



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

**“APLICADO A UN RECIEN NACIDO PRETÉRMINO
CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
MARIA DE LOURDES ALARCÓN ENCINO**

NUMERO DE CUENTA: 094548077

**DIRECTOR DEL TRABAJO.
L. E. O AURORA JAQUELINE TORIBIO HERNANDEZ**

MÉXICO D. F. ; FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS y DEDICATORIA

Quiero darles mil gracias a mi familia por ser el pilar en mi vida.

Mis amigas que han estado conmigo por todo su apoyo.

En especial quiero agradecerles a mis padres María asunción y José por toda su enseñanza, amor y comprensión.

PENSAMIENTO

UNA SONRISA

Una sonrisa no cuesta nada y, en cambio, da mucho.

Enriquece a quien lo recibe sin empobrecer a quien la otorga. Una sonrisa toma un momento y sin, embargo, casi siempre perdura en la memoria.

Nadie hay que sea tan rico, ni nadie es tan pobre que no pueda ser enriquecido asimismo con una sonrisa.

Crea y protege la buena suerte en los negocios y es la contraseña más preciada en la amistad.

Brinda el descanso al fatigado, entusiasmo al abatido, alegría al triste y es el mejor antídoto natural que existe contra las dificultades.

Sien embargo, la sonrisa es algo que no puede ser comprado, mendigado, ni tampoco se puede pedir como un préstamo porque es un don que no tiene valor, sino hasta el momento en que se prodiga espontáneamente.

Hay seres tan cansados de la vida, ya que no pueden otorgar sonrisas.

Démosle a ellos una de las nuestras; porque no hay nadie que más las necesite que aquéllos que ya no tienen sonrisas que ofrecer.

Anónimo

INDICE

Introducción	1
Justificación	3
Objetivo general	4
Objetivo específico	4
CAPITULO I	
Metodología	5
Marco teórico	6
Enfermería	6
Formación de enfermeras en México	8
Enfermera pediatra	14
Proceso de Atención de Enfermería	16
Modelo de Virginia Henderson	28
Prematurez	
Incidencia	34
Datos físicos	35
Factores que afectan la prematurez	36
Problemas fisiológicos	38
Síndrome de Dificultad Respiratoria	
Concepto	44
Etiología	45
Exámenes de laboratorio y gabinete	47
Tratamiento	48
CAPITULO II	
Aplicación del Proceso de Enfermería	
Valoración	53
Diagnósticos de Enfermería	63
Planeación	65
Ejecución	66
Evaluación	68
Conclusiones	93
Sugerencias	94
Glosario	95
Bibliografía	97

INTRODUCCIÓN

La enfermera ayuda a personas sanas o enfermas a realizar diferentes actividades, a fin de que la persona conserve, recupere su salud o a que tenga una muerte digna.

La enfermera es la persona que se encarga de brindar cuidado a los pacientes, para ello cuenta con un método científico conocido como Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que es un método sistematizado que le permite prestar cuidados a la persona, familia o comunidad de una manera holística y lógica

Es importante que la enfermera dedicada a la práctica clínica piense de manera crítica y oportuna para que el paciente reciba un mejor cuidado y más aun los que se dedican a la atención del paciente pediátrico, ya que no solo proporcionan cuidados a la cabecera del niño, sino que funcionan como enlace de los niños, médicos, padres y otros trabajadores.

El paciente pediátrico se encuentra expuesto a una serie de problemas de salud, que si no son atendidos oportunamente puede ocasionar con secuelas irreversibles que le afecten posteriormente

Por lo anterior el presente Proceso de Atención de Enfermería es aplicado a un recién nacido prematuro con Síndrome de Dificultad Respiratoria.

Para la aplicación del proceso de enfermería, se tomo como base el modelo de Virginia Henderson, ya que nos permite delimitar de manera mas clara el campo de la actuación de enfermería y hace más personales y humanos los cuidados.

En el capitulo I se encuentra el marco teórico en donde inicia haciendo una revisión teórica de la historia de enfermería, para continuar con una breve historia de la enfermera pediátrica.

En la segunda fase del marco se presenta el Proceso de atención de enfermería en el cuál se desglosa cada una de las cinco etapas de la que esta compuesto. Se tomo como base el modelo de Virginia Henderson, por lo cuál se hace mención de las 14 necesidades, así como las ventajas y la forma en que se aplica el modelo en el proceso enfermero.

Para continuar con la fisiopatología de la prematurez en la cual se menciona las causas, valoración por aparatos y sistemas y las complicaciones más frecuentes de un recién nacido pretérmino.

El Síndrome de Dificultad Respiratoria es una de las complicaciones más frecuentes en los prematuros por lo que se agrega al marco teórico.

En el capítulo II se aplica el proceso enfermero en un recién nacido pretérmino con Síndrome de Dificultad Respiratoria, iniciando con la valoración en donde se tomo como base el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas.

En su segunda etapa del proceso, se mencionan los diferentes diagnósticos de enfermería tomando como referencia las etiquetas diagnósticas de la Nanda.

En la planeación podemos encontrar las necesidades detectadas en la valoración de una forma jerarquizada.

En la ejecución se enlistan las intervenciones de enfermería de cada necesidad detectada.

Y como última parte del proceso enfermero se presenta la evaluación de los cuidados brindados al paciente.

En las conclusiones expreso la importancia que tiene para mi el Proceso de Atención de Enfermería en mi actividad profesional y para finalizar enlisto las sugerencias, glosario y la bibliografía utilizada.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería es una metodología que permite a la enfermera intervenir de manera sistemática al planificar nuestra atención de enfermería, nos facilita definir la problemática, que la enfermería puede ayudar a resolver desde nuestro rol autónomo y diferenciado en nuestra función de cuidar..

La enfermería es una disciplina sometida a cambios constante, a medida que la investigación y la experiencia clínica permite ampliar nuestros conocimientos.

El Proceso de Atención de Enfermería surge de la necesidad por contar con los conocimientos actualizados para brindar atención holística a un recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria.

El proceso de Atención de Enfermería se realiza con el fin obtener el título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia.

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en elementos teóricos-prácticos que faciliten la detección de necesidades del neonato sano o enfermo, congruente con el modelo de Virginia Henderson para proporcionar cuidados específicos de enfermería y de calidad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con bases científicas que permitan brindar una atención de manera holística al neonato.
- ❖ Aplicar conocimientos a través de la investigación que permitan obtener resultados favorables para reintegrar al neonato a su entorno
- ❖ Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería que sirva como opción de titulación para obtener el título de Licenciada en enfermería.

METODOLOGÍA

La metodología se desarrolla por medio del Proceso de Atención de Enfermería, que incluye sus cinco etapas como: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, utilizando el método de Virginia Henderson.

La cual nos permite prestar una atención individualizada de enfermería que cubra todas las necesidades del paciente

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

De acuerdo a Virginia Henderson (1966) define a la enfermera como "¡ayudar a las personas enfermas o sanas en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que puedan efectuarlas sin ayuda, si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible.¹

La enfermera es una profesión dedicada a la Salud Pública con funciones específicas en los medios urbanos y rurales en la atención del paciente durante las diferentes etapas de la vida.

La enfermera es la encargada de proporcionar el cuidado individualizado a los pacientes, aplicando las medidas necesarias para preservar la salud.

Por eso la enfermera es la persona que se encarga de brindar cuidados para promover y conservar la salud.

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 según Colliere ²

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.

Arte de curar "To cure"

* Es un medio de reparación.

* Es una lucha contra la muerte causada por la enfermedad.

¹ Brunner DS Suddarth "Enfermería Médico Quirúrgica 6 edición V..1, Pág. 2.

² Collier F. Encontrar el sentido original del cuidado Pág.. 4, 8 1988

* 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 postparto) 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 su finalidad.

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

En 1859 Florence Nightingale dijo, en esencia que lo que la enfermera debía hacer es “Dejar al paciente en las mejores condiciones posibles para que la naturaleza siga su curso”.

FORMACIÓN DE ENFERMERAS EN MÉXICO

Los hospitales en México no contaban con recursos materiales y humanos adecuados para el cuidado de los enfermos, ni en lo que respecta a servicios médicos, ni de enfermería, a raíz de la expulsión de las ordenes religiosas, principalmente de las valiosas Hermanas de la Caridad en 1874, la atención hospitalaria se hizo deficiente ya que quedo bajo la responsabilidad de personas sin preparación y sin otra motivación que la de un trabajo remunerado.

