



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO
A UN NEONATO CON ASFIXIA PERINATAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
ISIDRA ROJAS VILLAVICENCIO**

NÚMERO DE CUENTA: 083504125

Gloria Rodríguez Díaz
DIRECTORA:

L. E. O. GLORIA RODRÍGUEZ DÍAZ



**ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



m348928

SEPTIEMBRE 2005



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.

**Plegaria de un Recién Nacido de alto riesgo
a sus Médicos y Enfermeras**

Sí, ya sé; soy un recién nacido con problemas.

Mi vida depende en gran parte de ustedes. Mis posibilidades han mejorado también gracias a ustedes. Pero... ¡Por favor!... a quien más yo necesito es a mi madre. Sé que no soy como ella me imaginaba; sé también que quizás ella esté triste o se sienta culpable, pero yo la quiero igual... y sé que ella también a mí. Pero... ¡por favor!... dejen que ella me vea, dejen que ella me toque y acaricie. Si ella no ha venido... debe ser porque aún nadie le dijo que podía. Yo estoy seguro que con sólo mirarnos los dos, y mi padre, todos nos sentiremos mejor.

También quiero pedirles algo a ustedes. Les mentiría si les dijera que estoy contento. La incubadora hace mucho ruido. El colchón no es cómodo. A veces tengo frío. A veces mucho calor. A veces tengo hambre y a veces tengo sed. La tela adhesiva me lastima la piel y mis pies tienen grandes heridas. No entiendo mucho por qué tengo que sufrir. Supongo que es el costo de mi curación. Pero sé que casi todo depende de ustedes. Piensen un poco más en mí, yo se los agradezco.

Los veo trabajar a mí alrededor. Los oigo hablar de mí. Sé que se preocupan. A veces me asusto al verlos, sobre todo cuando vienen hacia mí con agujas. Pero también me asusto cuando no los veo. A veces paso mucho tiempo sin ver a nadie. ¡Qué horrible es no poder llamarlos cuando los necesito! ¡No me dejen! Dependo de ustedes. Mis padres y yo confiamos en ustedes.

Algunos sé que me quieren de verdad. No sólo como profesionales, sino como si yo fuese uno de sus hijos. Me doy cuenta por la forma en que me tocan, aún cuando lo que me hacen es doloroso. Otros sé que no me quieren, quizás porque signifique más trabajo. Me tratan con rudeza y sin afecto. Pero yo les pido... si no me quieren, por favor no me cuiden. No se engañen a sí mismos porque a mí no me engañan. Sé diferenciar una caricia y el afecto de una agresión y el rechazo.

También sé que algunos de ustedes son mejores, más capaces. Yo no pretendo que sólo ellos me cuiden. Tú que eres nuevo puedes hacerlo pero, por favor... si tienes dudas, si ves que no puedes, llama al más capaz. Requiere más valor decir que no sabes; que ocultarte protegido por mi silencio. Yo nunca te denunciaría. No puedo. No quiero... Tú te condenarías solo.

Gracias por cuidarme.

Autor: Dr. A. Miguel Largaia.

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

NOMBRE:

ISIDORA ROJAS JIMANEZ

FECHA:

11 OCT - 05

FIRMA:

IR

DEDICATORIAS

A mi madre:

*Porque con su ejemplo y dedicación ha sido
el motor y guía de la familia Villavicencio
¡Gracias por ser tan fuerte y valerosa!*

A mis hijas Saraf y Viridiana:

*Por ser la luz que ilumina mi vida y la
razón de mi existencia.
Las amo.*

A mis hermanos:

*Por su apoyo incondicional y gran cariño.
Y porque sé, que siempre contaré con ellos.*

A todas y cada una de las enfermeras:

*Que con su trabajo diario alivian el
dolor y el sufrimiento de cada uno de
sus pacientes.*

***Por todo esto y por todo lo que me han dado
¡Mil gracias!***

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Por darme la oportunidad de cursar en sus aulas

Un grado académico más y fomentar en mí

El deseo de superación.

A la maestra Gloria:

Porque gracias a sus consejos y asesoría

He llegado a la culminación de este

Trabajo.

ÍNDICE

	Páginas
1. Introducción	1
2. Justificación	5
3. Objetivos del trabajo	8
4. Metodología	10
5. Marco teórico	12
5.1. El cuidado enfermero	12
5.2. La profesión de enfermería	16
5.3. Proceso Atención de Enfermería	19
5.3.1 Valoración	23
5.3.2 Diagnóstico	33
5.3.3 Planificación	39
5.3.4 Ejecución	46
5.3.5 Evaluación	47
5.4. Modelo de Virginia Henderson	49
5.5 Asfixia Perinatal	63
5.6 La estimulación temprana en niños con daño neurológico	78
6. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	83
6.1. Presentación del caso clínico	83
6.2. Valoración de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson	86

6.3. Diagnósticos de Enfermería	93
6.4. Planeación, ejecución y evaluación del Plan de Atención de enfermería	96
6.5. Evaluación General del Proceso Atención de Enfermería	123
7. Plan de alta	125
8. Conclusiones	128
9. Glosario	130
10. Bibliografía	133
11. Anexos	135

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

La enfermería es única debido a su amplio enfoque en la comprensión y tratamiento de la salud de una persona. La enfermería ayuda a los individuos, familias y grupos a determinar y alcanzar su capacidad potencial física, mental y social, y para lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en que viven y trabajan. La enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan la enfermedad. En la enfermería también está incluida la planificación y prestación de asistencia durante la enfermedad y la rehabilitación, y están comprendidos los aspectos físicos, mentales y sociales de la vida que influyen en la salud, las enfermedades, las discapacidades y la muerte.

La enfermería es un arte y una ciencia. Requiere el entendimiento y la aplicación de determinados conocimientos teóricos y prácticos y se vale de los conocimientos y técnicas derivados de las humanidades y de las ciencias físicas, sociales, médicas y biológicas.

Las enfermeras dedicadas a la práctica clínica y más aun aquellas que se dedican a dar atención al paciente pediátrico se enfrentan a una interminable variedad de situaciones que engloban pacientes, familiares, profesionales sanitarios y compañeros. Cada situación presenta nuevas experiencias con nuevos problemas que afectan el cuidado de los pacientes, distintos enfoques en la resolución de problemas y diferentes perspectivas de la forma de actuar. En las situaciones clínicas es importante que la enfermera piense de forma crítica y rápida para que el paciente reciba en primera instancia el mejor cuidado enfermero. Dentro de la

amplia gama de problemas de salud a los que se enfrenta la enfermera en la atención del paciente pediátrico tenemos a la Asfixia perinatal.

La asfixia perinatal es uno de los agravantes del desarrollo neuropsicomotor del recién nacido; es considerada causa importante de mortalidad neonatal. La asfixia perinatal puede ocurrir dentro del útero, durante el trabajo de parto o durante el nacimiento. Ocurre básicamente por una deficiencia en la provisión de oxígeno para el organismo y por la perfusión ineficiente a nivel celular del feto o el neonato. En la actualidad se considera asfixia neonatal cuando ocurre una acidemia profunda, con un Ph menor de 7 en vía arterial comprobada en el cordón umbilical, apgar de 0 a 3 por más de cinco minutos, signos clínicos de secuelas en el periodo inmediato posterior al nacimiento, con convulsiones, hipotonía y coma. Esta patología afecta a unos mil recién nacidos anualmente y se presenta con frecuencia en la población infantil sobre todo en zonas marginadas de nuestro país o en zonas donde la población no tiene acceso a los servicios de salud o que carecen de información adecuada para asistir al control prenatal.

La atención de enfermería, en este caso se enfocó a un recién nacido con asfixia perinatal el cual cursó con convulsiones e hipotonía en las horas siguientes a su nacimiento, para su atención, valoración y aplicación del proceso atención de enfermería, se tomó como base el modelo de Virginia Henderson ya que ella es una de las precursoras más significativas de la profesión de enfermería, y su modelo como marco conceptual es aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

El trabajo inicia haciendo una revisión teórica acerca de lo que se ha considerado históricamente como cuidado de enfermería, para continuar con un análisis de la profesión de enfermería y de la propuesta teórica de Virginia Henderson y finalmente abordar el tema de interés que es el Proceso de Atención de Enfermería con cada una de sus etapas.

La segunda parte del trabajo aborda en forma práctica la aplicación del Proceso de Enfermería en un neonato con hipoxia perinatal. Para ello se llevó a cabo la valoración de este paciente teniendo como base las 14 necesidades de Virginia Henderson. Con base en esta valoración, se elabora un plan de atención en donde se plasman los diagnósticos enfermeros que se consideraron pertinentes, se elaboran los objetivos a alcanzar y se planifican las intervenciones de enfermería para finalmente hacer la evaluación de las acciones de enfermería.

La elaboración de este trabajo resultó muy interesante por la serie de implicaciones que tiene el nacimiento de un niño que cursa con asfixia perinatal. Si bien es cierto que la mayor parte de los neonatos nacen sanos y listos para enfrentarse a los desafíos del mundo exterior, no todos son afortunados. Algunos que cursan con asfixia severa quedan con secuelas neurológicas de por vida, siendo este evento todo un reto para el personal de enfermería ya que debe de estar capacitado para atender éste tipo de emergencias y ser capaz de sistematizar los cuidados de manera exitosa a través de un Proceso de Atención de Enfermería. Es difícil para la mayoría de los padres aceptar que su hijo no es

“normal”, en muchas ocasiones los padres (especialmente la madre) experimentan ansiedad, complejo de culpa, frustración e ira cuando se les informa sobre el estado del pequeño. Aquí una gran tarea para el personal de enfermería que debe de apoyarlos y permitirles expresar sus sentimientos acerca de su hijo, invitarlos a participar en el plan de atención y sobretodo ser su guía en el cuidado del niño.

Para enfermería, el abordar este tipo de padecimiento con una metodología explícita, permitió, además elaborar un plan de alta en donde se buscó cubrir los aspectos educativos del cuidado al recién nacido en el hogar y lograr con ello una participación activa de los padres en el cuidado del neonato.

El trabajo finaliza con las conclusiones a las que se llegó en el presente trabajo.

JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN.

El futuro de la enfermería augura cambios y retos continuos. Las enfermeras del futuro necesitan una amplia base de conocimientos para prestar cuidados. La enfermera ha de convertirse en pensador crítico, capaz de tomar decisiones clínicas y educadora de los clientes en esa amplia gama que es la atención sanitaria. El ejercicio de la enfermería ha demostrado su constante flexibilidad al responder a los cambios demográficos, económicos y sociales, es por ello que en todos los ámbitos de la salud la enfermera es un elemento clave de la asistencia sanitaria, y es a la vez la que sufre día a día la carencia de personal, la carencia de insumos y es a la vez administradora, docente, instructora, guía y prestadora de servicios de salud.

El personal de enfermería es un valioso recurso para trabajar en el primero, segundo y tercer nivel de atención y constituye en todo el mundo uno de los grupos más numerosos e importantes dentro del sector salud. Es por ello que, día a día la enfermera debe de actualizarse para ser competente en su área y buscar el camino hacia la profesionalización de enfermería.

Dentro de este camino hacia la profesionalización, encontramos que la enfermera busca ya no sólo obtener el título de enfermera técnica, sino que busca acceder a las aulas universitarias. He ahí la razón de esta tesis el cumplir con un trabajo de titulación que lleve a obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia que permita contar con profesionistas que puedan participar y ser propositivos en

la solución de la problemática de la salud de la población mexicana en lo referente a cuidados de prevención, promoción, curación y rehabilitación.

El trabajo de elección fue el de aplicación de un Proceso de Atención de Enfermería en un neonato con asfixia perinatal. La razón de haber elegido esta opción de titulación es porque se considera que el Proceso de enfermería implica, razonamiento científico y permite a la enfermera organizar y prestar cuidados de enfermería de calidad, además de permitirle identificar, diagnosticar, y tratar respuestas humanas ante la salud y la enfermedad situación que sólo hace la enfermera. El motivo de haber elegido un neonato con asfixia perinatal es porque cada día aumentan los casos de recién nacidos con esta patología, y porque la asfixia perinatal es causa de que un número importante de niños presenten secuelas neurológicas debidas a esta circunstancia. Es una situación que se puede prevenir, evitando así la discapacidad que produce. Esta patología afecta a unos mil recién nacidos anualmente, causada por enfermedades propias de la madre, como una cardiopatía, adicción a alcohol o drogas; del embarazo, como la preeclampsia o la diabetes gestacional; accidentes durante el parto, como el desprendimiento de placenta entre otros. Afortunadamente en algunos casos se puede prevenir mediante controles del embarazo, que descarten o traten la preeclampsia, diabetes y todas las enfermedades de la madre que pueden afectar al feto; a través de una buena atención de parto si se sospecha que el niño podría venir asfixiado; y gracias a los protocolos que habitualmente se siguen en los hospitales en donde el recién nacido recibe ayuda inmediata para superar la

asfixia y es en estos procesos en donde el papel de la Licenciada en Enfermería y Obstetricia es vital como prestadora de servicios de salud.

Así es como en los procesos de atención hospitalaria el personal de enfermería ocupa un lugar sumamente importante por el gran número de actividades directas e indirectas que realiza para la atención de los pacientes, y es ahí dentro de su práctica hospitalaria que la enfermera aplica todos sus conocimientos de fisiología, fisiopatología, ciencias sociales y de la conducta, y tratamiento médico para llevar a cabo y prestar cuidados sin riesgo a través de la aplicación del proceso de atención de enfermería en donde se plasma sus conocimientos científicos.

El proceso de atención de enfermería es la herramienta básica y fundamental que asegura la calidad del cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico. Por ello, constituye un instrumento que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Lo que repercute en la satisfacción y profesionalización de enfermería y nos permite garantizar una atención de calidad.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS DEL TRABAJO.

OBJETIVO GENERAL:

Aplicar el Proceso Atención de Enfermería a un neonato con Asfixia Perinatal, sustentado en el modelo de Virginia Henderson para proporcionar una atención integral con base en las 14 necesidades básicas y así coadyuvar a la pronta recuperación e integración del neonato a su entorno familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Fundamentar el cuidado de enfermería integral en un neonato con Asfixia Perinatal.
- 2.- Realizar una valoración de enfermería en un neonato con base en las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- 3.- Formular diagnósticos de enfermería en base a las etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas.
- 4.- Planear y ejecutar las acciones de enfermería acordes a los diagnósticos de enfermería elaborados.
- 5.- Evaluar las acciones de enfermería que se llevaron a cabo en el plan de cuidados de enfermería.

6.- Elaborar un plan de alta que guíe el cuidado del neonato en su domicilio.

7.- Evidenciar las ventajas de la utilización del proceso de enfermería en la atención de paciente hospitalizado.

METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA.

Para la elaboración del presente trabajo se siguieron varias etapas; la primera fue la investigación bibliográfica y documental para poder hacer una selección temática de enfermería, posteriormente se hizo una clasificación, un fichero y se inició la redacción del trabajo el cual se fue revisando en sesiones tutorales en donde hubo revisión y corrección de los avances por parte del asesor universitario.

La segunda etapa, se enfocó a la valoración de enfermería en donde se eligió un paciente para aplicar un proceso de enfermería. En esta se hizo la entrevista de enfermería a la madre y al padre por tratarse de un recién nacido. Dentro de la entrevista se cubrieron los aspectos claves de toda entrevista que son la iniciación, cuerpo y cierre. En la iniciación se comenzó por una fase de aproximación y se creó un ambiente favorable para desarrollar una relación interpersonal positiva. En el cuerpo de la entrevista, la finalidad se centró en la obtención de la información necesaria; inició a partir del motivo de la consulta o queja principal de los padres y se amplió a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Para ello se aplicó una guía de valoración que se formuló de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson. El cierre fue la fase final de la entrevista en donde se resumieron los datos más significativos. Además de la entrevista se utilizó la observación del paciente que nos proporcionó datos muy importantes, junto con ello se llevó a cabo la exploración física del neonato utilizando la inspección, palpación, auscultación y percusión para corroborar los datos

obtenidos en la observación y en el expediente clínico, además de obtener más datos acerca del estado actual del recién nacido. Enseguida se procedió a hacer el registro de los datos en la historia clínica de enfermería según el modelo propuesto.

Una tercera etapa se centró en el diagnóstico de enfermería en base a las etiquetas diagnósticas de la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería) según las necesidades humanas básicas.

Una cuarta etapa, se avocó a la ejecución o práctica profesional en donde se organizó el cuidado de enfermería de acuerdo a los diagnósticos de enfermería ya elaborados y en donde se anotan las intervenciones que llevó a cabo la profesional de enfermería así como la clasificación de dichos cuidados como independientes e interdependientes.

Una quinta etapa fue la de la evaluación del Proceso de Enfermería en donde se evaluaron los resultados de la intervención de enfermería, se verificó la satisfacción del usuario y se valoró la aportación de la enfermera así como el costo-beneficio de las intervenciones y sobre todo, la repercusión que éstas tuvieron en el entorno del paciente.

MARCO TEÓRICO

5. MARCO TEÓRICO.

5.1. EL CUIDADO ENFERMERO.

Durante milenios han existido los cuidados y la conservación de la salud funcional, los cuidados no se consideraban exclusivos de un oficio o profesión, sino se aplicaban para ayudar a la persona que lo necesitaba.

Cuidar se ha considerado como un acto de la vida y comprende las actividades dirigidas a mantener y conservarla, con el fin de que esta continúe y se reproduzca. Es por ello que se deben de diferenciar dos tipos de arte en los cuidados.

Arte de Cuidar "To Care" según Colliere¹

- No nació de la enfermedad ni de la lucha con la MUERTE.
- No es medio de reparación.
- Los cuidados están orientados hacia la vida.
- Están vinculados a garantizar la continuidad de la vida.
- A partir del nacimiento y la muerte es en donde se desarrolla la vida y los cuidados están ahí presentes.
- Los cuidados alrededor de la muerte se derivan de los cuidados alrededor del nacimiento.

¹ Colliere F. "Encontrar el sentido original del cuidado" .Pág.4-8, 1988.

Arte de curar "To cure"

- Es un medio de reparación.
- Es una lucha contra la muerte causada por la enfermedad.
- Es la reparación de las lesiones orgánicas generadoras de enfermedad.
- También es la reparación de las alteraciones funcionales y las deficiencias que conllevan.
- Tratar, no puede reemplazar a cuidar. Los tratamientos no podrían de ninguna manera reemplazar a los cuidados. Se puede vivir sin tratamiento, pero no se podría vivir sin cuidados.

Los cuidados alrededor del nacimiento (incluyendo el embarazo y el posparto) ya sea para la madre o para el niño, se derivan de las prácticas del cuerpo, y las prácticas alimentarias. Es alrededor de estas prácticas que se desarrollan la gran diversidad de cuidados. Lo mismo sucederá alrededor de la muerte. La variedad de su naturaleza depende de su finalidad.

Los tipos de cuidado según Colliere son²

- Cuidados de estimulación. Se centran en despertar y desarrollar capacidades de respirar, mamar, sentir, entender, ver, sentarse, pararse, caminar, hablar, permitir el desarrollo de capacidades motrices. Provocan reacciones afectivas, crea expectativas, deseos, intereses, motivaciones etc.

