día permite valorar la naturaleza de la enfermería profesional y su función social en beneficio de la salud de la población.

Tradicionalmente la profesión ha sido identificada como una práctica centrada en el enfermo, con una fuerte connotación humanística. Estas concepciones se relaciona con su origen, su historia y su evolución, así como las costumbres sociales de atender enfermos y la enfermedad.

La profesión de enfermería de hoy, a través de su práctica cotidiana, dirige su labor hacia el individuo, la familia y al comunidad, los trabajadores, los escolares y los ancianos, entre otros, y en diferentes escenarios (social, político, asistencial y gerencial).⁽³⁴⁾

De acuerdo a lo anterior, se puede afirmar que en el camino hacia la profesionalización, la enfermería ha desarrollado diversas especialidades como la gestión en enfermería, docencia, administración de los servicios de enfermería, investigación en enfermería, misma que tendrá que impulsarse más para lograr altos niveles de competencia en la atención del individuo.

Desde la perspectiva actual de la salud y de la profesión el núcleo fundamental de su existencia como práctica profesional es el *cuidado* de la salud de los individuos y los grupos, lo que significa favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios y fortalecer y reforzar sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud y del logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

Este cambio de la práctica de enfermería ha influido notablemente las transformaciones en el panorama socio-político y económico de México.

Hoy, como consecuencia de un movimiento universal para la construcción de la enfermería como disciplina, se ha alcanzado, en algunas sociedades, niveles avanzados de formación; surgen teorías científicas para el cuidado enfermero que guían la práctica y la investigación formal y se tiene un profundo interés por reglamentar el ejercicio profesional para distinguir las funciones profesionales de la técnicas auxiliares y se logra identificar los contenidos científicos que fundamentan el cuidado enfermero y sus aportes en el proceso vital humano. Se favorece una tendencia de reencuentro con la naturaleza de la enfermería, su compromiso social, sus valores, su filosofía, su arte y su ciencia.

Se puede reconocer que la profesión ha evolucionado a partir de mejorar sus niveles y delimitar el contenido de su formación como disciplina profesional. En este proceso la educación universitaria ha contribuido de manera significativa y ahora las funciones de docencia e investigación resultan determinantes par apresurar la transición hacia una nueva enfermería profesional más humana.⁽³⁵⁾

Dicha estrategia debe considerar corregir el déficit de enfermeras profesionales y superar el desequilibrio, su distribución, retener un número suficiente de enfermeras y parteras en

³⁴ CARDENAS J., Margarita/ ZARATE G., Rosa A. "La formación y Práctica Social de la Profesión de Enfermería en México". 2001. <http://tone.udca.edu.co/revista/sep2001/enf.%20mexico.htm> Consultado: 06/03/2005.

³⁵ Ibid.

áreas subatendidas, garantizar condiciones de trabajo , estimulantes y equitativas, monitoreo de la calidad del cuidado y promover un sistema de enseñanza de enfermería de pregrado y postgrado que responda a las necesidades de salud de la población, y que contribuya a mejorar las competencias, desarrollar el conocimiento de la disciplina de enfermería y fortalecer sus valores humanos. (36)

Algo resulta tener relación con lo anterior, y es; que recientemente se dio a conocer en la Ciudad de México, feb. 1, 2005.- una noticia: en la que el presidente Fox giró instrucciones para sacar del tabulador de salarios mínimos a quienes ejercen la enfermería en el sector salud.

Esto es, que ya no estén en el catálogo de oficios, sino que se les reconozca como la profesión que realmente es, en algunos casos con licenciatura y especialidad. Lo cual significa que las enfermeras estarán mejor remuneradas e implica también un gran compromiso por continuar preparándonos y mantener un alto nivel de competencia profesional que nos represente, no solo a nivel nacional, sino también internacional. Y esto se da al mismo tiempo en que los Hospitales de Estados Unidos tienen la mirada puesta en las enfermeras mexicanas .

Las quieren reclutar para corregir un déficit, una escasez de enfermeras que se ha acumulado y que hoy es de cientos de miles.

Enfermeras bilingües es lo que Estados Unidos está buscando, actualmente, menos del 5% de las enfermeras en Texas habla español.)

“Con el aumento de la población hispana tenemos muchos pacientes con los que no nos podemos comunicar bien, así que cada enfermera bilingüe altamente calificada que encontramos, con gusto las traemos a trabajar”, asegura Kevin Stevenson, del Centro médico Baylor, Texas.

Hoy, el Consulado de México en Dallas, promueve un programa piloto binacional para capacitar, en universidades mexicanas, a enfermeras que puedan ejercer en Estados Unidos.

Para las profesionales mexicanas, el principal atractivo está en los ingresos; en Estados Unidos ganan entre 5 y 10 veces más por el mismo trabajo que hacen en México.

Estados Unidos las necesita, muchas quieren emigrar, sin embargo el principal requisito es también el principal obstáculo; el idioma, el inglés. (37)

Lo anterior se puede interpretar como la necesidad de que las enfermeras mexicanas seamos más competitivas, nos esforcemos por alcanzar un nivel profesional inmejorable que no sólo nos permita intercambiar conocimientos y programas académicos con otros países, sino evitar emigrar y obtener en nuestro país las mejoras “económicas” que ofrece el país vecino del norte. Hay mucho por hacer aquí.

³⁶ Ibid.

³⁷ RESENDEZ, Gabriela. “Enfermeras mexicanas, en la mira de EU”. Investigaciones-más. Noticieros Televisa 2005. <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/investigaciones/422553.html> Compilado: 26/02/2005.

Asimismo, en enero de 2004, surgió otra noticia, que también se vincula con la *práctica de enfermería*, el déficit de enfermeras es preocupante, y es que, México enfrenta una crisis con 190 enfermeras por cada 100 mil habitantes, cifra similar a la del africano Congo, profesión considerada de segunda en la víspera del Día de la Enfermera, que se celebra desde 1931 en México.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en sus cifras más recientes (2001), reporta que hay 190.1 enfermeras por cada 100 mil habitantes, mientras que en 1990 había 151.7 y 183.7 en 1995.

En total hay en México poco más de 190 mil profesionales de enfermería, 95% mujeres, de acuerdo a la misma dependencia oficial.

Más de una quinta parte de todas las enfermeras trabajan en servicios del Distrito Federal (nueve mil 366) y en el estado de México (cinco mil 935), a las que se suman las cuatro mil 166 que laboran en los institutos nacionales de salud, con sede en esta ciudad.

La OMS lanzó una advertencia el año pasado sobre el proceso de extinción de la enfermería, profesión cada vez menos atractiva para la juventud.

“Las enfermeras y parteras están dejando los servicios de salud y, como resultado, un creciente número de pacientes reciben cuidado inadecuado o ningún tratamiento”, asegura el llamado de la OMS.

Aducen que la mala paga, las condiciones peligrosas, la falta de desarrollo profesional y el que la enfermería se siga considerando una profesión de segunda, como las razones del abandono del ejercicio o estudio de la enfermería. (³⁸)

Considero con respecto a lo anterior, imprescindible valorar la importancia de nuestra profesión y contribuir con convicción a que los nuevos aspirantes o estudiantes de la Enfermería no deserten, si bien, mejor impulsar a que terminen la carrera y continúen escalando niveles de profesionalización.

Juan Pineda Olvera, profesor de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Unidad Iztacala, asegura que la “Enfermería al iniciar el tercer milenio se encuentra en una encrucijada”, ya que por un lado conserva características que han sido predominantes durante su evolución y que la han mantenido como una profesión de menor valía que otras, incluso por las enfermeras.

Por otra parte enfrenta el reto de “pasar de ser una profesión a la par de cualquier otra”. “Esta presión para que se transforme, nace de la evolución de los sistemas de salud, de la complejidad y tecnología de la atención, de las crecientes demandas de salud de la población y de los avances propios que la misma enfermería ahora tiene, que la sitúa como una disciplina nueva en fase de construcción”. (³⁹)

Para elevar esta profesión, explica el maestro Juan Pineda, es primordial generar investigación sobre enfermería de calidad y mejorar las condiciones laborales y de certificación de estas profesionales.

³⁸ RUIZ, Miriam. CIMAC NOTICIAS. “La enfermería del siglo XXI se halla en una encrucijada”. 6 de Enero, 2004. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04ene/s04010601.htm1> Consultado: 26/02/2005.

³⁹Ibid.

A todo lo anterior se suma el desempleo de 51% del personal de enfermería anunciado por la economista Felicia Knaul, especialista en género y pobreza.

Incluso, el festejo del Día de la Enfermera el 6 de enero en honor de Florence Nigthingale, retoma la figura subordinada y dulce de la mujer inglesa nacida en 1820. (40)

Las aportaciones previas nos dicen que, si bien es cierto, la Enfermería ha mostrado una evolución positiva con grandes avances en conocimientos que le han permitido identificarse como una disciplina, y en México los planes de estudios hacia la profesionalización adquieren mayor solidez, todavía no alcanzamos el nivel de desarrollo elevado en términos de reconocimiento salarial, para ello es indiscutible que las enfermeras estemos auténticamente preparadas para brindar calidad en el cuidado al paciente y atender a sus demandas o necesidades de salud, enfrentar el compromiso profesional con la sociedad; requiere de que la enfermería progrese en la certificación y se fortalezca como grupo y sea representativo no solo en el D.F. y en algunos estados de la república mexicana, sino en su totalidad.

Es preciso, cambiar algunas actitudes negativas que nos impiden crecer y desarrollarnos como, por ejemplo: tener capacidad de crítica constructiva, no rehusar a aprender el idioma inglés sólo porque “ya no es tiempo de aprenderlo”; como está cerca la jubilación para algunas, se piensa que ya no tiene caso... así no seremos competitivas, debemos tener conocimientos de computación, participar en proyectos de investigación en enfermería, porque esta última es la clave para consolidarse como disciplina.

Debemos entonces reforzar nuestra convicción de hacer y ser enfermeras con capacidad de generar un mejor desempeño y liderazgo de la profesión, de recuperar nuestros valores e impulsar cambios que beneficien a futuras generaciones, proponer y promover más investigación en enfermería para favorecer la aplicación del proceso enfermero como el método útil para el cuidado del paciente, emplear un modelo que se ajuste a la realidad del ámbito laboral y a la situación del cliente en cuestión. Y cómo lo lograremos?, bueno pues, participando activamente en los programas de educación continua, actividades docentes y de actualización en enfermería de vanguardia, es decir, no sólo enterarnos de lo que sucede en nuestro país sino también lo que existe en otras fronteras. Ser más participativas.

⁴⁰ RUIZ, Miriam. CIMAC NOTICIAS. Ibid.

1.2 Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería

1.2.1 Desarrollo Histórico del Proceso de Atención de Enfermería

A partir de su estado embrionario en la década de los cincuenta, el **Proceso de Enfermería** ha llegado a convertirse en una actividad organizada que va adquiriendo, lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país, a pesar de ser un **método de intervención enfermera** bastante consolidado en Norteamérica. La revisión de la bibliografía escrita en torno a este tema revela las vicisitudes por las que ha pasado este **proceso** hasta alcanzar su estado de desarrollo actual. Así haciendo memoria histórica sobre su aparición, hemos de retroceder a 1955, momento en el que Lydia Hall pronunció una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. Esta autora, en el transcurso de su conferencia, empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria para llegar a la afirmación central de su conferencia: "*La asistencia sanitaria es un proceso*". En este sentido, definió como proposiciones fundamentales: "*La asistencia sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente*". Dichos enunciados debían guiar el objetivo del **Proceso de Enfermería**, por lo que podían utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo.

Del mismo modo, la obra de I. J. Orlando, publicada a comienzos de la década de los sesenta, titulada "*La relación dinámica enfermera-paciente*", lo constituye la **relación interpersonal**. Al proponer la realización de **acciones deliberadas**, Orlando establece las distinciones entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería; asimismo, fue una de las primeras autoras que utilizó el término *Proceso de la Asistencia Sanitaria*, hoy conocido como **Proceso de Enfermería**. Así, en 1966 Lois Knowles presentó una descripción de un **modelo** que contenía las **actividades** que constituyen el cometido de los **profesionales de la enfermería**. Sugiere esta autora que el éxito profesional de la enfermería depende de su maestría para desarrollar las siguientes actividades:

- a) **Descubrir:** el profesional de enfermería adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- b) **Investigar:** el profesional de enfermería utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- c) **Decidir:** el profesional de la enfermería planea el procedimiento a seguir el la asistencia al paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cuál es la mejor forma de abordar la situación.
- d) **Actuar:** el profesional de la enfermería desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- e) **Discriminar:** el profesional de la enfermería establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente.

En 1967 un comité norteamericano definió el **Proceso de Enfermería** como "...la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera, y la interacción resultante. Las fases del proceso son: percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación". En ese mismo año, un grupo de profesores de la Escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes fases del **Proceso de Enfermería**: valoración, planificación, ejecución y evaluación.⁽⁴¹⁾

⁴¹ HERNÁNDEZ CONESA, J. *Fundamentos de la Enfermería, teoría y método*. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. Pág. 127, 128.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955) Jhonson (1959) Orlando (1961 y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975) Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración diagnóstica, planificación ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

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

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

Los objetivos.

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

- ✓ Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- ✓ Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

El desarrollo del PAE:

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

- ✓ Capacidad técnica (manejo de instrumental y aparatos).
- ✓ Capacidad intelectual (emitir planes de cuidado eficaces y con fundamento científico).
- ✓ Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).⁽⁴²⁾

⁴² DUEÑAS F., José R. *El Proceso de Atención de Enfermería*. Actualización: 22.OCT.2000 <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm> . Compilado: 17/11/2004.

1.2.2 Trascendencia del proceso atención de enfermería

Definición

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.⁽⁴³⁾

El proceso de atención de enfermería consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión. Con los años dicho proceso ha cambiado y evolucionado y, por ende, adquirido mayor claridad y comprensión.⁽⁴⁴⁾

Básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.⁽⁴⁵⁾

El proceso de los cuidados de enfermería podría definirse como un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados planificados orientados al bienestar del cliente. Utilizado con rigor, es, en realidad, un método sistemático que permite recoger la información necesaria, manejarla, concretarla en intervenciones adecuadas y evaluar sus resultados. Aplicado al marco conceptual de Virginia Henderson, facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente en el plano bio-psico-social, cultural y espiritual, y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción. Igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.⁽⁴⁶⁾

¿ Qué es el proceso enfermero y por qué hay que aprenderlo ?

El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente.

Es sistemático porque consta de cinco pasos –valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación– durante los cuales usted lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos únicos del consumidor de los cuidados de salud (la persona, la familia o la comunidad).⁽⁴⁷⁾

⁴³ IYER, P. W. / TAPTICH, B. J. *Proceso y Diagnóstico de enfermería*. Ed. Mc-Graw-Hill Interamericana. 3ª. Edición. México. 1997. Pág. 11.

⁴⁴ MURRAY, Mary Ellen. *Proceso de atención de enfermería*. 1996. Pág. 1.

⁴⁵ ALFARO, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*. Guía práctica. Ediciones Doyma. 2ª. Edición. Barcelona, España. 1992. Pág. 6.

⁴⁶ PHANEUF, Margot. *Cuidados de Enfermería*. El proceso de atención de enfermería. Edit. Interamericana Mc-Graw-Hill. 1ª ed. Madrid, España. 1993. Pág. 50, 51.

⁴⁷ Dueñas F., José R. *El Proceso de Atención de Enfermería*. 2000. Op. cit.

Hay por lo menos tres grandes razones para aprender a usar el proceso enfermero:

- 1) En muchos países su uso es un requisito fijado en los estándares para la práctica (de la American Nurses Association, los estándares de cuidados son: Valoración, Diagnóstico, Identificación de objetivos, Planificación, Ejecución, Evaluación).
- 2) Proporciona las bases para responder a las preguntas de los concursos-oposición para obtener plaza en el sistema público de cuidados de la salud.
- 3) Sus principios y reglas promueven el pensamiento crítico en el entorno clínico.

La autora nos dice que: “Si dedica el tiempo necesario para aprender y aplicar estos principios mejorará su capacidad para resolver los problemas, tomar decisiones y optimizar las oportunidades y los recursos, al tiempo que adquirirá hábitos de pensamiento que le ayudarán a aprobar los exámenes de pre y postgrado. En el entorno clínico tendrá la satisfacción de alcanzar los objetivos finales de los cuidados enfermeros, que son:

Prevenir la enfermedad y promover, mantener o restaurar la salud (y lograr una muerte apacible cuando el usuario está en situación terminal).

Permitir que las personas dirijan sus propios cuidados de salud.

Proporcionar cuidados de calidad y eficientes.

Seguir buscando formas de mejorar la satisfacción al administrar cuidados de salud.⁽⁴⁸⁾

Personalmente considero este último concepto de Rosalinda Alfaro, como el más completo y actualizado; que cumple con la función de hacer más comprensible el desarrollo de cada una de las etapas dando la debida importancia al aspecto humanista. Es práctico y lo aplicaré en el presente trabajo para el cuidado del neonato prematuro en la UCIN.

Las características.

Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.

Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesivamente o conjuntamente.

Tiene un base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen las ciencias y humanidades, y se pueden aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. ⁽⁴⁹⁾

⁴⁸ ALFARO-JEFEVRE, Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. Editorial Masson. 4ª ed. Barcelona, España. 2002. Pág. 4.

⁴⁹ DUEÑAS F., José R. El Proceso de Atención de Enfermería. <http://www.terra.es/personal/ducnas/pae.htm> 17/11/2004. Op. cit.

Propiedades.

El Proceso de Enfermería tiene seis propiedades: es intencionado, sistemático, dinámico, interactivo, flexible y tiene una base teórica. El proceso de enfermería se puede describir como *resuelto* porque va dirigido a un objetivo. El profesional de enfermería utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en el cliente. El proceso es *sistemático* porque consiste en la utilización de un enfoque organizado para conseguir su propósito. Este método premeditado favorece la calidad de la enfermería y evita los problemas asociados a la intuición o a la prestación de la asistencia tradicional.

El Proceso de Enfermería es *dinámico* porque está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes del cliente que se identifican a través de la relación entre profesional de enfermería y cliente. La naturaleza *interactiva* del Proceso de Enfermería se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el cliente, la familia y otros profesionales sanitarios. Este componente asegura la individualización de la atención al cliente.

Este es un punto que me parece muy importante, porque abarca aspectos como el trato individualizado hacia los pacientes, no debe haber lugar a la mecanización o a la rutina del trato igual, sobre todo en los neonatos que por su condición de inmadurez física y mental, no pueden exigir o reclamar sus derechos específicos, en nuestro caso como enfermeras al cuidado del recién nacido, se debe valorar las necesidades en forma integral lo cual incluye al familiar, disipar sus dudas en torno al padecimiento de su bebé, a veces, por ejemplo: no se está preparada para brindar apoyo emocional ante la pérdida por fallecimiento del neonato, otras veces, no calmamos la angustia del bebé o del familiar con una palabra amable o cortés, y eso es parte del trato digno que debemos al bebe y al familiar o tutor y que habla también de calidad, considerando todo esto, el cuidado *holístico* enfermero es: mente, cuerpo y espíritu sanos aplicado a uno mismo, y en esa justa dimensión poder y saber promover la salud.

La *flexibilidad* del proceso se puede demostrar en dos contextos: (1) se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades; (2) sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente. El proceso de Enfermería se utiliza con mayor frecuencia de forma consecutiva; sin embargo, el profesional de enfermería puede utilizar más de una etapa a la vez. Por ejemplo, al mismo tiempo que ejecuta el plan de cuidados, el profesional de enfermería puede evaluar su eficacia.

Finalmente, el Proceso de Enfermería tiene *una base teórica*. El proceso se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.⁽⁵⁰⁾

Requisitos previos.

En el empleo del Proceso de Enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades del profesional de enfermería. Las opiniones y conocimientos de dichos profesionales forman la base de las interacciones entre el profesional de enfermería y el cliente. Los conocimientos y las habilidades son los medios que permiten al profesional de enfermería (1) obtener datos, (2) determinar su importancia, (3) desarrollar actuaciones que favorezcan una atención de enfermería individualizada, (4) evaluar la eficacia del plan de

⁵⁰ IYER, P. W. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Op. cit. Pág. 13, 14.

cuidados y (5) iniciar cambios que aseguren que el cliente recibe una asistencia de calidad.⁽⁵¹⁾

Las ventajas.

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

Para el paciente son:

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

Para la enfermera:

Se convierte en experta
Satisfacción en el trabajo
Crecimiento profesional.⁽⁵²⁾

El proceso de atención de enfermería (PAE) y sus implicaciones éticas.

Hasta muy recientemente, la mayoría de las conceptualizaciones teóricas acerca de la ética, e incluso propuestas de modelos de procedimientos para la toma de decisiones éticas no atañían directamente a las enfermeras, pues estas no sólo eran vistas como un personal subalterno y dependiente, sino que en realidad lo eran, puesto que todo su actuar profesional estaba vinculado sólo al cumplimiento de las indicaciones médicas. De ahí que la mayoría de los problemas morales de la profesión de enfermería estuvieran circunscritos a "si la enfermera había o no cumplido correctamente las indicaciones médicas".

Pero a partir de la segunda mitad de este siglo, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida, con su propio cuerpo teórico-conceptual y su método de actuación, esta profesión elevó su rango académico y, al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad, con otras profesiones, en la atención de las personas, familias y comunidades en el proceso de salud-enfermedad.

Las enfermeras, por tanto, aunque han continuado realizando acciones dependientes de las órdenes médicas han sumado las acciones interdependientes con otros profesionales del equipo de salud; pero lo más importante de todo, han iniciado la realización de un grupo, cada vez más numeroso, de acciones dependientes, frente a las cuales son las únicas responsables, tanto desde el punto de vista de la competencia y desempeño profesional demostrado en su actuar, como desde el ángulo de la ética. Especialmente en la atención primaria de salud, donde la enfermera aplica con amplitud el enfoque socio-psico-biológico que su profesión imprime al proceso salud-enfermedad.

A la enfermera, desde el punto de vista de su ciencia particular y su correspondiente campo de actuación, le interesa mucho conocer los valores morales de las personas. No hacerlo representaría una *desventaja*.⁽⁵³⁾

⁵¹ IYER, Patricia W. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Ibid. Pág. 13, 14.

⁵² DUEÑAS F., J. R. *El Proceso de Atención de Enfermería*. Op. cit.

⁵³ AMARO C., M. del Carmen. *El método científico de Enfermería, el Proceso de Atención, sus implicaciones éticas y bioéticas*. Revista Cubana Enfermera 2004;20(1) Pág. 3, 4. <http://bvs.sld.cu/revistas/enf7vol20-1-04/enf10104.htm> Compilado: 31/01/2005.

Pero la enfermera de la atención secundaria y terciaria no tiene por qué perder su enfoque socio-psico-biológico del proceso salud-enfermedad y por otra parte, en estos niveles de atención en los que cada día se hace más patente la invasión de la compleja y deshumanizante tecnología, la enfermera continúa aportando el precioso vínculo de la necesaria humanización de los cuidados al paciente y su familia.

Es hora ya de que las enfermeras, que siempre han preconizado el respeto al paciente que atienden, reconozcan que ese derecho abarca el reconocimiento de sujeto autónomo, capaz de elegir lo mejor para él, si está debido y oportunamente informado de los beneficios, riesgos y consecuencias de los cuidados que se intenta prodigarles.

Otro importante elemento a tomar en cuenta es la correcta prioridad de los pacientes que deben ser atendidos, así como la jerarquización en el caso de un paciente particular, de las necesidades básicas más urgentes de satisfacer, pero, sobre todo, la prudente preparación de equipos, materiales y medicamentos necesarios para enfrentar cualquier emergencia en el servicio donde desarrollan sus actividades.

Todo lo anterior sólo podrá hacerse si se cuenta con enfermeras que posean buena *competencia y desempeño profesional*, puesto que sólo podrá evitarse el daño al paciente y, al propio tiempo, asegurarle el bien necesario si se sabe hacer bien su cometido.

En la atención secundaria y terciaria, la enfermera enfrenta a diario la atención de pacientes que requieren cuidados especiales o intensivos, que resultan por tanto, aislados de sus seres más allegados afectivamente, y el stress que sufren, tanto el paciente como sus familiares y amigos más próximos, podría ser aliviado si las enfermeras dejaran de actuar mecánicamente como defensoras de reglamentos rígidos institucionales que van en contra del bienestar social y psicológico de esos pacientes.

Acerca de las anteriores implicaciones es importante destacar que en México es responsabilidad del profesional de enfermería, tener conocimiento y aplicar normas éticas para estar bien consigo mismo y con el paciente, para lo cual más adelante, se menciona el Código Ético para Enfermería, su observancia es importante en el proceso de atención de enfermería porque fortalece el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuye a mejorar la calidad de los servicios.

Para sobrevivir a los desafíos competitivos del próximo decenio, la enfermería debe continuar proporcionando un servicio de calidad que sea valorado por los pacientes. El proceso atención de enfermería constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del cuidado que presta y la mejore. Las enfermeras siempre han sido responsables en su práctica profesional, pero ahora se les pide responsabilidad financiera. Esto significa que primero necesitan estar conscientes de los recursos utilizados en el cuidado de los pacientes y luego controlar la asignación de esos recursos. Entre estos se incluyen no sólo los suministros sino también el tiempo que invierten en proporcionar los cuidados.