En 1882 se destaco la posibilidad de capacitar enfermeras profesionales y de crear una escuela de enfermería anexa al hospital y se considero la posibilidad de enviar algunas jóvenes a prepararse a estados Unidos, pero no se logro por el bajo nivel educativo de las personas que ocupaban el puesto de enfermeras.⁴

La enfermería era considerada una ocupación inferior e indeseable, gran parte de la atención dada a los enfermos en los hospitales era brindada por mujeres indigentes de los asilos y casas de caridad que no contaban con la experiencia ni con el deseo de ser buenas “enfermeras”. En Nueva York las delincuentes que eran arrestadas por alcoholismo o vagancia eran obligadas a trabajar durante 10 días en el Bellevue Hospital en lugar de cumplir una condena en prisión. No cabe duda que ninguna mujer decente se hubiera dedicado a la “enfermería” hospitalaria sino hubiera sido por Florence Nightingale.

El ejemplo dado por Florence Nightingale durante la Guerra de Crimea comenzó a cambiar la imagen que tenía el público de la enfermería. “Hizo que la opinión pública comprendiera que la enfermería era un arte que debía adquirir la posición de una profesión para la cuál se requería cierta preparación. Como resultado de su educación inglesa victoriana de clase alta, Florence Nightingale

³ Collier F. El sentido original del cuidado, pag. 16

⁴ Quesada Fox C,S, Rubio La función docente en la enseñanza clínica en enfermería, ENEO-UNAM 1997, Antología, Docencia en enfermería SUA, pag. 97-98.

creía que la enfermería guardaba una estrecha relación con la maternidad, ya que ambas se empleaban las “características naturales femeninas de cuidados, compasión y sumisión”. Aunque creó un modelo teórico de enfermería (en el cuál el medio ambiente afectaba el estado de salud), creía que la función de las enfermeras debía consistir en seguir las órdenes e instrucciones de los médicos y no tomar desiciones independientes. Consideraba que la

educación de las enfermeras debía hacerse hincapié en el cumplimiento de las órdenes. Esta creencia constituyó un antecedente de vital importancia en la definición de las enfermeras como subordinadas de los médicos, impulso incluso en el caso de los cuidados básicos de enfermería, área en la que estos carecían por completo de experiencia.⁵

En México el sistema ha estado influenciado por enfermeras inglesas y norteamericanas. El Dr. Liceaga selecciono a dos enfermeras Norteamericanas para ocupar el puesto a partir de 1900. Señalan que la enseñanza de la enfermería debe iniciarse inculcando el orden, la limpieza y el uso del uniforme, incluían procedimientos como: preparación de la unidad del paciente, tendido de camas, observación de síntomas especiales, registro de los signos vitales, el reporte de enfermería, baño y cambio de ropa, preparación y administración de alimentos y medicamentos, enemas, duchas, asepsia, esterilización, preparación y manejo de material quirúrgico, cirugía menor, curaciones, actuación en la sala de operaciones y el cuidado de cirugía abdominal y craneal.⁶

La enfermería en México se cuenta de 1905 a la fecha. En este año se inaugura el Hospital General de la ciudad de México. La escuela de enfermería se inaugura dos años después del hospital, el 9 de febrero de 1907, en el reglamento se estableció que la carrera de enfermería se haría en tres años , incluía las materias de Anatomía y fisiología en el primero, higiene y curaciones en general, en el segundo y Pequeña farmacia, curación y cuidados de los niños, parturientas y enajenados en el tercero; utilizaron como libro de texto el “manual práctico de la enfermería”, del Dr. Bourneville

Había tres grados en la enfermería que eran: la aspirante, la segunda, la Primera, que era la que se hacia responsable del servicio.

En la organización del sistema de enseñanza se estableció en México la residencia de enfermeras anexa al hospital, y las estudiantes eran el mismo personal de los servicios, en los cuales aprendían trabajando, bajo la supervisión de las “Primeras” de los pabellones y las jefas extranjeras.

El director de la escuela y del hospital era médico, así como los maestros quienes impartían las clases una vez a la semana y evaluaban a las estudiantes. Las clases se realizaban los primeros meses del año y todos debían asistir puntualmente y estaban distribuidas por los servicios y se les calificaba con las siglas Muy Bien, Mediano y Malo, a las que terminaban su servicio se les daba su diploma.

La disciplina era sumamente estricta: el horario de actividades era de 5:00 de la mañana a 10:00 de la noche; las alumnas tenían la obligación de hacer ejercicio físico, usar el uniforme reglamentario, no usar perfume ni maquillajes; debían llamar al médico “el señor doctor”, no tener familiaridad con el, perdían el empleo al reprobar el curso.

⁵ Sister Marie Frank, desarrollo histórico de la Enfermería, en la Prensa Medica Mexicana 1975

⁶ Quezada fox C.S, Rubio D, la función docente en la enseñanza Clínica en Enfermería, ENEO-UNAM, Docencia en enfermería SUA, Pag, 100

El plan de estudios había sido formulado en 1906; el requisito de entrada era certificado de primaria, , todas las alumnas eran internas, y su horario de estudios y prácticas de 7:00 AM a las 20:00 PM, alternando con turnos de noche.⁷

Actualmente la profesión de enfermería ha cambiado bastante en comparación de las épocas anteriores, la evolución ha llevado a las enfermeras ha estarse superándose constantemente.

Con el transcurso de los años se ha llegado a identificar como enfermera a cualquier persona que brinda cuidados, por ejemplo, algunos historiadores señalan que las raíces de la enfermera moderna se encuentran en los cuidados prestados por las soldaderas o las religiosas a los militares enfermos o incluso en las madres que crían a sus hijos. La suposición de que la enfermera es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión que cuenta con un conjunto organizado de conocimientos y requiere habilidades especializadas propias.

Por eso ahora durante la formación de enfermería se adquieren conocimientos y habilidades para ejercer la enfermería.

Como resultado de la educación formal la enfermera (o) se encuentra comprometida con valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que propician la vida digna, justa; el profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento de sus acciones y decisiones.

Ahora la enfermera (o) cuenta con un código ético para resaltar los valores heredándose la tradición humanista, un código que inspira respeto a la vida, a la salud, a la muerte y a la dignidad y que guía los deberes y obligaciones por el buen desempeño profesional.

La enfermería debe preparar enfermeras que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que posea un sistema de creencias que revele su firmeza ética.⁸

En el congreso de 1922 celebrado en Copenhague, el CIE resolvió que las enfermeras con formación profesional fuera la titulación después de tres años. En 1933, en respuesta al ingreso de enfermeras, el CIE ratificó su compromiso de considerar que la enfermera es la profesional.⁹

Los tiempos cambian y así mismo la enfermera va evolucionando, los roles de enfermería están pasando a ser los de capacitador, facilitador y gestor de los cuidados. Sin embargo, al mismo tiempo la tecnología médica compleja pide más especialización de las enfermeras. Así pues, la enfermería necesita una clara visión de lo que puede aportar a la atención de salud y sentirse segura de su identidad. Debe promover modalidades de prácticas pertinentes y eficaces y formar profesionales equipados con las competencias adecuadas a las demandas actuales y futuras de servicios de atención de salud. **Para preparar a la enfermería a hacer frente al futuro, la formación en enfermería debe convertirse en el instrumento de apoyo al cambio.**

⁷ Ibid. Pag. 102-105.

⁸ Collier. F: Encontrar el sentido original del cuidado

⁹ Ibid.. Pág. 16

Cada vez la competencia laboral es más fuerte y podrán entrar a trabajar las personas que estén mejor capacitadas. Por eso el personal debe estar preparado para hacer frente a esas necesidades cambiantes. La clave para estar en el lugar adecuado y hacer lo apropiado es tener la preparación idónea.¹⁰

El hecho de que ahora el nivel mínimo de estudios de enfermería sea a nivel Licenciatura significa que los estudiantes han alcanzado un nivel de competencia necesario para garantizar y proteger en forma razonable la salud, seguridad y bienestar del público, así pues la licencia es un documento legal que certifica se han cumplido los requisitos de practicantes calificados para una profesión u ocupación.

El obtener una licencia como enfermera titulada implica la responsabilidad de practicar la profesión en forma competente y segura.¹¹

El acceso a la universidad le ha permitido a la enfermera salir del espacio unidimensional del hospital-escuela y liberarse de los modelos sociales, extiende el campo social, permitiendo encuentros con personas de cultura, edad y de experiencia diferentes, tanto para estudiantes como para docentes. La formación universitaria inicia el caminar interrogativo, permite adquirir el dominio del pensamiento escrito, ejercitando por medio de la redacción de trabajos que son el prelude de las publicaciones.

La formación universitaria contribuye a revalorizar la imagen de la enfermera pero solo tiene sentido si no crece apartada de los que reciben los cuidados y de los cuidadores, si no desmultiplica los estratos jerárquicos, sino que permite reducir el foso entre espacios de práctica profesional. Ofrece a la profesional una gran posibilidad en la medida que prepara a personas capaces de utilizar y de difundir, con su práctica, una variedad de conocimientos indispensables para los cuidados de enfermería que responden a la necesidad de la gente sabiendo captar y tener en cuenta sus dimensiones sociales, económicas e institucionales.