² Ibid. Pág.10-12

En el moribundo se busca guardar en estado de vigilia las capacidades con que cuenta todavía el paciente sean estas físicas y/o psicoafectivas.

- Cuidados de "confortación". Son cuidados de aliento que permiten adquirir seguridad, firmeza, favoreciendo la renovación y la integración de la experiencia exterior para que haya adquisición.
- Cuidados de compensación. Se propone sustituir lo que aún no ha sido adquirido. Compensar lo que el niño no puede hacer por sí mismo. En el moribundo busca suplir aquellas actividades que el paciente ya no puede hacer.
- Cuidados de mantenimiento y de conservación. Tienen como fin conservar, mantener las capacidades adquiridas a fin de que no se pierdan en el niño. En la cercanía con la muerte se busca mantener lo más posible las capacidades existentes.
- Cuidados de la "apariencia". Son todos los cuidados que se llevan a cabo para hacer al niño atractivo. Algo similar se hace con los pacientes en la víspera de morir para conservar su imagen corporal
- Cuidados de tranquilización. Llamados de relajación, encaminados a liberar tensiones y tienden a tranquilizar lo que está en turbulencia, en alteración. Estos

cuidados contribuyen a eliminar el dolor o por lo menos disminuirlo. En el momento de morir además de lo anterior se busca hacer un acompañamiento hasta el final.

Valor de enfermería: La enfermera debe continuar su profesionalización y su desarrollo como ciencia a luz de los *cuidados* ya que en ellos se encuentra la esencia de la enfermería.

Cuidar, como acto humano de cuidado de vida- muerte. La enfermera al ser un ser humano igual que el paciente que esta en vísperas de morir no debe de permanecer impasible ante el paciente que se acerca a la muerte si participamos en los nacimientos de la misma manera debemos participar con nuestro deber y nuestro hacer en la muerte de nuestros pacientes.

**“CUIDAR... ES COMUNICAR LA VIDA, PERO SE REQUIERE QUE EL
PERSONAL QUE CUIDA PUEDA VIVIRLA”³**

³ Ibid. Pág.16

5.2. LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.

Enfermería es una ciencia joven. Tenemos que recordar que la primera teórica de enfermería es Florencia Nightingale, a partir de aquí nacen nuevos modelos. Cada modelo aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Desde sus orígenes fue considerada como ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no contemplaba el conocimiento científico de la profesión, el cambio hacia la enfermería como ciencia comienza cuando nace la primera teoría de enfermería. En 1852 Florence Nightingale, con su libro "Notas de enfermería" sentó las bases de la enfermería profesional, ella intentó definir cual era la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud. Su concepción de la disciplina guió la práctica, la formación y la gestión de los cuidados enfermeros durante varias generaciones, hubo de esperar hasta principios de las década de los 50 para que otras teóricas propusieran otras concepciones de la disciplina enfermera.

Entre 1850 y 1950 existe un escaso desarrollo teórico influenciado por:

- 1º.- El matiz femenino y religioso de la profesión. En esa época la mujer no era introducida en el estudio de las ciencias.
- 2º.- Escasa formación científica. Sólo se limitaban a realizar actividades delegadas de sus superiores.
- 3º.- Nivel de estudios previos a la formación enfermera era bajo.
- 4º.- La situación sociopolítica de los países y las continuas guerras.

5º.- El desarrollo espectacular de la medicina con su tendencia sólo hacia el aspecto biológico del ser humano, centrándose en la enfermedad y olvidándose del paciente como un ser integral.⁴

El marco teórico o conceptual de la enfermería es el armazón que encuadra y delimita la existencia de enfermería como ciencia. 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 el metaparadigma de enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos son: concepto de hombre, salud, entorno y rol de enfermería.⁵

METAPARADIGMA: Define los fenómenos de interés de una disciplina. En el caso de enfermería los elementos del metaparadigma son: entorno, salud, persona y cuidado de enfermería. La relación particular entre estos conceptos constituye el núcleo de la disciplina de enfermería.

Actualmente enfermería se ha definido como la ciencia y el arte de proporcionar cuidados de predicción, prevención y tratamiento.⁶ La enfermería lucha en la

⁴ <http://www.terra.es/persona/duenas/teoria2.htm>

⁵ <http://www.terra.es/persona/duenas/teoria2.htm>

⁶ Alfaro Lefevre R. *Aplicación del proceso enfermero*. Pág.73, 1999

actualidad por consolidarse como una disciplina científica, sin embargo no deja de ser un arte también.

¿Por qué debe de considerarse un arte?

Por que requiere de múltiples y variadas habilidades para adaptarse a las necesidades de las personas en los diversos contextos de la práctica profesional, lo que la hace creativa e innovadora.⁷

¿Por qué la enfermería debe considerarse ciencia?

Por que posee conocimientos propios de la disciplina, emplea el método científico, utiliza un lenguaje especializado y reúne características sistemáticas de la ciencia como lo es el *paradigma* que da respuesta a problemas de enfermería de acuerdo al momento histórico con supuestos, normas, métodos y técnicas que evolucionan, *coherencia* en la interrelación de hechos, principios y teorías; *campo definido* la salud y la enfermedad, *proposiciones universales*, interconexión entre los conceptos del paradigma y empleo de procesos de la lógica y *explicación de sus investigaciones y argumentos*.⁸

¿Cuál es la esencia de la enfermería? El cuidado, y esto nos lleva a hacer una análisis de lo que es el cuidado enfermero y mas concretamente a la aplicación de los cuidados de una manera sistematizada y organizada a través del método enfermero o proceso de enfermería el cual analizaremos a continuación.

⁷ Rodríguez S. B. *Proceso enfermero*. Pág.20, 2000.

⁸ *Ibid.* Pág.19

5.3. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

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

Alfaro-Lefevre⁹ nos dice que “El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente”. Iyer¹⁰ al respecto expresa que el Proceso de Enfermería es “el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido 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 salud”

La historia del proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases:

⁹ Alfaro Lefevre R. *Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía paso a paso. Pág.4, 2002.

¹⁰ Iyer W.P. y Taptich B.I, *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*, Pág.11, 2002.

Valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los 70s, Blach (1974), Roy (1975), Mundingere y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases" Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como un sistema de la práctica de la enfermería.¹¹

Ventajas ¹²

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

Las ventajas para el paciente son:

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

¹¹ Ibid. Pág. 9

¹² <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

Las ventajas para la enfermera:

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

Características:

Las características del Proceso de Enfermería según Rodríguez ¹³

Es un *método* porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados; por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es *sistemático* por estar conformado de cinco etapas que obedecen a un orden lógico y conducen al logro de resultados.

Es *humanista* por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

Es *intencionado* porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo,

¹³ Rodríguez S .B, *Proceso Enfermero*, Pág.29, 2000.

al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera (o).

Es *dinámico* por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es *flexible* porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y

Es *interactivo* por requerir de la interrelación humano- humano con el (los) usuario (s) para acordar y lograr objetivos comunes.

Objetivo del Proceso de Enfermería.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería para Iyer ¹⁴ ...”Es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El Proceso Enfermero consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada”...

¹⁴ Iyer W.P. y Taptich B. I, *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*, Pág.11, 2002.

Etapas del Proceso de Enfermería.

El proceso de enfermería esta organizado en cinco fases identificables tal como lo menciona Iyer ¹⁵ son las siguientes:

- Valoración.
- Diagnóstico de Enfermería.
- Planificación.
- Ejecución y
- Evaluación.

Como todo método, el Proceso de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hará por separado, es con un fin metodológico ya que en la práctica las etapas se superponen.

5.3.1. VALORACIÓN.

La valoración nos dice Iyer¹⁶..."Es el primer paso del Proceso de enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente"... "La fase de valoración es la base para la identificación del diagnóstico de

¹⁵ Ibid. Pág.12

¹⁶ Ibid. Pág. 35-36

enfermería, el desarrollo de resultados, la ejecución de las actuaciones de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería”...

La valoración que realiza la enfermera al usuario(s) tiene que ser total e integradora por lo que debe de seguir un enfoque holístico, es decir un modelo enfermero para la identificación de la respuestas humanas en donde se vea al individuo desde un punto de vista biológico, psicológico, social y espiritual.

Requisitos previos que debe tener la enfermera para realizar una adecuada valoración. ¹⁷

- *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:* debe 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 el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

¹⁷ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

- *Observar sistemáticamente.* Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- *Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.* Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es importante 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 menor tiempo posible. Algunas formas de hacer esta valoración son:

Criterios opcionales para hacer la valoración.¹⁸

- *Criterio 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.
- *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.

¹⁸ Iyer W .P. y Taptich B. I, *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*, Pág. 45, 2002.

- *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

En valoración inicial, debemos buscar: datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y los 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 y obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente

En la recogida de datos necesitamos: conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones), habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas), convicciones (ideas, creencias, etc.), capacidad creadora, sentido común y flexibilidad.

Tipos de datos ¹⁹

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

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

Los tipos de datos:

- *Datos subjetivos*: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- *Datos objetivos*: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- *Datos históricos*: 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.

¹⁹ *Ibid.* Pág.46

Métodos para obtener datos:

- **Entrevista Clínica.**

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

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

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

La entrevista según Potter²⁰ tiene las siguientes finalidades: obtener la historia enfermera de salud, identificar las necesidades de salud y los factores de riesgo y determinar los cambios específicos ocurridos en el bienestar y el estilo de vida.

Partes de la entrevista.²¹

**Iniciación:* Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

²⁰ Potter P y Perry A. *Fundamentos de Enfermería*. Pág.308, s/año.

²¹ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

**Cuerpo:* La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.

**Cierre:* Es la fase final de la entrevista No se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

- **La observación :**

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

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

- **La exploración física :**

La enfermera para llevar a cabo la exploración física se puede valer de las siguientes técnicas a saber:

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

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

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. mates: aparecen sobre el hígado y el bazo.

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.²²

²² *Ibíd.* Pág. 49

La clave para llevar a cabo la valoración física es ser minuciosa, sistemática y técnicamente hábil.

Validación de la información:

Una vez reunida la información del usuario tiene que se valida para estar seguros de que los datos obtenidos son correctos.

Validar o verificar que la información es verídica y completa es un paso esencial en el pensamiento crítico. La validación nos dice Alfaro-Lefevre²³ nos ayuda a evitar:

- Hacer asunciones.
- Omitir información importante.
- Comprender erróneamente la situación.
- Saltar a las conclusiones o centrar nuestra atención en la dirección equivocada.
- Cometer errores al identificar los problemas.

Para la validación de los datos es importante: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los que no esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y a otros integrantes del equipo sanitario. La validación de los datos es sumamente importante porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnósticos se presentes dificultades para la agrupación e interpretación de la información.

²³ Alfaro Lefevre R, *Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía paso a paso. Pág. 53, 2002.

Registro de la información.

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

Entre las recomendaciones que nos da Rodríguez²⁴ para el registro de la información tenemos:

- Cumplir con las normas del centro laboral en cuanto a registros.
- Evitar juicios de valor.
- Escribir textualmente lo que el usuario expresa (entrecomillado)
- Acompañar las inferencias con las evidencias respectivas.
- Señalar y escribir la palabra error cuando así se diera el caso, no utilizar corrector y evitar tachaduras o enmendaduras.
- Procurar que la información sea importante y relevante.
- Realizar anotaciones claras, concisas y completas.
- Escribir con letra clara y con tinta indeleble.
- Evitar dejar espacios en blanco porque pueden escribir en ellos algo que la incrimine.
- Cuidar la ortografía y evitar abreviaturas.
- Anotar siempre la fecha y la hora en que se realiza el registro.
- Escribir toda la información que proporcionó al equipo sanitario.
- Registrar cuando un usuario o su familia rechazan determinado cuidado o medida terapéutica.

²⁴ Rodríguez S. B, *Proceso Enfermero*. Pág. 47-48, 2000.

5.3.2 DIAGNÓSTICO.

¿Qué es el diagnóstico?

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye para Iyer²⁵ ... "Una función intelectual compleja"... "al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como de los recursos existentes (capacidades)"²⁶... "Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo"²⁷

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico.

Para la elaboración de un diagnóstico hay que recordar que las funciones de enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente²⁸, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación.

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

²⁵ Iyer W.P. y Taptich B.I. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Pág.93, 2002.

²⁶ Rodríguez S. B. *Proceso Enfermero*. Pág. 51, 2000.

²⁷ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

²⁸ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo

Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

Existen dos pasos dentro del diagnóstico que son el razonamiento diagnóstico y la formulación de diagnósticos de enfermería.

- **El razonamiento diagnóstico.** Para Alfaro²⁹ “Es la aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas, requiere conocimientos, habilidades y experiencia”

Los pasos a seguir durante el razonamiento diagnóstico de acuerdo con Rodríguez³⁰ son:

*Realizar un listado de todos los datos significativos. Subjetivos, objetivos, históricos y actuales, que aportó la valoración incluyendo los recursos (capacidades).

²⁹ Alfaro Lefevre, R. *Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía paso a paso. Pág.88, 2002.

³⁰ Rodríguez S. B, *Proceso Enfermero*. Pág. 52-53, 2000.

*Analizar y agrupar los datos significativos (indicios) que creé que se relacionan y realizar las deducciones correspondientes. Ej. Indicios: Disnea, tos, cianosis, fatiga. Deducción: El usuario tiene Insuficiencia Respiratoria.

*Comparar los datos significativos (subjetivos, objetivos, históricos y actuales) con los factores relacionados/ riesgo y con características definitorias de las categorías diagnósticas de la NANDA.

*Efectuar revaloración si existen dudas o lagunas de información.

*Proceda a dar el nombre correspondiente a las respuestas humanas (diagnósticos enfermeros), y a las respuestas fisiopatológicas (problemas interdependientes). Aunque ambos son juicios clínicos, la diferencia entre ambos es que las respuestas humanas son campo específico de la enfermería, en donde la enfermera tiene autoridad para la predicción, prevención y tratamiento en forma independiente, en cambio el problema interdependiente se centra en las respuestas fisiopatológicas, en donde el médico es el principal responsable, la enfermera y el resto de los integrantes del equipo sanitario colaboran con la predicción, prevención y tratamiento.

*Determinar los factores relacionados o de riesgo (etiología del problema).

- ***Formulación de diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes.***

Para redactar un diagnóstico enfermero, el primer paso es utilizar el nombre correspondiente a la respuesta humana según las categorías diagnósticas de la

N.A.N.D.A, previamente identificado por el profesional de enfermería durante el razonamiento diagnóstico.

En caso del diagnóstico enfermero real "se aconseja un formato de tres partes: *problema + factores relacionados... y datos objetivos y subjetivos*" Luis³¹

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.

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

Tipos de diagnósticos:

Real: "Es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales ante procesos de la vida "Iyer³² Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes:

Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/ síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico. Ejemplo de este sería:

³¹ Luís R. T. *Diagnóstico enfermero*, Pág.6. 1998.

³² Iyer W.P. y Taptich B.I. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*. Pág. 95. 2002.

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con anorexia, náuseas y vómito persistente y aumento del índice metabólico.

Alto Riesgo: para Iyer³³...“Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de que un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema que otras personas en una situación igual o similar”....³⁴. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/ factores contribuyentes (E). Ejemplo de este tipo de diagnóstico es: Alto riesgo de alteraciones del mantenimiento de la salud relacionado con conocimientos insuficientes sobre el problema, actividades, dieta y medicamentos.

Posible: Son los problemas que describen un problema sospechado, que la enfermera debe confirmar o excluir, consta de dos componentes PE problema (P) + etiología/ factores contribuyentes (E)³⁵ ejemplo: posible incapacidad para el autocuidado relacionado con la afectación en la capacidad de utilizar la mano izquierda secundaria a una vía intravenosa.

De bienestar: “Juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición desde un nivel concreto de bienestar hacia un nivel más elevado de bienestar”³⁶. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Ejemplo de este tipo de diagnóstico es: Lactancia materna eficaz.

³³ Ibid. Pág.95

³⁴ Ibid. Pág. 95.

³⁵ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

³⁶ Iyer W.P. y Taptich B.I. (2002).Proceso y Diagnóstico de Enfermería. Pág.96

Los factores a tomar en cuenta antes de escribir un Diagnóstico³⁷

*Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". Esto se conoce como formato PES.

*La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de Enfermería.

*Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal

*Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.

*Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.

*No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.

*No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.

*No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.

*No rebautice un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.

*No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

³⁷ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

Validación.

La etapa final del procesamiento de datos es la validación. En esta fase el profesional de enfermería intenta confirmar la exactitud de la interpretación de los datos. Esto se consigue con mayor frecuencia mediante la interacción directa con el cliente o sus seres queridos, consultando con otros profesionales de la atención sanitaria o comparando los datos con una referencia autorizada.³⁸

Registro de diagnósticos enfermeros. Una vez validados los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidado de enfermería.

5.3.3. PLANIFICACIÓN.

Una que vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo las intervenciones de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería de acuerdo con Iyer³⁹ incluye cuatro etapas: Establecer prioridades, elaborar objetivos, determinar acciones de enfermería y documentar el plan de cuidados.

³⁸ Iyer W.P. y Taptich B.I. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería* .Pág.102, 2002.

³⁹ *Ibid.* Pág.157

Etapas en el Plan de Cuidados

- **Establecer prioridades en los cuidados.** Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

La priorización siguiendo la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow y siguiendo el orden señalado por Alfaro-Lefevre⁴⁰.

Prioridad 1. Problemas que amenazan la vida e interfieren con las necesidades fisiológicas, por ejemplo problemas de respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación de la temperatura etc.

Prioridad 2. Problemas que interfieren en la seguridad y protección por ejemplo problemas ambientales, miedo etc.

Prioridad 3. Problemas que interfieren con el amor y la pertenencia, por Ej. Aislamiento, pérdida de un ser querido.

Prioridad 4. Problemas que interfieren con la autoestima por Ej. Incapacidad para lavarse el pelo o realizar actividades de la vida diaria.

⁴⁰ Alfaro Lefevre .*Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía paso a paso. Pág. 2002.

Prioridad 5. Problemas que interfieren con la capacidad para lograr objetivos personales.

- **Planteamiento de los objetivos**

Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales. Los objetivos del plan de cuidados según Rodríguez⁴¹ deben de reunir las siguientes características:

*Resultar del diagnóstico enfermero o problema interdependiente, es decir buscar la solución al problema.

*Estar dirigidos al usuario, familia, o comunidad, porque en ellos se esperan los resultados.

*Incluir verbos que se puedan observar y evaluar para tener la certeza de que se ha logrado el objetivo.

*Ser claros y precisos. Debe de contener, sujeto, verbo, condición y criterios de realización.

*Haber involucrado al usuario y su familia para conseguir el mismo fin y tener posibilidades de éxito.

*Utilizar un solo verbo (conducta) por cada objetivo.

⁴¹ Rodríguez S. B. *Proceso Enfermero*. Pág. 75-80, 2000.

*Ser realistas, es decir que consideren las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario para que se puedan alcanzar.

- **Determinar acciones de enfermería.**

Para Iyer⁴²...“Las actuaciones enfermeras son estrategias concretas diseñadas para ayudar al cliente a conseguir los objetivos. Se basan en el factor o factores identificables en las exposiciones de diagnósticos de enfermería. Por tanto las intervenciones de enfermería definen las actividades necesarias para eliminar los factores que contribuyen a la respuesta humana. al problema” El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

Tipos de intervenciones de enfermería.