Lo anterior se puede interpretar como una medida para ahorrar tiempo y evitar esfuerzos innecesarios, así como la restricción o limitación de costos.

El empleo del proceso de atención de enfermería ayuda a evitar duplicaciones y omisiones que dan por resultado el uso innecesario de recursos. ⁽⁵⁴⁾

⁵⁴ Ibid.

La American Nurses Association, organización que agrupa a las enfermeras profesionales de Estados Unidos, publicó las *Standards of clinical Nursing practice* (1991) (Normas para la práctica de enfermería clínica). Las normas empleadas en este sentido definen las responsabilidades de todas las profesionistas del área registradas que se dedican a la práctica clínica, cualquiera que sea la situación específica. También enumera las obligaciones de la enfermera con el público, y la **hacen responsable del uso del proceso de atención de enfermería.** (⁵⁵)

En Enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores de Beneficencia y no maleficencia, Justicia, Autonomía, Privacidad, Fidelidad, Veracidad, Confiabilidad, Solidaridad, Tolerancia. La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de las deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera. (⁵⁶)

Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en al cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno natural sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ CONAMED. *Código de Ética para enfermeras*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Actualización: 18.01. 2005. <http://www.conamed.gob.mx/codigoenf.htm> Consultado: 26/02/2005.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.
(⁵⁷)

1.2.3 Etapas del proceso

El Proceso de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Cada una de ellas puede describirse de la siguiente forma:

1.2.3.1 Valoración

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente / familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería. (⁵⁸)

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

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

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

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

Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.

Comunicarse de forma eficaz. Implica conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse. (⁵⁹)

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ IYER, P. W. *Proceso y Diagnostico de Enfermería*. Op. cit. Pág. 12.

⁵⁹ DUEÑAS F., José R. *El proceso de atención de enfermería*. Op. cit.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de estos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

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

Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda de forma sistemática.

Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”: se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por “Patrones Funcionales de Salud”: la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo / familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

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

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

En las valoraciones posteriores, tenemos que tener en cuenta:

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

En la recolección de datos necesitamos:

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

Tipos de datos a recoger:

- Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.
- Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades. ⁽⁶⁰⁾

Los tipos de datos:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

⁶⁰ Ibid.

-Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).

-Datos históricos –antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).

-Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.⁽⁶¹⁾

Pasos para realizar la valoración:

La valoración como proceso continuo proporciona información valiosa del usuario, permitiéndonos emitir juicios sobre el estado de salud a partir de la identificación de problemas reales y de riesgo, y de los recursos (capacidades) existentes para conservar la salud.

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

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

Recolección de la información:

Da inicio desde el “primer encuentro con el usuario, y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta”, por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos.

Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas (el usuario y la familia), como indirectas (expediente clínico y la bibliografía relevante).

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

“Durante la valoración el profesional de enfermería recoge cuatro tipos de datos: subjetivos, objetivos, históricos y actuales”. Los datos subjetivos son aquellos que el usuario nos refiere y que manifiestan una percepción de carácter individual (ejemplo: el dolor, el temor, la debilidad, la impotencia, etc...). Son datos objetivos la información que se puede observar y medir a través de los órganos de los sentidos (ejemplo: la frecuencia cardiaca, el color de la piel, el peso y la talla, la tensión arterial, la presencia de edema etc...). Los datos históricos se refieren a hechos del pasado y que se relacionan con la salud del usuario (ejemplo: antecedentes familiares y personales de enfermedad, conductas que se han tenido para el cuidado de la salud, hospitalizaciones, tratamientos médicos recibidos, etc.), y los datos actuales son hechos que suceden en el momento y que son el motivo de consulta u hospitalización (ejemplo: la hipertermia, la deshidratación. El sangrado, el insomnio, el alcoholismo, la ansiedad etc...).

Toda la información se recolecta por medio de la entrevista y del examen físico, ambas “se complementan y clarifican mutuamente”, en consecuencia se pueden realizar en forma simultánea. ⁽⁶²⁾

⁶¹ DUEÑAS F., José R. El Proceso de Atención de Enfermería. Ibid.

⁶² RODRÍGUEZ S., Bertha A. Proceso Enfermero, Aplicación actual. Ediciones Cuellar. 2ª. Ed. Guadalajara, Jal. México. 2001. Pág. 40, 41, 46, 47.

Validación de la información:

Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de que los datos obtenidos sean los correctos.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y “cometer errores al identificar los problemas”.

Para la validación de los datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera que recolecte aquellos datos en los que no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario / familia y a otros integrantes del equipo sanitario.

Registro de la información:

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

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

Con respecto al registro de los datos, éste varía de un centro laboral a otro, pero el “saber cómo y que anotar, es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí misma de posibles demandas por mala práctica profesional”.⁽⁶³⁾

Técnicas para valorar:**La entrevista enfermera y la valoración física**

La entrevista y la valoración física se complementan y clarifican mutuamente.

La entrevista enfermera

Su capacidad para establecer una relación de confianza, formular preguntas, escuchar y observar es la clave para una interrelación enfermera – paciente positiva y es esencial para conocer los hechos. Las persona que demandan cuidados de salud, ya tengan una enfermedad aguda o no, están en posición extremadamente vulnerable; necesitan saber que están en buenas manos y que sus principales preocupaciones serán atendidas. Es aquí donde entra en juego. Considere las siguientes guías que pueden ayudarla a realizar una entrevista que inicie una relación terapéutica, inspire confianza, cree una actitud positiva y reduzca la ansiedad.

Guía: entrevista centrada en el usuario (sintetizada)*Cómo establecer una relación de confianza.*

Antes de iniciar la entrevista :

- Organícese. Centrar la atención en la persona.
- No se fie de la memoria. Usar una guía general, un plan escrito o impreso.
- Dedique tiempo suficiente. De media a una hora.
- Asegure la intimidad. Entorno tranquilo, sin interrupciones ni distracciones.
- Mantenga centrada su atención. Decir mentalmente:”lo más importante en este momento es el paciente”.⁽⁶⁴⁾

⁶³ RODRÍGUEZ S., Bertha A. 2001. Ibid. Pág. 47.

⁶⁴ ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. 2002. Op. cit. Pág. 41, 42, 44.

-Véase a sí misma como segura, cálida y atenta. Transmitirá su genuino interés por la persona .

Cuando empiece la entrevista:

-Preséntese dando su nombre y posición. Como un mensaje de que acepta la responsabilidad y que está dispuesta a responder de sus acciones.

-Verifique el nombre de la persona y pregúntele cómo le gusta que la llamen. Es correcto. Ayuda a relajarse.

-Explique brevemente su propósito: (Ej. "Estoy aquí para hacerle la entrevista inicial que nos ayudará a planificar sus cuidados enfermeros).

Durante la entrevista:

-Dedique a la persona toda su atención. No enfrascarse en sus notas o leer el impreso de valoración.

-No corra. Ir de prisa demuestra falta de interés en lo que la persona le cuenta.

Cómo escuchar.

-Sea una oyente empática (ponerse en el lugar del otro).

-Útilice frases suplementarias cortas que haga saber a la persona que la entiende y que la estimulen a continuar.

-Escuche los sentimientos tanto como las palabras

-Ponga en conocimiento de la persona cuando vea un lenguaje corporal que envía mensaje contradictorio con el mensaje verbal.

-Deje que la persona acabe las frases.

-Tenga paciencia si la persona tiene un bloqueo de la memoria.

-Evite el impulso de interrumpir.

-Permita que haya pausas en la conversación.

Cómo formular las preguntas (interrogatorio)

-Pregunte en primer lugar por el problema principal.

-Focalice sus preguntas para obtener información específica sobre los signos y síntomas.

-No haga preguntas dirigidas. Inducen a la persona a dar una respuesta específica.

-Use formulaciones exploratorias. Preguntas que empiecen con palabras como: diga , describa, explique y elabore.

-Use técnicas de comunicación que refuercen su capacidad para pensar críticamente e informarse de los hechos.

-Evite las preguntas cerradas (las que requieren de una respuesta monosilábica).

Cómo observar (observación)

-Use sus sentidos. ¿Ve, oye o huele algo anormal?

-Note la apariencia general.

-Observe el lenguaje corporal.

-Fíjese en los patrones de interacción. Sea conciente de la respuesta de la persona a su estilo de entrevista. ⁽⁶⁵⁾

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

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

⁶⁵ AL.FARO, Rosalinda. *Aplicación del Proceso Enfermero*. 2002. Ibid. Pág. 44, 45,46.

fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados. ⁽⁶⁶⁾

Cómo terminar la entrevista

-Pida a la persona que resuma sus preocupaciones más importantes, luego resúmalas usted desde su perspectiva.

-Ofrézcase usted misma como recurso. Explique que espera que surjan nuevas necesidades y que le gustaría estar informada para poder introducir los cambios necesarios.

-Acabe con una nota positiva y estimule a la persona a convertirse en un participante activo... No vacile en ofrecer sugerencias o hacer preguntas en cualquier momento.

Valoración física

La clave para llevar la valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil. Las habilidades para la valoración física incluyen lo siguiente:

Inspección. Observar cuidadosamente usando para ello sus dedos, ojos, oídos y sentido del olfato.

Auscultación. Escuchar con un estetoscopio.

Palpación. Tocar y presionar para comprobar la presencia de dolor y sentir las estructuras internas, como el hígado.

Percusión. Golpear suavemente directa o indirectamente la superficie corporal para determinar los reflejos (con un matillo de percusión) o para comprobar si un área contiene líquido (con suave golpeteo de los dedos sobre la superficie).

La mejor forma de ser minuciosa y sistemática en la valoración física es elegir una buena manera de organizar su abordaje y usarla de forma que se vuelva automática

La manera de organizar su valoración depende de dos cosas:

1. El estado de la persona. Si está enferma, empiece examinando en primer lugar el área donde aparecen los problemas antes de pasar a otras partes del cuerpo. Por ejemplo, si encuentra a una persona inconsciente examinará primero la permeabilidad de las vías aéreas, la respiración y la circulación, de acuerdo con las reglas básicas de la resucitación cardiopulmonar (RCP).
2. Sus propias preferencias . Por ejemplo, puede elegir un abordaje de cabeza a pies, en el que empieza por valorar la cabeza y el cuello y continúa descendiendo por el tórax, abdomen, piernas y pies, por este orden. O puede preferir un enfoque por sistemas corporales empezando por el aparato respiratorio (nariz, boca, garganta, pulmones) y siguiendo con el estado cardíaco, circulatorio, neurológico, gastrointestinal, genitourinario, músculo esquelético tegumentario. ⁽⁶⁷⁾

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

Exploración física. Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la

⁶⁶ DUEÑAS F., José R. *El Proceso de Atención de Enfermería*. Op. cit.

⁶⁷ ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda. *Aplicación del Proceso Enfermero*. 2002. Op. cit., Pág. 46, 47, 48.

entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación; antes mencionadas.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estado o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudaran en la valoración.

Percusión: Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire, y Timpánicos: se encuentran al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

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

Existen diferentes formas de abordar un examen físico:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por al cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

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

- a) Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta al paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- b) Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- c) Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, <<normal,>> <<regular,>> etc.
- d) Los hallazgos deben describirse de manera metódica, forma, tamaño, etc.
- e) La anotación debe ser clara y concisa.
- f) Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores. ⁽⁶⁸⁾

⁶⁸ DUEÑAS F., José R. *El proceso atención de enfermería*. Op. cit.

- g) Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán sólo las abreviaturas de uso común. ⁽⁶⁹⁾

La referencia precedente alude a lo que debe ser parte de la identificación del gremio de enfermería (la búsqueda de la calidad y calidez al brindar el cuidado), pues al realizar notas u observaciones de enfermería, éstas, plasmadas en un papel, se vuelven un documento legal en donde se afirma el cuidado enfermero que se prodiga al paciente, y cumple la función de abogar por él; sin permitimos errores al escribir o al comunicarnos. Además nos permiten confirmar errores de omisión e inclusión acerca del tratamiento o rehabilitación del paciente.

Control de las pruebas diagnósticas y de laboratorio

El control de las pruebas diagnósticas y de laboratorio es esencial para realizar una valoración completa. Estos estudios son una especie de "informe" de cómo funciona el cuerpo. Con frecuencia proporcionan evidencias clave que le ayudan a determinar el estado de salud. Por ejemplo, puede encontrar en la valoración unos datos perfectamente normales y comprobar luego que existe un nivel bajo de potasio, lo que requiere evaluación y tratamiento, puesto que crea el riesgo de arritmias cardíacas. O puede sospechar un problema de salud, como por ejemplo deshidratación, que se confirmará con los estudios de laboratorio, por ejemplo, con un hematocrito alto. ⁽⁷⁰⁾

El examen físico general.

Al principio conviene familiarizarse con el examen físico general. Se recomienda detenerse en analizar los rangos de normalidad y las alteraciones que se pueden encontrar. Las secciones del examen físico general son:

1. Posición y decúbito.
2. Marcha o deambulación.
3. Facie y expresión de fisonomía.
4. Conciencia y estado psíquico.
5. Constitución y estado nutritivo. Peso y talla.
6. Piel y anexos.
7. Sistema linfático.
8. Pulso arterial.
9. Respiración.
10. Temperatura.
11. Presión arterial.

Es aconsejable que se vean distintas lesiones de la piel, palpen ganglios linfáticos, tomen el pulso, la presión arterial, etc.

A medida que se revisa el examen físico en sus diferentes secciones, conviene detenerse a analizar las distintas alteraciones que se pueden encontrar (Ej.: pulsos con distintas características, la mejor forma para tomar la presión arterial, etc.). ⁽⁷¹⁾

⁶⁹ DUEÑAS F., J.R. *El Proceso de Atención de Enfermería*. Ibid.

⁷⁰ ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicación del proceso enfermero*. 2002. Op. cit., Pág. 48.

⁷¹ ESCUELA DE MEDICINA. *Etapas a desarrollar con el tutor*. Curso integrado de Clínicas Médico-Quirúrgicas- Mec.-231A_ 2004. http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/etapas_desarrollar.htm1 Consultado: 19/03/2005.

1. *Técnicas para efectuar un buen examen físico:* A medida que se va avanzando en el examen físico, es conveniente enseñar y practicar algunas técnicas. Ellas son fundamentalmente la observación, la palpación, la percusión y la auscultación. En este sentido aprender la forma de palpar (ejem.: el ápex del corazón, las vibraciones vocales, etc.), de percutir (ejem.: precisar la altura de las bases pulmonares o la extensión del hígado), y la auscultación (ejem.: reconocer las características de los soplos cardiacos o de los ruidos pulmonares).
2. *El Examen Físico Segmentario:* Después de adiestrarse en el examen físico general, procede seguir con el examen físico segmentario, que comprende fundamentalmente:

Examen de la cabeza: En esta sección del examen físico conviene destacar el examen de los ojos (ejem.: pupilas, movimientos, ejes oculares, campo visual, agudeza visual, fondo de ojo, etc.), boca y faringe (ejem.: aspecto de las mucosas, de la faringe, estado de la dentadura, movimiento del velo del paladar, etc.), oídos (ejem.: audición, otoscopia, etc.).

Examen del cuello: Se revisan las yugulares, el pulso, se buscan soplos carotídeos, adenopatías y se palpa la glándula tiroides.

Examen de la caja torácica y de las mamas: Se inspeccionan posibles alteraciones de la caja torácica y, si las condiciones de prestan, respetando la privacidad y con la anuencia de la paciente, se efectúa el examen de las mamas.

Examen de los pulmones: Esta es una parte muy importante del examen físico y se debe practicar muchas veces. Es necesario adiestrarse en las técnicas de palpación, percusión y auscultación. Interesa aprender a distinguir un derrame pleural de una condensación pulmonar. Reconocer sibilancias y roncus. Distinguir un pulmón enfisematoso, o con fibrosis pulmonar, etc.

Examen del corazón: Esta es otra sección del examen físico. La auscultación juega un rol muy importante y es necesario entrenarse. Conviene complementar esta parte del examen revisando programas de ruidos cardiacos que están disponibles (ejem.: el www.blaufus.com).

Examen del abdomen y regiones inguinales: En esta parte del examen físico interesa adiestrarse en el examen del abdomen, partiendo con la inspección, la palpación superficial y profunda, percusión y auscultación. También se debe precisar el tamaño del hígado, el bazo y los riñones. Finalmente se deben examinar las regiones inguinales.

Examen de los genitales externos: El examen de los genitales externos requiere de privacidad. Además, se tratará de no incomodar al paciente. En todo caso, en al medida que sea posible, conviene efectuar esta parte del examen. En casos superiores se debe insistir más, incluyendo examen rectal y ginecológico.

Examen de la columna vertebral y de las articulaciones: El examen de estas partes del cuerpo también requiere de ciertos conocimientos y habilidades (ejem.: identificar signos inflamatorios en las articulaciones, pesquisar un derrame articular en las rodillas, etc.).⁽⁷²⁾

⁷² Ibid.

Examen vascular periférico: Interesa examinar tanto la circulación arterial como la venosa (ejem.: palpación de pulsos periféricos, identificar signos de isquemia, evaluar una insuficiencia venosa, saber cuando plantear una trombosis venosa profunda, etc.).

Examen neurológico: Conviene practicar muchas veces esta parte del examen. La información obtenida se puede presentar siguiendo el siguiente esquema:

- A. Conciencia y examen mental.
- B. Nervios craneales.
 - 1. Nervio olfativo.
 - 2. Nervio óptico y fondo de ojo.
 - 3. Nervio motor ocular común.
 - 4. Nervio troclear o patético
 - 5. Nervio trigémino.
 - 6. Nervio abducente o motor ocular externo.
 - 7. Nervio facial.
 - 8. Nervio auditivo.
 - 9. Nervio glossofaríngeo.
 - 10. Nervio vago.
 - 11. Nervio espinal accesorio.
 - 12. Nervio hipogloso.
- C. El sistema motor (movimientos, fuerzas, tono, reflejos, coordinación).
- D. Examen de la sensibilidad (dolor y temperatura, posición y vibración, tacto superficial, discriminación de distintos estímulos).
- E. Signos de irritación meníngea.

Exámenes de Laboratorio y Gabinete:

- A. Radiografía de tórax: conviene aprender a verlas e interpretarlas.
- B. Electrocardiograma: se exigen conocimientos básicos (ejem.: identificación del ritmo, frecuencia, y algunos signos frecuentes).
- C. Interpretación de hemogramas, gases arteriales, perfil bioquímico, orina y otros. ⁽⁷³⁾

1.2.3.2 Diagnóstico

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente. ⁽⁷⁴⁾

El establecimiento de un diagnóstico de enfermería facilita el trabajo de la enfermera. Sumida en un montón de datos, le resultaría evidentemente difícil planificar intervenciones apropiadas. La formulación sintética de estas informaciones, por medio de un diagnóstico, permite al que suministra los cuidados darse cuenta del *sentido* de su *intervención*.

⁷³ ESCUELA DE MEDICINA. *Etapas a desarrollar con el tutor*. 2004. Ibid.

⁷⁴ IYER, Patricia W. Op. cit. Pág. 12.

El diagnóstico de enfermería presupone una definición clara del problema de dependencia y, cuando es posible, una descripción de las fuentes de dificultad que experimenta el cliente. Pueden añadirse también factores que contribuyen a la aparición de estas fuentes de dificultad, denominados “elementos etiológicos secundarios”.

Se puede uno preguntar, sin embargo, cómo se articulan entre sí el modelo conceptual y el diagnóstico de cuidados, o si los distintos modelos pueden orientarse hacia un diagnóstico de enfermería. El diagnóstico es el reflejo del problema del cliente, sea cual sea el ángulo desde el que se lo considera. ⁽⁷⁵⁾

El diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el **diagnóstico**, de forma general, como un **juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención enfermera.**

Así pues, es importante no confundirlo con los objetivos definidos para el paciente, ni debe ser utilizado como sinónimo de las intervenciones enfermeras, pues si bien constituye la base para establecer objetivos y para planear las intervenciones, posee unas características propias que le diferencian de esas actividades. En este sentido, el **diagnosticar** debe entenderse como una función establecida e independiente propia del profesional de enfermería. Se requiere una **gran capacidad y conocimiento previos** para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por tanto, el diagnóstico enfermero constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera, por lo que todos los profesionales de enfermería deben estar capacitados para realizarlo.

El término **diagnóstico de enfermería** se utilizó por vez primera en la década de los años cincuenta. ⁽⁷⁶⁾

¿Qué se requiere para formular diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes?
Se requiere haber realizado la valoración y el razonamiento diagnóstico antes de iniciar con la formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. También es preciso conocer las categorías diagnósticas de la N.A.N.D.A. (*Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería*) y la estructura que deben tener los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes de acuerdo a sus características.

“Los diagnósticos enfermeros están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que al enfermera identifica, valida y trata independientemente, siendo ella la responsable del logro del resultado deseado”, por lo tanto, únicamente en los diagnósticos enfermeros deben utilizarse las categorías diagnósticas de la NANDA.

Un problema interdependiente o de colaboración. Es un juicio clínico sobre respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración con el equipo sanitario.

¿Qué diferencias existen entre un diagnóstico enfermero y un problema interdependiente?
Ambos son juicios clínicos, el diagnóstico enfermero se centra en las respuestas humanas, que es el campo de acción específico de la enfermería, en donde la enfermera(o) tiene la autoridad para la predicción, y tratamiento en forma independiente; en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el

⁷⁵ PIANEUF, M. Op. cit. Pág. 80.

⁷⁶ HERNÁNDEZ CONESA, J. OP. cit. Pág. 133.

principal responsable, la enfermera y el resto del los integrantes del equipo sanitario colaboran en la predicción, prevención y tratamiento. ⁽⁷⁷⁾

Un diagnóstico de enfermería debe cumplir los siguiente requisitos:

La **designación** proporciona un nombre al diagnóstico.

La **definición** ofrece una descripción clara y exacta del diagnóstico, define su significado y lo diferencia de otros diagnósticos.

Las **características definitorias** se refieren a las conductas o signos y síntomas clínicos que son manifestaciones del diagnóstico.

Los **factores relacionados** son las situaciones o circunstancias que pueden causar o contribuir al desarrollo del diagnóstico.

Los **factores de riesgo** son factores ambientales y elementos fisiológicos, genéticos o químicos que aumentan la vulnerabilidad a un acontecimiento nocivo.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y de bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

Diagnóstico de enfermería real, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de una comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida, p. Ej.:desesperanza, conflicto del rol parental fatiga.

Diagnóstico de enfermería de alto riesgo, es un juicio clínico de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, y de otros que se encuentra en una situación igual o similar. Los diagnósticos de alto riesgo incluyen factores de riesgo –conductas, enfermedades o circunstancias- y que guían las actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema, p.ej.: alto riesgo de infección, alto riesgo de disfunción neurovascular periférica, alto riesgo de tensión en el desempeño del rol de cuidador.

Diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel más elevado, p.ej.: conductas generadoras de salud, lactancia materna eficaz, o afrontamiento familiar: potencial de desarrollo. ⁽⁷⁸⁾

¿Cómo se estructuran los diagnósticos enfermeros?

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la NANDA previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En el caso del **diagnóstico enfermero real** “se aconseja un formato en tres partes: **problema + factores relacionados (...)** y **datos objetivos y subjetivos**”.

El problema es la respuesta humana, los factores relacionados son la causa del problema (etiología), cuyo origen puede obedecer a trastornos “fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales(...)” y los datos objetivos y subjetivos (características definitorias / sintomatología), son las evidencias de que el problema existe. ⁽⁷⁹⁾

⁷⁷ RODRÍGUEZ S., B. Alicia. Op. cit. Pág. 55, 56.

⁷⁸ HERNÁNDEZ CONESA, J. Fundamentos de enfermería. Op. cit. Pág. 134.

⁷⁹ RODRÍGUEZ S., B. A. Op. cit. Pág. 59, 60.

El problema se une a los factores relacionados con las palabras RELACIONADO CON, y éstos se unen con las características definitorias mediante las palabras MANIFESTADO POR.

Para estructurar un diagnóstico enfermero de riesgo se emplean únicamente dos partes: **problema + factores de riesgo**, ya que no existen datos objetivos y subjetivos (Características definitorias). Los factores de riesgo son “aquellos que predisponen a un individuo, familia o comunidad a un acontecimiento nocivo”...se antepone al nombre de la categoría diagnóstica las palabras: RIESGO DE.

En cuanto a la formulación de los diagnósticos de salud “estos únicamente llevan un solo elemento que es el nombre correspondiente a la respuesta humana, a la cual se le antepone las palabras “Potencial de aumento de ... o potencial de mejora de ...”.⁽⁸⁰⁾

De la valoración al diagnóstico, el eje central.

El diagnóstico se considera el eje central por dos razones:

1. Los problemas que identifica durante esta fase son la base del plan de cuidados. Si su lista de problemas es exacta, específica y completa, su plan se centrará en los aspectos más importantes. En caso contrario, es posible que sus cuidados resulten ineficaces, quizás incluso peligrosos.
2. Los recursos que utiliza son de un valor incalculable para determinar unas intervenciones enfermeras efectivas. Si omite los recursos, puede estar pasando por alto uno de los elementos más valiosos con los que cuenta: la persona que requiere cuidados, su familia y su red de apoyo.⁽⁸¹⁾

Lo anterior nos habla de la gran importancia de adquirir experiencia al elaborar un diagnóstico de enfermería, este se basa en los datos recogidos en la valoración, lo que deja claro que se interrelacionan y que sin una buena valoración por parte de la enfermera, no se podrá llegar a hacer un buen diagnóstico y por tanto tampoco un plan eficaz del cuidado de enfermería, requiere de toda la capacidad de conocimientos de la enfermera y también de su capacidad de razonamiento crítico, y por supuesto de practicarlo.