La formación es un proceso que dura toda la vida, desde el momento de la titulación inicial hasta la jubilación.



“para quienes estamos dedicados a la enfermería, nuestra profesión es algo que si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos, os lo aseguro, retrocediendo” (Florence Nightingale in Pavel)¹²

¹⁰ Ibíd. Pág. 16

¹¹ Ibíd. Pág. 4-8

¹² Colliere F. Encontrar el sentido original del cuidado Pág. 16

La profesión de enfermería requiere que esta se prepare cada vez más. Con el paso del tiempo han surgido diferentes especialidades en la cuáles la enfermera decide alguna de su preferencia, que le ayuda a proporcionar un cuidado de manera holística a los pacientes, la pediatría es una especialización que surge de la necesidad de brindar una mejor atención al niño.

ENFERMERA PEDIATRA

En el pasado no existían las especialidades de pediatría y enfermera pediátrica, durante los últimos 100 años han ido evolucionando, antes se confinaban de seis a ocho niños en una sola cama y se colocaban en la cama de adultos graves.

La tendencia eliminar ese descuido en los niños se inicio en 1802, cuando se abrió por primera vez el primer hospital infantil en París. Tres años más tarde se abrió el primer hospital infantil en Estados Unidos, en Filadelfia.

A mediados del siglo XX el Dr. Abraham Jacobi llegó de Alemania, donde se inicio una tendencia a la especialización en las enfermedades de los niños. El Dr. Jacobi estaba convencido que las enfermedades de niños eran distintas a la de los adultos. Gracias a sus esfuerzos se inicio la investigación clínica que posteriormente dio origen a la pediatría. Abrió una clínica para niños e inicio el estudio de los padecimientos a que están expuestos. En 1870 recibió del Colegio de Médicos y Cirujanos el primer nombramiento en los Estados Unidos de Profesor de Pediatría, y en 1888 desempeñó importante papel en la fundación de la Sociedad Estadounidense de Pediatría.

En 1888 se estableció el primer servicio de pediatría de la Universidad de Harvard, encabezado por el Dr. Thomas Morgan Rotch, la edad de oro de la pediatría se inicio hasta que se estableció la primera plaza exclusiva en la Universidad Johns Hopkins para el Dr. John Howland, en 1913.

Surge la necesidad de instruir enfermeras para el cuidado de los niños de unidades separadas para el cuidado de los niños que aparecieron como casas de cuna, se transforman en hospitales infantiles y después en unidades de pediatría dentro de los hospitales generales, se establecen escuelas para instruir enfermeras en el cuidado de los niños enfermos, pero no fue sino hasta que los servicios de pediatría se estableció definitivamente en las escuelas de medicina que la especialidad se hizo parte obligatoria del plan de estudios de la carrera de enfermería. Aunque muchos hospitales infantiles se impartían cursos suplementarios para enfermeras tituladas, el estudio de la enfermera pediátrica para obtener el título universitario sólo comenzó en el cuarto decenio del siglo XX.¹³

La enfermera no solamente proporciona cuidado a la cabecera del niño, sino que funciona como enlace de los niños, médicos, padre y otros trabajadores en relación directa con la especialidad.

¹³ Florence G. Blake, Enfermera pediátrica 1971, Pag. 1-2

La práctica diaria con niños hospitalizados nos hace reconocer la importancia de la preparación adecuada para el ingreso y experiencias desagradables como punción venosa, anestesia e inyección; por eso es de suma importancia contar con personal capacitado en el área de pediatría para brindar un mejor cuidado al niño de una manera holística.¹⁴

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

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, 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- Lefevre ¹⁵ 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”. Iyer ¹⁶ Expresa al respecto que el Proceso de 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: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación. A mediados de la década de los 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundingare y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la frase diagnóstica, dando lugar al Proceso de cinco fases”. Desde entonces, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como un sistema de la práctica de la enfermería. ¹⁷

Ventajas

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad, el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza

¹⁴ Ibíd., Pag. 4

¹⁵ Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero, guía paso a paso, Pág. 4

¹⁶ Iye W:P y taptich B:I Proceso y diagnóstico de enfermería. Pág.11

¹⁷ Ibíd. Pag. 9

la calidad de los cuidados de enfermería, para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.¹⁸

Las ventajas para el paciente son:

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

Las ventajas para la enfermera:

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

Objetivo del Proceso de Enfermería.

El objetivo principal del proceso de Enfermería para Iyer "es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. 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".¹⁹

Etapas del Proceso de Enfermería

El proceso de enfermería está organizado en cinco fases identificables tal como lo menciona Iyer²⁰ son los siguientes:

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

VALORACIÓN

Es el primer paso para determinar el estado de salud y de mayor importancia en la recolección y consiste en reunir toda la información disponible, que nos permite formarnos una idea del estado de salud del paciente, se identifica problemas y capacidades.

Consta de cuatro pasos: recogida, validación, organización y registro de los datos.

¹⁸ <http://WWW.teresa.es/personal/duenas/pae/htm>.

¹⁹ Iyer W.p y Taptich B.I, Proceso y Diagnóstico de Enfermería Pág. 11

²⁰ *Ibíd.* Pág. 12

RECOLECCIÓN DE DATOS

Es el proceso planificado, sistemático que permite reunir la información específica sobre el usuario. Este empieza cuando se encuentra por vez primera con el usuario y continúa hasta que la persona es dada de alta.²¹

Los datos obtenidos pueden clasificarse en dos categorías: directos e indirectos. Los datos directos son información obtenida directamente del usuario (p. ej. De la entrevista y la exploración). Los datos indirectos son información que se obtienen de otras fuentes (p. ej. El cónyuge).

ENTREVISTA

Se trata de un interrogatorio que permite a la enfermera adquirir información sobre el estado de salud del usuario.

OBSERVACIÓN

Consiste en el uso de la vista, oído y olfato para obtener información del usuario y de la familia y su entorno.²²

EXAMEN FISICO

Ya sea cefalocaudal o por aparatos y sistemas, emplea cuatro técnicas como son:

Inspección: Observar cuidadosamente usando los dedos, ojos, oídos y olfato.

Auscultación: Escuchar con un estetoscopio.

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

Percusión: Golpear con el dedo directa o indirectamente sobre la superficie corporal para determinar los reflejos (con un martillo de reflejos) o para determinar si hay líquido en la zona tratada (golpeando con los dedos sobre la superficie corporal).²³

VALIDACIÓN DE DATOS

Se asegura que la información sea veraz y completa para evitar errores diagnósticos y conclusiones precipitadas.

ORGANIZACIÓN DE DATOS

²¹ Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero Pag. 36-37.

²² Luís Rodríguez Ma. Teresa Pág. 4

²³ Alfaro Lefevre R. Aplicación del Proceso Enfermero, guía paso a paso Pág. 5-6

Se agrupa la información obtenida y validada a fin de lograr una imagen clara de la situación.

REGISTRO DE DATOS

Se plasma por escrito toda la información obtenida. Este es el último paso de la etapa de valoración.²⁴

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales y potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que son responsables la enfermera.

DIAGNÓSTICO REAL

Son las respuestas humanas a procesos vitales que existen en el individuo que se apoya en las manifestaciones, signos y síntomas principales.

Problema r/c causa m/p datos objetivos y subjetivos

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables.

Problema r/c factor de riesgo (causa)

DIAGNÓSTICO DE SALUD

Respuesta humanas del individuo, familia o comunidad que presentan un buen nivel de salud, pero que tienen el potencial para alcanzar un grado superior. Este tipo de diagnóstico tiene un solo componente.

Situación de salud a mejorar.²⁵

PLANIFICACIÓN

²⁴ Luís Rodrigo Ma. Teresa, De la teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Pág. 5.

²⁵ Luís Rodrigo Ma. Teresa De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Pág.7-8

Se define como el proceso de diseñar estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del individuo que se han identificado durante el diagnóstico.

La planificación es un proceso deliberado en el que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de los problemas identificados durante el diagnóstico de enfermería.²⁶

La planificación implica

- Fijación de prioridades
- Establecimiento de los resultados esperados.
- Determinación de intervenciones.
- Registro del plan.

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería, establecer prioridades.

- ¿Qué problemas necesitan atención inmediata?
- ¿Qué problemas tienen solución sencilla?
- ¿Qué problemas debe derivarse a otro profesional?
- ¿Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados?