Dependientes: Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica

Interdependientes: Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la

⁴² Iyer W.P. y Taptich B.I. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*, Pág.186. 2002.

colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

Independientes: Son aquellas actividades que puede llevar a cabo los profesionales de enfermería sin una indicación médica. El tipo de actividades que puede llevar a cabo están definidas por los diagnósticos de enfermería. Estas son las respuestas que el profesional de enfermería está autorizado a tratar en virtud de su educación y experiencia. de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Iyer⁴³ las que siguen:

El plan es individualizado.

El plan se desarrolla conjuntamente con otros.

El plan refleja la práctica actual de enfermería.

Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica.

El plan establece la continuidad de la atención

⁴³ *Ibid.* Pág.188 y SS

Acciones de enfermería en el plan de cuidados⁴⁴

*Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problema/ diagnósticos de enfermería

*Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos, actitudes y habilidades.

*Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.

*Consulta y remisión a otros profesionales.

*Realización de acciones terapéuticas específicas de enfermería

*Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por si mismos.

Las intervenciones de enfermería para que sean eficaces dice Iyer⁴⁵ deben ser escritas en forma clara y concisa, para evitar confusiones o repetición de actividades, las intervenciones deben describir quién las va a ejecutar, en caso de que no sean realizadas por el profesional de enfermería y deben de contener siempre lo siguiente:

*Firma y fecha.

*Verbo de acción y modificadores exactos.

⁴⁴ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

⁴⁵ Iyer W.P. y Taptich B.I. *Proceso y Diagnóstico de Enfermería*, Pág.202, 2002.

*Especificación de "quién, qué, donde, cuando, como y con que frecuencia.

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

- **Documentación el Plan de Cuidados de Enfermería :**

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

El plan de cuidados de enfermería, es un documento que contiene, el problema de salud encontrado (diagnóstico enfermero o problema interdependiente), el objetivo, acciones de enfermería y evaluación.

Las finalidades de los planes de cuidados⁴⁶ están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación, y la evaluación.

⁴⁶ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

Las características que deben de tener los planes de cuidado son la individualidad, la participación del usuario, familia y comunidad, la actualización, la fundamentación científica y convertirse en fuente de comunicación entre los profesionales de la enfermería.

5.3.4. EJECUCIÓN.

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

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.
- El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas

(diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

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

5.3.5. EVALUACIÓN.

La evaluación es "La comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios".⁴⁷

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

El proceso de evaluación consta de dos partes:

⁴⁷ <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas a evaluar son:

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- Señales y Síntomas específicos.
- Conocimientos.
- Capacidad psicomotora (habilidades).
- Estado emocional.
- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).

Las valoraciones deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas de estudio y evaluar los posibles resultados a los que se puede llegar, como por ejemplo:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado y nos puede conducir a plantear otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos, es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. A continuación analizaremos el modelo de Virginia Henderson que es en la teoría en que se basará el proceso enfermero que se llevará a cabo en la parte aplicada del trabajo.

5.4. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.⁴⁸

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería. El modelo de Virginia Henderson se ubica en la escuela de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la Tendencia de suplencia o ayuda, Henderson concibe el papel de la enfermera como la realización de las

⁴⁸ <http://www.terra.es/personal/duenas/teoria2.htm>

acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital (enfermedad, niñez, vejez), fomentando, en mayor o menor grado el auto cuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Virginia Avenel Henderson fallece a la edad de 99 años, en su casa de muerte natural el 30 de Noviembre de 1996.

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.
- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.
- Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.
- Se observa una similitud entre las necesidades y la escala de necesidades de Maslow, las 7 necesidades primeras están relacionadas con la fisiología , de la 8ª a la 9ª relacionadas con la seguridad , la 10ª relacionada con la propia estima , la 11ª relacionada con la pertenencia y desde la 12ª a la 14ª relacionadas con la auto-actualización .

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

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

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

Tendencia y Modelo.

El modelo de Virginia Henderson se ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. Pertenece a la tendencia de suplencia o ayuda. Henderson concibe el papel de la enfermera como la realizadora de las acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vida (enfermedad, niñez, vejez) fomentando en mayor o menor grado el autocuidado por parte del paciente, se ubica esta teoría en la categoría de enfermería humanística como arte y ciencia.

Principales Conceptos y Definiciones.

La teoría de Virginia Henderson es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades básicas, el cuidado de enfermería se aplica a través del plan de cuidado.

Para Henderson la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su independencia lo más pronto posible es el trabajo que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación. Henderson parte de que todos los seres humanos tienen una variedad de necesidades humanas básicas que satisfacer, estas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano

y tiene el conocimiento suficiente para ello. Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente.

Las actividades que las enfermeras realizan para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es denominada por Henderson como cuidados básicos de enfermería y estos se aplican a través de un plan de cuidado de enfermería, elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente.

Conceptos del Metaparadigma de enfermería.

Enfermería.

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

Persona.

Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/ física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el

cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana.

Entorno.

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

Salud.

La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de enfermería. Equipara salud con independencia.

Supuestos principales.

La enfermera tiene como única función ayudar a individuos sanos o enfermos, actúa como miembro del equipo de salud, posee conocimientos tanto de biología como sociología, puede evaluar las necesidades humanas básicas. La persona debe mantener su equilibrio fisiológico y emocional, el cuerpo y la mente son inseparables, requiere ayuda para conseguir su independencia.

La salud es calidad de vida, es fundamental para el funcionamiento humano, requiere independencia e interdependencia, favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo

Las personas sanas pueden controlar su entorno, la enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad, proteger al paciente de lesiones mecánicas.

Afirmaciones teóricas.

Relación enfermera – paciente:

Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son:

- *La enfermera como sustituta del paciente:* este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento.
- *La enfermera como auxiliar del paciente:* durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia.
- *La enfermera como compañera del paciente:* la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.

Relación enfermera – médico: La enfermera tiene una función especial, diferente al de los médicos, su trabajo es independiente, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto de que algunas de sus funciones se superponen.

Relación enfermera – equipo de salud: La enfermera trabaja en forma independiente con respecto a otros profesionales de salud. Todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar las tareas ajenas.

Ventajas de utilizar el Modelo de Virginia Henderson:

- Delimitar de manera más clara el campo de la actuación de enfermería.
- Proporcionar un panorama más claro de observación y análisis de la realidad a fin de identificar la situación y apreciar las dificultades vividas por la persona.
- Organizar los cuidados de manera coherente para el equipo, dirigidos hacia un mismo fin.
- Hacer mas personales y humanos los cuidados respondiendo a las necesidades de la persona.
- Permitir a las cuidadoras la utilización de un lenguaje común.
- Poner de manifiesto la aportación de los cuidados enfermeros en el campo de la salud y del trabajo interdisciplinario, así como;
- Revalorizar el rol autónomo de la enfermera.

Niveles de Dependencia según Marine.⁴⁹

Existen diversos grados de dependencia/ independencia, los cuales varían según el grado de ayuda necesaria que necesita el paciente para satisfacer sus necesidades. Dependencia es la consecuencia de un nivel de satisfacción de la persona, realizadas por el mismo, sin ayuda ajena, por independencia se entiende la incapacidad de la persona de realizar por sí misma y que le permiten la satisfacción de sus necesidades. Los grados de dependencia/ independencia se dividen en 6 niveles: el nivel "0" es el de la independencia, que presenta dos aspectos; lo que la persona realiza por sí solo de manera aceptable y lo que lo que realiza de manera independiente pero con ayuda de un aparato, dispositivo o tratamiento. Los otros cinco, señalan una graduación progresiva de la dependencia y varían según el grado de ayuda necesaria para satisfacer sus necesidades.

Aplicación del Modelo de V. Henderson en el Proceso Enfermero.⁵⁰

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las etapas del Proceso de Enfermería.

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

⁴⁹ Mariner T. A. *Modelos y Teorías de Enfermería*, Pág. 99, 1998.

⁵⁰ Fernández Ferrín y Novel Martí G. *El proceso de Atención de Enfermería. Estudio de Caso*. Pág.9, 1993

- El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

Para la formulación de los diagnósticos de enfermería es de utilidad consultar las etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades básicas humanas (ver cuadro siguiente)

CUADRO 1. ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS DE NANDA SEGÚN LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS.

1.- RESPIRACIÓN:	3.- ELIMINACIÓN
Gasto cardíaco, disminución del	Estreñimiento subjetivo.
Intercambio gaseoso, deterioro del	Estreñimiento crónico.
Vías aéreas, limpieza ineficaz de las	Diarrea.
Respiratorio, patrón: ineficaz.	Fecal., incontinencia.
Ventilación espontánea, dificultad de mantener	Urinaria, alteración de la eliminación.
Destete respiratorio, respuesta disfunción al.	Incontinencia urinaria de esfuerzo.
Asfixia, alto riesgo de	Incontinencia urinaria refleja.
Aspiración alto riesgo de.	Incontinencia urinaria de urgencia.
	Incontinencia urinaria funcional.

<p>2.- ALIMENTACIÓN/ HIDRATACIÓN</p> <p>Nutrición, alteración de la: por exceso.</p> <p>Nutrición, alteración de la por defecto.</p> <p>Líquidos, déficit de volumen de</p> <p>Líquidos, alto riesgo de déficit de volumen de</p> <p>Autocuidado, déficit de : alimentación.</p> <p>Deglución, deterioro de la</p> <p>Lactancia materna ineficaz.</p> <p>Lactancia materna Interrumpida.</p> <p>Lactancia materna ineficaz.</p> <p>Alimentación infantil inefectivo, patrón de</p> <p>1.3.1.1. Estreñimiento.</p>	<p>Incontinencia urinaria: total</p> <p>Urinaria retención.</p> <p>Autocuidado, déficit de: uso del orinal/ wc</p>
<p>5.- REPOSO/SUEÑO</p> <p>Sueño, alteración del patrón del</p> <p>6.- VESTIRSE Y ELEGIR ROPA ADECUADA.</p> <p>Autocuidado, déficit de: vestido/ acalamiento.</p>	<p>4.- MOVILIZACIÓN:</p> <p>Desuso, alto riesgo de síndrome de.</p> <p>Movilidad física, trastorno de la</p> <p>Neurovascular periférica, alto riesgo de disfunción.</p> <p>Actividad, intolerancia a la</p> <p>Fatiga.</p> <p>Actividad, alto riesgo de intolerancia a la</p>
<p>7.- TEMPERATURA.</p> <p>Temperatura corporal: alto riesgo de alteración de</p> <p>Hipotermia.</p> <p>Hipertermia.</p>	<p>9.- SEGURIDAD</p> <p>Infección alto riesgo de</p> <p>Disreflexia</p> <p>Lesión, alto riesgo de</p> <p>Intoxicación, alto riesgo de</p> <p>Traumatismo, alto riesgo de</p> <p>Protección, alteración de la</p> <p>Familiares, alteración de los procesos</p> <p>Rol del cuidador, sobreesfuerzo en el</p> <p>Rol del cuidador, alto riesgo al sobreesfuerzo en el</p> <p>Afrontamiento defensivo</p>

<p>8.- HIGIENE/ PIEL.</p> <p>Perfusión hística, alteración de la especificar (renal)</p> <p>Hística deterioro de la integridad.</p> <p>Membrana mucosa oral, alteración de la</p> <p>Cutánea, deterioro de la .</p> <p>Cutánea, alto riesgo de deterioro de la integridad.</p> <p>Autocuidado, déficit de: baño/ higiene</p>	<p>Negación ineficaz</p> <p>Afrontamiento familiar inefectivo incapacitante</p> <p>Afrontamiento familiar inefectivo comprometido</p> <p>Régimen terapéutico, manejo inefectivo del (individual)</p> <p>Crecimiento y desarrollo, alteración del</p> <p>Traslado, síndrome de estrés por</p> <p>Dolor</p> <p>Dolor crónico</p>
<p>9.- SEGURIDAD.</p> <p>Duelo disfuncional</p> <p>Duelo anticipado</p> <p>Violencia, alto riesgo de autolesiones, lesiones a otros</p> <p>Automutilación, alto riesgo de</p> <p>Post-traumática, respuesta</p> <p>Violación, síndrome trauma de</p> <p>Violación, síndrome traumático de: reacción compuesta</p> <p>Violación, síndrome traumático de reacción silente</p> <p>Ansiedad</p> <p>Temor</p>	<p>11.- RELIGIÓN/ CREENCIAS</p> <p>Espiritual, sufrimiento</p> <p>Tratamiento, no seguimiento del (especificar)</p> <p>Decisiones, conflicto en la toma de (especificar)</p> <p>Desesperanzas</p> <p>Impotencia</p> <p>12. TRABAJAR/ REALIZARSE</p> <p>Rol, alteración en el desempeño del</p> <p>Parental, alteración</p> <p>Parental, alto riesgo de alteración</p> <p>Parental, conflicto del rol</p> <p>Adaptación, trastorno de la</p> <p>Salud, conductas generadoras de (especificar)</p> <p>Hogar, dificultades en el mantenimiento del</p> <p>Salud, alteración en el mantenimiento de la</p>

<p>10.- COMUNICACIÓN</p> <p>Comunicación verbal, trastorno de la</p> <p>Social, deterioro de la interacción</p> <p>Social, aislamiento</p> <p>Sexual, disfunción</p> <p>Sexualidad, alteración de los patrones de</p> <p>Afrontamiento individual: ineficaz</p> <p>Senso-perceptivas, alteraciones (especificar) visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias</p> <p>13. ACTIVIDADES LÚDICAS</p> <p>Actividades recreativas, déficit de</p> <p>14. APRENDER</p> <p>Afrontamiento familiar: potencial de desarrollo</p> <p>Conocimientos, déficit de (especificar)</p> <p>Pensamiento, alteración de los procesos de</p>	<p>Imagen corporal, trastorno de la</p> <p>Autoestima, trastorno de la</p> <p>Autoestima, déficit de: crónico</p> <p>Autoestima, déficit de: situacional</p> <p>Identidad personal, trastorno de la</p>
---	---

[http:// www.teleline.terra.es/personal/dueñas/diagnanda1.htm](http://www.teleline.terra.es/personal/dueñas/diagnanda1.htm)

En la etapa de **planificación y ejecución** sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectada, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de las actividades de enfermería que impliquen al individuo-siempre que sea posible- en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de

intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación. Todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.

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

Las 14 necesidades de V. Henderson actualmente son.⁵¹

- 1.- Necesidad de oxigenación.
- 2.- Necesidad de nutrición e hidratación.
- 3.- Necesidad de eliminación.
- 4.- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Necesidad de descanso y sueño.
- 6.- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.

⁵¹ Mariner T. A. *Modelos y Teorías de Enfermería*, Pág. 100-102, 1998.

- 7.- Necesidad de termorregulación.
- 8.- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- 9.- Necesidad de evitar peligros.
- 10.- Necesidad de comunicarse.
- 11.- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- 12.- Necesidad de comunicarse.
- 13.- Necesidad de trabajar y realizarse.
- 14.- Necesidad de aprendizaje.

5.5. ASFIXIA PERINATAL.

La asfixia perinatal puede definirse desde el punto de vista fisiológico como la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del feto y del neonato asociada a grados variables de hipoxia, hipercapnia y acidosis (metabólica y respiratoria) siendo secundaria a patología materna, fetal o neonatal.⁵²

Anoxia, es el término que se utiliza para indicar las consecuencias de una ausencia completa de oxígeno secundaria a distintas causas primarias. *Hipoxia* se

⁵² <http://www.gestión.com.pe/6m/archivo/20001/set/23/esp.htm>

refiere a una concentración arterial de oxígeno inferior a la normal e *hipercapnia* es un aumento de la concentración de bióxido de carbono en la sangre. *La acidosis o acidemia* es un estado en el cual el pH de la sangre arterial alcanza niveles inferiores a 7.4. La acidosis relacionada con el bióxido de carbono se denomina respiratoria; la que no tiene relación con el bióxido de carbono se llama metabólica cualquier factor que disminuya la ventilación pulmonar provoca acidosis metabólica ya que aumenta la concentración de ácido carbónico en la sangre. Y aumenta los iones de hidrógeno en los líquidos extracelulares.

La manifestación más grave de la asfixia perinatal es la encefalopatía *hipóxico-isquémica* y es la causa más importante de lesión permanente de las células del sistema nervioso central, que puede dar lugar a la muerte neonatal o manifestarse, más adelante, como una parálisis cerebral o como una discapacidad mental.

En la actualidad se considera asfixia perinatal cuando ocurre una acidemia profunda, con un ph menor de 7 en vía arterial (cordón umbilical), apgar de 0 a 3 por más de cinco minutos, signos clínicos de secuelas en el período inmediato posterior al nacimiento, con convulsiones, hipotonía y coma.⁵³

⁵³ Tamez y Pantoja ,2003 *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Asistencia al Recién nacido de Alto riesgo*. Pág. 97, 1998.

Etiología

Las causas que predisponen al feto o al neonato a la asfixia son diversas, tanto en el periodo prenatal como durante el trabajo de parto y después del nacimiento (cuadro 2). La gran mayoría de causas de la hipoxia perinatal se originan en la vida intrauterina. Aproximadamente el 20% ocurre antes del inicio del trabajo de parto, el 70% durante el parto y el restante 10% durante el período neonatal.

CUADRO 2. ETIOLOGÍA DE LA ASFIXIA PERINATAL.

FACTORES	CAUSAS DE LA ASFIXIA PERINATAL.
Prenatales:	
Maternos	<ul style="list-style-type: none"> Accidente cerebro vascular. Anemia Aguda o crónica. Alteraciones metabólicas, como Diabetes Mellitus. Ausencia de control prenatal. Enfermedades cardíacas graves. Hipoxemia materna. Hipotensión arterial. Infección materna Isoinmunización de grupos sanguíneos (Rh y ABO) Primigrávida añosa (> 35 años de edad) Ruptura prolongada de las membranas (>24 horas) Toxemia gravídica, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica y pielonefritis

Placentarios	<p>Desprendimiento prematuro de la placenta</p> <p>Hemorragias e infartos placentarios</p> <p>Implantación anómala</p> <p>Senilidad placentaria</p>
Causas fetales	<p>Feto grande para la edad gestacional</p> <p>Inmadurez pulmonar</p> <p>Líquido amniótico meconial</p> <p>Malformaciones congénitas</p> <p>Oligohidramnios</p> <p>Parto gemelar</p> <p>Postérmino</p> <p>Polihidramnios</p> <p>Prematurez</p>
Trabajo de parto y nacimiento	<p>Analgesia en el parto</p> <p>Presentación anormal</p> <p>Cesárea electiva</p> <p>Compresión del cordón umbilical y/o en el nudo del cordón</p> <p>Agentes sedantes o analgésicos (administrados cerca de la hora del parto)</p> <p>Parto con fórceps bajo</p> <p>Uso de anestesia general</p>
Postnatales	<p>Cardiocirculatorias congénitas</p> <p>Hematológicas (anemia, hemorragia, hipovolemia y shock, hipervolemia)</p> <p>Malformaciones congénitas y convulsiones</p>

Metabólicas (acidosis respiratoria y metabólica, hipotermia, hipertermia)
Neurológicas (depresión del SNC por medicamentos, inmadurez del SNC)
Respiratorias (inmadurez del sistema surfactante, neumotórax, compresión por tumores, neumomediastino)

Tomado de Tamez y Pantoja⁵⁴

Se han descrito varios mecanismos a través de los cuales se produce el estado asfíctico:

- 1) Interrupción de la circulación umbilical como compresión o accidentes del cordón, prolapso del cordón o circulares irreductibles.
- 2) Alteraciones del intercambio gaseoso a nivel placentario por un desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa sangrante o insuficiencia placentaria.
- 3) Alteraciones del flujo placentario por hipertensión arterial, hipotensión materna y alteraciones de la contractilidad uterina.
- 4) Deterioro de la oxigenación materna.
- 5) Incapacidad del recién nacido para establecer una transición con éxito de la circulación fetal a la cardiopulmonar neonatal.