1.2.3.3 Planeación

Es la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.⁽⁸²⁾

Planificación: determinar las prioridades, identificar los objetivos y anotar el plan de cuidados. Según Rosalinda Alfaro afirma que:

⁸⁰ RODRÍGUEZ S., B. Alicia. Op. cit. Pág. 60, 61, 62.

⁸¹ ALFARO, Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Op. cit. Pág. 72.

⁸² IYER, Patricia W. Op. cit. Pág. 13.

La planificación implica lo siguiente:

- Fijar prioridades.
- Establecer criterios de resultados.
- Determinar las órdenes enfermeras.
- Registrar el plan de cuidados.

El plan de cuidados tiene cuatro objetivos principales:

1. Promover la comunicación entre los cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y la documentación.
3. Crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.
4. Proporcionar una documentación de las necesidades de cuidados de la salud que más tarde pueda usarse para determinar su coste.

Principales componentes de los planes de cuidados:

1. **Diagnósticos o problemas.** ¿Cuáles son los problemas que requieren ser anotados en un plan de cuidados?
2. **Objetivos (resultados deseados).** ¿Qué resultados desea conseguir y cuándo espera conseguirlos?
3. **Intervenciones.** ¿Qué hay que hacer para conseguir los objetivos?

El pensamiento crítico y la determinación de prioridades

Determinar prioridades es una habilidad esencial del pensamiento crítico que requiere que usted sea capaz de decidir:

1. Qué problemas necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar.
2. Qué problemas son responsabilidad suya y cuáles debe referir a otros profesionales de la salud.
3. Qué problemas puede tratar aplicando los planes de cuidados estándares (p.ej., vías críticas, estándares de cuidados).
4. Qué problemas *no están cubiertos* por los planes de cuidados estándares pero deben tratarse para garantizar la seguridad durante la estancia hospitalaria y que el paciente pueda ser dado de alta a tiempo.

Aplicación de los estándares enfermeros

Hay guías y estándares que usted debe aplicar para desarrollar el plan. Estos estándares están determinados por lo siguiente:

- **La legislación.** Las leyes estatales delimitan el alcance de la práctica enfermera.
- **La American Nurses Association (ANA) y la Canadian Nurses Association (CNA).**
- **Las organizaciones profesionales especializadas,** como la Emergency Nurses Association, y la Critical Care Nurses Association, que desarrollan estándares para la práctica especializada.
- **La Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).** Esta poderosa agencia de acreditación ha desarrollado detallados estándares que deben seguirse para lograr la acreditación.⁽⁸³⁾
- **La Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).** Esta organización desarrolla, revisa y actualiza las guías clínicas para ayudar a los proveedores de cuidados de la salud a prevenir, diagnosticar y tratar ciertas condiciones clínicas comunes; (*Incontinencia aguda y crónica, Dolor agudo de espalda, Dolor agudo,*

⁸³ ALFARO, Rosalinda. Op. cit. Pág. 114, 115, 119.

Hipertrofia prostática benigna, Cribado para el cáncer Rehabilitación cardiaca, Cataratas en adultos, sólo por mencionar algunas).

- **El centro en el que usted trabaja.** Normalmente cada centro desarrolla su propio conjunto de estándares (estándares de cuidados, guías, políticas procedimientos, vías críticas, planes de cuidados estándares, etc.) que reflejan cómo deberían brindarse los cuidados enfermeros en una situación determinada; (cuidados enfermeros en pacientes de cirugía abdominal, en recién nacidos prematuros, en sistemas de aislamiento para estos pacientes...por citar algunos ejemplos).⁽⁸⁴⁾

Planificación de los cuidados dirigidos al logro de los objetivos (centrados en el cliente)

La provisión de cuidados enfermeros efectivos requiere que nos centremos en los *resultados* del cliente, que se formulan como objetivos centrados en él: *¿qué esperamos exactamente que consiga el paciente y cuándo esperamos que lo haga?*

¿Por qué es tan importante identificar los objetivos?

Los objetivos sirven principalmente para tres propósitos:

1. **Son los instrumentos de medición del plan de cuidados.** Usted mide el éxito de un plan determinado si se alcanzaron o no los resultados esperados.
2. **Dirigen las intervenciones.** Es necesario saber *qué* se quiere conseguir antes de decidir *cómo* conseguirlo
3. **Son factores de motivación.** Tener un marco temporal específico para conseguir las cosas pone a todos en movimiento.

Determinar objetivos centrados en el cliente

Determinar objetivos centrados en el cliente (lo que el *cliente* se espera que logre) en vez de centrados en la enfermera (lo que *al enfermera* desea conseguir) es la clave para la práctica basada en el logro de objetivos.

Los objetivos centrados en el cliente determinan los resultados esperados del tratamiento – que el *cliente* se beneficie de los cuidados enfermeros.

Estándares para los objetivos (ANA 1991)

Objetivos:

- Derivan de los diagnósticos
- Se registran como conductas mensurables
- Cuando es posible, se formulan conjuntamente con el cliente y con otros proveedores de cuidados de salud
- Son realistas respecto a las capacidades actuales y futuras del cliente
- Pueden lograrse con los recursos de que dispone el cliente
- Están escritos de tal forma que:
 - Incluyen el tiempo estimado para lograrlos
 - Proporcionan directrices para la continuidad de los cuidados.

Formular objetivos claros y específicos

Para ser claros y específicos, los objetivos deben tener los siguientes componentes:

Sujeto. ¿Quién es la persona que se espera que alcance el objetivo?

Verbo. ¿Qué acciones debe llevar a cabo esa persona para lograr el objetivo?

Condición. ¿Bajo que circunstancias va a realizar las acciones esa persona?

Criterio de realización. ¿En qué grado va a realizar la acción?

Momento. ¿Cuándo se espera que se a capaz de efectuar esa acción?

⁸⁴ Ibid.

Incluir los cinco componentes citados permite formular un objetivo muy específico que puede usarse para identificar intervenciones y controlar el progreso. ⁽⁸⁵⁾

1.2.3.4 **Ejecución**

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan. ⁽⁸⁶⁾

De acuerdo con el marco conceptual de Virginia Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al cliente hacia un estado óptimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Pero según la condición del cliente, el estado de dependencia puede ser variable. En consecuencia, antes de ejecutar cuidados, es esencial evaluar que puede hacer el cliente por sí mismo a fin de procurar que conserve toda la autonomía posible. Por ejemplo, una persona que sufre un problema serio de salud no podrá participar en sus propios cuidados más que de una forma restringida. Tal vez sólo es capaz de darse la vuelta en la cama, lavarse la cara, llevarse los alimentos a la boca cuando ya están troceados.

Pero a medida que su estado evoluciona favorablemente, la zona de intervención del cliente se va ensanchando, y la zona de suplencia de la enfermera debe irse reduciendo.

Sin embargo, en algunas situaciones, puede ocurrir que resulte imposible que el cliente avance hacia una independencia más completa. En este caso, los roles deberán permanecer compartidos. Igualmente puede ocurrir que se den situaciones en las que el agravamiento del problema de salud obligue a la enfermera a hacerse cargo de una forma casi total de la satisfacción de las necesidades del cliente.

La etapa de la ejecución de los cuidados es pues, el momento privilegiado para que la enfermera ponga en práctica sus distintas capacidades de relación.

La comunicación verbal, no-verbal y el tacto desempeñan aquí un papel importante. La actitud de escucha, el arte de hacer preguntas y de responderlas, centrando la atención en el cliente, son algunas de las características de esta forma "funcional" de comunicación, que ha de presidir los intercambios diarios entre la enfermera y el cliente.

Esta forma de relación susceptible de ayudar a la persona en el proceso de su evolución personal, de su desarrollo, en la relación de ayuda o la comunicación terapéutica. Consiste en establecer un clima de confianza, de aceptación, de respeto y de comprensión. No consiste en aconsejar al cliente, sino en iluminarle y apoyarle en sus dificultades, aportarle el suficiente calor y comprensión para que él mismo pueda encontrar dentro de sí fuerzas para volver a tomar las riendas de su propia vida. ⁽⁸⁷⁾

⁸⁵ ALFARO, Rosalinda. 2002. Op. cit. Pág. 119, 121, 122, 124.

⁸⁶ IYER, Patricia W. Op. cit. Pág. 13.

⁸⁷ PHANEUF, M. Op. cit. Pág. 125, 126, 128.

Puesta en práctica del plan

La ejecución incluye:

Prepararse para dar el informe de cambio de turno. Saber cuáles son los problemas más comunes de los pacientes y sus tratamientos, leer las historias y llegar pronto a la unidad; puede ser la clave de la eficiencia en los rápidamente cambiantes centros de trabajo actuales. Por otra parte, recibir un informe objetivo, relevante es un auténtico reto, las enfermeras que dan el informe pueden olvidar con frecuencia aspectos únicos del cuidado del paciente que sean necesario conocer.

Fijación de prioridades diarias. Requiere un rápido pase de visita a todos los pacientes, obteniendo brevemente la “imagen general” sobre su estado posteriormente revisar el plan de cuidados, verificar la información crítica, identificar los problemas urgentes y emprender acciones adecuadas, elaborar una lista de los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración y decidir qué debe hacerse hoy, determinar las intervenciones que deben hacerse para prevenir, resolver o controlar los problemas incluidos en la lista, decidir que pueden hacer el paciente y su familia, qué se puede delegar en el personal auxiliar, y qué debe hacer la enfermera personalmente, preparar una hoja de trabajo personal detallada para anotar lo que se ha hecho durante el día y consultarla con frecuencia.

Valorar y revalorar. Valorar el estado del paciente antes de las intervenciones y luego volver a valorarlo para controlar la *respuesta* proporciona información clave sobre la adecuación del plan: ¿Cómo responde el paciente? ¿Se obtienen los resultados esperados? En caso contrario ¿por qué no? ¿Es necesario hacer cambios en el plan?. Valorar con una mente abierta.

Realizar las intervenciones e introducir los cambios necesarios. Regla: Lleve siempre a cabo las intervenciones enfermeras con pleno conocimiento de los principios y razones para ello, *observando atentamente la respuesta.* Si no obtiene la respuesta deseada. Empiece a hacer preguntas para determinar qué va mal antes de seguir adelante con la actuación. Cuando averigüe qué va mal, haga los cambios necesarios y anótelos en el plan de cuidados según sea necesario.

Registrar. Dar el informe de cambio de turno.

Consideraciones éticas y legales

Usted es responsable, tanto legal como éticamente, de proteger el derecho de l usuario a la intimidad. Esto significa que guarda para sí los comentarios e información del paciente y que el acceso a los registros médicos está limitado a las personas implicadas en su cuidado.

Éticamente, y en algunos casos también legalmente, usted es tan responsable de los resultados *emocionales* de sus intervenciones como de los resultados *físicos*. Como enfermera juiciosa, debe anticipar su respuesta, permanecer con el paciente y brindarle apoyo. ⁽⁸⁸⁾

⁸⁸ ALFARO, Rosalinda. Op. cit. Pág. 156, 158, 159, 161, 163, 164.

1.2.3.5 Evaluación

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería. ⁽⁸⁹⁾

La última etapa del proceso la constituye la evaluación de los cuidados prodigados al cliente. Se trata de una etapa difícil, porque en ella hay que conjugar un conjunto de elementos humanos particularmente complejos. Consiste en emitir un *juicio* sobre el trabajo de la enfermera en relación con los resultados obtenidos. Se trata, en realidad, de un interrogatorio y de una reflexión que se hace sobre el conjunto de acciones y orientaciones decididas por la enfermera.

La evaluación es una condición *absoluta* de la calidad de los cuidados. En efecto, ¿cómo se puede comprobar la eficacia y la adecuación de los cuidados sin una retrospectión? Además, si las intervenciones planificadas no han conseguido su objetivo, ¿cómo saber el porqué y cómo corregir la situación? Esta etapa del proceso constituye, pues, un elemento esencial del trabajo de la enfermera. ⁽⁹⁰⁾

La evaluación como parte del proceso es continua y formal por lo que está presente en la *valoración, diagnóstico, planificación y ejecución*.

La aplicación del proceso enfermero se evalúa con las siguientes preguntas:

- ¿La valoración estuvo completa y la información fue validada?
- ¿El razonamiento diagnóstico fue correcto?
- ¿La formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes fue acertada?
- ¿Los planes de cuidados dieron solución al problema y etiología de los problemas señalados?
- ¿Las acciones de enfermería realizadas permitieron el logro de los objetivos?

La evaluación en el proceso enfermero es útil para “determinar el logro de los objetivos; identificar las variables (...) que afectan (...), decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado (...)”, por consiguiente es necesario la valoración del usuario, familia y comunidad para confrontar el estado de salud actual con el anterior y corroborar la consecución de objetivos.

Cuando los resultados no son los esperados o simplemente no hay una respuesta satisfactoria, la enfermera (o) debe revisar cada una de las etapas del proceso, detectar posibles fallas y proceder a corregirlas. Para el desarrollo de esta actividad “la enfermera y el paciente deben determinar el progreso o falta de progreso (...) hacia la realización de sus metas” en forma conjunta; identificando obstáculos y estrategias.

La evaluación es compleja; si embargo al emplear la metodología del proceso enfermero se facilita por ser sistemática y continua, ya que “brinda una base cognoscitiva para la práctica autónoma (...)” de la enfermería y requiere de la interrelación con el usuario y su familia. ⁽⁹¹⁾

⁸⁹ IYER, P. W. Op. cit. Pág. 13.

⁹⁰ PIIANEUF, M. Op. cit. Pág. 137.

⁹¹ RODRÍGUEZ S., Bertha A. Op. cit. Pág. 93.

1.3 **El Proceso de Atención de Enfermería según el Modelo de Virginia Henderson**

1.3.1 **Escuela de las Necesidades**

El Modelo de Virginia Henderson ofrece **elementos clave** como: la integridad, la dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades; necesidades fundamentales y necesidades específicas.

Del **cuidado** nos dice que: es la Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos con el fin de conservar o de restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Persona: Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Salud : Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las catorce necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que actúan de forma positiva o negativa. ⁽⁹²⁾

Los puntos anteriores hacen referencia a algunas características de la teoría de V. Henderson , el metaparadigma propuesto dentro de la escuela de las necesidades. En relación a cómo se adapta este modelo aplicado en un R.N. pretermino-prematuro, el cual por su condición de inmadurez física y mental y falta de desarrollo, no es capaz de ser independiente en la satisfacción de algunas necesidades específicas (brindar ambiente de calor, seguridad, oxigenación, alimentación...), entonces la enfermera funge como sustituta para satisfacer las necesidades fundamentales del niño, asegurando un entorno agradable que no ponga en riesgo la capacidad vital de tan vulnerable "personita", mientras va adquiriendo un poco de autonomía , según lo permitan sus condiciones al nacimiento, la valoración de enfermería que de él se haga y hasta que se establezcan prioridades asistenciales o acciones interdependientes con otros miembros del equipo sanitario (médico obstetra, pediatra o neonatólogo, personal de apoyo de Rx., o médico de otra especialidad). Será responsabilidad de enfermería la adecuada atención profesional con calidad y calidez y por supuesto la aplicación del proceso de atención de enfermería , fijando objetivos reales que lleven a nuestro neonato al bienestar con mínima intervención (no sobrestimulación) y eficiencia en las acciones de enfermería hacia la salud.

⁹² KÉROUAC, Suzanne. El Pensamiento Enfermero. MASSON. 1996. Pág. 48.

1.3.2 Breve biografía de Virginia Henderson

Virginia Henderson, la quinta hija de una familia de ocho hermanos, nació en 1897. Natural de Kansas City, Missouri, Henderson estudió en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington DC.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson empezó a interesarse por la enfermería, En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington DC y se graduó en 1921.

En 1922, Henderson empezó a dar clases de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años después, entró en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde se licenció como profesora de enfermería y donde posteriormente realizó un master. En 1929, trabajó como supervisora del profesorado en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó a Teachers College como profesora en 1930 y trabajó allí impartiendo cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica hasta 1948.

Henderson tuvo una larga carrera como autora y como investigadora. Mientras era profesora en el Teachers College, reescribió la cuarta edición del libro de Berta Harmer de 1939 *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*. La quinta edición de este libro de texto, que fue publicada en 1955, ya incluía la definición de enfermería de Henderson.

Colaboró durante cinco años con Leo Simmons para elaborar un estudio en Estados Unidos sobre investigación enfermera que se publicó en 1964. Su libro, *The Nature of Nursing*, publicada en 1966, describe el concepto que Henderson tenía de la función única y primaria de la enfermería. La National League for Nursing lo volvió a publicar en 1991. Henderson y Gladys Nite escribieron conjuntamente la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*, publicada en 1978, y Henderson se encargó de editarla. Muchas escuelas de enfermería han utilizado este libro de texto para elaborar planes de estudios. Los libros de texto clásicos de esta autora se han traducido a más de 25 idiomas.

En 1983, recibió el premio Mary Tolle Wright Founders de la Sigma Theta Tau International por su liderazgo, uno de los honores más altos que concede esta asociación. En la convención de la American Nurses Association (ANA) de 1988, recibió una mención honorífica especial por sus contribuciones, a la investigación, la educación y la profesionalización de la enfermería.

Henderson murió en marzo de 1996 a la edad de 98 años. Su definición de enfermería es conocida en todo el mundo y su trabajo continúa influyendo en la práctica, la enseñanza y la investigación enfermeras en todo el mundo.

Halloran escribió en Internet: << Miss Virginia Avenel Henderson fue al siglo XX lo que Florence Nightingale fue al siglo XIX. Ambas escribieron una extensa obra que ha influido en el mundo entero >>. ⁽⁹³⁾

1.3.3 La Teoría de Virginia Henderson

Fuentes teóricas. La primera vez que Henderson publicó su definición de enfermería fue en 1955 en la revisión de *The Principles and Practice of Nursing* de Harmer. Henderson decidió elaborar su propia definición de enfermería por tres motivos principalmente. En primer lugar, la revisión que realizó de *Textbook of Principles and Practice of Nursing* en 1939 le hizo darse cuenta de **“la necesidad de especificar claramente la función de las enfermeras”**.

⁹³ MARRINER TOMEY, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Edit. Mosby. Quinta ed. Madrid, España. 2003. Pág. 98, 99.

En segundo lugar, también se sintió impulsada por su implicación como miembro de una comisión en una conferencia regional del National Nursing Council estadounidense de 1946. El trabajo de su comisión se incorporó en el informe de Esther Lucilie Brown de 1948, *Nursing for the Future*. Henderson afirmó que este informe representaba su “**punto de vista modificado por las ideas de los demás miembros del grupo**”.

Finalmente, la investigación de cinco años de la ANA sobre la función de las enfermeras acabó de despertar el interés de Henderson por elaborar una definición, ya que no estaba totalmente satisfecha con la que la ANA adoptó en 1955.

Henderson calificó su trabajo como una definición mas que una teoría , ya que en esa época las teorías no estaban de moda. Describió su interpretación como “**la síntesis de múltiples influencias, algunas positivas y otras negativas**”.⁽⁹⁴⁾

En 1966, Henderson perfiló su Definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*

1. Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología y física
2. Reconoce a Ida Orlando como una de las influencias en su concepto de relación enfermera-paciente⁽⁹⁵⁾

La teoría enfermera de Henderson está clasificada como una gran teoría o una filosofía dentro del paradigma de desarrollo de una teoría en enfermería . Al respecto de sus afirmaciones, no esperaba que todo mundo estuviera de acuerdo con ella, afirmaba que le gustaría que las enfermeras desarrollen su propio concepto.

La visión y la definición que tiene Virginia de la enfermería también ha tenido sus críticos. Algunos afirman que la perspectiva no toma en cuenta un enfoque integral, lo que constituye una crítica que ella rechaza totalmente: “Soy una de las pocas personas que ve al paciente lo suficientemente en su totalidad para afirmar que es necesario saber algo de su religión, porque ésta es la fuente de sus valores”, señala, y continúa afirmando “Yo soy una de las pocas personas que ha explicado que si se quiere ser una buena enfermera para un paciente, se debe pensar en todos los aspectos de su vida.

Veo continuamente a personas encorvadas en una cama que están recibiendo los cuidados de alguien que puede ser muy holístico , pero que no tiene en cuenta que la postura de la persona no permite que sus pulmones se expandan con normalidad”.⁽⁹⁶⁾

La lectura de la definición de enfermería que hace Virginia le convence a uno de que tiene razón en un punto. Su propia filosofía y conceptos de la enfermería se han expuesto con toda claridad. Sus palabras han quedado para la posteridad tanto en su texto *Principles and Practice of Nursing* y en la publicación del International Council of Nurses *Basic Principles of Nursing Care*. Son las siguientes:

“La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar sus actividades contribuyendo a su salud, a su recuperación (o a una muerte tranquila), que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios, y en hacerlo de manera que se le ayude a ganar independencia lo más rápidamente posible. Este aspecto de su trabajo, esta parte de su función es la que ella inicia y controla; la domina por completo. Adicionalmente, ayuda al

⁹⁴ Ibid., Pág. 99.

⁹⁵ WESLEY, R. L. *Teorías y Modelos de Enfermería*. 1997. Pág. 24.

⁹⁶ MARRINER T., Ann. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 1ª ed. 1994. Pág. 87.

paciente a poner en practica el plan terapéutico, tal y como lo ha iniciado el médico . Además, es un miembro del equipo médico , ayuda a los otros miembros , como ellos a su vez la ayudan a ella, a planificar y a llevar a cabo la totalidad del programa, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o en apoyo en la muerte.” (97)

Influencia religiosa. Virginia no puede evitar considerar el **amor** parte de la dimensión espiritual de hombres y mujeres, y afirma que las enfermeras aman a sus pacientes. “La incapacidad para amar a un paciente es percibida por éste y resulta muy destructiva”, afirma.

En el análisis final, Virginia sostiene que la espiritualidad y la “religiosidad” son cosas distintas y cree que puedes ser una persona muy espiritual y no tener creencias religiosas. Será bastante eficaz, asegura, “si se expresa una filosofía constructiva y se tiene un código ético que proteja el bienestar tanto de las otras personas como el de uno mismo, y se intenta llevar a cabo todo lo concebible para ser útil a las otras personas y proporcionar servicios desinteresados”. (98)

1.3.4 Características del Modelo

1.3.4.1 Elementos del metaparadigma enfermero según Henderson

- **Enfermería**

La función principal de la enfermera es la de ayudar a los individuos sanos o enfermos.

La enfermera forma parte del equipo de salud.

El trabajo de las enfermeras es independiente del trabajo del médico , pero debe colaborar con él cuando éste atiende al paciente. (Por ejemplo, Henderson recalcó que la comadrona puede y debe trabajar independientemente si es la profesional sanitaria mejor preparada en una situación determinada. La enfermera puede y debe diagnosticar y tratar al individuo si la situación lo requiere. Henderson hace especial hincapié en este punto en la sexta edición de *The Principles and Practice of Nursing*.)

La enfermera debe poseer conocimientos tanto en ciencias biológicas como sociales.

La enfermera puede evaluar las necesidades humanas básicas.

Los 14 elementos del cuidado enfermero incluyen todas las funciones posibles de la enfermería .(99)

Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: **sustituta** (compensa lo que le falta al paciente), **ayudante** (establece las intervenciones clínicas) o **compañera** (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud).

Es un enfoque lógico y científico para resolver el problema, que desemboca en un cuidado individualizado

⁹⁷ MARRINER T., Ann. 1994. Op. cit. Pág. 88.

⁹⁸ MARRINER T., Ann. 1994. Ibid. Pág. 88, 95.

⁹⁹ MARRINER TOMEY, Ann. Edición 2003. Op. cit. Pág. 102.

Implica la utilización de un PLAN DE CUIDADO ENFERMERO por escrito (¹⁰⁰)

- **Persona (paciente)**

La persona debe mantener el equilibrio emocional y fisiológico.

La mente y el cuerpo de una persona son inseparables.

El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia .

El paciente y su familia son una unidad.

Las necesidades del paciente están representadas en los 14 elementos del cuidado enfermero.

- **Salud**

La salud es la calidad de vida.

La salud es esencial para el funcionamiento humano.

La salud precisa independencia e interdependencia .

La promoción de la salud es más importante que el cuidado del enfermo.

Los individuos se mantendrán sanos si poseen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

- **Entorno**

Los individuos sanos son capaces de controlar el entorno, pero la enfermedad puede afectar esta capacidad.

Las enfermeras deben recibir enseñanzas sobre seguridad.

Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.

Las enfermeras deben reducir al máximo las posibilidades de lesiones estableciendo recomendaciones sobre construcción de edificios y compra y mantenimiento de equipos.

Los médicos utilizan las observaciones y opiniones de las enfermeras como base para las prescripciones sobre dispositivos de protección.

Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para evaluar los peligros que pueden derivarse de éstas.⁽¹⁰¹⁾

¹⁰⁰ WESLEY, R. L. Op. cit. Pág. 27.

¹⁰¹ MARRINER TOMEY, Ann. Edic. 2003. Op. Cit. Pág. 102.