El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquización de necesidades básicas de Maslow (1968) quien postulo que todos los seres humanos tenemos:

- Necesidades Básicas.
- Necesidades Fisiológicas.
- Necesidades de Protección / Seguridad.
- Necesidades de Amor o Pertenencia.
- Necesidades de Autoestima.
- Necesidades de Autorrealización.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADO

Un objetivo del individuo es un resultado o un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la seguridad. El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el Diagnóstico de Enfermería.

Los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

²⁶ Marriner ANN "Proceso de Atención de Enfermería con un enfoque científico

Un objetivo del cliente es el resultado deseado de la atención de enfermería y estos subjetivos son indicadores amplios de resultados.

Los objetivos pueden ser a corto o largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo, y son aquellos que pueden lograrse en forma rápida con frecuencia amenos de una semana. Los objetivos a largo plazo son aquellos que van a lograrse a un tiempo más largo con frecuencia de semanas o meses y son adecuados para individuos con problemas crónico de salud, y atendidos en su domicilio.²⁷

DETERMINACIÓN DE INTERVENCIONES

Es un paso de la planeación en el que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluirán en el plan de cuidados, es preciso planificar tanto como las actividades más adecuadas para lograrlo, entendiéndose como tales.

Intervención: Modo de actuación para tratar e diagnóstico identificado y que es común en todos los casos en que se presente dicho problema.

Actividades: Conjunto de operaciones o tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención y que variarán en función de las condiciones de usuario, del entorno en que se encuentre, de los recursos de que se disponga.²⁸

REGISTRO DEL PLAN

Es el último paso de esta etapa y consiste en plasmar por escrito los pasos anteriores. Según Alfaro (1988, Pág. 112), el registro del plan de cuidados

- Facilita la comunicación entre los profesionales del cuidado de la salud.
- Dirige los cuidados de la salud.
- Dirige los cuidados y la documentación.
- Crea un registro escrito que más tarde puede usarse para la evaluación, la investigación y con propósitos legales.
- Proporciona documentación sobre los cuidados de salud necesarios que mas tarde puede usarse para cuantificar su costo.²⁹

EJECUCIÓN

Se pone en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos.

²⁷ Florence G. Blake 1971. Pag. 1, 2, 4.

²⁸ Luís Rodrigo Ma. Teresa, De la Teoría a la Práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, Pág.11.

²⁹ Ibíd. Pág. 13

La fase de ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y las necesidades existenciales del individuo.

Durante toda la fase de la operación se debe continuar recopilando información ya que a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos cambiara por lo que es necesario revisar y actualizar el plan de cuidados.

La realización del plan de cuidados consta de tres pasos:

- Preparación
- Realización
- Registro de la actuación.

PREPARACIÓN DE LA ACCIÓN

* Se revisa las intervenciones y actividades propuestas de la etapa anterior con el fin de:

* Determinar si son apropiadas para la situación actual del usuario.

* Se valoran si poseen los conocimientos y habilidades para realizarlas..

* Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.

* Se prepara el entorno para llevar a cabo las actividades en las mejores condiciones posibles, incluyendo las medidas de seguridad adecuadas.

REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

En este se comprende la ejecución de la actividad como la valoración continúa de la respuesta del usuario para determinar si se continua con el plan como se concibió o se modifica.

REGISTRO DE LA ACTUACIÓN

La enfermera anota la historia del usuario tanto la ejecución de la actividad como la respuesta de este, prestando especial atención a cualquier dato anormal o inesperado.

Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo: dependiente, interdependiente y de colaboración.³⁰

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

Son aquellas que se realizan bajo un orden o supervisión del médico o jefe inmediato.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES.

³⁰ Luís Rodrigo María Teresa, de la teoría a la práctica, El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, 2 edición, Masson, Pag 13-14

Son las de acciones que realiza la enfermera como resultado de sus conocimientos y su capacidad para decidir su actuación.

ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN

Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud como resultado de una decisión conjunta del equipo.

EVALUACIÓN

Es juzgar o valorar y consiste en apreciar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería ya que a las conclusiones a las que se llega determinan la introducción de enfermería debe determinarse, revisarse o cambiante. Constituye un proceso continuo y Terminal.

Esta es la última etapa del proceso enfermero y consta de tres pasos:

- Valoración de la situación actual del usuario.
- Comparación con los objetivos marcados.
- Mantenimiento, modificación o finalización del plan de cuidados.

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL USUARIO

Se reúnen todos los datos utilizados en la etapa de valoración y se completa la información con los datos aportados por otros profesionales.

COMPARACIÓN CON LOS OBJETIVOS MARCADOS

Se reúnen todos los datos actuales y se hace una comparación de los resultados para ver si se han logrado totalmente, parcialmente o no se han logrado.³¹

MANTENIMIENTO, MODIFICACIÓN O FINALIZACIÓN DEL PLAN

MANTENIMIENTO DEL PLAN

Se mantiene el plan inicial cuando los objetivos se hayan alcanzado parcialmente, y, al analizar todo el proceso se compruebe que sigue siendo el adecuado para la situación del usuario.

MODIFICACIÓN DEL PLAN

Cuando los objetivos se hayan logrado parcialmente o no se haya logrado en absoluto, y al revisar todo el proceso se llega a la conclusión de que:

* El plan inicial no era el más adecuado.

* Ha habido cambios en la situación del usuario que no se han reflejado en el plan.

³¹ Ibíd.. Pág 14

* Han aparecido factores externos que influyen en el logro de los objetivos propuestos que no se han reflejado en la planificación

FINALIZACIÓN DEL PLAN

Se finaliza el plan cuando los objetivos se hayan conseguido totalmente.³²

³² Luís Rodrigo Ma. Teresa, De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson En el siglo XXI Pág. 15-16

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas (Missouri). Paso su infancia en Virginia y desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial. Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los procesos 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 acciones que el paciente no puede realizar en un determinado momento de su ciclo 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

En 1922 inicio su actividad como profesoras de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia.

En 1926 fue galardonada con BS y el grado de MA en educación en enfermería por el Teachers Collage, De la Universidad de Columbia, Nueva York.

Define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

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

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

CONCEPTOS NUCLEARES

La persona: Un ser integral con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Entorno: reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario.

Rol profesional: Ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas. Se orienta específicamente a suplirla cuando ésta no pueda hacerlo o a ayudar a desarrollar lo que le falta (fuerza, conocimientos o voluntad) para que lo logre su independencia y la satisfaga por si misma.

Salud: Es la satisfacción adecuada de las 14 necesidades básicas llevadas a cabo por la persona o cuando a ella no es posible, mediante acciones realizadas por otros.³³

Entorno: Refiere a Websters New Collgiate Dictionary, que define el entorno como “el conjunto de todas las condiciones e influencias exteriores que afectan la vida y al desarrollo de un organismo”. Sugiere que implica la relación que uno comparte con la familia. También abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. Según Henderson el entorno puede controlado por los individuos sanos; una enfermedad puede interferir con esta capacidad. También menciona que el entorno puede afectar la salud; los factores personales (edad, entorno, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel para el bienestar de la persona.

LA PERSONA Y LAS CATORCE NECESIDADES BASICAS

Cada persona se configura como un ser humano única y completo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales que buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continúa con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas y son: Falta de fuerza, falta de conocimientos y falta de voluntad.

Las 14 necesidades básicas son:

- 1) Respirar normalmente
- 2) Comer y beber adecuadamente
- 3) Eliminar por todas las vías corporales.
- 4) Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5) Dormir y descansar.

³³ **Ibíd.. Pág 35**

- 6) Vestir y desvestirse.
- 7) Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8) Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9) Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10) Comunicarse con los demás
- 11) Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
- 12) Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13) Participar en actividades recreativas.
- 14) Aprender.³⁴

INDEPENDENCIA

Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

DEPENDENCIA

Desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, en el presente y en el futuro, a causa de una fuerza, conocimientos o voluntad.

AUTONOMIA

Capacidad física o psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, se agrupan en tres posibilidades.

FALTA DE FUERZA

Puede ser física o psíquica. La física es en aquellos casos que la persona carezca de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para hacer las actividades requeridas, y la falta de fuerza psíquica cuando sabiendo qué hacer y como hacerlo ignora los beneficios de esas

³⁴ *Ibíd.* Pág. 37-38

acciones, no las relaciona con su situación de salud ni es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

FALTA DE CONOCIMIENTOS

Cuando la persona teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora como utilizarlos.

FALTA DE VOLUNTAD

No persevera en la decisión que ha tomado, sino que su opción de salud no coincide con la que los profesionales consideran que es la más adecuada para ella.³⁵

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas como puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberían ser valoradas para la planificación de las intervenciones correspondientes.³⁶

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 en común.
- ❖ Revalorizar el rol autónomo de la enfermera.