⁵⁴ Ibíd. Pág.97

La última causa puede ser secundaria a una obstrucción de la vía aérea, excesivo líquido en el pulmón, presencia de meconio o por tener un esfuerzo respiratorio débil. Alternativamente esto puede ocurrir como resultado de la asfixia por cualquiera de las causas descritas en que el niño se encuentra acidótico y apneico al nacer.

Fisiopatología.⁵⁵

La asfixia produce alteraciones principalmente en la fisiología respiratoria y circulatoria. Estas son semejantes en el feto y el recién nacido. Como consecuencia de estas disminuye el aporte de oxígeno a los tejidos y se altera el metabolismo y funcionamiento celular. El feto y recién nacido tienen una mejor capacidad adaptativa a situaciones de hipoxia, gracias a su menor utilización energética tisular y al mayor contenido de glucógeno del músculo cardíaco, esto les permite mantener la función cardíaca por períodos más prolongados que el adulto.

La hipoxia produce una sucesión de eventos

- Período inicial de respiraciones rápidas
- Cese de los movimientos respiratorios
- Apnea primaria en este momento la respiración puede reiniciarse en la mayoría de los casos con estímulos táctiles y administración de O₂

⁵⁵ Rubio D. S. Y López B. M. "Asfixia Perinatal" Pág. 16, 2001.

Si la asfixia continúa se produce:

- Período de respiraciones profundas y jadeantes
- Nuevo cese de los movimientos respiratorio
- Apnea secundaria con acidosis mixta, hipotensión y ausencia de tono y reflejos
- El niño no responde a estímulos y puede fallecer si no se inicia oportunamente ventilación asistida con oxígeno
- Hay disminución y redistribución del débito cardíaco privilegiado el flujo hacia el cerebro, corazón, suprarrenales y placenta (feto) en detrimento del flujo hacia los pulmones, riñones, intestino y músculo esquelético.
- La resistencia vascular pulmonar y la presión de la arteria pulmonar aumentan manteniendo en el recién nacido un patrón de circulación fetal que dificulta más la oxigenación del niño con ventilación asistida.

En estados graves disminuye la derivación de sangre a los órganos vitales, lo que determina una disminución del gasto cardíaco con la consecuente hipotensión arterial, lo que determina una disminución del flujo sanguíneo cerebral e isquemia.

El cerebro pierde la capacidad de la autorregulación (los rangos de presión sanguínea en la que el flujo cerebral se mantiene constante) y en estas condiciones el flujo sanguíneo cerebral se torna pasivo a los cambios de presión arterial.

Cuando los episodios de hipoxia son graves y/o duraderos, se sobrepasan los mecanismos de compensación fetal, aparecen alteraciones a todos los niveles de la economía como lo muestra el cuadro siguiente.

CUADRO 3. EFECTOS DE LA ASFIXIA.

APARATO O SISTEMA	EFFECTOS
Sistema Nervioso Central	Encefalopatía hipóxico-isquémica, infarto, hemorragia intracraneal, convulsiones, edema cerebral, hipotonía, hipertonia.
Cardiovascular	Isquemia miocárdica, escasa contractibilidad, aturdimiento cardíaco, insuficiencia de tricúspide, hipotensión.
Respiratorio	Persistencia de la circulación fetal, hemorragia pulmonar, síndrome de sufrimiento respiratorio.
Renal	Necrosis tubular aguda o cortical, Hemorragia suprarrenal.
Digestivo	Perforación, ulceración, necrosis.
Metabólico	Hiponatremia, hipoglucemia, hipocalcemia.
Hematológico.	Coagulación intra vascular diseminada

Tomado del Tratado de Pediatría Nelson (1997)⁵⁶

Diagnóstico de la hipoxia perinatal .

Evitar la hipoxia es un reto para todo el equipo perinatal, pero no hay acuerdo de cuál es la mejor manera de diagnosticarla en útero. Es claro que cuantos más parámetros combine una prueba, mejor será para identificar al feto enfermo. Sin

⁵⁶ Behrman K.I , *Tratado de Pediatría Nelson*, pág. 589, 1999.

embargo, la mayoría de las pruebas diagnósticas tienen una alta sensibilidad, pero una baja especificidad, por lo que el número de falsos positivos es muy alto.

Con el objetivo de, no sólo reconocer al feto asfíctico, sino también la intensidad de la asfixia y su posible implicación en posteriores lesiones neurológicas, existen una serie de métodos diagnósticos ante e intraparto, entre los anteparto tenemos:

Frecuencia cardíaca fetal (FCF) Es un método fácil de realizar, bien tolerado por la embarazada y que no requiere aparatos sofisticado. Se considera normal una frecuencia entre 120-160 latidos por minuto; la bradicardia inferior a 100 l/m, mantenida, es un signo de hipoxia fetal, las desaceleraciones (o Dips) son enlentecimientos transitorios y periódicos de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) en relación con las contracciones uterinas o los movimientos fetales. Hay diversos tipos: 1) Dips I, o deceleraciones producidas por compresión de la cabeza fetal que por lo general no son patológicas; 2) Dips II, o deceleraciones tardías debidas a hipoxia fetal, si se aparecen en el 30% de las contracciones se asocian a acidosis fetal; 3) Dips III, o deceleraciones variables, que se producen por compresión del cordón umbilical y que si son persistentes conducen a acidosis fetal grave. Un registro es patológico cuando la FCF basal es inferior a 110 Lat. /min. hay ausencia de variabilidad a corto y/o largo plazo o aparecen deceleraciones en todas las contracciones. Otro es el **Perfil biofísico fetal** Incluye la determinación de una serie de parámetros que se alteran con la hipoxia: movimientos respiratorios y corporales, tono, volumen del líquido amniótico y la FCF. Aunque la frecuencia de los falsos positivos es del 30%, los resultados son mejores que con la valoración aislada de la FCF. Así, la reactividad de la FCF cesa cuando el pH

es inferior a 7.20, mientras que los movimientos corporales y el tono disminuyen entre 7.20-7.10 y quedan anulados con pH <7.10.

Estimulación vibro-acústica (EVA) se basa en que el feto sano, a partir de las 28 semanas de gestación, responde con un movimiento brusco y una elevación de la línea de base de la FCF a la estimulación vibroacústica, lo que en principio permite distinguir las alteraciones de la FCF basal producidas durante el sueño fetal, de las secundarias a hipoxia. **Fluimetría Doppler**. Con ella podemos evaluar la circulación umbilical y fetal mediante el análisis de la morfología de las ondas obtenidas por ultrasonidos. El flujo umbilical depende de las resistencias vasculares y del gradiente de presión sanguínea entre aorta fetal y venas umbilicales, incrementándose con la edad gestacional. En la actualidad tiene interés el análisis de flujo en arteria cerebral media, que aumentaría en caso de hipoxia, al tiempo que disminuye en aorta descendente. **Cordocentesis** el estudio del equilibrio ácido-base (EAB) de sangre de cordón mejora el diagnóstico de hipoxia fetal, aunque aún no se dispone de estudios que correlacionen los valores de pH de los vasos fetales con la evolución a largo plazo del recién nacido. La PO₂ umbilical disminuye a lo largo de la gestación, al aumentar el consumo de O₂ por la placenta, aunque el contenido de oxígeno de la sangre fetal permanece constante al aumentar la hemoglobina fetal; por el contrario, la PCO₂ asciende y el pH desciende al aumentar la edad gestacional. Dentro del **Diagnóstico intraparto** El estudio del EAB tiene como objetivo diagnosticar la asfixia fetal partiendo de la hipótesis de que la intensidad de la acidosis refleja el grado de asfixia, ya que el pH resume los cambios de PO₂, PCO₂ y déficit de bases. Aunque lo ideal sería

medir el pH tisular, en la práctica se hace en sangre capilar asumiendo que refleja los cambios ocurridos en la circulación sistémica fetal.

Por tanto, el EAB ofrece una medida objetiva del estado del RN; sin embargo, su relación con el déficit neurológico ulterior no está bien definida y aunque su sensibilidad es alta, la especificidad y el valor predictivo positivo son bajos.

Manifestaciones clínicas de la Hipoxia Perinatal.

Habitualmente los signos de hipoxia se detectan minutos antes o pocos días *antes del parto* si se ha llevado un control adecuado de la embarazada. La frecuencia cardiaca desciende y la variabilidad entre latido y latido disminuye. El registro continuo de la frecuencia cardiaca puede mostrar desaceleraciones variables o tardías (Dips de tipo II) y en el análisis del cuero cabelludo puede aparecer Ph inferior a 7.2. La acidosis se debe a combinaciones variables de los componentes metabólicos y respiratorios. Estos signos sobre todo en fetos cercanos a término de la gestación, obligan a instaurar la administración de oxígeno a la madre y acelerar el parto para evitar la muerte fetal o la lesión del sistema nervioso central.

En el momento del parto, la presencia de un líquido amniótico amarillo, teñido de meconio, es una prueba de la existencia de sufrimiento fetal. En el nacimiento, estos niños suelen salir deprimidos y no inician la respiración espontáneamente. En las horas siguientes pueden permanecer hipotónicos o pasar de la hipotonía a la hipertonia extrema, aunque también es posible que conserven un tono normal. La palidez, la cianosis, la apnea, una frecuencia cardiaca baja y la falta de

respuesta a los estímulos son signos de encefalopatía hipóxico-isquémica. En las 24 horas siguientes puede desarrollarse un edema cerebral que se traduce en una profunda depresión del tronco encefálico. Durante este periodo pueden producirse convulsiones, a menudo intensas y rebeldes a las dosis habituales de anticonvulsivos. En la fase aguda de las convulsiones puede utilizarse lorazepam, mientras que la supresión continua de la actividad convulsiva puede requerir de una dosis de impregnación con fenobarbital o difenilhidantoína para posteriormente manejarse con dosis de 24 hrs. Aunque lo más frecuente es que se asocien a la encefalopatía hipóxico-isquémica, las convulsiones de los neonatos con asfixia también pueden ser consecuencia de la hipocalcemia o de la hipoglucemia. (Ver cuadro 4)

CUADRO 4. CLASIFICACIÓN DE LA ENCEFALOPATÍA HIPÓXICO-ISQUEMICA (EHI) EN LOS RECIÉN NACIDOS A TERMINO.

SIGNOS	ESTADIO I	ESTADIO 2	ESTADIO 3
Nivel de conciencia	Hiperalerta	Letárgico	Estuporoso, coma
Tono muscular	Normal	Hipotónico	Flácido
Postura	Normal	Flexión	Descerebración
Reflejos osteotendinosos	Hiperactivo	Disminuidos	Ausentes
Mioclonía	Presente	Presente	Ausente
Reflejo de moro	Fuerte	Débil	Ausente
Pupilas	Midriasis	Miosis	Desiguales, débil reflejo a la luz
Convulsiones	No	Frecuentes	Descerebración
Electroencefalográficos	Normal	Bajo voltaje pasando a actividad convulsiva	Supresión en brotes, pasando a isoelectrico.
Duración	Menos de 24 hrs. Si progresa, de lo contrario, puede permanecer normal	24 hrs. A 14 días	Días a semanas
Evolución	Buena	Variable	Muerte, déficit graves.

Tomado del Tratado de Pediatría Nelson (1997)⁵⁷

⁵⁷ Ibid. pág. 590

Además de la alteración funcional del sistema nervioso central, otros cuadros que pueden asociarse con asfixia perinatal son la insuficiencia cardíaca congestiva y el Shock cardiogénico, la hipertensión pulmonar persistente, el síndrome de sufrimiento respiratorio, la perforación gastrointestinal, la hematuria y la necrosis tubular aguda.

Después del parto, la hipoxia se debe a insuficiencia respiratoria o a insuficiencia circulatoria.

Tratamiento.

La realización de una reanimación adecuada en el RN asfíctico es la primera y más importante medida para normalizar el transporte de oxígeno y nutrientes al cerebro. El transporte adecuado de oxígeno al cerebro y el resto de los órganos implica mantener en rango normal, las cifras de hemoglobina, la saturación de la Hb y el gasto cardíaco. Es importante mantener constante el flujo sanguíneo cerebral, evitando oscilaciones en la presión arterial, presión venosa central, pH, PaO₂ y PCO₂.

Durante la hipoxia-isquemia el único substrato energético para el cerebro es la glucosa. Por ello es importante mantener una alta concentración de glucosa en plasma (75-100 mg/dl), corazón y cerebro, al tiempo que se corrige la acidosis con ventilación mecánica y/o bicarbonato sódico y se normaliza el transporte de oxígeno.

Para evitar el edema cerebral es obligado evitar un balance hídrico positivo, con objeto de evitar un aumento en el contenido de agua cerebral. En casos en los que

se demuestre un aumento de la presión intracraneal, ésta se puede reducir con medidas antiedema (uso de manitol y diuréticos) e hiperventilación, si bien no hay evidencias que estas medidas mejoren el pronóstico a largo plazo.

Con frecuencia los RN con encefalopatía hipóxico-isquémica grave presentan convulsiones en los primeros días de la vida, que muchas veces son difíciles de controlar. Su tratamiento siempre está indicado para disminuir el riesgo de complicaciones asociadas (apnea, hipoxemia, hipercapnia, hipertensión arterial) y la deplección cerebral de glucosa, secundaria al consumo aumentado del sustrato, circunstancias que pueden interferir con la autorregulación de la circulación cerebral y empeorar las lesiones existentes. El fármaco de elección es el fenobarbital, a la dosis de 15-20 mg/kg administrado i.v. en 10-15 minutos; si no existe respuesta, deben administrarse 5-10 mg/kg i.v. cada 20-30 minutos hasta alcanzar una dosis total de 40 mg/kg o lograr niveles de 40 mg/L. Si no existe respuesta al fenobarbital, debe añadirse difenilhidantoína (dos dosis de 10 mg/kg, i.v., en un intervalo de 20 minutos). Si tampoco se consigue el control de las convulsiones se añadirá una benzodiazepina i.v. (diazepam: 0.3 mg/kg, que se puede repetir o seguirse de perfusión a 0.3-1 mg/kg/hora; midazolam: 0.3-0.5 mg/kg seguido de perfusión a 0.1-0.3 mg/kg/hora; lorazepam: 0.05-0.1 mg/kg, que se puede repetir si es necesario).

En la actualidad no existe una conducta racional para el tratamiento de la encefalopatía hipóxico-isquémica. Una encuesta en 72 unidades neonatales de Estados Unidos denota la falta de protocolos estandarizados para tratar a estos RN. Así, el 80% de los encuestados restringe líquidos y trata las convulsiones

neonatales; el 20-30% prescribe sedación e hiperventilación o fenobarbital profiláctico; muy rara vez se utilizan hipotermia, diuréticos osmóticos o coma barbitúrico. Estos hallazgos de la encuesta atestiguan el dilema actual que afrontamos los neonatólogos en el tratamiento de estos RN.

Intervenciones de Enfermería.

Las intervenciones de enfermería en la asfixia perinatal según Tamez⁵⁸ deben ser:

- 1.- Mantener la hidratación venosa, según la prescripción médica (restricción hídrica: 40 a 60 ml/Kg/día.
- 2.- Monitorear electrolíticos, creatinina y urea.
- 3.- balance hídrico riguroso y examen de la densidad urinaria.
- 4.- Mantener ayuno por 48 a 72 hrs.
- 5.- Iniciar una dieta con pequeños volúmenes.
- 6.- Evaluar patrón neurológico.
- 7.- Proveer soporte respiratorio.
- 8.- Ayudar a la obtención de gasometría.
- 9.- Administrar prontamente medicaciones anticonvulsivas, si han sido prescritas.
- 10.- Monitorear episodios de apnea.
- 11.- Controlar la glucemia.
- 12.- Administrar dopamina si esta prescrita.
- 13.- Monitorear los signos vitales, la presión arterial y la perfusión periférica.

⁵⁸ Taméz y Pantoja S.M. *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. Pág.98, 2003.

Pronóstico.

La evolución a largo plazo de la asfixia perinatal depende de las posibilidades de tratamiento, de las complicaciones metabólicas y cardiopulmonares (hipoxia, hipoglucemia, shock), de la edad gestacional del niño y de la gravedad de la encefalopatía hipóxico-isquémica. La encefalopatía grado I es de buen pronóstico, la grado II esta asociada con un 20 a 30 % de secuelas neurológicas a largo plazo y grado III tiene un 50% de mortalidad en el periodo neonatal y de los que sobreviven el 95% queda con secuelas graves. Es debido a las secuelas neurológicas que deja este padecimiento que se hace importante hablar de la estimulación temprana que hoy por hoy resulta una herramienta útil para el tratamiento posterior de este tipo de pacientes.

5.6. LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN NIÑOS CON DAÑO NEUROLÓGICO.

La estimulación temprana se ocupa del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta más o menos los 3 años de vida. Este período es fundamental, ya que marcará la historia y el nivel madurativo del niño. Se le llama estimulación temprana a toda aquella actividad de contacto o juego con un bebé o niño que propicie, fortalezca y desarrolle adecuada y oportunamente sus potenciales humanos.

El objetivo principal de la estimulación temprana es posibilitar que el desarrollo psíquico del bebé esté acorde a su función corporal. La intervención en estimulación temprana apunta a un desarrollo integral y armónico del recién nacido. Por tal motivo, por medio de esta disciplina se intenta lograr realizar las conductas esperadas del bebé.

En la vida intrauterina, el bebé va captando palabras; también gestos a través de movimientos rítmicos del cuerpo. Allí es donde se instala una relación intrapsíquica única y especial. A través del cuerpo el niño nos va transmitiendo sus vivencias y su percepción del mundo que lo circunda. Por ello la inclusión de la madre en el tratamiento es primordial ya que ella debido a la cercanía que ha tenido con el bebé durante el embarazo es un elemento vital en la recuperación del niño.

El cuerpo y el contacto corporal son fundamentales para dicha intervención. Por lo tanto, es tarea del estimulador formar parte de un equipo multi e interdisciplinario en la que todos tengan un mismo objetivo.

Entre las tareas de la estimulación temprana pueden considerarse:

- orientar a padres, mujeres embarazadas y al grupo familiar completo;
- evaluar la sensopercepción y la psicomotricidad del niño de alto, medio y bajo riesgo;

- tratamiento (y seguimiento) mediante la aplicación de técnicas, métodos y recursos para la rehabilitación física y psíquica en la primera infancia y en la niñez temprana.
- Que los padres logren constituirse como agentes integradores entre el niño y la comunidad.