1.3.4.2 Sustento del modelo (Orientación del Proceso de Enfermería)

<p>Teórica: HENDERSON</p>
<p>Valoración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Henderson no hace referencia directa pero puede ser inferida de su descripción de las 14 necesidades básicas ✓ Implica el uso de las necesidades básicas para determinar las necesidades no satisfechas y la necesidad de ayuda ✓ Recoge los datos sobre cada necesidad básica
<p>Diagnóstico :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se formuló muchos años después de la publicación de la definición de Henderson y, por tanto, no es tratada por ella. ✓ Puede inferirse del análisis de los datos recogidos sobre las 14 necesidades; si una persona no puede satisfacer una necesidad específica, la enfermera identificaría el problema y formularía un diagnóstico enfermero
<p>Planificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Forma parte de todo cuidado enfermero efectivo ✓ Debería incluir un plan de cuidados de enfermería por escrito, ya que esto fuerza a la enfermera a pensar en las necesidades del cliente ✓ Implica formular y poner al día un plan basado en las necesidades del cliente y del plan prescrito por el médico
<p>Ejecución:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implica realizar actividades que el paciente no puede llevar a cabo de forma independiente o que están recogidas en el plan del médico ✓ Ayuda al cliente a satisfacer las 14 necesidades básicas ✓ Depende de la relación enfermera-cliente, que permite a la enfermera una mejor comprensión de las necesidades del cliente y lleva a cabo medidas para satisfacer dichas necesidades
<p>Evaluación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valora la velocidad o el grado en el que el cliente realiza de forma independiente actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas ✓ Implica la observación y la documentación de los cambios en el funcionamiento del cliente ✓ Supone la comparación del funcionamiento de la persona antes y después de recibir el cuidado enfermero. ⁽¹⁰²⁾

¹⁰² WESLEY, R. L. Op. Cit., Pág. 156-159.

Postulados sobre los que se basa el modelo de Virginia Henderson

POSTULADOS

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

Valores que fundamentan el modelo de Virginia Henderson (¹⁰³)

VALORES

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

1.3.4.3 Las 14 Necesidades

Las 14 necesidades básicas de Henderson son muy similares a las de Abraham Maslow: de la 1 a la 7 están relacionadas con la fisiología, de la 8 a la 9 con la seguridad, la 10 está relacionada con la autoestima, de la 10 a la 11 con el afecto y la pertenencia, y de la 11 a la 14 con la autorrealización.

Considerando las 14 NECESIDADES básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería. (¹⁰⁵)

Henderson identificó 14 necesidades básicas del paciente, que integran los elementos del cuidado enfermero. Estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.

¹⁰³ PHANEUF, M. *Cuidados de Enfermería*. Op. cit. Pág. 18.

¹⁰⁵ WESLEY, R.L. *Teorías y modelos de enfermería*. 1997. Op. cit. Pág. 25.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.⁽¹⁰⁶⁾

Independencia y Dependencia en la Satisfacción de las Necesidades Fundamentales

Para mantener un equilibrio fisiológico y psicológico el cliente debe alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades. Si es capaz de responder de forma conveniente, por medio de acciones o comportamientos adecuados que él mismo realiza (o que otros hacen por él de forma normal según su fase de crecimiento y desarrollo, por ejemplo, el niño), es independiente.

Si, por causa de otras dificultades, el cliente es incapaz de adoptar comportamientos favorables para realizar por sí mismo acciones que le permitan alcanzar un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades, se convierte en dependiente. Esta dependencia se manifiesta en el niño cuando no puede mantener el grado de autonomía que habitualmente corresponde a su nivel de crecimiento y desarrollo.

La independencia y la dependencia en el adulto.

INDEPENDENCIA

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que el sujeto realiza por sí mismo, sin ayuda de otra persona.

DEPENDENCIA

Incapacidad del sujeto para adoptar comportamientos o de realizar por sí mismo, sin ayuda de otros, acciones que le permiten alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades.

La independencia y la dependencia en el niño.

INDEPENDENCIA

Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

DEPENDENCIA

Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

(107)

Manifestación de dependencia.

Cuando una necesidad fundamental se encuentra insatisfecha a consecuencia de la aparición de alguna fuente de dificultad, surgen una o varias manifestaciones de dependencia. Constituye signos observables de la incapacidad del sujeto para responder por sí mismo a esta necesidad. Son en sí mismas una demostración de la existencia de una debilidad o carencia a este nivel.

Continuum independencia-dependencia.

La noción de satisfacción a un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia

¹⁰⁶ MARRINER TOMEY, Ann. Edic. 2003. Op. Cit. Pág. 101.

¹⁰⁷ PHANEUF, Margot. 1993. Op. cit. Pág. 28, 29, 30.

se instala en el momento en el que *el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.*

Por tanto, es importante evaluar la capacidad del cliente para satisfacer por sí mismo sus necesidades. De esta manera se puede evitar, en la medida de lo posible, la aparición de la dependencia, frenar su progresión y hacer que disminuya.

Relación entre la duración y el grado de dependencia.

La dependencia de una persona debe ser considerada no sólo en relación con su intensidad, sino también en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente; (desde algunos días, semanas, meses, hasta varios años).

Tipos de dependencia y niveles de prevención.

La dependencia se manifiesta en el cliente por medio de ciertos cambios observables en la satisfacción de una necesidad fundamental. Este cambio desfavorable constituye el problema de dependencia. Puede afectar a aspectos biológicos, psicológico, sociales, culturales o espirituales del individuo.

Este problema debe ser considerado bajo el punto de vista de los tres niveles de intervención, es decir, prevención primaria, secundaria y terciaria. Si debido a la presencia de determinadas predisposiciones o de ciertos factores ajenos al sujeto, puede presentarse un problema, habrá de considerarse la dependencia como potencial, y tendrá que planificarse una acción orientada a evitar su instalación inminente.

Sin embargo, cuando el problema está ya instalado, nos encontramos ante una dependencia actual, y han de emprenderse acciones correctoras para intentar reducir o imitar sus consecuencias.

Por otra parte, cuando el cliente se recupera, su dependencia comienza a ser decreciente, y el rol de la enfermera, en este momento, consiste en mantener esta progresión descendiente y ayudar al cliente a recuperar un grado óptimo de autonomía, a pesar de que en ocasiones subsistan ciertas limitaciones.

Si, a pesar de los cuidados apropiados prestados por la enfermera, el problema no puede ser corregido, la dependencia se convierte en este momento en permanente o crónica.

Es el caso de un parapléjico que, para determinadas necesidades, puede llegar a un grado elevado de autonomía, pero que para desplazarse debe siempre, de una cierta forma, contar con la ayuda de alguien. El rol de la enfermera consiste en este caso en un rol de **suplencia**, en todo lo que no puede hacer por sí mismo, y en ayudarle a adaptarse a sus limitaciones.

Fuentes de Dificultad

Uno de los conceptos más importantes de este modelo consiste en lo que denominamos fuentes de dificultad. Cuando el ser humano trata de satisfacer sus necesidades, encuentra eventualmente ciertos obstáculos que le impiden responder a ellas de forma autónoma. Son las fuentes de dificultad o causas de la dependencia. En otras palabras, estos obstáculos constituyen los factores etiológico responsables del problema de salud.

Se definen como cualquier impedimento mayor en la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. ⁽¹⁰⁸⁾

¹⁰⁸ PHANIEUF, Margot. Ibid. Pág. 30, 31, 32, 33, 34.

Estas fuente de dificultad pueden ser causadas por:
Factores *de orden físico*. (Por insuficiencia, desequilibrio o sobrecarga).

Factores *de orden psicológico*. (Relacionadas con la inteligencia, el pensamiento y el estado de conciencia; con los sentimientos, el estrés, la ansiedad, las etapas de crecimiento o adaptación a la enfermedad, a las situaciones de crisis).

Factores *de orden sociológico*. (Ligadas a las dimensiones relacional, cultural, económico y medioambiental).

Factores que tienen repercusiones *de orden espiritual*. (Relacionadas con los interrogantes trascendentales, con conflictos de valores, con determinadas limitaciones en la práctica religiosa, etc.)

Factores ligados a una insuficiencia de conocimientos.

- Conocimiento de sí mismo y de los otros.
- Conocimiento de la salud y de la enfermedad.
- Conocimiento del medio, físico y social. ⁽¹⁰⁹⁾

Afirmaciones Teóricas

La relación enfermera-paciente

Pueden identificarse tres niveles de relaciones entre la enfermera y el paciente, que van de una dependencia mayor a menor: a) **la enfermera como sustituta** del paciente; b) la enfermera **como ayudante** del paciente y, c) la enfermera **como compañera** del paciente.

En casos de enfermos muy graves, la enfermera es el “sustituto de todo lo que el paciente necesita para sentirse **completo** o **independiente** y no puede conseguir por falta de fuerza física, voluntad o conocimiento”. Henderson reflejó esta opinión en su afirmación: “La enfermera es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos de alguien que ha perdido la vista, el medio de locomoción para un bebé, la sabiduría y la confianza para una joven madre, la “portavoz” de aquellos demasiado débiles o que han renunciado a hablar, etc.”.

Henderson afirmó: “La *independencia* es un término relativo. Todos dependemos de los demás, pero luchamos por conseguir una *interdependencia* saludable y evitar una *dependencia* enfermiza”.

Henderson señaló que: “Toda enfermera *debe ponerse en el lugar* de todos sus pacientes para saber cuales son sus necesidades”. Después, debe verificar las necesidades detectadas con el paciente.

La enfermera puede modificar el entorno siempre que lo crea necesario. Henderson creía que: “En cada situación, las enfermeras que conocen las reacciones fisiológicas y psicológicas a la temperatura y a la humedad, la luz y el color, las presiones del gas, olores, ruido, impurezas químicas y microorganismos pueden organizar y utilizar del mejor modo posible las instalaciones disponibles”. ⁽¹¹⁰⁾

La enfermera y el paciente siempre trabajan para conseguir un objetivo, ya sea la *independencia* o una muerte tranquila. Uno de los objetivos de la enfermera debe ser

¹⁰⁹ PIANEUF, M. Op. cit. Pág. 35, 43.

¹¹⁰ MARRINER T, Ann. 2003. Op. cit. 102, 103.

mantener la rutina diaria del paciente "tan normal como sea posible". La promoción de la salud es otro objetivo importante de la enfermera. Henderson afirmó: "Es más provechoso enseñar a la gente a llevar una vida sana que preparar a los mejores terapeutas para que atiendan a los enfermos".⁽¹¹⁾

La relación enfermera-médico

Henderson insistió en que el trabajo de la enfermera es único y diferente al del médico. Henderson puso especial énfasis en que las enfermeras no debían seguir las órdenes del médico, ya que una enfermera "cuestiona una filosofía que permite a un médico dar órdenes a pacientes y otros profesionales sanitarios". Además, recalcó que las enfermeras ayudan en los problemas de la salud cuando los médicos no están disponibles.

La enfermera como miembro del equipo sanitario

La enfermera trabaja en coordinación con otros profesionales de la salud...pero no deben intercambiar tareas. Henderson afirmó: "Ningún miembro del equipo deberá hacerle una petición demasiado exigente a otro miembro, de modo que éste no pueda realizar sus propias tareas".

Al igual que las necesidades del paciente cambian, también puede hacerlo la definición de enfermería. Henderson admitió que "Esta definición no tiene por qué perdurar en el tiempo. Creo que la enfermería cambia según la época en que se práctica y depende en gran medida de lo que hacen los otros profesionales de la salud".

"La enfermería no debe existir en un vacío. Debe crecer y aprender para satisfacer las nuevas necesidades sanitarias de la gente a medida que aparecen".⁽¹²⁾

¹¹ MARRINER T., Ann. Ibid. Pág. 103.

¹² MARRINER T., Ann. Ibid. Pág. 103.

2. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

2.1 Contexto en el que se ubica el caso

2.1.1 Algunos antecedentes Históricos del ISSSTE

Un avance notable en materia de previsión social, puesto que marca con su promulgación el primer esfuerzo de aplicación concreta de postulado, ideas, teorías e inquietudes dispersos a lo largo de décadas del México Revolucionario, es la Ley de Pensiones Civiles y de Retiro del 12 de Agosto de 1925, la cual crea a su vez la Dirección del mismo nombre, que representa el antecedente inmediato del ISSSTE.

El principio de funcionamiento de la Dirección General de Pensiones, Civiles y de Retiro era muy sencillo: convertir a las pensiones de los trabajadores del Estado en universales, obligatorias y equitativas.

En 1959 se transforma y adiciona el apartado B del Artículo 123 Constitucional, en donde se incorporan las garantías que el Estado Jurídico de la Federación de Sindicato de los Trabajadores del Servicio del Estado (1938, 1º de nov.), había planteado para los servidores públicos.

En el mismo año de 1959, con motivo del XXI aniversario de la expedición del Estado Jurídico de la FSTSE, se efectuó una ceremonia en el Palacio de Bellas Artes; en donde el Presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daba origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Discutida y aprobada dicha Ley, la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transformó -1960- en el ISSSTE.

Por primera vez se concreta, en la Ley del ISSSTE una visión integral de la seguridad social que cubre tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, haciéndose extensivo el beneficio a los familiares de los trabajadores.

En 1960, el ISSSTE amparaba a 129 mil 512 trabajadores, 11 mil 912 pensionistas y a 318 familiares; es decir a un total de 487 mil 742 derechohabientes.⁽¹¹³⁾

Hoy las condiciones que dieron origen al surgimiento del ISSSTE se han transformado radicalmente...El sistema de Pensiones y Jubilaciones es insostenible, el instituto no tiene los recursos para cubrir el pago, y esta se ha convertido en un grave problema.

Por otra parte, también se ha ampliado considerablemente el campo de actuación de los servicios médicos. Durante los 44 años que lleva de servir a la derechohabencia, el universo atendido se ha incrementado exponencialmente al pasar de las 487 mil personas iniciales a más de 10 millones.

De un Hospital General y tres hospitales de consulta externa con que iniciamos nuestros servicios, pasamos a tener en el 2000 un centro Médico Nacional, 10 hospitales regionales, 24 hospitales generales, 71 clínicas-hospital, 929 unidades de medicina familiar, 10 clínicas de especialidades y 93 clínicas de medicina familiar.

¹¹³ ZAMUDIO S., Ma. De la Luz y Cols. *Diagnóstico Situacional*. Subcoordinación de Enseñanza, Investigación y Educación para la Salud. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE. Dic. 2003.

En 1965 existían en el ISSSTE 2 mil 374 médicos y 2 mil 302 enfermeras que atendían a poco más de 4 millones de consultas. Hoy, en 2004, contamos con aproximadamente 17 mil médicos y 20 mil enfermeras que atienden casi 24 millones de consultas anuales. Cambios significativos que han transformado completamente la organización de los servicios médicos del Instituto... La variación en el tipo de padecimientos –conocida en los círculos médicos como la transición epidemiológica– requiere de personal médico especializado, equipamiento e infraestructura hospitalaria y abasto de medicamentos, con el agravante de que los tratamientos para las nuevas afecciones son mucho más costosos y prolongados.

Finalmente, otras transformaciones ha sufrido el Instituto durante estos años, debido no sólo a la expansión de su universo de atención, sino también al incremento de beneficios para los derechohabientes (de 14 prestaciones que se ofrecían en 1960 a 21 en la actualidad).

Como podemos ver, tanto los servicios médicos como pensionarios del Instituto se constituyeron bajo supuestos muy diferentes a los que privan en la actualidad.⁽¹¹⁴⁾

2.1.2 Breve panorama histórico del Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”

Dentro de los datos relevantes se encuentran los siguientes:

- 1978 El 3 de octubre el Lic. José López Portillo, Presidente de la República, inauguró el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza”.
- 1982 Se iniciaron las actividades de Medicina Física, Rehabilitación, Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y Neonatología, así como de Perinatología e Inhaloterapia.
- 1984 En el mes de marzo se puso en funcionamiento la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría, la cual se ubicó en el área destinada a la UCI y durante mayo se asignó el 5º piso para la atención del parto de bajo riesgo.
- 1985 A raíz de los sismos que estremecieron la Ciudad de México, en septiembre y con la necesidad de restablecer la capacidad hospitalaria perdida en el menor tiempo posible, se organizó un programa emergente a fin de dar continuidad a las funciones del hospital, se identificaron problemas prioritarios para brindar atención eficiente y oportuna utilizando los recursos disponibles.

A partir del 2 de diciembre se inició en forma escalonada el módulo de atención Materno-Infantil para desarrollar los programas de corta estancia, parto de bajo riesgo y habitación conjunta, consulta externa, planificación familiar y atención de urgencias Gineco-obstétricas.

- 1987 El 1º de octubre se reinauguró la torre de hospitalización y durante noviembre inicio su ocupación con las Oficinas de Gobierno y la Unidad de Cuidados Intensivos en el 2º piso.

¹¹⁴ GONZALEZ R., Benjamin. *Transformar al ISSSTE es tarea de equipo*. Cuaderno de Comunicación Interna. Núm. 1. Agosto, 2004. Pág. 7, 10, 11.

- 1988 Se continuó con la reorganización de los servicios de hospitalización; en el 3er. piso de Pediatría, 4º piso de Neonatología, 8º piso de Medicina Interna y 9º piso de Cirugía General.
- 1996 Se intensifican las acciones a favor de la Lactancia Materna, se erradican los biberones y se inicia la alimentación con vaso graduado para recién nacido, y vaso entrenador para pacientes pediátricos sólo en caso necesario, así mismo se erradican algunas prácticas: La separación de la madre y el niño al nacer y durante la estancia hospitalaria, ayunos prolongados, horarios rígidos de alimentación entre otros.
- 1997 En este año, se intensifican las acciones de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, los días 16 y 17 de diciembre de 1997 el Hospital es evaluado por el Dr. R. Hoyos Ramírez, representante por UNICEF, el Dr. Sánchez Fragozo por el ISSSTE, Dr. Arriaran por UNICEF, Dr. Alcaraz por el ISSSTE, quienes certifican que el hospital cumple con las normas y procedimientos que lo acreditan como HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE con el grado de EXCELENCIA.
- 2000 Este año marca una etapa muy importante para el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", ya que en septiembre de este año se obtiene la Certificación como **Hospital de Calidad**, con la más alta puntuación de la República Mexicana, por lo que se certifica con grado de **EXCELENCIA**.

El 25 de octubre se evalúan los 28 pasos de programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, obteniendo la **Re certificación con grado de excelencia.** ⁽¹¹⁵⁾

2.2 Descripción del Servicio de Neonatología

Neonatología se ubica en el 4º piso de la torre de hospitalización; cuenta con 5 áreas funcionales organizados de la siguiente forma:

- ✓ 1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (sala abierta), con capacidad para 8 neonatos; adicionalmente cuenta con 4 cubículos de "aislamiento profiláctico", que se suman a la capacidad para atender hasta 12 neonatos.
- ✓ 1 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (aislamiento), con 5 cubículos.
- ✓ 1 Unidad de Cuidados Intermedios (sala abierta), con capacidad para 12 neonatos.
- ✓ 1 Unidad de Cuidados Intermedios (aislamiento), con 7 cubículos de reciente estructura.
- ✓ 1 Área de Crecimiento y Desarrollo con capacidad para 10 neonatos.

El área de Neonatología también cuenta con personal de enfermería capacitado para brindar cuidados integrales y de especialidad al neonato sano o gravemente enfermo, con la filosofía de trabajo en equipo, se lleva a cabo el programa de Lactancia Materna, con buena aceptación y participación por parte de la madre.

Aunque el área de Toco cirugía se encuentra en la planta baja (área de quirófanos, recuperación y urgencias), existe comunicación y coordinación entre dicho servicio y el área de Neonatología para preparar con antelación la unidad en la que se recibirá al neonato y brindar los cuidados del recién nacido a su ingreso con el grado de competencia que

¹¹⁵ Zamudio S., Ma. de la Luz y Cols. Diagnóstico Situacional. Op. cit.

merece y que ha de ser el más alto, e incluso prever la renta de unidades como: (ventilador, incubadora o cuna térmica), en caso necesario.

Para atender al recién nacido se cuenta con: 9 ventiladores de presión positiva, 4 cunas de calor radiante, 26 incubadoras (se incluyen las de traslado), 3 monitores Infant electrocardiográficos y 2 más con oxímetro, 1 oxímetro de pulso, carro rojo debidamente equipado y funcional en cada unidad de cuidados intensivos, 6 equipos para venopunción, 2 equipos para venodisección pediátrica y cateterismo umbilical, 1 báscula eléctrica, básculas pesa-bebes, 2 glucómetros, ropa estéril y equipo empotrado de succión de aire y oxigenación, además del material de consumo por dotación. ⁽¹¹⁶⁾

2.3 Valoración del recién nacido

Datos de Identificación del Recién Nacido: Nombre: Romero Alfaro R. N. Sexo: Masculino Peso al nacer: 1.350 kg. Expediente: H UCM 760229 / 7 Grupo y Rh del bebe: O positivo Fecha y hora de nacimiento: Domingo 14 de Noviembre de 2004, 19:40 horas. Silverman Andersen: 2 / 3 Apgar: 8/8 Respiró al nacer: Si Lloró al nacer: Si Maniobras de resucitación: Si Lugar de nacimiento: Hospital I. Zaragoza ISSSTE Servicio: Unidad Tocoquirúrgica Tipo de parto: Cesárea Talla: 41 cm. Somatometría: Perímetro cefálico. 28 cm. P.del tórax. 25 cm., P. abdominal. 23 cm. Segmento superior. Se omitió. S.inferior. 16 cm.

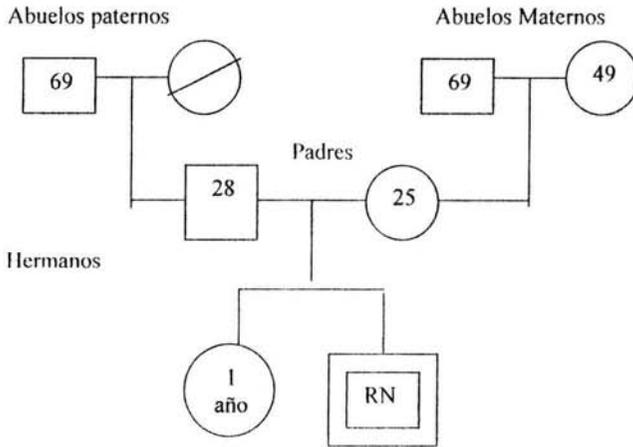
Edad gestacional: Por fecha de última regla (FUR); 29.5 semanas, Capurro; 32 semanas
Diagnóstico médico : Recién Nacido Pretermino (RNPT), Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) secundario a Enfermedad de Membrana Hialina (EMH) Grado II.
Servicio destinado: Neonatología 4º Piso, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) Fecha de revisión: 16 de Noviembre de 2004. Fecha y hora de defunción: Lunes 17 de Enero 2005, a las 09:40 horas.

Datos de Identificación Personal de los Padres del Recién Nacido.

Nombre de la madre: Elizabeth Romero Alfaro Edad: 25 años Ocupación: Ama de casa
Escolaridad: 2º de Secundaria
Nombre del padre: Marco Antonio Huerta Cardoso Edad: 28 años Ocupación: Policía Preventivo Escolaridad: 6º Semestre de Bachillerato.
Hijos: Una niña de 1 año de edad. Estado civil: Casados por lo civil Religión: Católica Domicilio: C. Francisco González Bocanegra Manzana 2, Lote 18 Col. Miguel Ángel, Ecatepec Procedencia: Estado de México Teléfono: 57 55 04 64 ⁽¹¹⁷⁾

¹¹⁶ MARTINEZ, M., J. Manual de métodos y técnicas del servicio de Neonatología. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza, ISSSTE". 2004. Pág. 4, 5.

¹¹⁷ FRANCO O., Magdalena. *Elaboración propia basada en: El instrumento de valoración de las necesidades básicas en los menores de 0 a 5 años.* "Especialización en Enfermería Infantil". Oct. 2001. México. Compilado: Nov. 2004. Carmen Carvajal.

Mapa Familiar

Simbología



(118)

¹¹⁸ FRANCO O., M. *Elaboración propia basada... Op. cit.*

Descripción de la Familia Incluyendo los Antecedentes de Salud y Edad de cada uno de los Parientes y las Relaciones Afectivas de la Familia:

NOMBRE	EDAD	SEXO	RELACION AFECTIVA	ENFERMEDADES
Huerta Cardoso M. A.	28	Masc	Padre	Sano
Romero Alfaro E.	25	Fem.	Madre	Sana (postparto)
Huerta Romero M.	1	Fem.	Hermana	Sana
Romero Alfaro	R.N.	Masc	Es el paciente	Con Alteración del patrón respiratorio.
Huerta Cardoso E.	>45	Masc	Tío paterno	Diabetes Mellitus
Desconocido	?	Masc	Sobrino paterno	Nefrópata
Huerta Cardoso ?	?	Masc	Tío paterno	Cáncer de próstata
Desconocido	?	Masc	Abuelo materno	Accidente automovilístico, camina con muletas.

Análisis de la estructura familiar: Se consideran con lazos familiares fuertes, en los momentos difíciles ambos esposos se apoyan.

(¹¹⁹)



Detección de las necesidades según el modelo de Virginia Henderson

- I. **Respirar:** Neonato en el 2º día de vida extrauterina. Los pulmones están enfermos por disminución del surfactante (se refiere esquema de maduración completo), está dada por ventilación mecánica en modo asisto-controlada (fase III), con tubo endotraqueal fijo calibre 3 mm. de diámetro interno, con los siguientes parámetros del ventilador: ciclado por minuto (cpm) de 72, presión pico inspirada (PIP) de 29, presión positiva al final de la espiración (PEEP) de 3 cmH₂O, fracción inspirada de oxígeno (F_iO₂) de 100 %, flujo de aire de 10 litros por min., con una relación inspiración-espiración (R I:E) de 1:2.0 y tiempo inspirado (TI) de 0.40 segundos. A la auscultación se escuchan campos pulmonares con buena entrada y salida de aire y se observa elevación del tórax sincrónica con el ventilador. El bebe presenta coloración rosada de los tegumentos lo que se corrobora con la saturación de oxígeno de 96 % por oximetría de pulso, la frecuencia cardiaca es de 140 latidos por minuto.