Aplicación del Modelo de Virginia Henderson en el Proceso Enfermero

³⁵ Luís Rodrigo Maria Teresa, De la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI Pág. 35-39

³⁶ Fernández ferrin, El proceso de Atención de Enfermería Pág. 7

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

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.

- El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción.
- Las causas de 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.

Etapas de planificación y ejecución

En la cuál se formulan los objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección de l modo de intervención más adecuado de la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impiden al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Lo que significa determinar el modo de intervención más adecuado a la situación, todos estos criterios serán los que guiaran la etapa de ejecución.³⁷

Etapas de evaluación

El modelo 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 a individuo a conseguir su independencia máxima es la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible ya que nuestra actuación va encaminada a ayudarle a alcanzar dicha independencia por el mismo de acuerdo con sus propia capacidades y recursos.³⁸

PREMATUREZ

³⁷ *Ibíd.* Pág. 9

³⁸ Fernández Ferrin, El Proceso de atención de Enfermería, Pág.10.

INCIDENCIA

La prematuridad es uno de los problemas más frecuentes en los hospitales.

Son tres las categorías de prematuridad

Limitrofe

- a) Lactantes nacidos entre semanas 37 y 38 de la gestación
- b) Por lo general, pesan entre 2 500 y 3 250 g al nacer.
- c) Constituyen 16% de todos los niños nacidos vivos

Moderada

- a) Lactantes nacidos entre las semanas 31 y 36 de la gestación
- b) Por lo común pesan entre 1 500 y 2 500 g al nacer.
- c) Constituyen 6 a 7% de todos los niños nacidos vivos (Lubchenko y Koops, 1987).

Extrema

- a) Lactantes nacidos entre las semanas 24 y 30 semanas de gestación.
- b) Por lo general pesan entre 450 y 1500 g al nacer.
- c) Constituyen 0.9% de todos los niños nacidos vivos.
- d) Constituyen 84% de todas las defunciones neonatales entre lactantes de todas las edades gestacionales (Lubchenko y Koops, 1987).³⁹

El hablar de cifras de morbilidad y mortalidad en el prematuro se observan variaciones en los datos estadísticos de un mismo país debido a que los reportes son incompletos, ya sea por subregistro o porque no se emplea el mismo criterio.

En nuestro país existen diferencias en los diversos hospitales que conforman el sector Salud y así tenemos que en el año de 1991 el número de nacimientos de recién nacidos vivos en hospitales de la Secretaría de Salud fue 369.774 de los cuales 23.658 fueron prematuros siendo el índice de 6.39%.

DATOS FÍSICOS

Neurológicos:

*Postura hipotónica en reposo (predominio del tono muscular extensor y desarrollo deficiente del tono muscular flexor).

Cabeza:

*De mayor tamaño en proporción con el cuerpo en comparación con el lactante de término.

*Los huesos craneales son blandos y esponjosos, sobre todo a lo largo de las líneas de sutura.

³⁹ Mattson-Smith, Enfermería materno infantil, segunda edición, editorial Interamericana, Pág.745

- *Las fontanelas son amplias y blandas con suturas sobrepuestas.
- *Las orejas carecen de cartílago desarrollado.
- *El pelo del cuero cabelludo está apelmazado y es de aspecto lanudo.

Piel:

*Delgada y edematosa en las gestaciones tempranas, pero su espesor y su opacidad se incrementan con el progreso de la edad gestacional.

*Transporte en las gestaciones tempranas, de modo que se observa con toda claridad el lecho capilar subyacente, que imparte al lactante un aspecto vigoroso, se ven con facilidad las venas.

*El lanugo es fino y apenas visible en las gestaciones tempranas, más grueso y abundante en las primeras semanas 28 y 30, y empieza a desaparecer poco a poco a partir de la parte baja del dorso conforme progresa la gestación.

*La piel es susceptible a romperse a causa de la menor cohesión entre dermis y epidermis.⁴⁰

Mamas y pezones:

*Apenas visibles en las gestaciones tempranas.

*La areola se eleva cerca de la semana 34 de la gestación, y aumenta de tamaño conforme lo hace el montículo mamario.

*Se palpa un montículo pequeño cerca de la semana 36 de la gestación, que aumenta poco a poco de tamaño con el avance de la edad gestacional.

*Se desarrollan surcos en la planta del pie primero en el tercio anterior, y avanzan lentamente hacia abajo con el progreso de la edad gestacional.

Genitales:

*El varón nacido antes de término tiene un escroto pequeño con pocas arrugas y testículos altos en los conductos inguinales, la formación de arrugas se incrementa y los testículos descienden hacia el escroto con el proceso de la edad gestacional.

*La mujer nacida antes del término tiene clítoris y labios menores predominantes; los labios mayores aumentan de tamaño con el avance de la edad gestacional.⁴¹

⁴⁰ Ibíd.. Pág.751

⁴¹ Mattson-Smith, AWHONN, Enfermería Maternoinfantil, MC Graw Hill.Pág.751.

FACTORES QUE AFECTAN LA PREMATUREZ

Los lactantes prematuros o de pretérmino nacen antes de la semana 37 semanas de gestación sin importar su peso. Los que pesan menos de 2500 gr. Al nacer son prematuros como también casi todos los que pesan menos de 1250, sin embargo. Como se explico no todos los lactantes que pesan menos de 2500 gr son de modo necesario prematuros. El principal criterio es la edad gestacional, la mayor parte de estos lactantes de pretérmino son de tamaño adecuado para su edad gestacional, aunque algunos son más pequeños. Se identifican diversos factores que se asocian con el trabajo de parto pretérmino.

La prematurez es el factor más frecuente relacionado con la muerte de neonatos. Una criatura puede nacer mucho antes de la semana 37 y así vivir, pero suele estar muy mala desarrollada para sobrevivir fuera del útero.

Un recién nacido que pesa 2300 gr. Puede ser a término y pequeño para su edad gestacional; o prematuro (con 35 SDG) y con peso adecuado para su edad gestacional; o prematuro (con 30 SDG) y grande para la edad gestacional.

En la mayoría de los casos, se desconoce la causa del parto prematuro, precedido o no de rotura prematura de la bolsa, no obstante, las historias clínicas de las mujeres con este tipo de partos suelen revelar un nivel socioeconómico bajo, carencia de asistencia médica prenatal, nutrición deficiente educación deficiente y enfermedades o infecciones intercurrentes no tratadas. Otros factores de riesgo son la vaginosis bacteriana materna no tratada y los partos prematuros previos.

Actualmente se sabe que uno de los factores condicionantes de esta patología es la falta de alimentación rica en vitaminas y sobre todo en vitamina C factor fundamental para proporcionar resistencia en el tejido epitelial, la falta de ésta ocasiona adelgazamiento de las capas amnióticas. Aunado a la proliferación de la flora bacteriana que condiciona una cambio en el pH vaginal

Los problemas clínicos están relacionados de manera directa con el grado de madurez orgánica, la premadurez no es una enfermedad, sino una falta de madurez orgánica

*Sin desarrollo completo los sistemas orgánicos no pueden funcionar al grado necesario para conservar la homeostasis extrauterina.

*Cuanto más inmadura o baja la edad gestacional, mayor el riesgo de complicaciones o de insuficiencia orgánica.⁴²

⁴² Ibíd. Pág . 745.

PROBLEMAS FISIOLÓGICOS

El prematuro presenta varios problemas físicos que se deben tomar en consideración para su atención. De hecho debido a que estos recién nacidos requieren de muchos cuidados especiales, a menudo se les traslada a un hospital que tenga una unidad de terapia intensiva de alto riesgo para neonatos prematuro. Antes y durante la transferencia, este recibe la reanimación necesaria, se le administra oxígeno, se mantiene caliente y se protege contra infecciones.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

El defecto cardiovascular más frecuente de los lactantes de pretérmino es el conducto arterioso persistente. El conducto, que es la estructura fetal que actúa como vía para que la sangre entre la arteria pulmonar y la aorta, permanece abierto en los niños de pretérmino. Los lactantes a pretérmino tienen menor resistencia vascular pulmonar como consecuencia de la falta de desarrollo muscular de las arteriolas pulmonares. Los esfuerzos de vasoconstricción no son tan fuerte con respecto al aumento de niveles de oxígeno. Mientras el conducto permanece abierto se observa incremento en la cantidad de sangre que se deriva al circuito pulmonar lo que en último término produce edema pulmonar y aumenta el esfuerzo respiratorio y el consumo de oxígeno. Cerca del 15% de los lactantes con conducto arterioso persistente tienen defectos cardíacos persistentes.