Otro de sus objetivos fundamentales es la educación preventiva es evitar desviaciones psicosociales en la percepción, el hábito motor, la emoción, la comunicación, lo verbal y el aprendizaje. Además de ejercer una educación preventiva también participa de la educación especializada, correctiva y compensatoria.

La intervención se efectúa en el plano de la estimulación kinestésica para que el niño responda a diversos estímulos, esto puede iniciarse desde hospital siempre y cuando exista personal médico y paramédico comprometido con la estimulación temprana así como con la presencia y participación de los padres. Es necesario permitir que los padres del niño hospitalizado toquen y hablen con su hijo, aun cuando esté en condiciones críticas.

El niño debe de ser estimulado desde el punto de vista visual, auditivo y táctil como se describe más adelante en el plan de cuidados de enfermería. Lo mismo se puede decir de la terapia afectiva que puede ser impartida idealmente por la madre, aunque también la enfermera o el médico pueden hacerlo a través de caricias, pláticas etc.

Anteriormente se definía a la estimulación temprana como un proceso terapéutico dirigido al recién nacido considerado de alto riesgo, ya sea por problemas genéticos o hereditarios.

Actualmente este pensamiento cambió radicalmente, ya que se trata de un proceso terapéutico preventivo que sirve de apoyo, sostén y rehabilitación al recién nacido normal y a aquel con necesidades especiales.

Cabe ahora la pregunta: ¿Cuáles son los casos en los que la estimulación temprana es factor decisivo para el desarrollo ulterior del pequeño?

La estimulación temprana puede realizarse en niños recién nacidos como una disciplina terapéutica - educativa preventiva. Sirve para darle información sobre las conductas esperadas del infante a los padres y a todos los que intervienen en su educación. En el caso de los niños de bajo, medio o alto riesgo, la intervención del estimulador es fundamental para que logre dentro de sus posibilidades las conductas esperadas, teniendo en cuenta su desarrollo madurativo y evolutivo.

Sabemos que en ciertos casos de discapacidades mentales leves, la detección precoz es de muy difícil resolución. Pero esto no significa que el hecho de no haber comenzado a tiempo sea lo mismo que no empezar.

¿A quién está dirigida la estimulación temprana?

A los padres: porque de alguna manera, en su actividad cotidiana con los hijos llegan a convertirse en sus verdaderos terapeutas.

También va dirigida a las personas que conviven con el niño.

¿Cuándo se debe empezar?

Tan temprano como sea posible, dado que la asimilación de experiencias señala que los bebés que nacen con alguna discapacidad congénita o quienes tienen riesgo para el desarrollo de una disfunción, se benefician de la intervención temprana. La plasticidad cerebral o dinámica cerebral es más fértil durante los primeros tres meses de vida.

La intervención temprana en niños considerados de alto riesgo neurológico como lo son los niños que han cursado con asfixia perinatal se debe de iniciar desde la detección de las alteraciones, esto se logra realizando una evaluación integral, que abarque estado funcional general, sistema nervioso autónomo y funciones vitales, nivel de conciencia, integridad de vías sensoriales, ello en base a una evaluación Interdisciplinaria. De esta manera es importante orientar a los padres en algunas técnicas simples de estimulación temprana para que las realicen en el hospital y posteriormente las continúen en su hogar. Además de canalizar al pequeño al centro de estimulación temprana que le quede más cerca a su domicilio.

**APLICACIÓN DEL PROCESO
DE ATENCIÓN
DE ENFERMERÍA**

6.- APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

6.1 Presentación del Caso Clínico.

NOMBRE: A.B.M

EDAD. 8 días

SEXO: Masculino

SERVICIO: Pediatría

Procedencia: Allende s/n Col. Ejido de Azotlán Villa Nicolás Romero.

MUNICIPIO: Villa Nicolás Romero

FECHA Y HORA DE INGRESO: 12 de octubre del 2004 a las 20hrs.

DIAGNÓSTICO MÉDICO: Asfixia Perinatal.

TRATAMIENTO MÉDICO: Ayuno, signos vitales cada hora, oxígeno 5 lts por min. con cámara cefálica, movilización por turno con estimulación táctil y auditiva, destrostix cada 8 hrs. Multistix en evacuaciones y diuresis, control estricto de líquidos, Silverman cada 2 hrs. mantener eutermia, perímetro cefálico cada 24 hrs. Perímetro abdominal cada 4 hrs. soluciones parenterales para 8 hrs. Fenobarbital cada 8 hrs. Dicloxacilina cada 8 hrs. Amikacina cada 12 hrs. Nebulizaciones con Salbutamol cada 6hrs y mucomyst cada 8 hrs..

Se trata de un neonato de 8 días de nacido sexo masculino, que ingresa al servicio de Pediatría del Hospital General de Tlalnepantla, perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México, Municipio de Tlalnepantla procedente del Hospital General de Atizapán . Dentro de sus antecedentes de importancia cuenta con Abuelos maternos sanos, Abuela paterna cardiópata, padre con antecedentes de alcoholismo, madre aparentemente sana, embarazo con preeclampsia. Es producto de gesta II madre de 26 años la cual cursó embarazo sin control prenatal por falta de servicios médicos, acude el último mes de embarazo a sólo 3 consultas con médico particular (consultorio de similares) y es donde le detectan edema de miembros inferiores y datos de hipertensión, el tratamiento que le prescriben es reposo, dieta hiposódica e hiperproteica. Ingres a al Hospital General de Atizapán el 10 de octubre del 2004 a las 19.30 hrs. Con pródromos de trabajo de parto, al ser revisada en el servicio de urgencias se detecta hipertensión arterial 170/110, 6cm. de dilatación y bradicardia fetal de 60 por minuto, se prepara para cesárea por sufrimiento fetal.

Historia del recién nacido: Producto de 38 SDG, Peso 2500 kg, talla 42 cm., perímetro cefálico 30, perímetro torácico 31, perímetro abdominal 30, apgar 2, 4,6, presenta apnea primaria que hace necesario intubación orotraqueal, aspiración de secreciones y uso de bolsa y ambú, respondiendo al tratamiento por lo que se retira cánula endotraqueal y sólo se mantiene con puritan continuo.

Al momento de la valoración se encuentra lactante menor, con constantes vitales de temperatura de 36.5, Frecuencia cardiaca de 168 x minuto, respiración de 80 x min. Peso de 2,600 kg. y talla de 42 cm.

Se observa con casco cefálico continuo, pelo bien implantado, ojos simétricos, frente amplia. se observa con sonda oro gástrica para alimentación, mucosas orales ligeramente deshidratadas, Cuello normal sin tumoraciones ni adenomegalias, tórax con movimientos torácicos anormales ya que se observa polipneico, se escucha con abundantes secreciones audibles a distancia, brazos simétricos sin deformidades con presencia de venoclipis periférica en brazo derecho para mantener vena, cianosis ungueal, abdomen blando depresible, sin datos de distensión abdominal, con escaso tejido adiposo, hay carencia nutricional ya que a pesar de ser un niño de término presenta un peso bajo para su edad gestacional, Genitales externos normales correspondientes a sexo masculino, sin patología aparentes presenta diuresis espontánea, miembros inferiores normales. Al valorar reflejos se observa flácido con poco sostén de la cabeza, con buena deglución pero con reflejo de succión disminuido.

A decir de las enfermeras y de su mamá el bebé se muestra irritable, con dificultad para aceptar el seno materno, el cual se le intentó dar en dos ocasiones anteriores sin aceptarlo por lo que se colocó de nuevo la sonda orogástrica.

6.2. VALORACIÓN DE ACUERDO A LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

I.- VALORACIÓN DE NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

Recién nacido que presenta una frecuencia respiratoria de 80 x minuto, frecuencia cardíaca de 168 x min. El neonato en este momento no presenta problema para respirar ya que presenta automatismo respiratorio, tiene indicado oxígeno por cámara cefálica a 5 lts. por min. presenta abundantes secreciones traqueobronquiales, las cuales a la aspiración son espesas abundantes, presenta ligera cianosis, sin más datos de insuficiencia respiratoria, tiene indicado nebulizaciones con budesodine y salbutamol cada 4 hrs. posterior a las nebulizaciones tiene indicada fisioterapia pulmonar con aspiración gentil de secreciones.

No hay reporte de gasometría por no servir el aparato del servicio.

Necesidad: PARCIALMENTE DEPENDIENTE (PD)

II.- VALORACIÓN DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

Presenta un peso al nacer de 2500 el cual es bajo para su edad gestacional que era de 38 semanas de gestación, el peso actual es de 2600, talla de 42 cm. Perímetro cefálico de 30 cm. Perímetro torácico 31 cm. Perímetro abdominal de 32

cm. Glucemia de 80 mg. la piel se observa hidratada, rosada, con ligera cianosis ungueal, mucosa oral ligeramente deshidratada, encías normales, labios ligeramente deshidratados, faringe sin problema, abdomen globoso sin presentar distensión abdominal no ha presentado vómitos, presenta reflejo de succión débil, buena deglución, se alimenta por sonda orogástrica con leche Prenan o calostro cada 3 hrs. tiene venoclisis permeable con soluciones de 30 ml. Cada 8 hrs. Para mantener vena permeable.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE (TD)

III.-VALORACION DE ELIMINACIÓN.

La diuresis es espontánea amarilla clara, las heces son verdosas semipastosas, peristaltismo presente. La enfermera se encarga del cambio de pañal.

Necesidad: PARCIALMENTE DEPENDIENTE (PD)

IV.- VALORACIÓN DE LA MOVILIZACIÓN.

El tono muscular se encuentra disminuido, la enfermera se encarga de la movilización frecuente, su mamá participa en la movilización tiene escasa

restricción de movimientos debida a la colocación de la cámara de oxígeno y del oxímetro.

Necesidad: PARCIALMENTE DEPENDIENTE (PD)

V.- VALORACIÓN DE REPOSO/ SUEÑO.

El recién nacido está conciente, con ciclos de sueño irregulares debido a los ruidos que hay en su unidad, no ha presentado crisis convulsivas, se muestra irritable al manejo.

Necesidad: INDEPENDIENTE (ID)

VI.- VALORACIÓN DE LA NECESIDAD DE VESTIRSE.

La ropa que porta el neonato es la adecuada, la madre dice conocer las necesidades de vestido del recién nacido.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE (TD)

VI.- VALORACIÓN DE TERMORREGULACIÓN.

La temperatura rectal es de 36.5 la temperatura axilar es de 37 en este momento aunque ha estado con hipotermias. Se mantiene en cuna de calor radiante.

Necesidad: PARCIALMENTE DEPENDIENTE (PD)

VI.- VALORACIÓN DE HIGIÉNE.

El estado físico de la piel es de limpieza, no hay lesiones en la piel, la madre participa en el baño de artesa del neonato.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE (TD)

VII.- VALORACIÓN DE LA SEGURIDAD.

Tiene padres que están preocupados por su salud, la madre es la que se muestra con más disposición para aprender sobre los cuidados del neonato, el padre se muestra menos participativo. Hay gran interés en la madre por el niño, aunque presenta temor por el desconocimiento de algunos aspectos del cuidado del recién nacido, el niño es el más pequeño de la familia es el segundo de sus hijos y están preocupados por las secuelas que pueda tener el niño, existe dificultades en la

familia por problemas económicos, falta de un empleo seguro y alcoholismo en el padre.

Paciente el cual tiene padres que provienen de un medio socioeconómico bajo, con escasos estudios, dependiente totalmente del ingreso de su esposo, viven en la casa de su mamá, la casa es pequeña, de tabique y láminas de asbesto. La madre ocupa un cuarto para ella, su esposo y su hijo, su mamá y su hermano duermen en una sola habitación, el material del que está hecha la casa es de material no perdurable, la colonia es pobre, sin pavimentación, el aporte económico es entre su esposo y su hermano pero ambos perciben salario mínimo el cual a decir de la mamá del paciente es insuficiente para cubrir los gastos de alimentación, vestido y servicios médicos. Cuenta con servicio del seguro social pero su esposo no la ha dado de alta por lo que acudió a hospital del sector salud. El empleo que tiene el padre no es fijo, ya que tiene 3 meses que se empleó en esa constructora, la pareja vivía antes en la Cd. De Toluca con los familiares del esposo, sin embargo debido a los problemas que tenían con la familia de él es que deciden venirse a vivir a la casa de su mamá.

El recién nacido es el segundo de una familia extensa, tiene otro hermano de dos años, sus padres están casados por el civil, no se han casado por la iglesia por ser de diferente religión, hay dificultades familiares con los abuelos paternos, por eso viven en la casa de la abuela materna, han tenido dificultades maritales por celos y por el alcoholismo de la pareja.

X.- COMUNICACIÓN.

No existe buena comunicación entre los padres ya que el padre del bebé es alcohólico y eso ha traído muchos problemas a la familia.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE (TD)

XI.-PATRÓN CREENCIAS.

La religión de los padres es cristiana, van a bautizar a su niño en su religión.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE.

XII.- TRABAJAR REALIZARSE.

La madre se dedica al hogar, el padre es albañil, el ingreso económico mensual es de 1000 pesos y este no alcanza a cubrir las necesidades de hogar.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE. (TD)

XIII.- ACTIVIDADES LÚDICAS.

En la madre se observa buena disposición para participar en la estimulación auditiva, táctil del niño dice que con su otro hijo juega, no acuden a lugares de recreación por no contar con recursos económicos.

Necesidad. TOTALMENTE DEPENDIENTE (TD)

XIV.- APRENDIZAJE.

Los padres solo estudiaron la primaria, lo que los ha limitado para encontrar trabajo, les gustaría que sus hijos asistieran a la escuela. Tienen disposición para aprender sobre cuidados al recién nacido.

Necesidad: TOTALMENTE DEPENDIENTE (TD)

6.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA CON BASE A LAS NECESIDADES HUMANAS BÁSICAS.

OXIGENACIÓN.

Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por cianosis ungueal, taquipnea.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas por exceso de secreciones traquebronquiales manifestada por estertores audibles a distancia y signos de dificultad respiratoria.

ALIMENTACIÓN/ HIDRATACIÓN.

Alteración de la nutrición relacionada con bajo peso al nacer manifestado por escaso tejido adiposo y peso inferior al esperado en un niño de término.

Patrón de alimentación infantil inefectivo relacionada manifestada por reflejo de succión débil del lactante debida a deterioro neurológico.

Lactancia materna ineficaz debido a falta de conocimientos y preparación para la lactancia.

Deficiencia del volumen de líquidos relacionada con pérdidas insensibles de agua y consumo inadecuado de formula láctea manifestada por deshidratación.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Riesgo de alteración de la eliminación intestinal relacionada con el uso de lactancia artificial y la falta de movilidad del neonato.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Alteración del patrón de sueño relacionado con ruidos ambientales manifestado por irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.

TEMPERATURA.

Termorregulación ineficaz relacionada a reducción de tejido subcutáneo y fluctuaciones en la temperatura ambiental manifestada por dificultad para controlar temperatura.

HIGIENE/ PIEL.

Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con uso de cinta adhesiva y otros materiales abrasivos que se emplean para fijar aparatos de monitoreo.

SEGURIDAD.

Alto riesgo de infecciones relacionadas con procedimientos invasivos.

Alto riesgo de lesión neurológica relacionada con el sufrimiento fetal y la presencia de crisis convulsivas.

Alto riesgo de complicaciones relacionado con sufrimiento fetal del tipo de la enterocolitis necrozante, apnea o hasta muerte

Alteración de los procesos familiares por interrupción del vínculo madre- hijo por separación temprana y preocupación por las secuelas neurológicas del neonato.

Duelo anticipado relacionado con el nacimiento de un hijo con problemas neurológicos.

TRABAJAR/ REALIZARSE.

Conflicto del rol parental relacionado con cuidado en casa de un niño con necesidades especiales manifestada por preocupación de los padres para satisfacer las necesidades físicas y emocionales del niño en su domicilio.

APRENDER.

Déficit de conocimientos de los padres: en relación a los cuidados del recién nacido y lactancia materna.

Déficit de conocimientos de estimulación temprana.

6.4. PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

En el siguiente cuadro se presentan los diagnósticos de enfermería en orden de importancia; el objetivo de las intervenciones de enfermería el desarrollo de estas, la fundamentación y la evaluación de todas las acciones que se llevaron a cabo en un neonato con asfixia perinatal.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con desequilibrio ventilación-perfusión manifestado por cianosis ungueal y taquipnea.

Objetivo: El lactante mantendrá una respiración espontánea y regular sin ayuda.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.-Valorar estado respiratorio por medio de la escala de Silverman.	La identificación temprana de signos de insuficiencia respiratoria evita mayores complicaciones respiratorias.	El neonato presentó un puntaje de 2 en la escala de Silverman por presentar cianosis y aleteo nasal.
2.- Observar y anotar coloración de la piel y llenado capilar.	La cianosis es más evidente en los sitios en donde la piel es más delgada y poco pigmentada como los labios y lechos ungueales.	El llenado capilar del neonato se mantuvo de 2 seg. La cianosis se presentó solo por episodios breves, la mayoría del tiempo su piel fue de color rosado.

3.- Verificar el nivel de oxígeno transcutáneo. El monitoreo continuo del estado fisiológico del neonato permite se instauren las intervenciones oportunas para el tratamiento y disminuye secuelas adversas de la oxigenoterapia. El oxímetro indicó que la saturación de oxígeno se mantuvo entre 95 y 100%.

4.-Monitorear frecuencia cardíaca y respiratoria. La frecuencia respiratoria es un signo de evolución en la enfermedad, lo normal es de 40 a 60 /min. La hipoxia y la apnea pueden reflejarse en la frecuencia cardíaca del neonato lo normal es de 120 a 160/min. El neonato se mantuvo con frecuencia cardíaca entre 150 a 160/min. Su frecuencia respiratoria se vio alterada cuando hubo acumulo de secreciones broncoalveolares.

Interdependientes.

5.- Administrar oxígeno con cámara cefálica a 5 litros por minutos de forma continua. Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno. El neonato presentó la mayor parte del tiempo coloración rosácea. En tres ocasiones presento cianosis debida a acumulación de secreciones broncoalveolares.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías aéreas por exceso de secreciones traqueo bronquiales manifestada por estertores audibles a distancia y signos de dificultad respiratoria.

Objetivo: El neonato se mantendrá libre de secreciones traque bronquiales durante el turno.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Fisioterapia pulmonar efectiva (percusión, vibración, drenaje postural y aspiración de secreciones.	Las vías respiratorias se encuentran recubiertas por una mucosa de epitelio ciliado el cual detiene el polvo y bacterias y la expulsa con movimientos contráctiles. La fisioterapia pulmonar ayuda a expulsar dichas sustancias. La permeabilidad de las vías respiratorias, asegura una buena oxigenación.	El neonato presentó acumulación de secreciones broncoalveolares principalmente en los turnos nocturnos, se pone énfasis en la fisioterapia pulmonar con lo que disminuyen paulatinamente hasta desaparecer.
2.- Valoración continúa de la frecuencia respiratoria y auscultación de campos pulmonares.	La frecuencia cardiaca tiende a aumentar cuando hay acumulación de secreciones en el aparato respiratorio. La detección oportuna de complicaciones permite actuar de manera oportuna.	El neonato se mantuvo con frecuencia cardiaca entre 150 a 160/min. Los campos pulmonares se escucharon con acumulo de secreciones broncoalveolares durante 3 días.