¹¹⁹ Documento: Expediente clínico. Del Recién Nacido: Romero Alfaro. Hospital ISSSTE Zaragoza, UCIN 4º piso Neonatología. Noviembre de 2004. Compilador: Carmen Carvajal.

Hacia el 6º día de vida, por la tarde el bebe se encuentra con los siguientes parámetros de ventilador: cpm 50, PIP 20, PEEP 3 cmH₂O, FiO₂ 65 %, flujo 10 lpm., R I:E de 1:1.4 seg., y TI de 0.50 seg. Oximetría de pulso de 95 %; durante el "lavado bronquial" desatura hasta 80 %, con llenado capilar de 2", cianosis moderada de las extremidades. Taquicárdico con FC que fluctúa entre 170 y 180 por minuto. Se observa región precordial hiperdinámica, a consecuencia de la apertura de conducto arterioso (PCA), se escucha soplo cardíaco a la auscultación, los campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire.

En el 12º día de vida por la mañana, a las 09:00 hs. el bebe presenta deterioro súbito de las condiciones generales, desatura en forma importante con evento cianótico generalizado y sobrevino un paro cardiorrespiratorio, el cual se pudo revertir con maniobras de resucitación, se encontró que el tubo endotraqueal estaba parcialmente obstruido por moco y se re intuba restableciendo la función respiratoria y conectando al ventilador con los siguientes parámetros: cpm 45, PIP 18, PEEP 4 cmH₂O, aumenta la FiO₂ a 100 %, flujo de 11 lpm., R I:E 1:2.2, TI 0.46 seg. El peso del bebe ahora es de 1.070 g. Por la tarde, la FC es de 168 con tendencia a la taquicardia hasta de 204 latidos por min. (monitoreo electrocardiográfico). A la auscultación se escucha adecuada entrada y salida de aire en pulmones, con abundantes estertores finos.

2. **Necesidad de beber y comer:** El neonato permanece en ayuno por la vía oral debido a la intubación endotraqueal. Se encuentra con sonda orogástrica fija a derivación. Sus requerimientos hídrico-calóricos son cubiertos por vía intravenosa con solución de tipo glucosa al 10 % más electrolitos, para cada 8 horas. El abdomen es blando y depresible a la palpación y se ausculta peristalsis. El perímetro abdominal es de 22cm. El dextrostix es de entre 100 y 120 mg. Hacia el 6º día de vida inicia con nutrición parenteral total (NPT), a través de catéter venoso umbilical. El peso del bebe en este momento es de 1,380 g.
3. **Necesidad de eliminar:** No hay evacuación por el momento hasta el cuarto día que se presenta con característica de meconio chicloso. Presenta globo vesical con aumento de volumen suprapúbico, con acción mecánica se obtiene orina de color amarillo transparente. En el 6º día de vida, hay diuresis presente de características amarilla clara, todavía persiste el globo vesical, se recolecta orina para valorar la función renal y presenta evacuación de tipo meconio transicional (mucosa verde oscura escasa) bajo estímulo mecánico con termómetro de tipo rectal.
4. **Necesidad de movimiento y mantener una posición adecuada:** El Neonato se observa hipoactivo debido a la sedación para inducir al sueño, sin embargo responde a estímulos táctiles o dolorosos, es capaz de mover brazos y piernas en flexión y gesticular levemente (sólo hasta antes del paro cardiorrespiratorio). Es dependiente para adoptar una posición, hay relajación muscular por sedación.
5. **Dormir y descansar:** El sueño no es fisiológico, está inducido por un narcótico-sedante para permitir el manejo ventilatorio en altos parámetros; además existen factores ambientales, humanos y del carácter propio de la patología de base que interrumpen el descanso del bebé.
6. **Vestirse y desnudarse:** Al bebé se le observa mejor desnudo, por lo que sólo llevará puesto el pañal adecuado a su tamaño, así puedo apreciar los movimientos respiratorios, en el caso del neonato con apoyo ventilatorio por ejemplo, ver si hay

disociación toraco-abdominal, aleteo nasal, tiros intercostales, retracción xifoidea, movimientos anormales, cambios de coloración, u otros signos de alarma.

7. **Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:** El neonato registra una temperatura deseada de entre 36.5 a 37° C, por que se encuentra bajo una cuna radiante con servocontrol adherido en un costado del cuerpo, lo que permite mantener los límites normales y una vigilancia para evitar pérdidas de calor. Sin embargo su prematurez determina una termorregulación que puede variar según los factores ambientales o propios de la patología de base, la coloración de la piel también nos avisa si existen distermias o pérdidas insensibles a través del sudor o diaforesis; mientras observamos al paciente.
8. **Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos:** El neonato se observa con tinte icterico cada vez mas atenuado debido a la exposición a la fototerapia con luz halógena. Las características de su piel con presencia de "lanugo" en cara, tronco y extremidades, estas ultimas afectadas por manchas equimóticas provocadas por las punciones en sitios especificados. En el cuello se observa una excoriación en el pliegue. En general está limpio y protegido de causas externas que lo puedan alterar. Los catéteres umbilicales limpios y funcionales. Se observa bien hidratado, los primeros días desde su nacimiento con edema moderado de miembros inferiores.
9. **Evitar riesgos o peligros del entorno:** Se observan medidas de seguridad en torno al neonato como es la cuna radiante con barandales, comodidad con ropa estéril, descanso sobre un colchón de agua a temperatura similar a la del recién nacido, que no haya pérdidas de calor, o ruidos, luces y contactos excesivos, se observan también medidas de higiene por todo el personal de salud que interviene en su atención y que los aparatos funcionen bien; ya que el bebé requiere de alta calidad para garantizar su salud, y tranquilidad durante su estancia. Si el bebe logra egresar sano del hospital, cuenta con una vivienda de características adecuadas para su seguridad; departamento propio, de concreto con servicios de urbanización intradomiciliarios de agua potable, sistema de drenaje, energía eléctrica, teléfono, gas y disposición de basura a través de carro colector, no animales. Con cocina, sala comedor, dos recamaras y un baño. Cuentan con medios de transporte colectivo en la localidad (microbús-metro). Un aporte económico mensual de \$ 5.200⁰⁰ pesos; la información fue obtenida a través de interrogatorio directo a los padres del bebe.
10. **Comunicarse con los demás:** El bebé se mantiene dormido la mayor parte del tiempo, se le observa tranquilo; por otra parte también emite algunas gesticulaciones, abre y cierra los párpados, se observa llanto inaudible por la presencia del tubo endotraqueal (TET), y movimientos leves de estiramiento y flexión como búsqueda de estabilización ante algún estímulo; es así como el neonato se comunica. Los padres pueden hablarle y tocarlo suavemente en breve durante la visita.
11. **Necesidad de realizar practicas religiosas según la fe de cada uno:** En este caso aplica con los padres y se observó que convinieron en bautizarlo, le pusieron Marco Antonio por nombre y durante las visitas mostraron interés y preocupación ante el estado de gravedad; colocaron alguna pequeña imagen religiosa a la cabecera del paciente y en silencio oran por el.
12. **Necesidad de trabajar de modo que nos sintamos satisfechos con lo realizado:** Todos nos esforzamos por lograr la recuperación de la salud del neonato

gravemente enfermo, en este caso sometido a la fase III de ventilación “asistida” y orientada hacia la función normal de la respiración.

13. **Jugar o participar en alguna actividad recreativa:** Con el neonato grave esta necesidad es difícil de cubrir, sin embargo se observa que existe una disposición para proporcionar un entorno tranquilo al neonato (música clásica, modular el volumen de la voz es muy importante, suavidad de movimientos e intervención mínima necesaria). Sesiones de afecto, son una forma de acciones recreativas.
14. **Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y usar los recursos disponibles:** Se tiene la observancia continua que aplica con el personal de salud y el profesional de enfermería de tener un trato digno para con el paciente y la familia (los padres), de ser amables, amigables, cordiales y conciliadores, atender a su dudas y preocupaciones acerca de su hijo, brindar una palabra de aliento o consolar al bebé durante el llanto y dolor, hablarle y mostrar interés y sensibilidad. Informar verazmente sobre su estado de salud o derivar a los padres con el médico tratante para ese efecto (se indica a los padres sobre el horario de visita, las normas que deben seguir durante su permanencia en el área; portar identificación, uso de la bata quirúrgica, lavado de manos, modular la voz, tocar al bebe, reciben orientación sobre la lactancia materna). Hacer esto nos repercute en una mejor calidez humana. El neonato debe llegar a desarrollar todas sus capacidades y potencial con el más alto nivel de salud posible.

2.4 Diagnósticos de enfermería y Plan de Cuidados por Necesidades.

NECESIDAD DE RESPIRAR

Diagnósticos de Enfermería 16 de noviembre de 2003

1. Patrón respiratorio ineficaz relacionado con la alteración de los pulmones, manifestado por cianosis, tirios intercostales y retracción xifoidea. II
2. Alteración en el mantenimiento de la salud relacionados con la Enfermedad de membrana hialina y Déficit del factor surfactante, manifestado por afectación del estado general, afectación bioquímica y acidosis, saturación <70%, disminución de la temperatura corporal, edemas y oliguria. III

Objetivos

Mantener un aporte adecuado de oxigenación, suplir al neonato en la necesidad de respiración alterada a través de apoyo ventilatorio en fase III y evitar la acidosis.

Intervenciones de enfermería	Fundamento de las acciones de enfermería	Evaluación
Ayuda a la ventilación, (cuidado de la cánula endotraqueal que garantice la ventilación mecánica efectiva). (I D) I, II, III	Patrón respiratorio ineficaz: La inspiración o espiración no proporciona una ventilación adecuada. La extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un cateter de aspiración en la vía aérea oral y/o la traquea del paciente, da lugar a una ventilación adecuada. II	La ventilación mecánica es efectiva en modo asistido-controlada.
Limpieza de vías aéreas para conseguir una correcta oxigenación tisular. (I I) I, II, III	La monitorización respiratoria permite detectar los signos iniciales de dificultad respiratoria que incluyen aleteo nasal y quejido espiratorio. De acuerdo con la causa, las retracciones pueden comenzar como subcostales, supraesternales o claviculares. Si el bebé muestra un aumento creciente de la frecuencia respiratoria, por ejemplo, con patrones de respiración en sierra, retracciones, aleteo nasal, quejido espiratorio y brotes de apnea, indica un empeoramiento de la dificultad. II, III	La oxigenación del neonato mejora, mediante un manejo dinámico del ventilador, se induce la sedación para lograrlo.
Monitorización cardíaca respiratoria, y control de la temperatura que rodea al neonato. (I I)	Monitorización de la saturación de O ₂ . Un indicador del estado de los sistemas respiratorio, cardiovascular y nervioso central el bebé es el color de las mucosas y de los lechos ungueales. El color de un bebé con complicaciones avanza desde el rosado hasta la cianosis perioral y después a la cianosis generalizada. La acrocianosis se profundiza (la acrocianosis es un hallazgo normal en el neonato; no así la cianosis central, que indica la existencia de un problema subyacente). II, III	Las constantes vitales se normalizan, no hay hipoxemia, hiperapnea ni acidosis.
Monitorización de la saturación de oxígeno (oximetría de pulso), cuidar que la saturación de O ₂ sea mayor de 90%. (I I)	Un monitor no invasivo, el oxímetro de pulso, mide la cantidad de oxígeno transportada por la hemoglobina y puede valorar de forma continua el nivel de oxigenación del bebé. Comprende el uso de un sensor que se aplica a cualquier parte de la mano o el pie del bebé y puede detectar la cantidad de luz (de una fuente de luz en el oxímetro de pulso) que pasa a través de un lecho vascular. El monitor lee la cantidad de luz absorbida por la hemoglobina transportadora de oxígeno y la convierte en un valor de saturación. II, III	
Colocar al bebé en una posición adecuada. (I I) I, II, III	Prevenir la hipoxia y la acidosis (esto permite un metabolismo normal de los tejidos, favorece la producción de surfactante y previene el cortocircuito derecha a izquierda); optimizar el tratamiento con líquidos (evitar la hipovolemia y el shock, por una parte, el edema, en especial el edema pulmonar, por otra); disminuir las demandas metabólicas; prevenir (la presencia) o el empeoramiento de la atelectasia y el edema pulmonar, y minimizar la lesión pulmonar debida a un barotrauma o al oxígeno. II	
Cuidado del patrón respiratorio y prevenir complicaciones. (I I)		

I. Aguilar C. Tratado de Enfermería Infantil. Pág. 1107

II. Lowdermilk D. Enfermería Materno Infantil, Tomo 2, Pág. 1025, 1027

III. Cloherty. Manual de Cuidados Neonatales. Pág. 372

NECESIDAD DE RESPIRAR

Diagnóstico de Enfermería 19 de noviembre de 2004.

3. Respuesta disfuncional al destete del ventilador relacionado con inmadurez neurológica, ritmo inapropiado en la reducción del soporte ventilatorio, a la extubación accidental y la limpieza ineficaz de las vías aéreas. IV

Objetivos de enfermería

Continuar supliendo la respiración del neonato con ventilación asistida, mantener constantes vitales en límites normales, disminuir la ansiedad del neonato.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones de enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Cuidar el patrón respiratorio, vigilar existencia de disociación toraco-abdominal, incremento de la dificultad respiratoria (tirios intercostales, retracción xifoidea, aleteo nasal). (I I) IV <i>ibid.</i></p> <p>Monitorización ácido-base. (I I D) IV <i>ibid.</i></p> <p>Vigilar cambios de coloración (cianosis) y vigilar oximetría de pulso. (I I) IV <i>ibid.</i></p> <p>Vigilar aumento significativo de la frecuencia respiratoria respecto a valores de referencia (40-60 respiraciones por minuto) en el recién nacido. (I I) IV <i>ibid.</i></p> <p>Vigilar aumento de la frecuencia cardíaca respecto a valores de referencia (120-140 latidos por minuto, en el recién nacido). (I I) IV <i>ibid.</i></p> <p>Auscultar para escuchar la entrada de aire a los pulmones. (I I) IV <i>ibid.</i></p> <p>Disminución de la ansiedad (inquietud, agitación). (I I D) V</p> <p>Presencia de la enfermera con el paciente de manera continua. (I I) V <i>ibid.</i></p>	<p>La ayuda respiratoria se retira poco a poco a medida que el estado del bebé mejora. El bebé está listo para destetarse de la ayuda respiratoria una vez que los gases arteriales y la saturación de oxígeno se mantienen dentro de los límites normales. Debe haber un esfuerzo respiratorio adecuado y espontáneo y el bebé tan bien debe mostrar una mejora de su tono muscular con un aumento de la actividad. El destete se hace de manera gradual y paso a paso. Puede consistir en la extubación del bebé, el paso a un sistema de presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) y después del destete hacia el oxígeno en tienda o a través de cánula nasal. Durante todo el proceso del destete se vigilan los niveles de oxígeno del bebé mediante oximetría de pulso, monitorización transcutánea de la presión de oxígeno (tcPO₂) y gases arteriales. El objetivo del destete es retirar todo el soporte de oxígeno. Sin embargo algunos bebés no lo logran. <i>ibid.</i></p> <p>Durante el periodo de destete los proveedores de salud valoran al bebé en busca de signos y síntomas que indiquen una tolerancia deficiente del proceso, como un aumento de la frecuencia cardíaca o de la dificultad respiratoria, cianosis o una combinación. Si llegan a manifestarse, aumenta la cantidad de oxígeno que se está administrando y el destete se realiza con mayor lentitud mientras se realizan otras valoraciones. Las causas subyacentes de intolerancia del destete pueden ser la displasia broncopulmonar, el conducto arterioso persistente o una lesión del sistema nervioso central. <i>ibid.</i></p> <p>Es importante dar a los padres información coherente y tranquilizarlos sobre el progreso respiratorio del bebé. Las decisiones referentes a la naturaleza de las intervenciones continuadas deben incluirse en un plan multidisciplinario de cuidados y hay que explicar la terapia con frecuencia a la familia. Son imperativas las actualizaciones diarias, en caso de que surjan complicaciones inesperadas. <i>ibid.</i></p> <p>La presencia continuada de enfermería garantiza la calidad del cuidado y la vigilancia estrecha del neonato grave. <i>ibid.</i></p>	<p>El bebé no mantiene un intercambio gaseoso adecuado, se encuentra una gasometría sugestiva de repercusión hemodinámica probable a persistencia de conducto arterioso con el siguiente resultado: pH 7.1, pCO₂ 117, pO₂ 72.2, SO₂ 85%, HCO₃ 37.6, EB -3.8, lo que se traduce en una acidosis respiratoria descompensada.</p> <p>El bebé presenta descompensación con bradicardia hasta de 90 latidos por min. que se normaliza lentamente hasta obtener 130 latidos por min.</p> <p>Se mantienen una vía aérea despejada, no así el patrón respiratorio eficaz.</p>

IV NANDA Diagnósticos Enfermeros, Pág. 73, 74, 75

V NANDA NOC-NIC Resultados e Intervenciones, Pág. 145

II Enfermería Materno infantil, Tomo 2, Op. cit., Pág. 1028, 1029

NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN

Diagnósticos de Enfermería

1. Alteración de la nutrición por defecto, relacionada con la interrupción de la lactancia materna y la intubación endotraqueal (enfermedad y prematuridad del niño) manifestado por disminución de peso corporal. ^V
2. Alteración en el volumen de líquidos relacionado con incapacidad digestiva, manifestado por edema de las extremidades. ^I

Objetivos de enfermería

El bebé recibirá una nutrición e hidratación adecuadas. Se protegerá al recién nacido contra infecciones. ^V

Intervenciones de Enfermería	Fundamento de las acciones de enfermería	Evaluación
Instalación de sonda orogastrica abierta a derivación. (I I) ^{I,II}	Se utiliza sonda orogastrica al principio para descomprimir cámara gástrica de secreciones y evitar la distensión abdominal. ^I	El neonato muestra inestabilidad hemodinámica hacia el 5º día de VEU, por lo que se hizo restricción de líquidos debido a la persistencia de conducto arterioso.
Administración de líquidos a través de una vía central (catéter venoso umbilical). (I D) ^{I,II}	Los bebés con complicaciones tienen problemas especiales como resultado de inmadurez, alteraciones del funcionamiento de los sistemas o desequilibrios metabólicos. ^{I,II,III}	
Administración de nutrición parenteral total (NPT). (I I D) ^V	La hiperhidratación favorece la insuficiencia cardíaca, la apertura del ductus y la displasia broncopulmonar. ^{I,II,III}	El neonato inicia NPT con cálculo de líquidos totales en 120 ml. en 24 horas, con flujo de glucosa de 2.6 mg/kg/min. a concentración de 3.2% y con datos de laboratorio de hipoalbuminemia.
Valorar signos de hipoglucemia, glucosa menor de 45 mg/dl, se valora cada 8 horas o antes si es necesario para control. (I I) ^{I,II}	Los neonatos con enfermedad de membrana hialina (EMH) suelen estar en ayuno durante algunas horas, para empezar despacio y conforme disminuyen los síntomas y/o no exista complicación. ^{I,II,III}	
Monitorización de líquidos. (I I) ^V	La administración de nutrición parenteral total (NPT): es la preparación y aporte de nutrientes de forma intravenosa y monitorización de la capacidad de respuesta del paciente. ^I	
Monitorización de los signos vitales. (I I) ^{V,II}	La satisfacción de las necesidades nutricionales de un bebé con complicaciones es un aspecto importante de los cuidados porque su situación inmediata y a largo plazo depende de ello. Las satisfacciones eficaces de los requerimientos nutricionales individualizados del bebé promueven la curación y la salud. Para asegurar una nutrición adecuada la enfermera monitoriza la ingesta nutricional total del bebé, incluidas las cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasas. En el bebé con Dificultad respiratoria que requiere un soporte ventilatorio intensivo; se valora el peso diario, el volumen de líquidos consumidos y la ingesta de calorías en los bebés que reciben nutrición parenteral. ^I	

^V NANDA NOC-NIC, Op. cit., Pág. 240, 439, 440

^I Tratado de Enfermería Infantil, Op. cit., Pág. 1108

^{II} Enfermería Materno Infantil, Op. cit., Pág. 1036, 1052

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnósticos de Enfermería

1. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con deterioro sensitivo y motor, manifestado por "globo" vesical. √
2. Riesgo potencial de estreñimiento relacionado con sedación y disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal y estrés emocional.

Objetivos de enfermería

Ayudar a la eliminación urinaria (mantenimiento de la función renal); proporcionar cuidados para la evacuación intestinal, mantener la eliminación intestinal y la eliminación urinaria adecuadas; conservar la sonda orogástrica abierta para eliminar las secreciones; y, disminuir la ansiedad.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones de enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Manejo de líquidos según sus requerimientos, verificando que el cálculo sea el adecuado para su edad y peso (diuresis horaria, control y balance hídrico). (I I) √	Patrón de eliminación. También se valoran los patrones de eliminación del bebé, incluidos la frecuencia de la micción y la cantidad, el color, el pH y la densidad de la orina. La valoración de los movimientos intestinales del bebé incluye la frecuencia de la deposición y el carácter de las heces, así como la existencia de estreñimiento, diarrea o pérdidas de grasa (esteatorrea). Todos estos hallazgos se registran. La enfermera puede solicitar pruebas de guayacol para valorar la existencia de sangre en heces, pruebas para detectar azúcares reductores en las heces y la determinación del pH para definir la malabsorción. Los bebés con distensión abdominal inexplicada se valoran con cuidado para descartar la presencia de hipomotilidad u obstrucción del tracto gastrointestinal. †	La eliminación urinaria es inadecuada en relación con la entrada de líquidos, se realiza recolección de orina para examinar la función renal. †
Manejo ácido-base. (I I D) √		
Monitorización de líquidos (programar infusión con bomba) (I I) †		
Protección contra infecciones: aplicación de precauciones estándar, desde lavado de manos antes y después de tocar al bebé, uso de gorro, cubre boca y bata quirúrgica, hasta el cuidado de catéteres, cánula endotraqueal, sondas, limpieza de aparatos y del área en forma periódica. (I I D) √		En cuanto a la eliminación intestinal, se obtiene meconio chicloso bajo estímulo rectal aun con efecto sedante.
Vigilancia de la piel: integridad, hidratación, cambios de coloración (neurovasculares distales), eritemas o lesiones dérmicas. (I I) √	La valoración de la función renal que incluye diuresis y valores de laboratorio (balance de nitrogenados, equilibrio hidroelectrolítico, nivel de glucosa). Los bebés prematuros son especialmente susceptibles a la alteración de la función renal. Se debe valorar la capacidad del bebé para tolerar la carga de solutos y líquidos. Pueden surgir complicaciones como la intolerancia a la alimentación y los desequilibrios metabólicos del consumo inapropiado de nutrientes. †	
Manejo intestinal "estreñimiento" / desimpactación (acción mecánica o estimulación con termómetro rectal). (I I) √		A través de SOG no ha eliminado ningún tipo de líquido, solo funciona para descomprimir cámara gástrica y vigilar el gasto por la misma.
Manejo de la nutrición: verificar que la NPT sea la indicada, el cálculo de componentes sea el correcto, inicio en horario correspondiente inmediatamente después de su preparación, realizar medición de glucemias para el control de la glucosa y reporte de la misma para corregir alteraciones metabólicas, verificar el goteo de la solución o manejo por bomba de infusión, registrar el control de líquidos. (I I D)	Mantenimiento de la función renal. El sistema renal inmaduro del bebé pretermino es incapaz de excretar adecuadamente metabolitos y drogas, concentrar la orina o mantener el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico. Por esta razón, deben valorarse tanto los líquidos administrados como los eliminados y la densidad urinaria y realizar pruebas de laboratorio para determinar el equilibrio ácido-base e hidroelectrolítico. También se monitorizan los niveles de medicamentos en bebés pretermino porque ciertas drogas pueden sobrepasar la capacidad de los sistemas inmaduros para excretarlas.	
Procurar ambiente tranquilo y realizar manipulación mínima. (I I D)		
Anotar características de las evacuaciones, su cantidad y frecuencia, realizar labstix en heces y orina. (I I)		
Realizar lavado gástrico y cuantificar gasto por SOG. (I I) †		

† Op. cit., Pág. 1108, 1109

‡ Op. cit., Pág. 1037, 1038, 1061

IV Op. cit., Pág. 86, 91

√ Op. cit., Pág. 163, 167

NECESIDAD DE MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL

Diagnóstico de Enfermería

I. Termorregulación ineficaz: relacionada con inmadurez neurológica y factor ambiental, manifestado por hipo e hipertermia. (V)

Objetivos de enfermería

Establecer la regulación de la temperatura corporal del neonato entre 36.5° y 37.2° C; brindar confort ambiental.