Los lactantes nacidos antes del término pueden tener trastornada la regulación de la presión arterial en caso de apnea, bradicardia, ventilación mecánica, administración rápida de soluciones hipotónicas y medicamentos, restauración de la circulación después de asfixia aguda, y diversas combinaciones de estos fenómenos

- a) Son frecuentes las fluctuaciones del flujo sanguíneo cerebral.
- b) Estas fluctuaciones predisponen a los vasos sanguíneos frágiles del cerebro a romperse, con hemorragia intracraneal consecuentes.
- c) Estas fluctuaciones predisponen también al lactante nacido antes de término a desarrollar retinopatía de la prematuridad.⁴³

SISTEMA RESPIRATORIO

⁴³ *Ibíd.* Pág. 747.

De los sistemas orgánicos, el aparato respiratorio, es uno de los últimos en madurar, por tanto el lactante nacido antes del término está en riesgo de sufrir numerosos problemas respiratorios.

La premadurez es el factor más frecuente en la ocurrencia de síndrome de dificultad respiratoria (RDS).

*Su incidencia es inversamente proporcional de la edad gestacional, y se produce con mayor frecuencia en lactantes que pesan menos de 1 200g al nacer que tienen menos de 30 semanas de gestación.

*El principal factor que produce el RDS es la deficiencia de agente tensoactivo. ⁴⁴

El lactante de pretérmino tiene riesgo de problemas respiratorios. Los pulmones no maduran en su totalidad sino hasta después de la semana 35 de gestación. La cantidad de factor surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones es deficiente, en los lactantes de pretérmino. Además, hasta la 34 semanas maduran los alvéolos del pulmón fetal.

Apnea. Desde un punto de vista general el patrón respiratorio del lactante de pretérmino es regular o presenta periodos de apnea frecuentes o que van en aumento. La apnea es un problema clínico frecuente en la unidad intensiva neonatal. Los centros respiratorios inmaduros de los lactantes de pretérmino no responden con facilidad al aumento en los niveles de PaCO₂ como ocurre en el caso de los niños a término. Como resultado, se produce hipoventilación e hipercapnia.

Con frecuencia se reportan patrones de respiración periódica en los niños pretérmino (con pausa de 5 a 10 segundos). Sin embargo, los episodios apneicos verdaderos duran de 10 a 15 segundos y se acompañan de palidez, cianosis, hipotonía y bradicardia. Los episodios apneicos repetidos se presentan con mayor frecuencia en lactantes de pretérmino que pesan menos de 1000gr, esta afección se debe a la inmadurez de los

Sistemas de control respiratorio en el cerebro, los episodios apneicos en el neonato deben recibir tratamiento inmediato de ser posible, estos pueden presentarse por los siguientes factores.

- Inestabilidad de temperatura
- Uso de fármacos (materno-fetales)
- Infección
- Afección metabólicas
- Asfixia neonatal
- Distensión abdominal
- Problemas del sistema nervioso central

⁴⁴ Ibíd. Pág. 745

Durante las dos primeras semanas de vida se aconseja colocar un monitor de apnea a todos los lactantes con riesgo. La estimulación táctil y el cambio de posición para evitar la obstrucción faríngea por hiperflexión del cuello son de gran ayuda para controlar y prevenir los episodios de apnea. Otras técnicas de control incluyen presión nasal baja positiva y continua en vías respiratorias (CPAP) a razón de 3 a 5 cm de H₂O Xantinas y doxapram.

SISTEMA DIGESTIVO

El aparato digestivo madura de la semana 36 a la 38 de gestación. Por lo tanto, en lactantes de pretérmino este aparato aún no funciona a todo su potencial. Estos lactantes están expuestos a los siguientes factores que interfieren en el funcionamiento gastrointestinal maduro.

- Succión y deglución sin coordinación hasta la semana 34 o 35.
- Esfínter del cardias incompetente.
- Retraso del tiempo de vaciado gástrico
- Reducción de la absorción de grasa.
- Digestión incompleta de proteínas.
- Reducción o descoordinación de la motilidad.

La enterocolitis necrosante es de importancia en los lactantes nacidos antes de término.

1. La ECN suele suceder en los lactantes nacidos antes del término con peso al nacer, menos de 1 500 g, con el tiempo de iniciación inversamente relacionado con la edad gestacional y el peso al nacer.
2. Son cuatro las categorías de factores que parecen iniciar la desintegración de la barrera mucosa intestinal, que constituye la primera fase en el desarrollo de la enterocolitis necrosante.

*Isquemia, como la producida por puntuaciones Apgar bajas, hipoxia, asfixia, cateterismo umbilical y dificultad respiratoria.

*Alimentación enteral, con soluciones hipertónicas o hiperosmolares.

*Infección, como las que sucede en los brotes epidémicos en algunas UCIN.

*Susceptibilidad del lactante. ⁴⁵

⁴⁵ Ibid Pag 748-749

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Es difícil evaluar los ciclos de sueño y vigilia en el lactante de pretérmino. Este experimenta por lo general sueño más tranquilo, con menor actividad y niveles mayores de pO_2 en posición prona.

Duerme con mayor tranquilidad en medios térmicos neutros.

Se observa poca expresión facial antes de la semana 30 a la 32 de gestación y presenta poco llanto espontáneo antes de la semana 30 a la 32. A partir de este momento, expresa hambre mediante llanto. Solo se presenta succión rítmica no nutritiva después de la semana 32 de gestación.

El sistema auditivo funciona desde la semana 26 de vida intrauterina, se observan respuestas auditivas congruentes de la semana 32 a la 34.

Se observa incremento gradual del tono muscular al aumentar la edad gestacional. A medida que el tono muscular aumenta las extremidades representan parte de las características que se evalúan para determinar la edad gestacional. A la semana 36 los movimientos musculares se

hacen con más coordinación. La etapa de desarrollo del sistema nervioso que se valora en el nacimiento depende del grado de madurez. El feto cuenta casi con la totalidad de sus neuronas de la semana 18 a la 20 de la gestación. La membrana basal de los capilares cerebrales es de grosor mínimo en comparación con el cerebro adulto. Este fenómeno tal vez sea uno de los factores que predisponen al lactante de pretérmino a hemorragia subependimal e intraventricular. En el lactante de pretérmino se observan reflejos como el Moro y reflejo tónico del cuello.

SISTEMA RENAL

En el lactante pretérmino, los riñones y las estructuras urinarias que se relacionan son inmaduros. Los riñones no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquido. Además la excreción de fármacos toma más tiempo. La eficiencia en la velocidad de filtración glomerular es paralela a la edad gestacional. La capacidad de amortiguación de los riñones es baja lo que predispone al neonato a sufrir acidosis por reducción de la excreción de bicarbonato y ácido.

SISTEMA HEPÁTICO

El hígado inmaduro del lactante de pretérmino plantea graves problemas durante el periodo neonatal inmediato. Los niveles de bilirrubina aumentan con más rapidez que en los niños a término debido a que el hígado es incapaz de procesar la bilirrubina. Los lactantes que pesan menos de 1500 gr. Pueden recibir fototerapia profiláctica.⁴⁶

La hipoglucemia del recién nacido se debe a bajas reservas de glucógeno hepático. Los niveles inferiores de proteína en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguínea y la conjugación y desintoxicación deficiente de ciertos fármacos con atribuibles a inmadurez hepática.

PROBLEMAS INMUNITARIOS

El lactante de pretérmino tiene niveles inferiores de igG, la cual se adquiere de modo principal en el último trimestre. Es probable que el neonato que no reciba alimentación oral por determinadas enfermedades no cuente con la igG e igM ya que éstas provienen del calostro.

Los bebés pretérmino tienen un riesgo elevado de infección porque sus reservas de inmunoglobulinas maternas se hallan reducidas y su capacidad para sintetizar anticuerpos, al igual que su sistema tegumentario, se encuentran deteriorados (piel delgada y capilares frágiles).

En ocasiones el nacimiento antes de término se produce como resultado de infección por bacterias patógenas, el lactante pretérmino es especialmente proclive a desarrollar infección por estreptococo beta hemolítico del grupo B.

El riesgo de infección en el lactante nacido antes de término está aumentado a causa de la rotura de las barreras cutáneas por procedimientos invasores y erosiones producidas por la tela adhesiva y las derivaciones del monitor.⁴⁷

PROBLEMAS HEMATOLÓGICOS

El bebé pretérmino en particular es susceptible a alteraciones hematológicas como resultado de los siguientes problemas:

*Aumento de la fragilidad capilar.

*Aumento de las tendencias hemorrágicas (prolongación del tiempo de protombina. y del tiempo parcial de tromboplastina).

*Producción lenta de glóbulos rojos resultante de la disminución rápida de la eritropoyesis después del nacimiento.

* Pérdida de sangre como resultado de la extracción de muestras para las frecuentes pruebas de laboratorio.

⁴⁶ Ibíd.. Pág 747

⁴⁷ Ibíd. Pág.747.

SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (SDR)

CONCEPTO

Antes denominado síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática tipo 1 o atelectasia pulmonar difusa y mejor conocido, desde el punto de vista anatomopatológico, como enfermedad de membrana hialina, este padecimiento continúa siendo causa principal de mortalidad neonatal en los primeros días de su vida. Su frecuencia es variable de acuerdo con la edad gestacional. Así los niños menores de 28 semanas se presentan en 60%, de 32 a 36 semanas, en 15 a 20% y en los de 37 semanas o más, en 5%. De acuerdo con el peso, la frecuencia aproximada en neonatos de 1 000 a 1 500 g es de 20%.

Produce entre 20 y 30 % de las defunciones neonatales y 50 a 70% en los lactantes prematuros.

VALORACIÓN

La valoración Silvermán-Andersen, se utiliza desde 1956, para cuantificar la gravedad de la insuficiencia respiratoria, cada signo se califica con 0, 1 o 2, los cuales al sumarse, dan una calificación de 0 en el niño sin insuficiencia respiratoria.

Si el niño se le ha calificado con 0 a 3 puntos, la intensidad o gravedad de la insuficiencia respiratoria se considerará leve, si la puntuación es de 4 a 5 se catalogará como moderada; y como grave si es igual o mayor a 6 puntos.⁴⁸

Valoración de Silvermán-Andersen⁴⁹

signo	0	1	2
Movimientos toracoabdominales	Rítmicos y regulares	Tórax inmóvil, abdomen en movimientos	Tórax y abdomen en "sube y baja".

⁴⁸ Jasso Luis Neonatología práctica, sexta edición, pág. 215-217

⁴⁹ Jasso Luis Neonatología práctica, 6 edición, pág. 217.

Tiros intercostales	No hay	Discreto	Acentuado y constante.
Retracción xifoidea	No hay	Discreta	Muy marcada
Aleteo nasakl	No hay	Discreto	Muy acentuado
Quejido espiratorio	No hay	Leve e inconstante	Constante y acentuado

Etiología y fisiopatogenia

Existen factores predisponentes que se han relacionado con la aparición del SDR como:

- ❖ Prematurez.
- ❖ Nacimientos por cesárea.
- ❖ Hijos de madre diabética.
- ❖ Hemorragia aguda anteparto.
- ❖ Segundo gemelo.
- ❖ Asfixia al nacimiento.
- ❖ Es más frecuente en el sexo masculino y en los que existe antecedentes de un hermano prematuro que padeció SDR.
- ❖ Cuando el nacimiento es por cesárea, sobre todo en ausenta de trabajo de parto, lo que se relaciona con la falta de compresión torácica.
- ❖ En el gemelo que nace en segundo lugar, esto puede relacionarse con la estancia mas prolongada de este gemelo, en el conducto del parto que recibe un exceso de líquido amniótico con el nacimiento del primer gemelo.
- ❖ Cuando hay hipotensión materna prenatal, con hemorragia prenatal o sin ella.⁵⁰

En la fisiopatogenia del padecimiento, los dos principales factores son:

- ❖ Irrigación sanguínea pulmonar disminuida (consecutivas a hipoxia y acidosis)
- ❖ Atelectasia alveolar originada por ausencia o disminución de agente tensioactivo alveolar.

Este agente es una lipoproteína que se produce en los neumocitos tipo 11 del alvéolo; en su composición química intervienen principalmente fosfatidilcolina (FC), fosfatidilglicerol y fosfatidilcetanolamina. La síntesis de la FC se realiza por dos vías: la vía 1 (de la fosforilación) es la más importante, y se alcanza su madurez casi a las 35 semanas de gestación, y la vía 11 (de la metilación), menos importante, madura a las 22 o 23 semanas, y es la que ayuda a la función pulmonar del niño pretérmino y le permite sobrevivir.

⁵⁰ Mattson-Smith, AWHONN, enfermería materno.infantil, Mc Graw Hill, Pág 775

Existen factores que aumentan la síntesis de sustancia tensoactiva, como son: edad gestacional avanzada, corticoesteroides, dependencia materna a la heroína, catecolamina, tiroxina, prolactina, xantina, bromhexina y quizá la rotura prematura de membranas e infección materna. Entre los que la disminuyen están prematuridad, hipoxia, acidosis, hipoglucemia, hiperinsulinismo y macroglobulina.

En términos generales después del nacimiento el cuadro clínico del SDR no difiere del que se presenta en otras edades, en lo que se refiere a la presencia de disnea, tirios intercostales, cianosis, disnea, tirios intercostales, cianosis, taquípnea y quejido. Se acepta por principio que un recién nacido tiene insuficiencia respiratoria cuando hallándose en condiciones basales (ausencia de llanto, fiebre o convulsiones, entre otros síntomas), tiene más de 40 respiraciones por minuto y una calificación de Silvermán mayor de dos

Las probabilidades de diagnosticar SDR aumentan cuando se verifica la existencia de uno o varios de los antecedentes que suelen acompañar a esta entidad. Estos antecedentes figuran:

- ❖ Diabetes materna.
- ❖ Nacimiento por cesárea (cuya correlación con el SDR se establece porque a menudo el producto se encuentra en estado de sufrimiento fetal agudo antes de que se inicie la cesárea.
- ❖ Parto prolongado (más de 12 hrs. en una madre multigesta; más de 24 h en la que la primigesta).
- ❖ Situaciones desencadenantes de choque en el feto, como separación placentaria, torsión del cordón, hemorragia.
- ❖ Líquido amniótico meconial en presentación cefálica.

Las probabilidades de estar ante un caso de un niño con SDR aumentan si los antecedentes mencionados se suman a los siguientes factores:

- ❖ Edad gestacional menor de 36 semanas.
- ❖ Peso menor de 1 500 g al nacer
- ❖ Apnea neonatal o calificación de Apgar por debajo de 6 a 5 minutos.

Una vez transcurrido la labor de parto, la descripción clásica incluye, signos progresivos de insuficiencia respiratoria, que se inicia en los primeros minutos o en las primeras horas de edad postnatal y que transcurre hasta las 24 hrs. De vida, elevan su calificación de 2 o 3, según la escala de Silvermán, a una calificación de 6 o 7 si se le permite a la enfermedad evolucionar naturalmente (es decir sin haber intentado un tratamiento específico). Además de lo anterior, se presentan las siguientes condiciones: disminución bilateral del ruido respiratorio (cuya magnitud varía en función del tiempo de evolución y de la gravedad del padecimiento), acompañada de ocasionales estertores alveolares que cambian frecuentemente de posición, el ruido respiratorio que se escucha como resultado del cierre parcial de las cuerdas vocales.

a menudo hay aleteo nasal, por que el lactante intenta disminuir la resistencia de las vías respiratorias nasales.

Es frecuente la taquípnea con una frecuencia respiratoria que pasa de 60 respiraciones por minuto. Suele escucharse ruidos respiratorios disminuidos o desiguales.

e incremento de la frecuencia respiratoria, habitualmente superior a 60 o 70 por minuto.

Puede observarse cianosis generalizada a causa de trastorno de la ventilación y cortocircuito intrapulmonar e intracardiaco..

La cianosis periférica aislada es frecuente en los neonatos, y no suele tener importancia.

En la radiografía de tórax podrá observarse; imagen del broncograma aéreo que rebasa la silueta cardíaca, con infiltrado retículo granular generalizado en ambos pulmones.

En algunos recién nacidos, la insuficiencia respiratoria se inicia a la 6 u 8 hrs. De vida y no necesariamente unos minutos después de haber nacido.

El SDR se manifiesta en niños con menos de 32 semanas de gestación, la gravedad de la insuficiencia respiratoria (evaluada por el método de Silvermán) tiene una duración transitoria de 4 a 6 hrs., después de lo cual se presentan periodos de apnea que si se juzgan según la escala de Silvermán, podría llevar a suponer que el problema no es tan grave, cuando lo que sucede es que el paciente se encuentra en franco estado de agotamiento.

Exámenes de laboratorio y gabinete

A todo paciente con dificultad respiratoria grave se le deben practicar los siguientes exámenes.

- ❖ Cateterismo de la arteria umbilical.
- ❖ Gasometría arterial directa.
- ❖ Oximetría de pulso
- ❖ Dextrostix.
- ❖ Calcio total y fósforo.
- ❖ Bilirrubina.
- ❖ Cuenta de plaquetas
- ❖ Radiografía de tórax antero posterior y lateral.⁵¹

Las complicaciones más frecuentes son

- ❖ la insuficiencia respiratoria general.
- ❖ Hipertensión pulmonar persistente y conducto arterioso, y las inherentes a la asistencia ventilatoria.
- ❖ Hiperglucemia
- ❖ Estado de choque
- ❖ Insuficiencia cardíaca.
- ❖ Hiperbilirrubinemia.
- ❖ Desequilibrio hidroelectrolítico.⁵²

Tratamiento

⁵¹ Jasso Luis, Neonatología práctica, 6 edición, Pág. 143.