3.- Observar y anotar coloración de la piel y llenado capilar.

La cianosis es más evidente en los sitios en donde la piel es más delgada y poco pigmentada como los labios y lechos ungueales

El llenado capilar del neonato se mantuvo de 2 seg. La cianosis se presentó solo por episodios breves, la mayoría del tiempo su piel se mantuvo rosada.

Interdependientes.

4.- Aplicación de micronebulizaciones cada 4 hrs. Con mucomists .7 ml Aforado a 3 ml. De sol fisiológica cada 8hrs y salbutamol .5 ml aforados en 3 ml de solución fisiológica cada 6 hrs.

La humidificación y los medicamentos mucolíticos y broncodilatadores favorecen la fluidificación de secreciones broncoalveolares.

El neonato mejoró su estado respiratorio posterior a la aplicación de nebulizaciones y fisioterapia pulmonar.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infecciones relacionadas con procedimientos invasivos.

Objetivo: Detectar oportunamente infecciones agregadas para prevenir complicaciones.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Aplicar técnicas de asepsia y antisepsia cuando se lleven a cabo procedimientos invasivos en el neonato.	Los neonatos con bajo peso al nacer que requieren de procedimientos invasivos tienen un riesgo más alto de infección que los bebés de peso adecuado para su edad gestacional.	El neonato no mostró signos ni síntomas de infección durante su estancia hospitalaria.
2.- Realizar el lavado de manos y uso de cubre bocas en manejo del neonato.	El lavado de manos es la medida más económica y simple para evitar la diseminación de microorganismos patógenos. El cubre bocas sirve de barrera para evitar transmitir los microorganismos que se transmiten por vía aérea.	La mayoría del personal de enfermería y visitantes se lavó las manos y usó cubre bocas. Hubo problemas con el lavado de manos y uso de cubre bocas con el personal médico y administrativo el cual no lleva a cabo el procedimiento de manera frecuente.

<p>3.- Vigilancia estrecha del neonato para identificar signos de infección, como inestabilidad de la temperatura, irritabilidad, letargo, fontanelas, piel fría o piel marmórea.</p>	<p>El monitoreo continuo del estado fisiológico del neonato permite se instauren las intervenciones oportunas para el tratamiento y disminuyen las complicaciones.</p>	<p>El neonato no presentó signos de infección. Presentó distermias pero fueron atribuibles al mal funcionamiento de la cuna de calor radiante y a los cambios de temperatura del medio ambiente.</p>
---	--	--

<p>4.- Propiciar un ambiente seguro al neonato en donde impere la limpieza de la unidad y de la cuna. La desinfección de todos los aparatos biomédicos y la esterilización de los instrumentos que se utilicen en su atención y tratamiento.</p>	<p>La limpieza inhibe el crecimiento de microorganismos. La desinfección es un proceso por el cual los microorganismos más patógenos y no esporulados son destruidos. La esterilización destruye todos los microorganismos.</p>	<p>Se mantuvo la unidad del paciente limpia, los aparatos biomédicos desinfectados y el equipo y material estéril.</p>
--	---	--

Interdependientes

<p>5.- Aplicación de antibióticos indicados. Dicloxacilina 86.5 mg. I.V. Cada 8 hrs. Amikacina 19.5 mg. I.V. Cada 24 hrs.</p>	<p>Los antibióticos inhiben el crecimiento bacteriano.</p>	<p>Se ministraron medicamentos indicados. Debido al desabasto de medicamentos la dicloxacilina fue comprada por el padre del neonato.</p>
---	--	---

6.- Asistir en la toma de muestras de laboratorio y monitorear resultado de Biometría Hemática. La presencia de leucocitosis es indicio de infección en algún nivel. El neonato no presentó leucocitosis.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de lesión neurológica relacionada con el sufrimiento fetal y la presencia de crisis convulsivas.

Objetivo: Evitar complicaciones neurológicas agregadas.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Vigilar presencia de crisis convulsivas y/o la presencia de movimientos anormales en el neonato.	A causa de la hipoxia puede haber compromiso cerebral: edema, hemorragia intracraneana intraventricular y convulsiones.	El neonato ya no presentó crisis convulsivas durante su estancia hospitalaria en este hospital.
Interdependientes.		
2.- Aplicación de anticonvulsivos. Fenobarbital 9.1 mg. I.V. cada 8 hrs.	El uso de anticonvulsivos de manera profiláctica evita y trata de manera oportuna las convulsiones	El neonato presentó 2 crisis convulsivas en las primeras horas de nacido durante su estancia en el Hospital de Atizapán posterior a este evento no volvió a presentarlas.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de complicaciones relacionado con sufrimiento fetal del tipo de enterocolitis necrozante, apnea, o hasta muerte.

Objetivo: Detección oportuna de complicaciones en el neonato.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Vigilancia estrecha del neonato para detectar datos de dificultad respiratoria.	Debido a la hipoxia puede haber afectación a aparato respiratorio lo que una monitorización de las condiciones del paciente permite una intervención temprana y oportuna de las complicaciones.	Como se anotó con anterioridad el neonato presentó dificultad respiratoria manifestada por cianosis debida al acumulo de secreciones, situación que se resolvió con fisioterapia pulmonar y ministración de mucolíticos .No presentó apneas durante su estancia hospitalaria.
2.- Vigilancia de datos de alteración a nivel digestivo por lo que : * Se anotará número y características de evacuaciones. * Hacer Multistix en evacuaciones. * Medir Perímetro abdominal pre y Postpandrial.	Por lo general la enterocolitis necrozante se presenta en niños que han cursado con asfixia. Los signos que suelen presentarse son: distensión abdominal, dibujo de asas, evacuaciones con sangre, vómito o regurgitación y ataque generalizado.	El bebé no presentó enterocolitis necrozante. Las evacuaciones son amarillo pastosas, los multistix no reportan datos de sangrado, ni glucosa. El perímetro abdominal se mantiene entre 30 y 32 cm.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de los procesos familiares por separación temprana de madre e hijo y por preocupación por las secuelas neurológicas del neonato.

Objetivo: Los padres restablecerán vínculo afectivo con su hijo.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Permitir que la madre y el padre se mantenga el mayor tiempo posible con el neonato para que le hablen, lo mimen lo carguen y el niño los reconozca.	El restablecimiento del vínculo madre-hijo es de suma importancia para la recuperación del neonato.	Se logró que la madre participara en el cuidado del niño dentro de la unidad hospitalaria, no así del padre el cual estuvo muy poco tiempo con el niño.
2.- Permitir que expresen sus dudas y dentro de lo posible resolver estas para que se disminuya su ansiedad y puedan participar más activamente en el cuidado del niño.	El nacimiento de un hijo y más de un hijo que presenta alguna discapacidad es un evento que suele causar ansiedad en los padres. Unos padres bien orientados son de gran ayuda para la atención del neonato.	Los madre se adaptó a la crisis rápidamente el padre se adaptó mucho después. No se observó apoyo de la familia paterna. La madre canaliza su aflicción en acciones de participación de cuidado al bebé y expresando sus dudas. La madre participó activamente en la lactancia primero extrayéndose la leche y después en el amamantamiento.
3.- Favorecer la lactancia materna en cuanto lo indique el médico.	La lactancia es una gran oportunidad para proporcionar amor y cariño al bebé	

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Alteración de la nutrición relacionada con bajo peso al nacer manifestado por escaso tejido adiposo y peso inferior al esperado en un niño de término.

Objetivo: El neonato mejorará su estado nutricional.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Administración de fórmula láctea o calostro por sonda orogástrica, son técnica de residuo gástrico y midiendo perímetro abdominal pre y postprandial.	Para un funcionamiento metabólico adecuado el neonato necesita de un aporte adecuado de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y electrolitos en su mayoría contenidos en la leche materna o en los sucedáneos de esta.	El neonato toleró la alimentación artificial. No presentó datos de distensión abdominal y no dejó residuo gástrico.
2.-Orientación a la madre sobre extracción manual de leche.	La extracción manual de leche es una técnica adicional que provee al niño de la leche materna necesaria para su nutrición cuando no es posible el amamantamiento.	La madre del neonato entendió la importancia de mantener la lactancia, se extrae la leche cada 3 hrs. Y la entrega al servicio de pediatría.

3.- Peso diario para verificar incremento ponderal. El crecimiento y desarrollo más rápido sucede en las etapas tempranas de la vida. El neonato aumenta de 20 a 30 g por día. El neonato aumentó de peso de manera normal un promedio de 25 g por día.

4.- Cuantificar y anotar la ingesta de fórmula láctea o calostro. El registro de la cantidad ingerida permite evaluar el grado de aceptación de la vía oral. Hay problema en la succión del neonato este evento hace que el bebé en una guardia presente signos de deshidratación por poca ingesta de la vía oral

5.- Toma de destrostix cada 8 hrs. para verificar glucemia. El centro de la alimentación está relacionado con el estado nutricional del individuo y es particularmente sensible a la disminución de la concentración normal de glucosa en la sangre. Las determinaciones del destrostix se mantuvieron entre 90 y 120 mg. por decilitro.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionada con incapacidad para coordinar la succión, la deglución y la respiración manifestada por reflejo de succión débil del lactante debida a deterioro neurológico.

Objetivo: El neonato mejorará su reflejo de succión y logrará alimentación al seno materno.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.-- Enseñar a la madre la técnica de alimentación al niño hipotónico y en caso necesario el uso del suplementador para promover la succión en el niño (ver anexo 2).	La orientación y educación de la madre en técnicas de alimentación al seno materno permite que la lactancia se de en forma exitosa. La lactancia natural ofrece la nutrición apropiada para el neonato.	La madre participó activamente en la alimentación del niño con el uso de suplementador y esto mejoró la succión del bebé. Antes de ser dado de alta La madre logró amamantar al niño y este acepta el seno materno sin ayuda del suplementador.
2.- Permitir que la madre permanezca el mayor tiempo posible con el bebé para que participe en su alimentación.	El contacto materno favorece la relación afectiva madre-hijo.	La madre permaneció con el bebé alrededor de 8 hrs. Al día.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Déficit del volumen de líquidos relacionada con pérdidas insensibles de agua y consumo inadecuado de fórmula láctea manifestada por deshidratación.

Objetivo: El recién nacido se le mantendrá con un aporte adecuado de líquidos intravenosos y vía oral.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Vigilar permeabilidad de las canalizaciones intravenosas y vigilar goteo. Administrar las cantidades correctas de líquidos por hora.	Proporciona una evaluación continua del tipo y cantidad de flujo administrado. La inspección evita la sobrecarga accidental de líquidos.	Se detectó la presencia de infiltraciones en tres ocasiones lo que motivo instalación de venoclisis en otras venas periféricas. No hubo sobrecarga de líquidos.
2.- Control estricto de líquidos.	La cantidad de agua que hay en el organismo depende del equilibrio entre el ingreso y el egreso diario de ésta. El control de ganancias y pérdidas es importante para detectar alteraciones en la función renal.	El neonato mantuvo un equilibrio de líquidos y electrolitos, posterior a la aceptación de la vía oral.

3.- Observar y reportar signos de deshidratación (llenado capilar inadecuado, taquicardia, palidez, oliguria o hipotensión, turgencia de la piel disminuida, fontanelas hundidas).

La deshidratación por sí misma puede complicar severamente el cuadro de la asfixia perinatal.

Presentó signos de deshidratación leve el primer día que se inicio con la fórmula láctea por problemas de succión. Caracterizada por mucosas orales secas.

4.-Verificar cantidad y características de la orina.

Si hay presencia de oliguria y/o la orina es amarillo concentrado puede ser signo de deshidratación.

La orina se mantuvo amarilla clara. La diuresis horaria fue en promedio de 4 ml.

5.- Vigilar estado de las fontanelas y el llenado capilar.

El hundimiento de las fontanelas es un signo de deshidratación.

Las fontanelas del neonato se mantuvieron normotensas.

6.-Toma de tensión arterial por blanqueamiento.

La hipotensión es signo de deshidratación.

La tensión arterial por blanqueamiento de mantuvo de 40 mmHg.

Interdependientes.

- | | | |
|---|--|---|
| 7.- Ministración de 2 cargas de solución Hartman de 40 ml. Para pasar en una hora dosis únicas. | Restaurar el equilibrio entre el aporte y la pérdida de agua, el cual se mantiene por medio de una serie de fuerzas que controlan la entrada y salida de agua entre los diferentes espacios para conservar así una cantidad adecuada en cada uno de ellos. | Posterior a las cargas de solución hartman el estado hídrico del neonato mejoró notablemente. |
| 8.- Ministración de solución glucosada 5% 100 ml. Para 12 hrs. | El ingreso adecuado de líquidos de acuerdo a las indicaciones médicas y a los requerimientos del neonato evita la deshidratación o la carga excesiva de líquidos. | Las soluciones parenterales se le ministraron al neonato de la forma prescrita. |
| 9.- Calostro ó Prenan 60x8 por succión si no tiene buen reflejo de succión dar por sonda orogástrica. | Para un funcionamiento metabólico adecuado el neonato necesita de un aporte adecuado de carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y electrolitos en su mayoría contenidos en la leche materna o en los sucedáneos de esta. | El neonato fue alimentado por sonda orogástrica por espacio de 1 semana posteriormente se utiliza suplementador y 3 días antes de ser dado de alta es alimentado al seno materno observando mejor reflejo de succión. |

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Alteración del patrón de sueño relacionado con ruidos ambientales manifestado por irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.

Objetivos: 1.- Propiciar un sueño reconfortante en el neonato.

2.- Orientar a los padres sobre la importancia del sueño en el neonato y sobre el tiempo que el niño debe dormir.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Reducir los factores ambientales tales como: ruido e iluminación.	Los principales disociadores del sueño son el ruido, las luces y el aumento de temperatura sea corporal o ambiental.	Se redujo la iluminación, sobretodo en la noche, así como el ruido de las alarmas del oxímetro y la cuna de calor radiante, pero los ruidos externos no fue posible controlarlos. La temperatura se mantuvo entre 36.5. y 37 grados centígrados.
2.- Propiciar el sueño.		
*Poniéndole música suave	El sueño está considerado como un proceso de restauración y recuperación, propiciando la relajación muscular, reparación de tejidos y síntesis de proteínas.	El neonato logro tener periodos reparadores de sueño. Se procuró que las intervenciones de enfermería se hicieran cada 2 hrs. Y los procedimientos invasivos fuesen cuando el bebe estuviese
*Evitando procedimientos invasivos durante el sueño del neonato.		

- * Mantenerlo seco y cómodo. La privación del sueño da como despierto. Se le solicitó a sus
- * Alimentarlo cada 3 hrs. resultado el deterioro de la función padres una cajita musical para
- * Darle posición adecuada. cognitiva, reduce el control que escuchara música suave. emocional, aumenta la irritabilidad y la desorientación.

3.- Permitir que la madre esté en contacto con el niño para que le proporcione caricias, le hable o cante para tranquilizarlo y orientarla sobre la importancia del sueño.

Cuando un neonato ha recibido estimulación táctil no agradable como instalación de venoclisis es necesaria la estimulación placentera en forma de caricias y palabras dulces para evitar que relacione la estimulación táctil con el dolor, además de que el neonato responde más a la voz articulada que a otros sonidos. Esto lo tranquilizará y podrá conciliar el sueño.

Se obtuvo muy buena respuesta de la madre ya que comprendió la importancia del sueño en el neonato, participo muy activamente en la estimulación táctil y auditiva del niño, Se observan periodos más largos de sueño en el neonato.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Termorregulación ineficaz relacionado a reducción de tejido subcutáneo manifestado por dificultad para controlar temperatura.

Objetivo: El neonato mantiene su temperatura corporal axilar entre 36.5 y 37.2.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Mantener al paciente en una cuna de calor radiante que mantenga una temperatura ambiente entre 36.5. Y 37.2.	El neonato de bajo peso al nacer no puede soportar bien el estrés por frío y las fluctuaciones de la temperatura ambiental.	La temperatura del neonato permaneció entre 36.5. y 37.5. la mayor parte del tiempo.
2.- Vigilancia estrecha de temperatura cutánea del neonato y verificar con frecuencia la temperatura de la unidad de calor radiante.	El monitoreo continuo mediante un mecanismo de servocontrol ayuda a mantener un ambiente termoneutro sin agotar las limitadas reservas de grasa del neonato.	El neonato presentó hipotermia debido al mal funcionamiento de la cuna, no se cuenta con mecanismo de servocontrol, el control se lleva manual y la toma de temperatura es axilar.

- | | | |
|--|--|--|
| <p>3.- Evitar someter a eventos en donde haya pérdidas de calor. (Uso de ropa fría, colocarlo en áreas donde haya corrientes de aire, colocarle en contacto de la piel objetos fríos, baño diario innecesario, etc).</p> | <p>Las pérdidas por evaporación se previenen manteniendo al niño seco, sin ropa mojada y secándolo inmediatamente después del baño.</p> <p>Las pérdidas por radiación y conducción se previenen cubriendo las superficies frías que están en contacto con el niño y no utilizando frazadas frías.</p> <p>Las pérdidas por convección se disminuyen colocando al neonato en áreas sin grandes corrientes de aire y evitando el uso de nebulizaciones frías y la colocación de oxígeno sobre la cara del niño.</p> | <p>Se evitó al máximo pérdidas de calor en el niño durante los procedimientos sin embargo en la jornada nocturna presentó hipotermia por los cambios bruscos de temperatura.</p> |
| <p>4.- Colocar gorro cuando se nebulice.</p> | <p>La mayor pérdida de calor en el neonato se da a través de su cabeza.</p> | <p>Se solicitaron gorritos a los padres y se le colocaron durante las nebulizaciones y en los turnos nocturnos en donde baja la temperatura ambiental</p> |

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionada con uso de cinta adhesiva y otros materiales abrasivos que se emplean para fijar aparatos de monitoreo.

Objetivo: El neonato tendrá piel libre de lesiones.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Colocar el mínimo de cinta adhesiva en la piel del neonato y Utilizar micropore o traspore para fijar aparatos cutáneos.	La integridad de la piel evita la entrada de microorganismos por esta vía.	La piel del neonato se mantuvo sin lesiones durante su estancia hospitalaria.
2.- Colocar al niño sobre colchón de agua con cambios frecuentes de posición.	Los cambios frecuentes de posición y el uso del colchón de agua evita lesionen en la piel del tipo de úlceras por decúbito.	El neonato no presentó úlceras por decúbito. Mantuvo integridad de la piel, sin lesiones ni rozaduras.
6.- Orientar a la madre sobre el baño diario y cuidados de la piel del neonato.	El baño constituye una medida eficaz para fomentar el bienestar del neonato y la limpieza de la piel.	Cuando las condiciones del neonato mejoraron la madre participó en el baño de bebé y comprendió la importancia de éste.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Conflicto del rol parental relacionado con cuidado en casa de un niño con necesidades especiales manifestada por preocupación de los padres para satisfacer las necesidades físicas y emocionales del niño en su domicilio.