Intervenciones de enfermería	Fundamento de las acciones de enfermería	Evaluación
<p>Manejo ambiental de cuna térmica o incubadora a normotermia (temperatura de 37° C). (I, D)</p> <p>Cuidado del recién nacido prematuro para evitar pérdidas insensibles (manejo mínimo, proteger contra pérdidas de calor por conducción, evaporación, radiación, convección), regulación de la temperatura (I, D)</p> <p>Valoración periódica de la temperatura. (I, D)</p> <p>Durante la fototerapia del neonato, modificar la temperatura programada de la cuna o incubadora a menos un grado o dos si es necesario, para compensar con el aumento de calor por la fototerapia. (I, D)</p>	<p>La termorregulación del neonato se define como el equilibrio entre la producción, ganancia y pérdida de calor durante el periodo neonatal. (I)</p> <p>La regulación de la temperatura. Los vasos sanguíneos del RN están más cerca de la superficie de la piel y los cambios de la temperatura ambiental alteran la temperatura de la sangre y, por tanto, influyen sobre los centros de regulación de temperatura del hipotálamo. Los RN tienen una relación más grande entre la superficie y el peso corporal que los niños y los adultos. La posición de flexión del neonato ayuda a protegerlo contra la pérdida de calor, porque disminuye la cantidad de superficie corporal expuesta al ambiente. Los niños también pueden reducir la pérdida de calor interno a través de la superficie corporal mediante la vasoconstricción de los vasos sanguíneos periféricos. (I)</p> <p>Mantenimiento de la temperatura corporal. El bebé <i>pretérmino</i> es susceptible a la inestabilidad térmica como resultado de numerosos factores. El potencial de pérdida de calor es bastante elevado en estos bebés debido a su gran superficie corporal en relación con su peso. Otros factores que suponen un riesgo para el bebé <i>pretérmino</i>, desde el punto de vista de la inestabilidad de la temperatura, incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mínima cantidad de grasa subcutánea aislante ✓ Reservas limitadas de grasa parda ✓ Disminución o ausencia del control reflejo de los capilares de la piel (respuesta de escalofrío) ✓ Actividad inadecuada de la masa muscular (que hace que el bebé <i>pretérmino</i> sea incapaz de producir su propio calor) ✓ Capilares frías (se dañan con facilidad) ✓ Inmadurez del centro termorregulador del cerebro. (I) <p>El objetivo de la termorregulación es crear un ambiente termoneuro, que es la temperatura ambiental a la cual el consumo de oxígeno es mínimo pero adecuado para mantener la temperatura corporal. A partir del conocimiento de los cuatro mecanismos de transferencia de calor (convección, conducción, radiación y evaporación) la enfermera puede, crear un ambiente para el bebé <i>pretérmino</i> en el que se prevenga la inestabilidad térmica. Una fuente regulada externa de calor y la valoración periódica de la temperatura son aspectos fundamentales de estos cuidados. (I)</p> <p>Es importante el mantenimiento de la termoneutralidad para favorecer la recuperación de la asfíxia perinatal porque el estrés por frío pone en peligro su recuperación. (I)</p>	<p>El bebé ha registrado cifras de hipertermia hasta de 38° C, debido principalmente a factor ambiental (sobrecalentamiento de la unidad, que no cuenta con sensor "servo-control" y se maneja en modo manual para fijar una temperatura deseada, por la mañana coincide con exposición al sol en una ocasión, además de un efecto "sauna" durante los exhaustivos de limpieza del área de U.CIN.</p>

I Op. cit., Pág. T 1, 533, T 2, 1060, 1061, 1081

IV Op. cit., Pág. 201

V Op. cit., Pág. 356

VI IBARRA F. Historia Clínica de Enfermería del Neonato, Pág. Electrónica [http://www.ibarra.org/neonatalogia/capitulo 5/default.htm](http://www.ibarra.org/neonatalogia/capitulo%205/default.htm)

NECESIDAD DE MOVIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA POSTURA CORRECTA

Diagnósticos de Enfermería

1. Deterioro de la movilidad física relacionado con medicación sedante manifestado por flaccidez muscular (atonia muscular). ^{IV}
2. Alteración de la movilidad física y de los reflejos relacionada con dolor e irritación, manifestado por movimientos involuntarios. ^I

Objetivos de enfermería

Brindar la posición anatómica más cómoda para el bebé (alineación corporal). Valorar el nivel de movilidad, de acuerdo al estado del bebé.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
Cuidados de inmovilización (cefálica; para mantener la fijación del tubo endotraqueal). (I I) ^I La aspiración debe efectuarse con sumo cuidado. Reducir la aspiración faríngea. (I I) ^I Vigilancia de la piel. Precauciones circulatorias. (II) ^I Manejo del dolor (con analgésico de tipo Nalbufina). (II D) ^V Cambio de posición (sobre todo durante la exposición a la fototerapia continua). (I I) ^V Evitar todo tipo de sobreestimulación visual, táctil, vestibular y gustativa. (II D) Valorar movimientos anormales: mioclonias, convulsiones o movimientos incoordinados (sensibilidad periférica alterada). (I I) ^I Protección del medio ambiente, propiciando seguridad para el neonato. (III D) ^I Información a los padres. (II D) ^I	La movilidad sirve para muchas cosas, como la expresión de una emoción con un gesto no verbal, la auto defensa, la satisfacción de las necesidades básicas y la práctica de las actividades de la vida diaria y las recreativas. Muchas funciones del organismo necesitan de la movilidad para que puedan desarrollarse de manera óptima. Para mantener una movilidad física óptima, los sistemas musculoesquelético y nervioso deben estar intactos y ser funcionantes. ^{VI} Para proporcionar un cuidado competente, la práctica clínica enfermera relacionada con la movilidad requiere la incorporación de los conocimientos y las actividades relacionadas con la mecánica corporal. El conocimiento de los movimientos y funciones de los músculos en el mantenimiento de la postura y el movimiento es vital para un desempeño seguro y el mantenimiento de la movilidad tanto para las enfermeras como para los clientes. ^{VI} La movilidad puede verse alterada en muchas circunstancias patológicas. La enfermera debe conocer de que forma la movilidad y la inmovilidad afectan los sistemas corporales y las facetas psicosociales y de desarrollo de los clientes. ^{VII} La movilidad hace referencia a la capacidad de la persona de moverse libremente en el entorno, y la inmovilidad a la incapacidad de moverse libremente. La movilidad y la inmovilidad se comprenden mejor si se toman como los dos extremos de un continuo, en el que hay muchos grados intermedios de inmovilidad parcial. ^{VII} Las consecuencias de inmovilidad fisiológica, se define como el grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física. Manejo del dolor. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente. Incluye evitar movimientos innecesarios para el bebé. ^{VI} Deterioro de la movilidad física. Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades. ^{VI}	Durante la inducción al sueño del neonato, para permitir el manejo del ventilador con parámetros altos; esto es, durante los primeros días, los sedantes y narcóticos actúan relajando el sistema neuromuscular y limitan la movilidad independiente del cuerpo o una o más extremidades. El bebé permite así, el manejo con el ventilador, con fases recurrentes de irritabilidad. La evolución del bebé ha sido torpe y regresiva, con deterioro de las condiciones hemodinámicas, del patrón respiratorio, probable daño renal y neurológico, registrándose para el día 29 de noviembre, un evento de <i>paro cardiorrespiratorio</i> revertido, con un evento posterior inmediato de <i>crisis convulsiva</i> que como secuela deja ver más tarde la presencia de temblores finos de extremidades, dados por estimulación táctil.

^I Op. cit., Pág. 1109

^{IV} Op. cit., Pág. 143

^V Op. cit., Pág. 229, 230

^{VI} Historia Clínica de Enfermería del Neonato. Op. cit.

^{VII} POTTER P. Fundamentos de Enfermería, Tomo 4, Pág. 1511, 1516

NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO

Diagnósticos de Enfermería

1. Alteración del sueño relacionada con la sedación (sueño no Fisiológico) manifestado por hipotonía muscular. †
2. Alteración del bienestar relacionada con dolor (intubación endotraqueal, punciones y sondajes), manifestado con ansiedad e irritabilidad (movimientos bruscos de extensión y flexión de las extremidades).

Objetivos de enfermería

Mantener el patrón de sueño: El bebé tendrá manejo mínimo-suave.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Evitar estímulos innecesarios al neonato. (I I D)</p> <p>Respetar periodos de sueño y vigilia en la medida de lo posible sin manipular. (I I D)</p> <p>Tratar el dolor cuando se presente (I I D)</p>	<p>El sueño es la magnitud y el patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante el cual se recupera el organismo. ^{VII}</p> <p>Un descanso y un sueño apropiados son tan importantes para la salud como una buena nutrición o un ejercicio adecuado. Los individuos necesitan diferentes cantidades de sueño y descanso. La salud física y emocional depende de la capacidad para satisfacer estas necesidades humanas básicas. Sin las cantidades apropiadas de sueño y descanso, la capacidad para concentrarse, emitir juicios y participar en las actividades diarias disminuye y la irritabilidad aumenta. Los clientes necesitan una atención individualizada basada en sus hábitos y patrones de sueño particulares, así como los problemas particulares que influyen en el sueño. Las intervenciones de la enfermera deben ser efectivas para resolver los trastornos del sueño de duración breve o prolongada. ^{VII} <i>Ibid.</i></p> <p>Una teoría sobre la función del sueño es que está asociado con la curación y la restauración. ^{VII} <i>Ibid.</i></p> <p>El entorno de un hospital o las instalaciones sanitarias para unos cuidados a largo plazo y las actividades del personal sanitario dificultan el sueño. Con frecuencia el ruido de las alarmas o de otra índole, siempre que sean ponderados provocan molestia e incomodidad en el bebe grave. ^{VII} <i>Ibid.</i></p> <p>El sueño es un proceso fisiológico cíclico que alterna con largos periodos de vigilia. Este ciclo influye y regula funciones fisiológicas y respuestas de conducta. ^{VII} <i>Ibid.</i></p> <p>Cualquier enfermedad que cause dolor, molestias físicas (por ejemplo: dificultad respiratoria) o trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad o la depresión, puede producir alteraciones del sueño. La enfermedad también puede forzar al cliente a dormir en posiciones a las que no está acostumbrado. Por ejemplo, cuando se tiene inmovilizado un brazo o una pierna. ^{VII}</p>	<p>Desafortunadamente el estado crítico e inestable del neonato no permite que se respete del todo adecuadamente las horas de sueño, aún cuando está sedado, influyen el enterno bullicioso de la unidad de cuidado intensivo, registros de las constantes vitales cada tres horas o antes si es necesario, cambio de pañal, oximetría de pulso y aspiración bronquial necesaria.</p> <p>Sin embargo se brindó descanso lo mejor posible.</p> <p>El dolor ha disminuido al terminar las punciones gasométricas.</p>

† Op. cit., Tomo 3, Pág. 1109

VII Op. cit., Pág. 1274, 1277

NECESIDAD DE VESTIDO Y ROPA ADECUADA

Diagnóstico de Enfermería

Déficit de autocuidado vestido : aicalamiento relacionado con la dependencia del neonato para suplir esta necesidad. (N)

Objetivos de enfermería

Favorecer un medio ambiente propicio para el neonato con características de prematuridad, lo mejor posible y en forma continua.

El bebé estará desnudo para permitir la visibilidad y observación constante al monitorizar signos vitales.

Intervenciones de enfermería	Fundamento de las acciones	Evaluación
Colocar al neonato en cuna térmica o incubadora a temperatura equivalente a 37°C. (I I)	Manejo ambiental es la manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos. (V)	El bebé ha cursado grave, lo que hace indispensable el monitoreo continuo y la observación al desnudo de su cuerpo para evaluar su estado de salud o enfermedad (patrón respiratorio, cambios de coloración, movimientos anormales, estado e hidratación de la piel: como efectos adversos de la fototerapia, respuesta neurológica a estímulos; llanto ó gesticulación, periodos de sueño observación de catéteres y sondas, edema). Por lo tanto la ausencia de vestido del neonato es continua.
Vestir al neonato sólo con el pañal adecuado a su tamaño. (I I)	La desnudez del neonato en cuna o incubadora facilita a la enfermera limitar la incomodidad durante los exámenes, la valoración (inspección, auscultación , palpación), los procedimientos o los cuidados y la observación continua que de él se debe tener; en el caso de vestir al neonato se hará con ropa apropiada o elegir solo pañal.	
Mantener la desnudez para observar constantemente movimientos respiratorios, coloración de la piel, estado de hidratación, cateteres o sondas, eliminación urinaria o intestinal, entre otros aspectos importantes. (I I)	En la fototerapia del neonato se hace uso de terapia de luz para disminuir los niveles de bilirrubina en bebés recién nacidos; para lo cual se requiere de uso de antifaz e incluso de protección a nivel genital o bikini que puede hacerse con una máscara facial, de esta manera el bebé esta desnudo para que toda la luz posible pueda alcanzar la piel. (I)	
Durante la fototerapia, colocar antifaz y protección genital, colocar al bebe desnudo aproximadamente a 45 ó 50 cm. de la línea de luces y volver cada 2 horas para exponer todas las superficies corporales a la luz. (I I) (I)		

(I) Op. cit., Pág. 606, 608

(V) Op. cit., Pág. 32

(N) Historia Clínica de Enfermería del Neonato. Op. cit.

NECESIDAD DE HIGIENE CORPORAL

Diagnósticos de Enfermería

1. Riesgo potencial de infección relacionado con inmadurez del sistema inmunológico (inmunosupresión). V IV
2. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con la prematurez, factores mecánicos, (presión, punciones) e inmovilización física. V V

Objetivos de enfermería

Proteger al neonato pretérmino contra infecciones nosocomiales; Proporcionar una nutrición e hidratación adecuadas; Proteger la piel del bebé contra posibles lesiones; Identificar y tratar precozmente la sepsis. I

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
Monitoreo de los signos vitales cada tres horas (monitor electrocardiográfico y de oximetría de pulso ofrecerán un lectura continua) se deben fijar límites de alarma para FC así: superior, 200 latidos por minuto / inferior , 100 latidos por minuto; vs. apnea 20 seg. (I I) II	Los bebés pretérmino tienen un riesgo elevado de infección porque sus reservas de inmunoglobulinas maternas se hallan reducidas y su capacidad para sintetizar anticuerpos, al igual que su sistema tegumentario, se encuentran deteriorados (piel delgada y capilares frágiles). II	Los signos vitales del bebé son variables, muestran inestabilidad hemodinámica.
Cuidado de la piel (heridas, sitios de inserción de catéteres central venoso o arterial o catéter periférico venoso, fijación con telas adhesivas), y precauciones circulatorias (flebitis). (I I) V		Las medidas de higiene son las adecuadas; se enfatizan la curación de catéteres con intervalos regulares de tiempo y cuidado de la permeabilidad para garantizar funcionalidad, así como el cuidado de la piel con la aplicación de parche hidrocoloide (terapia húmeda) en sitios de presión (pabellones auriculares), sitios de punción o lesiones dérmicas (excoriaciones).
Manejo de barrera protectora contra infecciones (uso de ropa estéril en la cuna o incubadora del neonato, uniforme o bata quirúrgica). (I I D)	Varios de los signos y síntomas de infección en los bebés pretérmino son inespecíficos e incluyen inestabilidad térmica (hipotermia o hipertermia), letargo, irritabilidad, perfusión deficiente, cambios de color, ictericia, intolerancia a la alimentación, vómito, diarrea, dificultad respiratoria, apnea, hipotensión, inestabilidad de la glucosa y acidosis metabólica. Un aspecto muy importante del cuidado que no se debe evadir es el lavado de manos para prevenir las infecciones iatrogenas. II	Se llevan a cabo las medidas de protección universales y de protección para el neonato, como indica la Norma Oficial sobre infecciones nosocomiales (PROY-NOM-045-SSA2-2004).
Observar técnicas asépticas y las medidas de protección universales. (I I D)		
Baño tibio-caliente en la cuna o dentro de la incubadora. (I I)		
Manejo ambiental; seguridad y confort del RN pretérmino. (I I D)		
Lavarse las manos. (I I)		

I Op. cit., Pág. 1108

II Op. cit., Pág. 1061, 1065, 1072

IV Op. cit., Pág. 116, 118

V Op. cit., 197, 393, 397

NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS O PELIGROS DEL ENTORNO, (SEGURIDAD PROPIA)

Diagnóstico de enfermería

1. Riesgo de lesión relacionada con factores físicos, químicos y mecánicos. (V)

2. Riesgo de lesión relacionado con hiperbilirrubinemia.

Objetivos de enfermería

Favorecer y potenciar un ambiente seguro para el neonato, en todo momento; La Hiperbilirrubinemia del bebe se tratará con prontitud; los niveles de bilirrubina comenzarán a disminuir de inmediato.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Identificación de riesgos potenciales de lesión corporal. (I I)</p> <p>Vigilar la seguridad en torno al paciente (manejo ambiental, colocación de barandales de la cuna térmica o rollos de contención laterales dentro de la incubadora "acunamiento". También es importante rectificar los brazaletes de identificación del bebe, idéntico al de los padres y el uso de gafete de identificación con fotografía del personal del área de recién nacidos. (I I)</p> <p>Protección contra las infecciones. (Aplicar las medidas estándar). Llevar a cabo aislamiento protector en el paciente potencialmente inmunodeprimido. (Instruir al personal y a los padres, sobre el uso de buenas técnicas de lavado de manos). (I I D)</p> <p>Fomento del acercamiento a través de mantener presencia de enfermería. (I I) V</p> <p>Apoyo emocional (sesión de afecto al bebe). (I I)</p> <p>Mantener la fototerapia según esté prescrito: colocar la fototerapia aproximadamente a 45 o 50 cm. de una línea de luces, al bebe desnudo, mantener los ojos del bebe protegidos con antifaz asegurándose que éste no se deslice hacia el cuello o la nariz. Se debe exponer la mayor cantidad de piel posible a la luz, dar cambio de posición frecuente, retirar la luz no mas de una hora par descansar del antifaz o acunar al bebe. Ofrecer buenos cuidados de la piel ante la presencia de eritema toxico general, anotar el patrón de diuresis y eliminación de heces, reponer las pérdidas de líquidos y observar signos de Kernicterus. (I I) II</p>	<p>Suministrar un ambiente protector es básico para el cuidado del recién nacido.</p> <p>Se deben aplicar los estándares prescritos o desarrollar los propios para proteger a los recién nacidos que estén bajo el cuidado de enfermería e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Factores ambientales (iluminación adecuada, eliminación de riesgos potenciales de incendios, seguridad de instalaciones eléctricas, ventilación, temperatura y humedad adecuadas). ✓ Medidas de control de infecciones (por ejemplo: usar guantes cuando se entra en contacto con las mucosas o piel lesionada de los neonatos o al coger al bebe para tomar muestras de sangre). ✓ Factores de seguridad (extremar las medidas para evitar robo de bebes e identificarse). <p>La presencia de enfermería implica estar al pendiente todo el tiempo del recién nacido, más aún si esta grave.</p> <p>Las luces pueden producir lesiones oculares si los ojos no se mantienen cubiertos con antifaz. El antifaz para los ojos también puede producir una obstrucción de la vía aérea superior y apnea, así como lesiones directas en los ojos, oclusión de fosas nasales.</p> <p>La fototerapia continua es más efectiva para reducir los niveles de bilirrubina.</p> <p>La interrupción periódica de la fototerapia no disminuye su eficacia y permite la estimulación sensorial a la vez que da tiempo para el vínculo con los padres. El objetivo del tratamiento de la hiperbilirrubinemia, es ayudar a reducir los valores sericos de bilirrubina no conjugada del bebe. II</p>	<p>Se identifican los factores de riesgo en torno al bebe y se ponen en practica las intervenciones apropiadas (colocación de colchon de agua, almohadita o barreras protectoras).</p> <p>La gravedad del bebe limita proporcionar al bebe un entorno del todo agradable o confortable.</p> <p>El bebe no sufre lesiones por el tratamiento con fototerapia, como pudo ser la excoriación en región perianal por las heces, o abrasion causada por el antifaz oftálmico, sólo presentó leve eritema tóxico toraco abdominal, piel y mucosas estuvieron hidratadas durante el mismo.</p>

II Op. cit., Pág. 606

IV Op. cit., Pág. 129

V Op. cit., Pág. 406, 415

Falta página

N° 76

NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS

Diagnóstico de enfermería

1. Riesgo de afrontamiento inefectivo relacionado con inmadurez, estrés ambiental y sufrimiento fisiopatológico del bebé. ^{IV}
2. Afrontamiento familiar comprometido relacionado con pérdida potencial del bebé e incertidumbre, manifestado por el interés demostrado hacia el mismo. ^{IV}

Objetivo de enfermería

Ayudar a los padres a sobrellevar la enfermedad de su bebé: Apoyo emocional. ^I

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
Favorecer la relación materno-filial, entre los padres y el bebé indicando que pueden hablar con su hijo, tocarlo o acariciarlo suavemente, este puede emitir gestos o hasta sonreír. (I I) ^I	Los bebés comunican sus necesidades y su aptitud para tolerar la estimulación sensorial mediante respuestas fisiológicas. Las enfermeras y los padres de estos deben, por tanto permanecer alerta a las claves. Aunque los bebés a término pueden beneficiarse de la estimulación, esta puede, por el contrario, provocar síntomas físicos de estrés y ansiedad en bebés con complicaciones.	El estado de gravedad del bebé no permite que éste pueda expresar alguna respuesta o mensaje, permanece dormido, lo que produce desaliento y ansiedad de los padres ante la situación.
Alentar a los padres para que permanezcan junto al bebé, el tiempo que dure la visita. (I I) ^I	Los problemas con los estímulos nocivos y las barreras al contacto normal pueden producir ansiedad y tensión. Las claves de la presencia de hiperestimulación incluyen esquivar la mirada, el hipo, las náuseas y la regurgitación de la comida. Los bebés a término muestran un reflejo de sobresalto y los prematuros mueven todas sus extremidades de manera descoordinada en respuesta a los estímulos nocivos. Puede aparecer una frecuencia respiratoria irregular o un aumento de la frecuencia cardíaca en bebés con sufrimiento grave seguidos por incapacidad para recuperar la calma.	La relación materna y paterna-filial es adecuada, la situación se adopta serenamente, afrontamiento efectivo.
Mantener informados acerca de las mejoras que hayan experimentado. (I I D)		No se da el vínculo entre hermanos porque la hermanita del bebé sólo tiene 2 años de edad y la visita es restringida.
Reducir la ansiedad de los padres durante la hospitalización del neonato, favorecer vínculos. ^I	El estado de relajación en el bebé puede inferirse por la estabilización de los signos vitales, los ojos cerrados y una postura relajada. Los que no están intubados pueden emitir sonidos de arrullo cuando están relajados. Los que requieren ventilación artificial no pueden expresar su llanto audible y a menudo muestran su sufrimiento con la postura se relajan una vez que se satisfacen sus necesidades. Pinyard, recomienda la valoración del llanto del bebé como parte de la valoración del desarrollo porque se ha correlacionado ruidos específicos de llanto con ciertas respuestas del comportamiento. A medida que los bebés con complicaciones mejoran y maduran, responden cada vez más a los estímulos de manera autorregulada, no con respuestas disociadas. Los bebés que no muestran un aumento de la autorregulación deben valorarse en busca de problemas neurológicos. ^I	
Contacto y presencia de enfermería. (I I) ^V		

I Op. cit., Pág. 1110

II Op. cit., Pág. 1045

IV Op. cit., Pág. 11, 15

V Op. cit., Pág. 102

NECESIDAD DE MANTENER LA CREENCIAS Y LA RELIGIÓN

Diagnósticos de Enfermería

1. Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con visitas continuadas y estancia prolongada del bebe. ^{IV}
2. Tensión en el desempeño del rol de cuidador relacionado con la evolución torpe de la enfermedad, manifestado por angustia e incertidumbre. ^I

Objetivo de enfermería

Brindar apoyo emocional o espiritual a los padres del bebe: Mantener informados a los padres, acerca de los cambios, estado de salud o eventos en el tratamiento del bebe.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Potencializar los roles, e informar a los padres sobre la necesidad de proporcionar afecto al neonato para disminuir su ansiedad. (I I D) ^V</p> <p>Presencia de enfermería todo el tiempo con el bebe, sobre todo durante la visita, adaptarse al ambiente de cuidados intensivos neonatales y enseñar el papel de cuidador. (I I)</p> <p>Proporcionar ayuda Tanatológica, ante momentos críticos y permitir su proceso de duelo (colocan imágenes religiosas a la cabecera del paciente, oran, si es necesario solicitan la intervención de un capellán). (I I D)</p> <p>Asistir con una palabra de aliento. (I I)</p>	<p>Las familias pueden experimentar un duelo anticipado cuando se les comunica la muerte inminente de su bebe o la gravedad del mismo en una unidad de cuidados intensivos neonatales. La alteración en las relaciones, el cambio de vida y una amenaza muy real contra sus esperanzas y sueños para el futuro pueden afectar la relación cotidiana con su bebe y con el personal. La enfermera debe ayudar a la familia a elaborar el proceso de duelo. ^{II}</p> <p>Poder prever la pérdida permite que la familia haga planes, sientan que tienen más control sobre la situación y digan adiós de una manera especial. ^{II}</p>	<p>El bebe continua grave pero el pronostico es malo para la vida y la función.</p> <p>Los papas sienten y expresan las emociones propias de este estado. Todavía manejan ansiedad.</p> <p>Se les permite bautizar al bebe con la intervención de un sacerdote.</p>

I Op. cit., Pág. 1110

II Op. cit., Pág. 1048, 1151

IV Op. cit., Pág. 184

V Op. cit., Pág. 430

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

NECESIDAD DE REALIZARSE***Diagnóstico de Enfermería***

Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el niño relacionado con el estado de gravedad y prematuridad del bebe. ^{IV}

Objetivo de enfermería

Proporcionar a los padres la oportunidad de tener contacto con su bebe.

<i>Intervención de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
Brindar la oportunidad a los padres de coger al bebe si su estado de salud lo permite; o, que lo vean por más tiempo después del horario de visita. (I I) ^I	Los padres desean tocar, coger y sujetar al bebe. Comentan lo suave que es su piel y se preocupan por el milio y los salpullidos e incluso por procedimientos invasivos; el masaje ayuda a relajar al bebe y estimula el vinculo afectivo. ^{II}	La estimulación visual, táctil y auditiva son limitadas debido a la gravedad y deterioro del estado de salud del bebe.
Sugerir a los padres que hablen suavemente al bebe, lo toquen, le canten o escuche música clásica. (I I) ^I	Tanto el bebe como los padres tienen un repertorio de comportamientos que pueden usar para facilitar las interacciones. Los padres y las madres se sumergen en estos comportamientos de acuerdo con el grado de contacto y cuidados del bebe. ^{II}	Los padres se muestran involucrados en el cuidado y establecen contacto con el bebe, haciendo uso en gran medida de contacto verbal y táctil.
Ayudar a los padres a sobrelevar la enfermedad de su bebe. ^I		

I Op. cit., Pág. 1110

II Op. cit., Pág. 497

IV Op. cit., Pág. 210

V Op. cit., Pág. 430

NECESIDAD DE RECREARSE

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado a enfermedad física, estrés físico y psicológico, estimulación ambiental sostenida (en unidad especial) del bebe y, ansiedad agotadora para los padres. ^{IV}

Objetivo de enfermería

El bebe deberá tener un ambiente tranquilo y agradable.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamentos de enfermería</i>	<i>Evaluación</i>
Manipulación mínima del bebe, evitando acciones innecesarias. (II)	El masaje es una técnica que los padres pueden aprender a aplicar al bebe, para calmarlo y consolarlo, promover la relajación y reducir la irritabilidad y el llanto y servir como un mecanismo de interacción positiva entre los padres y el bebe. ^{II}	Las intervenciones terapéuticas impiden una adecuada relajación del neonato grave. Se tratan de respetar ciclos del sueño. Se realiza manipulación mínima con suauidad .
Evitar factores de estrés; valorar el empleo de estímulo y masaje al bebe. (II D)	La música promueve la relajación y su valor terapéutico se conoce desde hace siglos. ^{II}	
Músicoterapia (música clásica especial para bebes). (II) ^{II}	La espiritualidad demuestra una capacidad única para amar, disfrutar, cuidar, tener compasión y encontrar sentido a las experiencias difíciles de la vida. ^{VII}	
Apoyo emocional y espiritual para el paciente y la familia (padres). ^V	Las situaciones de estrés grave son situaciones crónicas que pueden durar desde varias semanas a varios años, como enfermedades físicas prolongadas. Cuanto más frecuente y prolongada sea la situación de estrés, mayor es el riesgo para la salud. El desarrollo de una enfermedad relacionada con el estrés, se puede examinar en términos de <i>Continuum</i> salud-enfermedad. A medida que aumenta el estrés de una persona, aumentan gradualmente las conductas estresantes, lo que hace disminuir la energía y las respuestas adaptativas. ^{VIII}	

II Op. cit., Pág. 284, 285

IV Op. cit., Pág. 195

VII Op. cit., Pág. 666, 667

NECESIDAD DE APRENDER

Diagnóstico de Enfermería

Dificultad o demora para desarrollar actividad motora, social o para expresarse, relacionada con prematuridad y estado grave de salud. VIII

Objetivo de enfermería

Proteger de causas externas que exacerben la enfermedad e impidan adquirir habilidades o un desarrollo normal del neonato prematuro.

<i>Intervenciones de enfermería</i>	<i>Fundamento de las acciones</i>	<i>Evaluación</i>
<p>Valorar presencia de alteración del crecimiento físico o movimientos de auto control propios de su edad (búsqueda de hallazgos normales del bebe prematuro) ejemplos: cuidar el patrón respiratorio que se encuentra afectado, en busca de signos de alarma, o algunos de los movimientos reflejos que son importantes para la supervivencia de los recién nacidos, detección de crisis convulsiva. (I I)</p>	<p>La valoración del recién nacido debe progresar sistemáticamente de la cabeza a los pies evaluando y valorando todos los sistemas . es decir, cardiovascular, respiratorio, etc. Los hallazgos proporcionan una base de datos para poner en practica el proceso de enfermería con los recién nacidos y brindar orientación a los padres. II</p> <p>Hacia el termino de la gestación los diferentes sistemas anatómicos y fisiológicos del bebe han alcanzado un nivel de desarrollo y funcionamiento que les permite una existencia física independiente de la madre. El bebe tiene capacidades sensoriales que indican un estado de disposición para la interacción social. II</p>	<p>La interacción entre los padres y el bebe se desarrolla sin retroalimentación, pues el bebe no ha recuperado la conciencia, permanece dormido.</p>

II Op. cit., Pág. 552, 573

VIII Diagnostico real.

(I. I.) Intervención Independiente, (I. I. D) Intervención Interdependiente, (I. D.) e Intervención Dependiente; conceptos referidos en el glosario de terminos.

Falta página

N° 82

3. CONCLUSIONES-RECOMENDACIONES

Al emplear el proceso de atención de enfermería o **método enfermero**, debemos tener la certeza de que es la mejor forma de ofrecer calidad en el *cuidado* al paciente-cliente o individuo sano o enfermo y a la familia.

Actualmente la enfermera en la práctica clínica, suele hacer “notas de enfermería” breves, rutinarias y hasta ilegibles, me atrevería a decir incluso repetitivas (lo mismo hoy que mañana); siendo como es la hoja de la enfermera, un documento legal el cual precisa de mostrar lo que se hace en torno al cuidado del paciente, concierne a las enfermeras diseñar un formato adecuado a las exigencias y demandas de ese cuidado enfermero, bien sea por competencias o especialidades.

Por otra parte, sí, la enfermera realiza proceso enfermero todo el tiempo en sus cuidados al paciente, ya que es la persona del equipo de salud que más tiempo pasa a lado del mismo, aunque se sustrae de relacionar con orden cada una de las etapas, de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; porque aún no se implanta como método para el cuidado, ni se ha validado, se menosprecia por su grado de complejidad porque no funciona o simplemente se desconoce, en la práctica clínica diaria. De ahí la importancia de la profesionalización de enfermería para adquirir el conocimiento y crear el compromiso que involucra nuestro quehacer o metaparadigma enfermero, es decir, **el cuidado, la persona, la salud y el entorno**. Las nuevas generaciones de la carrera de licenciatura en enfermería si lo utilizan como materia obligada de su plan de estudios, yo creo que si nos acercamos y participamos con ellos durante sus prácticas, podríamos retomar sus experiencias. De hecho combinar la docencia y la experiencia nos debe retroalimentar.

Desde mi percepción, el PAE es un proceso difícil de aplicar, complicado de desarrollar sobre todo a la hora de elaborar diagnósticos de enfermería y fundamentar cada una de las intervenciones de enfermería, porque al hacerlo correctamente en la teoría significa sustentar apropiadamente el marco teórico de las acciones. Llevarlo a cabo en un ámbito laboral, en el que se debe determinar cuáles son sus alcances, ventajas y desventajas, e implicaciones éticas y legales, para la gran mayoría significa un método no aplicable porque la problemática del déficit de enfermeras y con ello las sobrecargas de trabajo, impiden que éste se practique y por tanto se conozca. Por otro lado, es indispensable adiestrarse en el conocimiento del método enfermero, debe ser un compromiso del profesional de enfermería pugnar por utilizarlo porque desde luego también estoy convencida que el método enfermero es el modo más acertado par brindar calidad y calidez de atención al usuario a nuestro cargo. Es un método que por sus características; sistemático y humanista, responde a la satisfacción de las necesidades del paciente y/o familia, y por sus principios y reglas promueve el “pensamiento crítico”, y como en otro momento mencioné tiene un enfoque holístico. Todos estos son algunos de los beneficios que ofrece el uso del proceso enfermero.

Sin embargo, opino que, para que se adopte como nuestro modelo, alguno de los que se conocen de las teorías extranjeras reconocidas, no tenemos las condiciones laborales ni culturales que nuestra sociedad demanda. Quizás tendríamos que empezar por diseñar o estructurar un formato adecuado por áreas de especialidad de enfermería, tal vez establecer un proyecto piloto; llámese modelo Henderson, Orem, Rogers u otros, ver resultados y con base en ellos, proponer cuál es el que más se adecua no sólo a un aérea o servicio de enfermería, sino también a las necesidades del individuo-cliente en cuestión; y de ese modo llevarlo a cabo y validarlo como *nuestro método*.

La experiencia que me deja el método enfermero con el modelo de Virginia Henderson y las catorce necesidades, aplicado en un neonato prematuro, ha sido enriquecedor, reconozco que para poseer destreza en el manejo del mismo, es ineludible, obligatorio, básico practicarlos con disciplina, para no perder la objetividad en el abordaje de cada una de las etapas, desde la valoración de las catorce necesidades según el modelo; en donde al principio me pareció que no todas se podían aplicar en el caso del neonato o recién nacido prematuro con “alteración del patrón respiratorio”, situación que afectó severamente su salud y lo hace más vulnerable y dependiente (porque el neonato puede tener autonomía, pero no independencia), el neonato por su condición de inmadurez física y neurológica demanda el que se cubran y/o se suplan algunas de sus necesidades como son brindar calor (arropar), alimentarlo, mantenerlo limpio y confortable (necesidad de eliminación), sueño y descanso tranquilo, brindar un entorno seguro, evitar riesgos o peligros para su integridad, en el caso del bebé; se realizó la valoración y se establecieron prioridades en donde se hizo necesario suplir la función respiratoria fundamental para la vida, a través de asistencia ventilatoria mecánica y una serie de cuidados intensivos específicos encaminados a restablecer su salud. En el desarrollo del proceso enfermero, necesidades como la de comunicarse con los demás, mantener las creencias y la religión, realización, recreación o la necesidad de aprender todas con respecto al neonato, básicamente aplicaron hacia los padres de este; encontrando que la interacción y vinculación entre ellos fue limitada y llena de angustia por la situación de gravedad del bebé, la evolución de su estado de salud se fue deteriorando, aunque los objetivos planteados pretendían lograr el bienestar del bebé y su familia, no todos se alcanzaron. Pienso que existieron factores determinantes en el tratamiento médico, métodos invasivos propios en una sala de cuidados intensivos neonatales que someten al neonato en un estado constante de estrés, incluso al personal sanitario, quizá en algún momento hubo falta de eficiencia en las intervenciones de enfermería (momento en que se extubó el bebé accidentalmente)...situaciones que enfermería debe prevenir o evitar. Al analizar las circunstancias del bebé y de sus padres, éstos se ven involucrados en el plan de cuidados y al mismo tiempo participan de la evolución del bebé; por tanto, también les surgen necesidades que satisfacer en el rol de cuidador, entonces compete a la enfermera actuar de manera oportuna y eficaz, pero sobre todo en sentido humano (cálido y reconfortante), enseñando como vincularse con su bebé, informando aclarando sus dudas.

Estoy de acuerdo en considerar el modelo de Virginia Henderson, *clave* para el manejo del método enfermero, porque se puede adaptar sin mayor complejidad a un individuo en cualquiera de las etapas de su vida, tal es el caso del *recién nacido pretermino*. Es cuestión de afianzar su conocimiento y aplicarlo en la práctica, puede resultar válido y apropiado si se llega a aceptar y manejar con destreza en nuestras instituciones de salud o áreas de trabajo.

El empleo del método enfermero es insoslayable, obligatorio y esencial para nuestra práctica profesional, comencemos por estudiarlo y fomentarlo, consideremos todos (as) los beneficios de su uso; desde luego, brindar *calidad en el cuidado*.

En México el tema de las teorías es reciente y no existe un *modelo de enfermería propio*, hasta el momento, aunque se llevan a cabo diplomados y cursos sobre el Proceso de Atención de Enfermería y éste se aplica a nivel docente (las nuevas generaciones de licenciadas en enfermería, se preparan para aplicarlo a nivel asistencial) como método para el cuidado del paciente; en la práctica clínica todavía no se lleva a cabo y hasta cierto punto el personal desconoce las ventajas de utilizar el *proceso enfermero*. Aún es indispensable

que se desarrolle investigación sobre el tema específico, para poder crear teorías y modelos de enfermería que se ajusten a nuestra realidad en términos de salud.

Sin embargo se ha observado que la concepción que prevalece según la visión que ofrece en relación con el *cuidado*, la *persona*, la *salud* y el *entorno*, es la del modelo de Virginia Henderson, que se caracteriza por ser comprensible, de fácil manejo por los estudiantes de enfermería, porque ha demostrado ser el más útil en nuestro medio hasta el momento. Personalmente considero que es el modelo mas apropiado para aplicarlo en un recién nacido pretermino con peso bajo para edad gestacional, en la unidad de cuidados intensivos neonatales del hospital general "Ignacio Zaragoza" del ISSSTE, como es el caso expuesto.

4. GLOSARIO DE TERMINOS

Acidosis: Aumento de la concentración de iones hidrógeno con un descenso del pH sanguíneo por debajo de 7,35.

Afrontamiento, mecanismo de: Cualquier esfuerzo dirigido al control del estrés. Puede ser orientado hacia la tarea e implicar la resolución directa del problema y los esfuerzos para afrontar la amenaza misma, o ser intra psíquico u orientado hacia la defensa del ego con el fin de regular el sufrimiento emocional propio.

Alcalosis: Estado anormal de los líquidos corporales que se caracteriza por una tendencia hacia un pH elevado, con exceso de bicarbonato o deficiencia de ácido.

Apnea: Cesación de las respiraciones durante más de quince segundos asociada con cianosis generalizada.

Atelectasia: Patología pulmonar que comprende colapso alveolar.

Atonía: Ausencia del tono muscular.

Autonomía: f. Vida propia e independiente de un organismo. Fig. Condición del individuo que no depende de nadie.

Bebé prematuro: Bebé nacido antes de completar la semana 37 de gestación, cualquiera que sea su peso al nacer; bebé pretérmino.

Displasia broncopulmonar: Cambios enfisematosos causados por toxicidad del oxígeno.

Edad gestacional: En el desarrollo fetal, el número de semanas completas contadas a partir del primer día de la última regla normal.

Edema: Acumulación generalizada de líquido intersticial. Con fóvea; edema que deja una pequeña depresión o fóvea cuando se aplica presión a un área edematizada. Declive; edema de la partes inferiores o más declives del cuerpo donde la presión hidrostática es mayor.

Ética: Cuestionamiento sistemático sobre los principios de la conducta correcta, de la virtud y el vicio, y del bien y el mal en tanto que relacionados con la conducta.

Fototerapia: Utilización de luz para reducir los niveles séricos de bilirrubina por oxidación de esta molécula en compuestos hidrosolubles que después son procesados en el hígado y excretados por la bilis y la orina.

Hipoxia: Disponibilidad insuficiente de oxígeno para copar las necesidades metabólicas de los tejidos corporales.

Ictericia: Coloración amarilla de los tejidos corporales causada por el depósito de pigmentos biliares (bilirrubina no conjugada); icterus.

Ictericia fisiológica: Tinte amarillo de la piel y las mucosas en respuesta al aumento de los niveles séricos de bilirrubina no conjugada.

Ictericia patológica: Se observa por primera vez 24 horas después del parto; causada por alguna situación como una incompatibilidad Rh o ABO.

Independiente: adj. Que no tiene dependencia, que no depende de otro. Dícese de la cosa que no tiene relación con otra. Autónomo. fig. Dícese de la persona que sostiene sus derechos u opiniones, sin que la doblen respetos, halagos ni amenazas, o de la que no busca apoyo o colaboración de los demás en sus actuaciones.

Intervención dependiente : Intervención prescrita (o delegada) por el médico. Acción indicada por un médico para que la lleve a cabo la enfermera u otro miembro del equipo de cuidados (ID).

Intervención independiente : Acción que la enfermera puede legalmente prescribir o iniciar independientemente. Es una actividad que la enfermera podrá realizar sin necesidad de una indicación médica (II).

Intervención interdependiente : Aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, colaboración interdisciplinaria (IID).

Narcosis neonatal: Depresión del sistema nervioso central (SNC) del recién nacido causada por un narcótico; puede mostrar depresión respiratoria, hipertonia, letargo y retraso en la regulación de la temperatura.

Neonatología: Rama de la medicina que estudia los cuidados del neonato.

Oligohidramnios: Cantidad anormalmente pequeña o ausencia de líquido amniótico; a menudo indicativa de un defecto del tracto urinario fetal.

Oliguria: Diuresis por debajo de los 25 a 30 ml durante dos horas consecutivas.

Oximetría de pulso: Método no invasivo para monitorear los niveles de oxígeno mediante la detección de la cantidad de luz absorbida por la hemoglobina que transporta oxígeno.

Peso bajo al nacer: menos de 2,500 g. Estos recién nacidos pueden subclasificarse según su madurez y lo adecuado de su edad gestacional:

- prematurados de peso adecuado para la edad gestacional (pretérmino con PAEG)
- prematurados de bajo peso para edad gestacional (pretérmino con PBEG)
- a término de bajo peso para la edad gestacional (a término con BPEG)

Prematuridad: El nacimiento de un **recién nacido pretérmino** es el que se produce hasta el final del último día de la 37ª. Semana (259º. día) a partir del inicio de la última regla.

Quejido espiratorio: Signo de dificultad respiratoria (enfermedad de membrana hialina - síndrome de dificultad respiratoria, o SDR- o neumonía avanzada) indicativo del intento del organismo para mantener el aire dentro de los alvéolos o para un mejor intercambio gaseoso.

Surfactante: Fosfolipoproteína necesaria para la función respiratoria normal que previene el colapso alveolar (atelectasias).

Termorregulación: Control de la temperatura.

Ventilación mecánica: Principios generales. La ventilación mecánica es un procedimiento de soporte vital invasivo con numerosos efectos sobre el sistema cardiopulmonar. El objetivo es optimizar tanto el intercambio de gases como el estado clínico con FiO_2 y presiones del ventilador mínimas. El tipo de respirador empleado para alcanzar este objetivo depende en parte del proceso patológico del neonato. Técnica usada para administrar una cantidad de oxígeno predeterminada; requiere de intubación endotraqueal.

5. BIBLIOGRAFIA

- A.D.A.M., INC. *Síndrome de Dificultad Respiratoria en bebés*. University of Maryland Medical Center. 2002. <http://www.umm.edu/esp-ency/article/001563.htm> Consultado: 19/05/2005.
- AGUILAR C., M. José. *Tratado de Enfermería Infantil*, Cuidados pediátricos. Ed. Elsevier Science. Madrid, España. 2003. Págs. 1107,1108,1109,1110.
- AIJUED A., J. Roberto / Cols. *Normas y Procedimientos de Neonatología*. 1998. Instituto Nacional de Perinatología, INPER. Págs. 139, 140.
- ALFARO-LIEFEVRE, Rosalinda . *Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía paso a paso. Ed. Masson. 4º ed. Barcelona, España. 2002. Pág. 4,41,42,44,45,46,47,48,72,114,115,119,121,122,124,137,156,158,159,161, 163, 164,267.
- ALFARO, Rosalinda. *Aplicación del Proceso de Enfermería*, Guía práctica. Ediciones Doyma. 2º. ed. Barcelona, España. 1992. Pág. 6 .
- AMARO C., M. del Carmen. *El método científico de enfermería, el Proceso de Atención, y sus implicaciones éticas y bioéticas*. Revista Cubana Enfermera 2004;20(1)Pág. 3,4. <http://bvs.sld.cu/revistas/enf7vol20-1-04/cnf10104.htm> Consultado: 31/01/2005.
- CÁRDENAS J., Margarita / ZÁRATE G., Rosa A. "La Formación y Práctica Social de la Profesión de Enfermería en México". 2001. <http://one.udca.edu.co/revista/scp2001/cnf.%20mexico.htm> Consultado: 06/03/2005.
- CLOHERTY, John P. / STARK Ann R., *Manual de Cuidados Neonatales*. Ed. MASSON. 3a. ed. Barcelona, España. 1999. Pág. 45, 371, 372.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise. "Promover la vida", *De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Ed. Mc-Graw-Hill Interamericana. 1ª. ed. Madrid, España. 1993. Pág. 6,7,11,16,17.
- CONAMED. *Código de ética para enfermeras*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Actualización: 18.01.2005. <http://www.conamed.gob.mx/codigocnf.htm> Consultado: 26/02/2005.
- DOCUMENTO. Expediente clínico. Del Recién Nacido: Romero Alfaro. Hospital ISSSTE Zaragoza, UCIN 4º piso, Neonatología. Noviembre de 2004.
- DUEÑAS F., José Raúl. *Cuidados de Enfermería, "Evolución teórica"*. España. Actualización: 11.01.2001 <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias7.htm> . Consultado: 17/11/2004.
- DUEÑAS F., José Raúl. *El Proceso de Atención de Enfermería*. Actualización : 22.OCT.2000 <http://www.terra.es/personal/duenas/pac.htm> . Consultado: 17/11/2004.
- ENEO-UNAM. *Teorías y Modelos*. Para la atención de Enfermería. La División Sistema Universidad Abierta de la ENEO. México. Junio 2003. Pág. 110, 111.
- ESCUELA DE MEDICINA. *Etapas a desarrollar con el tutor*. Curso integrado de Clínicas Médico-Quirúrgicas-Mec.-231A 2004. http://escuela.med.puc.cl/paginas/cursos/tercero/integradotercero/etapas_desarrollar.html. Consultado: 19/03/2005.
- FRANCO O., Magdalena. *(Elaboración propia basada en): El instrumento de valoración de las necesidades básicas en el recién nacido grave*. "Especialización en enfermería infantil". ENEO-UNAM, -Postgrado. México. Oct. 2001.
- GONZALEZ R., Benjamin. *Transformar al ISSSTE es tarea de equipo*. Cuaderno de Comunicación Interna. Núm. 1. Agosto 2004. Pág. 7, 10, 11.
- HENDERSON, Virginia / NITE, G. *Enfermería teórica y práctica*. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S. A. 3ª. ed. México. 1987. Vol. 1. Pág. 10.

HERNÁNDEZ C., Abdul. "La enfermería como disciplina profesional holística". Revista Cubana Enfermera 2004;20(2) <http://bvs.sld.cu/revistas/cnf/vol20-2-04/cnf07204.htm> Consultado: 30/01/2005.

HERNÁNDEZ CONESA, J. Fundamentos de la Enfermería, teoría y método. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España. Pág. 57,127,128,133,134.

HERNÁNDEZ CONESA, Juana. Oposiciones de Enfermería. Ed. McGraw-Interamericana. 2ª. ed. Madrid, España. 2000. Pág. 18, 19, 21, 23.

IBARRA F., Antonio J. Historia Clínica de Enfermería del Neonato. Manual de Enfermería en Neonatología. Actualización: 03.07.2005 <http://www.aibarra.org/Neonatologia/capitulo5/default.htm> Consultado: 06/03/2005

IYER, P. W. / Taptich, B. J. Proceso y Diagnóstico de enfermería. Ed. Mc-Graw-Hill Interamericana. 3ª. ed. México. 1997. Pág. 11,12,13,14.

JOHNSON, Marion / BULECHIEK, Gloria. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Elsevier Science. Madrid, España. 2002. Págs. 102, 145,163, 167,215,229,230,240,356,393,406,415,430,439, 440.

KÉROUJAC, Suzanne. El Pensamiento Enfermero. MASSON. 1996. Pág. 48, 57.

LOWDERMILK, D. / PERRY, S. Enfermería Materno-Infantil Ed. Harcourt / océano. 6ª. ed. Madrid, España. 1997. Tomo 1; Págs. 127,128,284,285,426,497,533,552,580,581,596,606. Tomo 2. Págs. 1025,1027,1028,1029,1036, 1037,1038,1045,1048,1052,1060,1061,1062,1063,1065,1081,1151,1383,1384 1385,1386,1393,1394,1396,1398,1401,1402,1408,1409,1413,1418,1616.

MARRINER T. Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Mosby. 1ª. ed. Madrid, España. 1994. Pág. 87, 88, 95, 102, 103.

MARRINER T. Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Mosby. Quinta ed. Madrid, España. 2003. Pág. 98, 99,101,102.

MARTINEZ M., J. Manual de métodos y técnicas del servicio de neonatología. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza, ISSSTE. 2004. Pág. 4, 5.

MURRAY, Mary Ellen. Proceso de atención de enfermería. 1996. Pág. 1.

NANDA. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004. NANDA International. Ed. Elsevier. Madrid, España. 2003. Págs. 11,15,32, 73,74,75,86,91,116,118,129,143,184,195,201, 210.

OCÉANO UNO, Grupo Editorial. Diccionario enciclopédico. Ed. OCÉANO. 1998. Págs. 162, 854.

PIHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 1ª ed. Madrid, España. 1993. Pág. 18,25,28,29,30,32,33,35,43,50,51,80,125,126,128,137.

POTTER, Patricia A. Fundamentos de Enfermería. Ed. Harcourt / OCÉANO. 5ª. ed. Barcelona, España. 2002. Tomo 3; Págs. 1274,1277. Tomo 2; Págs. 666, 667. Tomo 4; Págs. 1274, 1277,1511, 1516.