Objetivo: Los padres comprenderán la importancia de tener un hijo con necesidades especiales.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
1.- Informar a los padres acerca del cuidado del recién nacido, lactancia materna a niño hipotónico, darles apoyo y ponerlos en contacto con las fuentes necesarias de apoyo a niños con necesidades especiales como es trabajo social, modulo de estimulación temprana.	La comunicación eficaz es un proceso interactivo que implica el intercambio de información (pensamientos, ideas, sentimientos y percepciones) entre 2 a más personas. Este proceso puede ser obstaculizado por problemas en la emisión o percepción de los mensajes, o ambos.	Los padres manifestaron comprender las necesidades de un niño con necesidades especiales pero mostraron preocupación por el estado de salud del niño.
2.- Suministrar referencias con respecto a grupos de apoyo y centro de ayuda para niños con problemas neurológicos	Los padres bien informados se desempeñan mejor en su rol de padres.	Los padres manifestaron que no podrán llevar al niño al centro de estimulación temprana por no tener recursos económicos.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Déficit de conocimientos de los padres: en relación a los cuidados del recién nacido y lactancia materna.

Objetivo: La madre describirá los cuidados generales que deberá al recién nacido previa orientación y educación por parte de la enfermera.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Orientar a la paciente sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados al recién nacido. • Lactancia materna. • Extracción manual de leche y alimentación al niño hipotónico. 	Los padres de niños de alto riesgo necesitan de apoyo y ayuda para aceptar, cuidar y llevar a casa a los bebés que han tenido complicaciones al nacimiento o durante los primeros días de vida. La orientación guiada y sistemática satisface los déficit de conocimiento de los padres sobre los cuidados del recién nacido.	La madre del neonato se mostró muy participativa en el programa de lactancia materna. Cuando fue posible participó de manera directa en algunas de las actividades del cuidado diario del niño como baño diario, cambio de pañal y alimentación. Manifestó comprender la importancia de los cuidados al recién nacido el padre no mostró la misma cooperación y se mostró poco interesado.
2.- Permitir que la madre interactúe con el niño y participe en algunas de las tareas como el baño diario, la alimentación, la fisioterapia pulmonar y la movilización del niño.	La madurez del desarrollo se mejora mediante las interacciones positivas entre los padres y el bebé.	

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Déficit de conocimientos de los padres: en relación a estimulación temprana.

Objetivo: La paciente describirá las actividades que se le enseñaron para proporcionar estimulación temprana.

Intervenciones

Fundamento

Independientes:

<p>1.- Orientar a la paciente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beneficios de la estimulación temprana. 	<p>La estimulación temprana ayuda a la plasticidad cerebral la cual es más fértil en los primeros meses de vida.</p>	<p>La madre comprendió la importancia de la estimulación temprana, y participó de manera activa en las actividades de estimulación visual, táctil, auditiva y postural. Se lo proporcionó además una pequeña guía de estimulación de los 0 a los 6 meses para que la realice en su domicilio. (ver anexo 3)</p>
<p>2.- Proporcionar estimulación temprana al neonato por parte del personal de enfermería y de los padres en donde se involucren las siguientes actividades de estimulación:</p> <p>ESTIMULACIÓN VISUAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colgar objetos movibles por arriba del niño. • Mientras esté acariciando al niño o alimentándolo procurar mantener la vista sobre los ojos del neonato, • Conforme el estado del niño 	<p>Los recién nacidos tienen al nacer miles de millones de células cerebrales o neuronas, entre las cuales se establecen conexiones, llamadas sinapsis, que se multiplican rápidamente, al entrar en contacto el neonato con la estimulación exterior. Estas sinapsis dan lugar a estructuras funcionales en el cerebro, que van a constituir la base fisiológica de las formaciones psicológicas que permiten configurar las condiciones para el aprendizaje. Ya se sabe que los distintos neuronales, por</p>	

lo permita el niño debe de ser colocada en una posición vertical y pasearlo por la sala mientras otra persona le habla o le hace gestos o le hace ruido con una sonaja.

donde van a discurrir toda la información del ser humano se forman en la primera infancia.

ESTIMULACIÓN TÁCTIL:

- Mientras se alimenta o baña al bebé se le deben proporcionar caricias en todo el cuerpo. Se debe poner más énfasis en los lugares que han sido sufrido agresiones.
- Además del contacto piel con piel, las caricias pueden hacerse con telas de algodón o de estambre.

ESTIMULACIÓN AUDITIVA:

- Debe de hablársele al niño mientras se le acaricia, alimenta o cuando se práctica el contacto visual.
- Deben excluirse dentro de lo posible estímulos desagradables como dejar el

sistema de succión abierto,
las alarmas de la cuna o del
oxímetro sonando
fuertemente.

ESTIMULACIÓN POSTURAL:

- Cambiar la posición del niño cada 2 hrs. A menos que su estado no lo permita colocándolo en decúbito ventral, dorsal o lateral, volteando la cabeza hacia distintos lados.
- Conforme su estado lo permita debe cargarse al neonato y arrullarlo.
- Además de cargarlo y arrullarlo, si es posible debe de colocarse en posición vertical sobre el hombro, esto aumenta la estimulación visual.

Si no es posible cargarlo por lo menos se le debe de mantener sentado sosteniéndole la cabeza mientras se le acaricia y se le habla o se mantiene una relación cara a cara.

PLAN DE CUIDADOS

Diagnostico de Enfermería: Duelo anticipado relacionado con nacimiento de un hijo con problemas neurológicos.

Objetivo: Los padres progresarán en las etapas de duelo hasta llegar a la aceptación del neonato con secuelas de asfixia perinatal.

Intervenciones	Fundamento	Evaluación
Independientes.		
1.- Permitir que los padres expresen sus sentimientos y miedos.	El nacimiento de un niño con discapacidad produce con frecuencia una serie de crisis en la familia ya que la familia siempre espera tener un hijo perfecto.	Los padres del niño mostraron aflicción por el estado del niño, lloraron y dejaron fluir sus sentimientos se les proporcionó apoyo.
2.- Tener tolerancia ante las expresiones de ira, confusión, culpa, depresión y regateo que presenten los padres del neonato.	Las fases por las que generalmente se pasa ante un diagnóstico fatal son ira, pacto, depresión y aceptación según la Dra. Kübler-Ross.	Los padres transitaron de una etapa a la otra de manera lenta y paulatina, la madre pareció llegar a la aceptación en los últimos días del internamiento, en el padre no se pudo evaluar ya que asistió a pocas visitas.

6.5. EVALUACIÓN GENERAL DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

El proceso de atención de enfermería es una herramienta básica y fundamental en la diaria tarea de la enfermera profesional. Es satisfactorio saber que a pesar de que no es muy aceptado por el grupo de enfermería, día a día en las aulas de las escuelas de enfermería se trata de hacer que las estudiantes de enfermería vean el proceso de atención de enfermería como un instrumento fundamental que permite cubrir e individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente . La elaboración del presente trabajo me permitió retomar la esencia de la enfermería como una ciencia y sentirme participante y hacedora de ella. Me permitió también darme cuenta que muchas de las acciones que se hacen con los pacientes son rutinarias, dedicándonos más a ser técnicas y no científicas, entendiendo lo segundo como hacedoras y participadoras de la ciencia de la enfermería.

Al hacer una revisión de los objetivos que se plantearon al inicio del trabajo, considero que estos se cumplieron, ya que se logró fundamentar el cuidado de enfermería a un neonato con asfixia perinatal. Se realizó una valoración de enfermería en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson y se pudieron formular diagnósticos de enfermería en base a las etiquetas diagnósticas de la NANDA según las necesidades humanas básicas y se pudieron planear y ejecutar las acciones de enfermería acordes a los diagnósticos de enfermería elaborados.

La revisión bibliográfica fue muy enriquecedora ya que me permitió actualizar algunos de los conceptos que tenía de la educación básica de enfermería, que ya eran anticuados.

La asistencia al seminario de titulación fue una oportunidad para la elaboración del presente trabajo ya que me permitió ir paso a paso en la estructuración del mismo y el apoyo de la profesora que nos fue guiando fue invaluable.

Resultó muy importante para la elaboración de la planeación y la ejecución la participación de la madre del neonato con asfixia perinatal ya que desde el principio se mostró muy interesada en participar en todas las actividades que se le propusieron para ayudar a la atención del recién nacido.

También fue muy valiosa la participación de médicos pediatras, enfermeras especialistas y enfermeras generales de los diferentes turnos en la elaboración del presente trabajo. El material y equipo que se utilizó fue el del servicio de pediatría.

La aplicación de las etapas del proceso de enfermería no representó mayor dificultad. En la unidad de atención médica se brindaron todas las facilidades para la aplicación del proceso de enfermería y el personal de enfermería demostró interés y participó activamente

PLAN DE ALTA

7.- PLAN DE ALTA.

La planificación del alta de un bebé con complicaciones deberá iniciarse desde el momento de su ingreso, dado que es poco el tiempo en que se tiene contacto con los padres, lo que hace necesario aprovechar todos los momentos para instruirlos sobre los cuidados del recién nacido. A medida de que se valoran las necesidades de cuidados del niño se deben tomar medidas para satisfacer el déficit de conocimiento de los padres. El alta hospitalaria es para los padres del neonato de alto riesgo un momento anhelado, pero también de mucho estrés. La planificación del alta se efectuó de manera anticipada para que cuando el niño fuese dado de alta la madre se considere apta para atender al niño.

Objetivos:

- 1.- Satisfacer el déficit de conocimiento de los padres sobre cuidados del recién nacido a través de la orientación guiada y sistemática.
- 2.- Enseñar a los padres sobre la manera más apropiada de prestar los cuidados y de responder a las necesidades de su hijo (a).
- 3.- Disminuir el nivel de estrés de la familia.
- 4.- Evitar futuros internamientos.

Acciones de enfermería.

Antes del alta.

- 1.- Orientar a los padres sobre los cuidados al recién nacido, lactancia materna, alimentación del niño hipotónico y cuadro básico de vacunación.
- 2.- Proporcionarles folleto de estimulación temprana y tripticos informativos sobre el cuidado del recién nacido ver anexos 3, 4, 5 y 6 para que los conozca y los lea.
- 3.- Solicitarles que tramite su carnet para que acuda al consultorio de pediatría para control del niño sano.
- 4.- Instruirles sobre la importancia de acudir a consulta cada mes para que reciba orientación sobre la alimentación que le va a proporcionar al neonato.
- 5.- Informarles sobre la existencia de la clínica de lactancia materna para que acudan ahí en caso de tener duda sobre la alimentación al seno materno.
- 6.- Enseñarle a la madre la técnica de baño y pedirle que repita el procedimiento para evaluar si lo está haciendo bien.
- 7.- Recomendar el baño en lugares cerrados, libres de corrientes de aire.
- 8.- Enseñarle a la madre cómo mantener la piel hidratada y libre de rozaduras.
- 9.- Hacer hincapié en el uso de ropa adecuada para evitar hipotermia o hipertermia por frío o calentamiento excesivo.
- 10.- Enseñar a los padres la importancia de la estimulación temprana en el niño, informándoles de la importancia de hablarle, cantarle, tocarlo suavemente, mecerlo y sobretodo proporcionarle mucho amor. Debe de derivársele a un hospital pediátrico en donde exista programa de estimulación temprana para que reciba orientación y ponga en práctica lo aprendido.

El día del alta:

- 1.- Suministrar a los padres una copia del resumen de alta, preparada por el médico, que contenga: historia, evolución, tratamiento administrado, resultados de exámenes, medicaciones y soluciones administradas durante la internación, medidas antropométricas del día del alta. El plan de tratamiento sugerido después del alta, como tipo de fórmula y cuidados especiales.
- 2.- Entregar receta elaborada por el médico orientándola sobre los medicamentos indicados, la dosis y vía de administración.
- 3.- Aclarar toda duda sobre los medicamentos a administrar, y los cuidados que le van a proporcionar al recién nacido.
- 4.- Aclarar dudas de los trípticos de lactancia materna, cuidados en el puerperio y estimulación temprana así como de la guía de estimulación temprana de los 0 a los 6 meses (Ver anexos 3, 4, 5 y 6) que se le entregaron con anterioridad si no los tiene proporcionarle otros ejemplares.
- 5.- Indicarle cuándo es su próxima cita y cómo es el trámite para asistir a la consulta de pediatría.
- 6.- Verificar la identidad del recién nacido y de los padres. Documentar la identificación.
- 7.- Pedir la firma del adulto que se lleva al niño en la libreta de ingresos y egresos hospitalarios.
- 8.- Hacer las anotaciones pertinentes de enfermería del alta incluyendo fecha, hora, condición del recién nacido y quién lo acompaña en el alta.

CONCLUSIONES

8.- CONCLUSIONES.

Al finalizar el presente trabajo se puede concluir que es muy importante la aplicación de los cuidados de enfermería de una manera organizada y sistemática a través de la aplicación de un proceso de atención de enfermería , el cual combinado con la aplicación del Modelo de Virginia Henderson permitió abordar el caso de un neonato con asfixia perinatal, estableciendo el diagnóstico en base a la valoración de las 14 necesidades propuestas por Henderson, lo cual llevó a la planeación y ejecución de un plan de atención de enfermería en forma exitosa.

El proceso atención de enfermería, está considerado como un método que permite a la enfermera dar cuidados de calidad en forma científica y sistemática, además de que le permite contar con un documento que le sirva de guía a sus actividades, facilitándole la identificación de las necesidades potenciales y reales del paciente, así como determinar los objetivos, establecer un plan de acción y llevarlo a la práctica, permitiendo evaluar los resultados de su actuación.

Es verdad que no es frecuente que en las unidades hospitalarias del sector salud se lleve a cabo un proceso de enfermería para la atención de los pacientes hospitalizados, debido al exceso de trabajo, a la escasez de personal o por desconocimiento de las ventajas del uso de éste. Sin embargo esto no quiere decir que la enfermera no planifique los cuidados que proporciona, sino que no queda documentado como tal. Es por ello que se hace necesario que desde las aulas se

de énfasis en la adquisición del conocimiento del proceso enfermero procurando la unificación de criterios con respecto al manejo y aplicación del proceso enfermero, llevando este conocimiento a los centros hospitalarios para que se conozca y se vea la utilidad y los beneficios que trae para el paciente, familia y comunidad.

GLOSARIO

9.- GLOSARIO.

Acidosis. La acidosis o acidemia es un estado en el cual el pH de la sangre arterial alcanza niveles inferiores a 7.4. La acidosis relacionada con el bióxido de carbono se denomina respiratoria; la que no tiene relación con el bióxido de carbono se llama metabólica cualquier factor que disminuya la ventilación pulmonar provoca acidosis metabólica ya que aumenta la concentración de ácido carbónico en la sangre. Y aumenta los iones de hidrógeno en los líquidos extracelulares.

Asfixia perinatal. Puede definirse desde el punto de vista fisiológico como la insuficiencia de oxígeno en el sistema circulatorio del feto y del neonato asociada a grados variables de hipercapnia y acidosis metabólica, siendo secundaria a patología materna, fetal o neonatal.

Características definitorias. Grupo de claves (signos y síntomas y factores de riesgo relacionados) que con frecuencia se asocian a un diagnóstico enfermero específico.

Datos objetivos. Información mensurable y observable.

Datos subjetivos. Información que el paciente o cliente explica a la enfermera durante la valoración.

Datos. 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

Diagnostico de alto riesgo. Es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de que un individuo, familia o comunidad para desarrollar un problema que otras personas en una situación igual o similar.

Diagnóstico enfermero. Juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales.

Diagnóstico médico. Problema que requiere que el tratamiento definitivo lo prescriba un médico.

Diagnóstico de enfermería. Segundo paso del proceso de enfermería. Opinión o juicio que se emite tras completar el proceso diagnóstico.

Hipercapnia. Es un aumento de la concentración de bióxido de carbono en la sangre.

Hipoxemia. En una disminución de la concentración de oxígeno en la sangre.

Hipoxia. Insuficiencia en el abastecimiento de oxígeno celular.

Juicio. Opinión a la que se llega tras analizar y sintetizar información.

Necesidad. Creencia que, si se satisface, reduce el estrés y fomenta la sensación de adecuación y bienestar.

Objetivo. Resultado de las intervenciones prescritas. Generalmente se refiere al resultado esperado de las intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

10.- BIBLIOGRAFÍA.

ALFARO Lefevre R. *Aplicación de el proceso enfermero*, Springer-Verlag, España, 1999.

ALFARO Lefevre R. *Aplicación de el proceso enfermero. Guía paso a paso*, Masson, Barcelona, España, 2002.

BEHRMAN K. I. *Tratado de Pediatría Nelson*, Mc Graw-Hill Interamericana, México, 1997.

COLLIERE F. *Encontrar el sentido original del cuidado*, Mecanograma, Memorias, Enfermería Universitaria, UNAM, 1988.

FERNANDEZ F. Y NOVEL M. *El proceso de atención de enfermería. Estudio de caso*, Masson- Salvat, Barcelona, España, 1993.

IYER W. P. Y TAPTICH B. I. *Proceso y diagnostico de enfermería*, McGraw-Hill Interamericana, México, 2002.

JASSO L. *Neonatología Práctica*, Manual Moderno, México, 1989.

KEROUAC M.N. *El pensamiento enfermero*, Masson, Barcelona, España, 1996.

LUIS R. T. *Diagnóstico enfermero*, Harcourt Brace, España, 1998

MARINER T. A. *Modelos y teorías de enfermería*, Harcourt-Brace, España, 1998.

NORDMARK M. y ROHWEDER A. *Bases científicas de enfermería*, Manual Moderno, México, 1979.

POTTER P. Y PERRY A. *Proceso y diagnóstico de enfermería*, Mc Graw- Hill Interamericana, México, sin año.

RODRÍGUEZ S. B. *Proceso enfermero*, Cuellar, México, 2000.

RUBIO D. S. Y LÓPEZ B. M. "Asfixia Perinatal" Mecanograma, UNAM- ENEO, México, 2001.

TAMEZ N .R. Y PANTOJA S. M. *Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Asistencia del recién nacido de alto riesgo*, Panamericana, Madrid, España, 2003.

Referencias electrónicas.

<http://www.gestión.com.pe/GM/archivo/2001/set/23/espe?.htm>

<http://www.teleline.terra.es/personal/dueñas/diagnanda.1.htm>

<http://www.terra.es.co/personal/duenas/teoria2.htm>

<http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

<http://www.uninet.edu/tratado/e.120502.htm>

ANEXOS

ANEXO 1**HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA PARA RECIEN NACIDO.**

IDENTIFICACIÓN	
Nombre _____	Edad _____ Sexo _____
Fecha de nacimiento _____	Hora de nacimiento _____
Servicio _____	No. De cuna o cama _____
Nombre del padre o tutor _____	Edad _____
Domicilio _____	
Teléfono _____	
Nombre de la madre _____	Edad _____
Edo.Civil _____	Domicilio _____ Teléfono _____
Diagnóstico médico actual _____	
Fuente de información _____	

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA.
Antecedentes Heredo- Familiares _____
Antecedentes Ginecoobstetricos de la madre.
Gesta _____ Para _____ Cesáreas _____ Óbitos _____ Hijos vivos _____
Hijos muertos _____ Causas del deceso _____ Grupo y Rh _____
Antecedentes Prenatales.
Control prenatal Si _____ no _____ En que trimestre _____
No. De consultas a las que acudió _____ Recibió orientación sobre lactancia materna _____
Padecimientos durante el embarazo _____
Tratamientos médicos recibidos durante el embarazo _____
Atención Perinatal.
Tipo de parto _____ Si fue cesárea motivo de esta _____
Duración del trabajo de parto _____ Ruptura de membranas (prematura, espontánea, hrs. de ruptura) _____ Tipo de anestesia _____
Semanas de gestación _____ Peso al nacer _____ Gpo. y Rh _____
Perímetros Cefálico _____ Abdominal _____ Pie _____ Talla _____
Apgar _____ Silverman _____ Presencia de malformaciones o de patología neonatal o de algún evento de importancia durante el nacimiento _____

1.- VALORACIÓN DE OXIGENACION.
Frecuencia respiratoria _____ Frecuencia cardíaca _____
el neonato tiene algún problema para respirar: SI _____ NO _____ Manifestado por _____
Tiene indicado oxígeno: SI _____ NO _____ Cantidad indicada _____ Método de aplicación _____
Presencia de:
Secreciones traquebronquiales: SI _____ NO _____ Características _____
Soplos _____ Piel marmórea _____ Sudoración fría _____ Adinamia _____
Quejido _____ Disociación torácico abdominal _____ Tiros intercostales _____

Periodos de apnea _____	Retracción xifoidea _____	Disnea _____	Cianosis _____
Aleteo nasal _____	Estertores _____	Tos _____	
Apoyo ventilatorio (especificar parámetros) _____			
Resultados de gasometrías con fecha _____			
Tiene indicado nebulizaciones: SI _____ NO _____ Método _____			
Tiene indicada fisioterapia pulmonar: SI _____ NO _____ Método _____			

II.- VALORACIÓN DE NUTRICIÓN/ HIDRATACIÓN.

Peso al nacer _____	Peso actual _____	Talla _____	Perímetro cefálico _____
Perímetro torácico _____	Perímetro abdominal _____	glucemia _____	
Características de:			
Piel _____			
Cabello _____			
Fontanelas _____			
Uñas _____			
Mucosa oral _____			
Encías _____			
Labios _____			
Faringe _____			
Abdomen _____			
Muñón umbilical _____			
Presencia de:			
Vómitos _____ Especificar características _____			
Incapacidad de succionar _____		Incapacidad de deglutir _____	
Intolerancia a la leche _____		Alimentación _____	
Tiene vía parenteral: SI _____ NO _____ Cantidad de líquidos indicados para 24 hrs. _____			
Ingresos en 24 hrs. _____		Egresos en 24 hrs _____	

III.- VALORACIÓN DE ELIMINACIÓN.

Características de:			
Orina _____	Heces _____		
Sudor _____	Peristaltismo _____		
Presencia de:			
Sonda de drenaje urinario _____	Oliguria _____	Poliuria _____	Hematuria _____
Glucosuria _____	Coluria _____	Masa abdominal palpable _____	
Constipación _____	Distensión abdominal _____		
Otros especificar _____			
Evacuación en 24 hrs. _____	Micciones en 24 Hrs. _____		

IV.- VALORACIÓN DE MOVILIZACIÓN.

Tono muscular _____	Movilización por parte de enfermería. Si _____ NO _____
Características de la movilización _____	
Gran restricción de movimiento debida a equipos instalados _____	
Moderada restricción de movimiento debida a equipos instalados _____	

Sin restricción para la movilización _____

Participación de la madre en la movilización: SI _____ NO _____ Como es la participación _____

V.- VALORACIÓN DE REPOSO/ SUEÑO.

Nivel de conciencia _____ Ciclo de sueño _____

Presencia de:

Crisis convulsivas _____ Midriasis _____ Miosis _____ Irritabilidad _____

Mirada fija _____ Nistagmus _____ Irritabilidad _____ Llanto constante _____

Signos meníngeos (especificar) _____

Parálisis (especificar) _____ Otros reflejos anormales en el recién nacido(especificar) _____

VI.- VALORACIÓN DE NECESIDAD DE VESTIRSE.

La ropa es adecuada para el neonato: SI _____ NO _____ Porque _____

La madre conoce las necesidades de vestido de neonato: SI _____ NO _____

VII.- VALORACIÓN DE LA TERMORREGULACIÓN.

Temperatura rectal _____ Temperatura axilar _____

El neonato se mantiene en:

Cuna de calor radiante _____ Incubadora _____ Cuna térmica _____

Cuna abierta _____

Presencia de:

Normotermia _____ Hipertermia _____ Hipotermia _____

Distermias _____

VIII.-VALORACIÓN DE HIGIENE/ PIEL.

Estado físico de la piel actual. _____

Presencia de lesiones en la piel: SI _____ NO _____ Cuáles _____

Tipo de baño que se proporciona al neonato _____

Participación de la madre en el baño y aseo del neonato: SI _____ NO _____

IX.- SEGURIDAD.

Existencia de preocupaciones en los padres o tutores o algún temor en los padres o tutores (especificar) _____

Interés de los padres/ tutores en la salud y cuidados del recién nacido _____

Conocimiento de los padres de los cuidados al recién nacido. _____

Conocimiento de los padres acerca de estimulación temprana al recién nacido _____

Lugar que ocupa el recién nacido en la familia _____

Número de hermanos _____ Número de personas que viven en la casa _____

Estado civil de los padres _____
 Existencia de sentimientos de pérdida en los padres o tutores, especificar _____

Existencia de dificultades en la familia, especificar _____
 Dificultades en los padres o tutores para el cumplimiento de su rol _____

Servicios con que cuenta la casa-habitación (especificar) _____

Características higiénicas de la vivienda (especificar) _____

Presencia de convivencia con animales domésticos (especificar tipo y número) _____

Existencia de hacinamiento en el hogar (especificar porque) _____

Existencia de alteraciones físicas o mentales en los padres o cuidadores que pueden desencadenar un accidente en el recién nacido, en caso afirmativo especificar cual y en quién. _____

Existencia de alcoholismo u otra toxicomanía en alguno de los padres o cuidadores, en caso afirmativo especificar _____

Factores de riesgo detectados en el hogar, en caso afirmativo, especificar cuáles _____

X.- COMUNICACIÓN.

Existe buena comunicación entre los padres o tutores:

SI _____ NO _____ Porque _____

Hay comunicación entre los padres y el equipo de salud:
 SI _____ NO _____ Porque _____

XI.- PATRON VALORES/ CREENCIAS.

Religion de los padres o tutores, especificar. _____

Demanda de servicios religiosos para el recién nacido, especificar cuáles _____

Mitos y creencias de los padres o tutores relacionados con el cuidado del recién nacido, especificar _____

XII- TRABAJAR/ REALIZARSE.

No valorable en el neonato.

En los padres:

A que se dedica la madre _____ El padre _____

Cuentan con un trabajo fijo _____

Cuál es el ingreso económico mensual _____

El ingreso que tienen cubre todas sus necesidades:

SI _____ NO _____ Porque _____

XIII.- ACTIVIDADES LÚDICAS.

No valorable en el neonato.

En los padres:

Proporcionan estimulación táctil, visual o auditiva _____

Disponen de tiempo para jugar con sus hijos _____

Acuden con sus hijos a lugares de recreación _____

XIV.- APRENDIZAJE.

No valorable en el neonato.

En los padres:

Hasta que grado de estudios cursó la madre _____

Hasta que grado de estudios cursó el padre _____

Qué tipo de problemas les ha ocasionado la falta de estudios _____

Sus otros hijos van a la escuela _____

Les gustaría que sus hijos estudiaran una carrera _____

Conocen los padres lo relativo a cuidados del recién nacido _____

Anexo 2

TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO DEL NIÑO HIPOTÓNICO.

Recomendaciones:

- Es importante dar apoyo y estímulo a la madre.
- Establecer contacto físico madre-hijo lo más pronto posible.
- Adiestramiento sobre técnica de extracción y almacenamiento de la leche.
- Observar la forma en que amamanta la madre y corregir errores.
- Deben evitarse los chupones y biberones
- Recomendar a la madre mucha paciencia.

Manejo de las alteraciones de la succión para estimular esta deberá de:

- Tocar la lengua y mucosa bucal del bebe con el dedo.
- Presionar sobre el paladar duro.
- Efectuar movimientos circulares alrededor de la boca.
- Mantener la cabeza y caderas en flexión estando colocado de lado.
- Colocarlos en posición de "mano de bailarina".
- Es útil proporcionar períodos de deglución cortos y reposo.
- Efectuar presión o golpeteo en las mejillas.
- Introducir gotas de leche en la lengua.
- Estimular la parte anterior y lateral de la lengua.
- Estimular el reflejo de mordedura.
- Estimular succión no nutritiva.
- En caso necesario empleo de suplementador.

Anexo 3

PROGRAMA DE ESTIMULACION TEMPRANA DE 0 a 6 MESES

El bebé, hechura de los padres.

Si usted ama verdaderamente a su bebé, dispone de unos minutos libres al día y tiene un poco de paciencia, puede prevenir posibles fallas en el desarrollo. Los bebés más capaces son aquellos a quienes sus padres han abierto de par, en par, las puertas del mundo de los estímulos.

¿Cómo aprender a estimularlos?

Todo bebé posee un deseo natural de aprender, de hacer y saber cómo hacerlo, usted y su esposo como padres, tienen en exclusiva esa hermosa y única oportunidad de estimular al niño durante sus primeros años. Este programa de estimulación temprana no pretende dar conocimientos al pequeño, sino alentar la habilidad de su hijo de aprender, descubrir, recibir estímulos, probar y satisfacer su necesidad de saber y sólo puede ser de provecho cuando usted considera a su bebé como una personita con necesidades y exigencias propias.

¿Qué necesita usted para estimular a su bebé?

- Amor, entusiasmo y constancia.
- Sonidos, colores, luces y diferentes texturas que se encuentren en la vida diaria.
- Conocimientos de lo que se espera que su hijo realice de acuerdo a su edad, además de conocer aquello que nos indique algún problema en su desarrollo.

Actividades y sugerencias

- El niño aprende a través del contacto físico, de olores y sabores. Recuerde que no necesita más que aprovechar los momentos de la alimentación, del baño, o el momento de cambiar la ropa para estimular a su hijo.
- Procure utilizar un sólo aroma (perfume) para que el niño la identifique fácilmente a través del olfato. También trate de acercarle objetos perfumados que usted utiliza para asearlo: jabón, loción etc.
- Cuando el niño este dormido no trate de disminuir por completo los sonidos habituales del medio ambiente.
- Deje que se acostumbre a ellos.

- Háblele, juegue con él, hágale cosquillas e intente hacerlo sonreír.
- Sea paciente
- Ser madre es un cambio emocionante en su vida. Pero, pasará tiempo hasta que se acostumbre a desempeñar su nuevo e importante papel. La madre y el bebé aprenden juntos. No espere saberlo todo de la noche a la mañana.
- Cuando pase por momentos difíciles, comunique sus sentimientos a su pareja, a un miembro de la familia o a una amiga. Hablar con alguien cercano a usted o con alguien que ha pasado por la misma experiencia, siempre ayuda. Donde usted vive tal vez haya grupos de apoyo para madres primerizas.
- Quizás no tuvo el niño o la niña que deseaba, o quizás el bebé no se parece al "bebé perfecto" con el que soñó durante su embarazo, o que vio en las revistas y la televisión.
- Pasará tiempo hasta que se acostumbre al bebé que tiene. Algunas madres adoran enseguida al recién nacido; otras necesitan conocer mejor al bebé. Esto es normal.
- Cuidar a un bebé asusta un poco al principio, pero se siente más seguridad con el tiempo.
- Enseguida se resumen algunas de las actividades que puedes realizar con tu bebé para estimularlo según la edad que tenga.

Desarrollo 0 a 3 meses	Estímulo	Avisos	Juguetes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Duerme la mayor parte del tiempo 2. Aprende a levantar la cabeza y a mantenerla erguida 3. Descubre con los ojos 4. Sigue con los ojos la cara, los objetos y sonríe 5. Reconoce a su madre y a su padre 6. Afina y adapta sus reflejos primarios 7. Toma objetos que se le dan 8. Balbucea en respuesta espontáneamente. 	<p>Mantener contacto con el niño el mayor tiempo posible.</p> <p>Amamantar al bebe.</p> <p>Acariciarlo.</p> <p>No ponerle ropa ajustada.</p> <p>Hablarle de frente</p> <p>Cantarle dulcemente</p> <p>Cuando se despierte llevarlo a donde esta reunida la familia.</p> <p>Colocar móviles en la cuna.</p> <p>Darle a que toque lo frío, lo caliente, lo suave, lo áspero y diferentes texturas.</p>	<p>El recién nacido ve y reconoce.</p> <p>Se comunica con lo que le rodea.</p> <p>Responde ante las reacciones de su madre.</p>	<p>Pedazos de tela de colores al alcance de su vista.</p> <p>Objetos de madera pulidos o de material flexible al alcance de su vista.</p>

DESARROLLO DE 4 A 6 MESES	ESTIMULO	AVISOS	JUGUETES
<p>Sostiene perfectamente la cabeza y puede permanecer sentado con apoyo por algunos instantes.</p> <p>2.- Comienza a coger los objetos al alcancé de su mano</p> <p>3.- Se lleva las cosas a la boca</p> <p>4.- Trata de ampliar el campo de su visión</p> <p>5.- Busca el juguete perdido</p> <p>6.- Se ríe a carcajadas, da gritos de alegría para responder al juego de los adultos.</p>	<p>Tenerlo cerca, hablarle, acariciarlo, arrullarlo.</p> <p>Mantener al niño en posición sentado en las rodillas durante largos momentos.</p> <p>Ponerlo en posición medio sentado en un pequeño asiento de bebé, sostenido con almohadas.</p> <p>Ponerle cerca objetos que pueda coger y llevarse a la boca sin peligro</p> <p>Reír, cantar y jugar con el niño, usar canciones de cuna y cantos relacionados con las partes del cuerpo.</p>	<p>En este periodo la boca es el medio de conocimiento muy importante</p> <p>Debe estar rodeado de objetos limpios que no pueda tragar</p>	<p>Pequeños objetos no peligrosos</p> <p>Debe estar rodeado de objetos limpios aros o anillos de madera o plástico carretes, sonajero, guajes, o calabazas llenas de granos cuidadosamente cerradas, cajas o botes son de utilidad también.</p>

Su bebé quiere que usted sepa:

- Me gusta mirar tu cara, colores brillantes, espejos y dibujos.
- Me siento consolado cuando me cargas y me hablas.
- Miro las cosas, pero todavía no trato de cogerlas.
- Los ruidos altos, las luces brillantes y el trato rudo me asustan.
- Me tranquilizo cuando alguien me carga y me abraza.
- Por favor, cámbiame de posición de vez en cuando para que pueda ver diferentes cosas.
-

Abrace y cargue a su bebé cuantas veces usted desee. No se preocupe de que puede malcriarlo. ¡Se supone que a los bebés hay que mimarlos! Mientras lo tiene en brazos, comparta el abrazo con el resto de su familia. Todos se sentirán mucho mejor. El bebé también siente movimientos desde edades muy tempranas. Movimientos como mecer o caminar, ayudan a calmar al bebé que llora. Acuérdesse, el bebé pasó nueve meses flotando en su útero, así que está acostumbrado a mecerse y a moverse. Sí carga a su bebé en posición vertical le ayudara a conocer el mundo. **Pero sobretodo ámale siempre.**

Si presenta algunos de estos signos y síntomas debe presentarse con su médico:

- Fiebre de 38° o más
- Sangrado transvaginal mayor al que normalmente este presentando
- Olor fétido en el sangrado transvaginal
- Endurecimiento de las mamas
- Problemas para la lactancia del bebé
- O si fue sometida a cesárea y presenta dolor, calor, rubor o salida de pus en la herida.

Si no presenta ninguno de estos síntomas recuerde que debe acudir con su médico 8 días después del parto.



Recuerde:

Un nuevo bebé es un rayito de sol que iluminará su vida y la llenará de alegría.

Elaborado por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
Generación 2003



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA
"VALLE CEYLAN"

CUIDADOS EN EL PUERPERIO

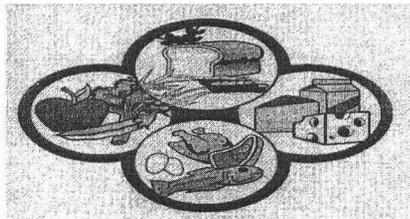


Mientras más balanceada sea su alimentación producirá leche de mejor calidad; así su hijo obtendrá mayores beneficios.

Se necesita salud y mucha energía para cuidar a un bebé por lo que necesita cuidarse así misma. Asegúrense de comer todos los días algunos alimentos de cada uno de los siguientes grupos:

Carne, pescado, huevo, soya, leche, queso.

Pan, cereales, tortillas, frutas y verduras.



Durante la lactancia:

No tome bebidas alcohólicas.
Limite la cantidad de café y té.
Procure No Fumar.



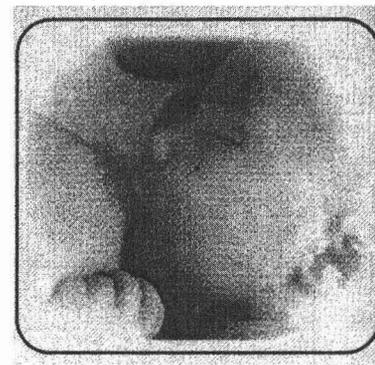
*La relación de amor
favorece el desarrollo del
niño.*

Elaborado por estudiantes de Licenciatura en
Enfermería y Obstetricia
Generación 2003



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA
"VALLE CEYLAN"

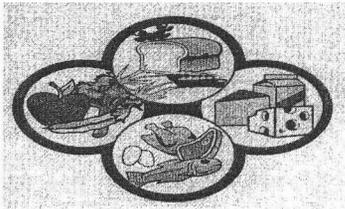
Lactancia Materna



Para ayudarlo a que desarrolle la parte motora gruesa, debe manipular objetos grandes, gruesos; para desarrollar la parte motora fina, hay que darle objetos pequeños e incitarlo a que introduzca objetos pequeños en grandes.



La estimulación gustativa se logra dando al niño alimentos plenamente diferenciados como alimentos dulces, salados, amargos y ácidos, para lograr su identificación.



El niño debe ser estimulado también en el área de lenguaje, con objeto de que pueda emitir sonidos que más tarde se convertirán en palabras. Necesita también ayuda para relacionarse con el medio que lo rodea.



Si usted ama verdaderamente a su bebé, dispone de unos minutos libres al día, y tiene un poco de paciencia, puede prevenir posibles fallas en el desarrollo. Los bebés más capaces son aquellos a quienes sus padres han abierto de par en par, las puertas del mundo de los estímulos.

Elaborado por estudiantes de Licenciatura
en Enfermería y Obstetricia
Generación 2003



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL GENERAL DE
TLALNEPANTLA
"VALLE CEYLAN"

Estimulación Temprana