RESENDEZ, Gabriela. "Enfermeras Mexicanas, en la mira de EUF" Investigaciones-esmas. Noticieros Televisa 2005. <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/investigaciones/422553.htm> Consultado: 26/02/2005.

RODRÍGUEZ S., Bertha A. Proceso Enfermero. Aplicación actual. Ediciones Cuellar. 2ª. ed. Guadalajara, Jal. México. 2001. Pág. 40, 41, 46, 47,55,56,59,60,61,62,93.

RUIZ, Miriam. CIMAC NOTICIAS. "La enfermería del siglo XXI se halla en una encrucijada". 6 de Enero, 2004. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/04ene/s04010601.htm> Consultado: 26/02/2005.

SALAS S., Susana / RUBIO D., Severino. La Profesionalización de la Enfermería en México. Proyecto ENFO-UNAM. 1995-2000 http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria3400-profesionalización_1.htm Consultado: 26/02/2005.

SILES G., José. Historia de la Enfermería Ed. Aguaclara. España. 1999. Pág. 30.

SILES G., José. *Teoría / Práctica. "Historia de la Enfermería"*. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), Alicante. 1999. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_histor-enfermer1.htm
Compilado: 19/02/2005.

WESLEY, R. L. Teorías y Modelos de Enfermería, 2ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 1997. Pág. 24,27,156-159.

ZAMUDIO S., Ma. de la Luz y Cols. Diagnóstico Situacional. Subcoordinación de Enseñanza, Investigación y Educación para la Salud. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE. Dic. 2003.

6. ANEXOS

Evolución teórica – Enfermeras teóricas

Enfermería es una ciencia joven, tenemos que recordar que la primera teoría de enfermería es la de Florence Nightingale, a partir de aquí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una Filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

El *marco teórico o conceptual de la enfermería* es el armazón que encuadra y delimita la existencia de una determinada forma de actuar. Trata de guiar la acción profesional en la función asistencial, docente, administrativa e investigadora. Éste está constituido por:

- Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina.
- Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.

Los *elementos* que configuran al marco conceptual de la enfermería y que están presentes en todas las teorías y modelos son:

- El concepto del Hombre.
- El concepto de Salud.
- El concepto de Entorno.
- El concepto de Rol Profesional o de Enfermería.

Supuestos básicos de las teorías de enfermería:

- El hombre necesita a la enfermería.
- El hombre tiene capacidad propia para mejorar su estado de salud.
- Los conocimientos de la enfermería a lo largo de la historia se han relacionado con la salud y la enfermedad.
- El hombre interactúa constantemente con el entorno.
- Mejorar la salud es una meta de los cuidados de enfermería.
- La salud es un valor positivo en la sociedad.

Algunos *objetivos* de los modelos de enfermería:

- Formular una legislación que regule la práctica y la formación de enfermería.
- Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería
- Orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.
- Identificar las competencias y objetivos de enfermería.

Tendencias de las *teorías* de enfermería:

La tendencia naturalista: También denominada ecologista, se incluyen en este apartado los conceptos formulados por Florence Nightingale, que enfoca los cuidados de enfermería como facilitadores de la acción que la Naturaleza ejerce sobre los individuos enfermos.

La tendencia de suplencia o ayuda: Los modelos representativos de esta tendencia son los de Virginia Henderson y Dorotea Orem. Estas autoras conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de un ciclo vital (enfermedad, niñez, ancianidad), fomentando ambas, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente. ⁽¹²⁰⁾

¹²⁰ DUEÑAS F., José Raúl. *Cuidados de Enfermería*. "Evolución teórica". España. Actualización: 11.01.2001 <http://www.terra.cs/personal/duenas/teorias7.htm>. Consultado: 17/11/2004.

La tendencia de interrelación: En este grupo se incluyen los modelos de Hildegard Peplau, Callista Roy, Martha Rogers y Levine. Todas estas enfermeras usan como base fundamental para la actuación de Enfermería, el concepto de relación, bien sean las relaciones interpersonales (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente. ⁽¹²¹⁾

Clasificación de los modelos de enfermería según las corrientes del pensamiento, teorías utilizadas:

Modelos de interacción: Se basan en la teoría de la comunicación-interacción de las personas. Se basan en las relaciones entre las personas.

El foco primario está en la persona como participante activo en el proceso de la salud.

El énfasis en las percepciones de la persona debe ser el: Autoconcepto, y la habilidad para comunicar y desarrollar diferentes roles. El principal objetivo del modelo a conseguir es obtener logros determinados mediante la interacción recíproca.

Destacan dentro de este modelo las siguientes teóricas: Orlando (1961), Riehl (1980), King (1981).

Modelos evolucionistas: Se centran en la teoría del desarrollo o cambio para explicar los elementos de una situación de Enfermería. Son útiles en cualquier campo de la Enfermería relacionado con la edad.

Tratan de enfatizar el crecimiento, el desarrollo y la maduración de la persona.

El foco de atención primario es el cambio de la conducta de la persona en una dirección particular y fijada. Dicho cambio puede predecirse y ocurre en unas determinadas fases o etapas. El principal objetivo del modelo es potenciar el crecimiento personal del individuo.

Destacan las siguientes teóricas: Thibodeau (1983), Peplau (1952).

Modelo de las necesidades: Parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de Enfermería.

Tienen su base común en las necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo de acción enfermera, basadas en la teoría de la motivación y personalidad de A. Maslow.

En el desarrollo de su teoría, Maslow define cinco categorías de necesidades que se ordenan por prioridades en cuanto a su satisfacción, y establece que primero se han de satisfacer las necesidades de orden más básico (al menos la mayoría de ellas) para pasar posteriormente a satisfacer las necesidades de orden superior. ⁽¹²²⁾

Las categorías de Maslow son las siguientes:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades de seguridad.
- Necesidad de amor y pertenencia.
- Necesidad de estima.
- Necesidad de autorrealización.

¹²¹ DUEÑAS F., J. R. *Cuidados de enfermería*. Ibid.

¹²² Ibid.

La cobertura de las necesidades tiende hacia el perfeccionamiento, el fortalecimiento y el desarrollo sano de la persona.

Destacan las siguientes teóricas: **Henderson** (1966), **Rogers** (1970), **Orem** (1980), **Roper** (1980).

Modelos de los sistemas: Usan la teoría general de sistemas como base para describir los elementos de una situación de Enfermería.

El concepto de sistema constituye la noción central, entendiendo por tal el conjunto organizado de elementos o partes que actúan e interactúan coordinadamente para alcanzar determinados objetivos.

Existen dos tipos de sistemas:

1. *Sistemas cerrados*. Se basan en sí mismos, se consideran aislados del medio circundante, no existe en ellos importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas.
2. *Sistemas abiertos*. Funcionan con base al intercambio con el exterior; todo organismo vivo es, ante todo, un sistema abierto.

Destacan las siguientes teóricas: **Roy** (1980), **Jhonson** (1980), **Newman** (1982). (¹²³)

Los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que está continuamente en evolución. Las diferentes escuelas ponen énfasis en diversos elementos, según las épocas en que las concepciones se han elaborado, que son guías para la práctica, la formación, la investigación y la gestión en ciencias enfermeras. (¹²⁴)

¹²³ DUEÑAS F., J. R. *Cuidados de Enfermería*. Op. cit.

¹²⁴ Kèrouac, Suzanne. El pensamiento enfermero MASSON. 1996. Op. cit. Pág. 57.

Marco Teórico de la Patología

SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO / ENFERMEDAD DE LA MEMBRANA HIALINA

La causa principal del síndrome de distrés respiratorio (SDR) es la inactivación o la falta del surfactante pulmonar adecuado. Las manifestaciones de la enfermedad están causadas por la atelectasia alveolar difusa, el edema y la lesión celular consiguientes. Después las proteínas séricas que inhiben la función del surfactante se extravasan en los alvéolos. El aumento del contenido de agua, la inmadurez de los mecanismos para la eliminación del líquido pulmonar, la ausencia de aposición alveolocapilar y la poca área de superficie para el intercambio de gases, típicos del pulmón inmaduro, también contribuyen a la aparición de la enfermedad. Los progresos significativos realizados en el tratamiento del SDR incluyen el auge del diagnóstico prenatal en la identificación de los recién nacidos con riesgo, la prevención de la enfermedad mediante la administración prenatal de glucocorticoides, la mejora de la asistencia Perinatal, los progresos del soporte respiratorio y el tratamiento de sustitución del surfactante. ⁽¹²⁵⁾

A. Factores de riesgo Perinatal

1. Los factores que afectan el estado del desarrollo pulmonar al nacer incluyen prematuridad, diabetes materna y factores genéticos (raza blanca, antecedentes de SDR en hermanos o sexo masculino). Las malformaciones torácicas que causan hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, también pueden aumentar el riesgo de déficit de surfactante. El déficit de la proteína B del surfactante debido a defectos de un gen provoca la proteinosis alveolar congénita, grave, habitualmente letal, que en sus primeros estadios puede ser similar al SDR.
2. Los factores que pueden deteriorar de forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia Perinatal en recién nacidos prematuros (p. ej., secundaria a la hemorragia anteparto o en algunos gemelos que nacen en segundo lugar) y la cesárea sin trabajo de parto. Los neonatos dados a luz antes de que se inicie el trabajo de parto no se benefician de la acción de las hormonas adrenérgicas y esteroides liberadas durante el trabajo de parto, que aumentan la producción y liberación de surfactante.

B. Predicción prenatal

1. La determinación prenatal de la madurez pulmonar puede establecerse mediante exámenes de líquido amniótico. La predicción prenatal del riesgo de SDR es importante porque contribuirá a las decisiones sobre el traslado de la madre a un centro Perinatal, la administración de glucocorticoides para acclerar la maduración pulmonar fetal y el aporte de surfactante artificial.
2. Recomendamos el tratamiento materno con glucocorticoides si parece inminente el parto de un feto con SDR grave. En general esto se aplica a los embarazos de menos de 34 semanas con independencia del sexo o la raza, o cuando se advierte inmadurez pulmonar mediante el análisis del líquido amniótico, así como en aquellos casos en que puede posponerse el parto para permitir que los glucocorticoides ejerzan su acción. El beneficio óptimo se observa 24 horas después de iniciar el tratamiento y continúa durante 7 días, aunque un tratamiento de menos de 24 horas también mejora el resultado. Las contraindicaciones del tratamiento con glucocorticoides incluyen la amnionitis u otras indicaciones para un parto inmediato. El tratamiento materno con

¹²⁵ CLOHERTY, John P. / STARK, Ann R. Manual de cuidados neonatales. MASSON. 3ra. ed. Barcelona, España. 1999. Pág. 371, 372.

glucocorticoides induce la producción de surfactante y acelera la maduración de los pulmones y de otros tejidos y órganos fetales, lo que reduce la incidencia de SDR,, displasia broncopulmonar, persistencia del conducto arterioso y hemorragia intraventricular.

- C. Diagnóstico postnatal.** El neonato prematuro con SDR se identifican con signos clínicos poco después del nacimiento. Estos incluyen taquipnea, retracciones costales, aleteo nasal, quejido respiratorio y cianosis. El aspecto radiológico clásico muestra pulmones de bajo volumen con un patrón reticulogranular difuso y broncogramas aéreos. ⁽¹²⁶⁾

Características del recién nacido prematuro

Prematuro estable

La prematuridad representa el 8-9% de los nacimientos, se caracteriza por dos elementos importantes:

1. Ausencia de reservas, principalmente energéticas.
2. Inmadurez de funciones, presentando mayor riesgo de enfermedad de membrana hialina, hipotermia, hipoglucemia, ictericia y hemorragia intraventricular.

Estos hechos justifican una vigilancia mayor al nacimiento y durante los primeros días de vida, por lo que se considera al prematuro un recién nacido de riesgo elevado.

Tratamiento integral

Una vez estabilizado el neonato se justifica una vigilancia basada en cuatro puntos particulares: respiración, termorregulación, alimentación e ictericia.

Respiración.

- Es de tipo abdominal: elevación del abdomen a la inspiración seguido de un aplanamiento a la espiración.
- El ritmo es periódico: secuencia de inspiraciones y espiraciones de amplitudes sucesivamente crecientes y posteriormente decrecientes hasta llegar a una pausa de unos segundos.
- Pueden presentarse apneas de frecuencia y duración variables de acuerdo a la etiología, periférica y/o central. La repetición de las apneas justifica la monitorización del niño y un tratamiento sintomático.

Termorregulación.

Cuando más bajo es el peso al nacimiento, mayor es el peligro de hipotermia, siendo muchas veces una agresión irreversible, particularmente en prematuros extremos en los cuales las pérdidas insensibles son muy elevadas. ⁽¹²⁷⁾

¹²⁶ CLOHERTY, John P. Manual de cuidados neonatales. 1999. Ibid. Pág. 371, 372.

¹²⁷ AHUED A., J.R. / Cols. Normas y Procedimientos de Neonatología. Instituto Nacional de Perinatología, INPER. México, 1998. Pág. 139, 140.

Los mecanismos de defensa contra el calentamiento excesivo son igualmente insuficientes; el neonato responde con vasodilatación periférica, incrementándose las pérdidas por evaporación, la temperatura central rápidamente puede llegar a 40° C.

Los hechos anteriores hacen indispensable el empleo de autorregulación, por lo que todos los cuidados y manipulaciones deben realizarse en el interior de una incubadora. Limitando al máximo el tiempo de apertura de las compuertas; para mantener la temperatura cutánea o axilar de un recién nacido pretérmino desvestido en 36.5° C con mínimo consumo de oxígeno, se requiere una temperatura en incubadora entre 32-36° C de acuerdo a la madurez, tamaño y actividad metabólica del neonato.

Alimentación.

La alimentación debe iniciarse en forma temprana y tomando en cuenta las necesidades del prematuro. La leche materna es el alimento preferente, en caso de no contar con ella se tienen dos alternativas:

- Fórmulas industrializadas.
- Fórmulas especiales adaptadas para prematuros por tener un alto contenido en proteínas, minerales y calorías .
- Suplementación de vitaminas A D y C al igual que hierro polimaltosado.

Ictericia.

En especial en el recién nacido pretérmino debe vigilarse la hiperbilirrubinemia, debido a que en ésta población es más frecuente y pronunciada por inmadurez en la función hepática.

Otros.

- Se realizarán exámenes de escrutinio semanalmente para analizar hematocrito y reticulocitos, así como examen general de orina.
- El niño se debe pesar diariamente en condiciones idénticas y una vez por semana realizar examen neurológico. El peso, la temperatura (corporal y de la incubadora), perímetro abdominal y técnica de alimentación se anotarán en la hoja de observaciones.
- En el curso de la hospitalización se debe hacer una exploración oftalmológica.
- La participación y adiestramiento de la madre en el cuidado de su hijo son importantes, ya que, disminuye los problemas posteriores de relación al ambiente familiar. ⁽¹²⁸⁾

Problemas de prematuridad, relacionados con la dificultad de adaptación extrauterina por la inmadurez de los sistemas orgánicos.

1. **Respiratorios.** Los recién nacidos prematuros pueden adaptarse mal a la respiración aérea y presentar depresión perinatal en la sala de partos. Puede ocurrir SDR por déficit del surfactante pulmonar así como apnea por inmadurez de los mecanismos que controlan la respiración. Los recién nacidos prematuros pueden correr el riesgo de sufrir displasia broncopulmonar, síndrome de Wilson-Mikity e insuficiencia pulmonar crónica.

¹²⁸ AHUED A., J.R. Normas y Procedimientos de Neonatología. INPER 1998. Ibid.

2. **Neurológicos.** Los recién nacidos prematuros pueden presentar trastornos neurológicos agudos, como hipertensión intracraneana (HIC) y depresión perinatal.
3. **Cardiovasculares.** Los neonatos prematuros pueden hallarse hipotensos por hipovolemia (las pérdidas tienen mayor trascendencia debido al pequeño tamaño del recién nacido) o disfunción cardíaca y/o vasodilatación debida a sepsis. Es frecuente la persistencia del conducto arterioso, que puede provocar insuficiencia cardíaca.
4. Los problemas **hematológicos**, especialmente la anemia debida a diversas causas, se observan frecuentemente. Los recién nacidos prematuros tiene más tendencia a la hiperbilirrubinemia.
5. **Nutricionales.** Los neonatos prematuros requieren una atención especial en el tipo, la cantidad y la vía apropiada de los alimentos que se administren.
6. **Gastrointestinales.** La prematuridad es el factor de riesgo más importante para la enterocolitis necrosante.
7. Los problemas **metabólicos**, especialmente por lo que respecta al metabolismo de la glucosa y del calcio, son más comunes en los recién nacidos prematuros (especialmente en los mal nutridos, enfermos o cuyo ambiente intrauterino era anómalo).
8. **Renales.** Los riñones inmaduros se caracterizan por su baja tasa de filtración glomerular y su incapacidad para afrontar las cargas hídricas, de solutos y de ácidos; debido a ello pueden surgir dificultades al iniciar el tratamiento hidroelectrolítico.
9. **Regulación de la temperatura.** Los recién nacidos prematuros son especialmente propensos a la hipotermia y a la hipertermia.
10. **Inmunológicos.** A causa de los déficit existentes en su respuesta inmunitaria humoral y celular, los neonatos prematuros tienen mayor riesgo de infección que los recién nacidos a término.
11. **Oftalmológicos.** En la retina inmadura pueden desarrollarse la retinopatía de la prematuridad. ⁽¹²⁹⁾

¹²⁹ CLOHERTY, John P. Op. cit. Págs. 46-48.

Instrumento de Valoración del Recién Nacido

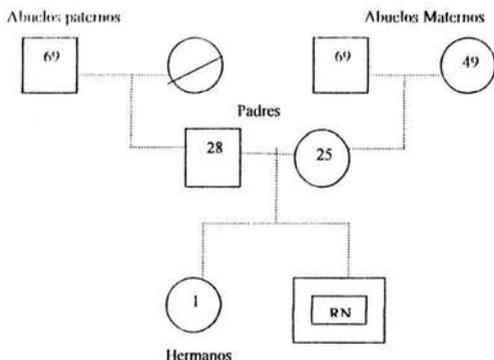
Datos de Identificación del Recién Nacido

Nombre: _____ Sexo: _____ Peso al nacer: _____
 Expediente: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Hora de nacimiento: _____ Silverman Andersen: _____ Apgar: _____
 Respiró al nacer: _____ Lloró al nacer: _____ Maniobras de resucitación: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Servicio: _____
 Tipo de parto: _____ Talla: _____
 Somatometría: Perímetro cefálico: _____ Perímetro del tórax: _____
 P. abdominal: _____ Segmento superior: _____ S. inferior: _____
 Edad gestacional: Por fecha de última regla (FUR); _____ Capurro: _____
 Diagnóstico médico: _____
 Servicio destinado: _____ Área: _____
 Fecha de revisión: _____
 Fecha y hora de defunción: _____

Datos de Identificación Personal de los Padres del Recién Nacido

Nombre de la madre: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Nombre del padre: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Hijos: _____ Estado civil: _____
 Religión: _____ Domicilio: _____
 Procedencia: _____
 Teléfono: _____

Mapa Familiar



Simbología



¹³⁰ FRANCO O., Magdalena. *Elaboración propia basada en: El instrumento de valoración de las necesidades básicas en el recién nacido grave. "Especialización en Enfermería Infantil". ENEO-UNAM, Postgrado. México. Oct. 2001. Compilado: Nov. 2004. Carmen Carvajal.*

Descripción de la Familia Incluyendo los Antecedentes de Salud y Edad de cada uno de los Parientes y las Relaciones Afectivas de la Familia:

NOMBRE	EDAD	SEXO	RELACION AFECTIVA	ENFERMEDADES

Análisis de la estructura familiar:

Detección de las necesidades según el modelo de Virginia Henderson

1. Respirar:
2. Necesidad de beber y comer:
3. Necesidad de eliminar:
4. Necesidad de movimiento y mantener una posición adecuada:
5. Dormir y descansar:
6. Vestirse y desnudarse:
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:
8. Mantener el cuerpo limpio, cuidado y los tegumentos protegidos:
9. Evitar riesgos o peligros del entorno:
10. Comunicarse con los demás:
11. Necesidad de realizar prácticas religiosas según la fe de cada uno:
12. Necesidad de trabajar de modo que nos sintamos satisfechos con lo realizado:
13. Jugar o participar en alguna actividad recreativa:
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad de manera que conduzca a un desarrollo y una salud normales, y usar los recursos disponibles:

(131)

¹³¹ Ibid.

Fotografías



VIRGINIA HENDERSON

Y

EL MODELO DE
LAS 14 NECESIDADES
FUNDAMENTALES DEL
SER HUMANO



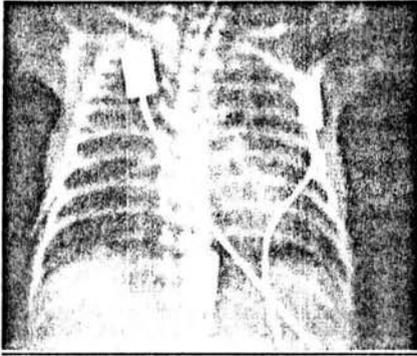
BEBÉ PRETERMINO, ES
AQUEL QUE NACE
ANTES DE LAS 37
SEMANAS DE
GESTACIÓN



EL NEONATO
PREMATURO CON
PESO BAJO PARA
EDAD GESTACIONAL



SE CONSIDERA AL
PREMATURO, UN
RECIÉN NACIDO DE
RIESGO ELEVADO

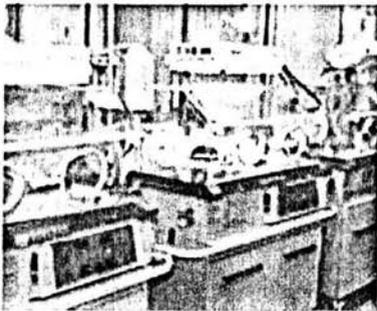


PLACA DE INGRESO A LA UNIDAD, ESTANDO EL TUBO A UN CM. DE LA CARINA. MUESTRA LA EVIDENCIA DE UNA MEMBRANA HIALINA TIPO II

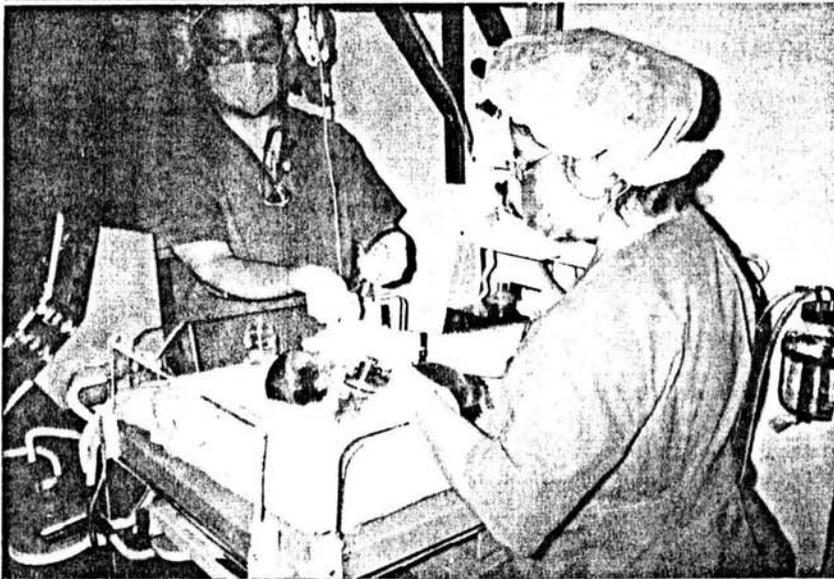
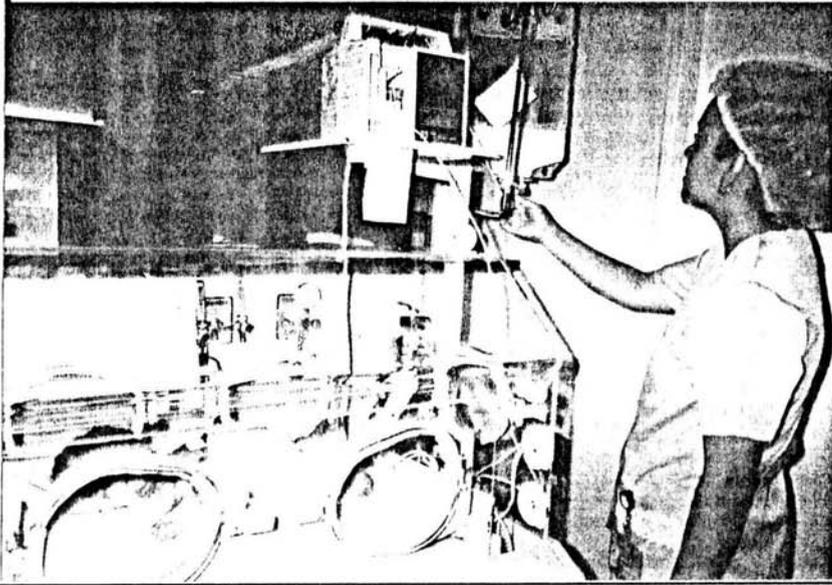


LA EXPLORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO PRETERMINO

INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA UCIN



CONTINUUM DEL CUIDADO ENFERMERO





LA RELACIÓN
MATERNA Y
PATERNA-FILIAL
ES ADECUADA



PRESENCIA
CONTINUADA DE
ENFERMERIA