⁵² Ibid. Pág 145.

- ❖ Colocar al paciente en incubadora o calentador radiante, según el peso y estado clínico en el momento de su ingreso o nacimiento.
- ❖ Despejar las vías respiratorias altas y mantener su permeabilidad.
- ❖ Establecer su temperatura necesaria para mantener la del paciente entre 36 y 36.5 grados.
- ❖ Colocar al niño en posición de semifowler-rossier y suspender la alimentación por vía bucal.
- ❖ Suministrar oxígeno en casco cefálico a concentración de 30 a 40% (según la gravedad y los resultados de la gasometría).
- ❖ Instalar fototerapia en niños menores de 7 días de vida aun cuando no tengan ictericia.
- ❖ Registrar cada hora valoración de Silvermán y Apgar, frecuencia cardíaca y respiratoria, llenado capilar y concentración de oxígeno.
- ❖ Evaluar gasto urinario y estado cardiopulmonar, abdominal y neurológico, cada vez que se explore al paciente.

❖ Ruta terapéutica de acuerdo con la calificación ⁵³

Calificación	Peso del paciente	Tratamiento
0 a 3	>1 000 g < 1000 g	Casco cefálico con FiO2 de 40 a 60% Intubación endotraqueal electiva para asistencia con PPI + PPFE en VMI.
4 a 5	>1 500 g <1 500g	PPC nasofaringea Intubación endotraqueal para PPI + PPFE en VMI.
6 o más	Independiente	Intubación endotraqueal para PPI +PPFE en VMI o controlada

Medicamentos

Considerar la administración de aminoglucósidos betalactámicos, previa toma de cultivos en aquellos niños en los que se efectuaron varios procedimientos invasivos o que tienen antecedentes perinatales de riesgo.

Restitución de líquidos y electrolitos

- ❖ Administrar por venoclisis solución glucosada al 10%, a razón de 80-90ml/kg/24 h. La cantidad varía de acuerdo a edad gestacional, pérdidas insensibles, gasto urinario y hematocrito.
- ❖ Aporte de calorías debe cubrir un mínimo de 30 a 40 Kcal/Kg/24 h.
- ❖ En caso de hematocrito menor de 40% se debe transfundir paquete globular a razón de 10 ml/Kg. ⁵⁴

⁵³ Ibid. Pág. 216

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

IDENTIFICACIÓN

Nombre Castillo Guerra Nahomi Edad RN Sexo Femenino Fecha de Nacimiento 16-septiembre-06

Hora de nacimiento 18:11 Servicio cunero patológico N. de cuna 2093

Dx de ingreso: Pretérmino de 32 SDG hipotrofico, membrana hialina, potencialmente infectado RPM de 12 horas

Domicilio Lakime, manzana 115 lote 6 Miguel Hidalgo

Teléfono 21-60-81-51 Nombre de la madre Castillo Guerra Beatriz Edad 23 años

Edo. Civil Unión libre Fuente de información Del expediente y de la mamá

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Antecedentes Heredo familiares Abuelo materno hipertenso
Antecedentes ginecobstetricos de la madre

Gesta 3- Para 2- Cesáreas 1- óbitos Hijos vivos 2 Hijos muertos Grupo y Rh 0+

Edad de los hijos anteriores Leonardo de 6 años y Dafne de 4 años

De los dos anteriores embarazos, no tuvo problema alguno en el embarazo y parto y los niños se encuentran aparentemente sanos

Antecedentes prenatales

Control prenatal si-- no___ En que trimestre en el
primero

N. de consultas a las que acudió 4 Recibió orientación sobre lactancia materna
si _____

Padecimientos durante el embarazo Amenaza de aborto en el 2
mes

Tratamiento médico recibido durante el embarazo reposo, PSC y Dexametazona -
3 dosis

Atención perinatal

Tipo de parto Cesárea -Si fue cesárea motivo de esta Posición pélvica y prolapso
del Cordon Ruptura de membranas prematura- de 12 horas- Tipo de anestesia
utilizada bloqueo epidural

Semanas de gestación por ultrasonido 28 SDG y por capurro 32 SDG

Peso al nacer 1,300 kg Gpo yRh 0+ PC 27PA 22- Pie 6- Talla -37

Apgar 3/7 Silvermán 5- Presencia de malformaciones o de patología neonatal o
de algún evento de importancia durante el nacimiento equimosis en brazo
izquierdo, ingle, cóccix por extracción difícil

Esta valoración se realiza a los 7 días de vida de Nahomi

VALORACIÓN

NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Frecuencia respiratoria 80 Frecuencia cardíaca 160 el neonato tiene algún problema para respirar si X no manifestado por taquípnea, cianosis ungueal y peribucal, aleteo nasal, desaturaciones (60%)

Campos pulmonares con rudeza respiratoria, estertores gruesos bilaterales, hipoventilación derecha

Tiene indicado oxígeno si X no método de aplicación : Ventilador mecánico

Presencia de:

Secreciones traqueobronquiales si -X No características -amarillas espesas

Piel marmórea sudoración fría adinamia -X Quejido X

Disociación torácico abdominal X Tiros intercostales X

Periodos de apnea si retracción xifoidea -X disnea

Cianosis X Aleteo nasal X Estertores X- Tos

Resultados de gasometría PH 7.5 PCO2 18.6 P025-

Tiene indicada fisioterapia pulmonar --Si-- Método - percutor

Tiene indicada micronebulizaciones Si

NECESIDADES DE NUTRICIÓN/ HIDRATACIÓN

Peso al nacer 1,300 peso actual 1,070 talla-37 perímetro cefálico 27

Perímetro torácico 24 Perímetro abdominal 20 glucemia 80

Características de :

Piel: delgada, Equimosis en cóccix, brazo izquierdo ingle con palidez de tegumento, llenado capilar de 15segundos, piel seca

Cabello: Bien implantado

Fontanelas: Cabalgadas

Uñas: --Con cianosis

Mucosas orales: -Secas

Encías: Normales

Labios. Secos =

Faringe: --Sin problemas

Abdomen: Blando globoso depresible, peristalsis presente disminuida

Muñón umbilical: --Seco

Presencia de:
Vómitos: No Especificar características _____

Incapacidad para succionar Si Intolerancia a la leche --Si

Tiene vía parenteral Si- Cantidad de líquidos indicados -NPT 70ml para 8 horas

Dextrostix 80

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Características de:

Orina Amarilla clara espontánea Heces Meconio con estimulación rectal _____

Peristaltismo presente _____

Presencia de:

Sonda de drenaje urinario ___ Oliguria ___ Poliuria ___ Hematuria ___

Glucosuria ___ Coluria ___ Masa abdominal palpable _____

Constipación _____

Distensión abdominal ___ Si ___ Evacuación en 24 horas 1 Micciones en 24 horas 7

NECESIDAD DE LA MOVILIZACIÓN

Tono muscular Buen tono muscular Movilización por parte de enfermería Si ___
X- No ___

Gran restricción de movimiento debida a equipos instalados _____

Moderada restricción de movimientos debida a equipos instalados X

Sin restricción para la movilización _____

Participación de la madre en la movilización No X Si _____

NECESIDAD DEL REPOSO Y SUEÑO

Nivel de conciencia Conciente Ciclo del sueño Irregular debido al ruido y por pruebas de laboratorio , luces y manipulaciones

Presencia de:

Crisis convulsivas _____ Midriasis _____ Miosis X Irritabilidad X Mirada fija _____

Llanto constante X Signos meníngeos _____ Otros reflejos anormales en el recién nacido _____

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE VESTIRSE

La ropa es adecuada para el neonato Si X- No _____ Porque Por el lugar y las condiciones en las que se encuentra la bebé si es la más adecuada

La madre conoce las necesidades del vestido de neonato: Si X No _____

NECESIDADES DE LA TERMORREGULACIÓN.

Temperatura rectal 35.5 a 38.5 grados- Temperatura axilar 35.7 a 38.9 grados

El neonato se mantiene en:

Cuna de calor radiante X Incubadora _____ Cuna abierta _____

Presencia de:

Normotermia _____ Hipertermia _____ Hipotermia _____ Distermias X

NECESIDAD DE HIGIENE/PIEL.

Estado físico de la piel actual. Piel seca, delgada, con laceraciones en manos y pies por tomas de muestras de laboratorio y uso de telas adhesivas

Presencia de lesiones en la piel. Si X No _____ Cuáles Equimosis en manos, talones y pies.

Tipo de baño que se proporciona al neonato De esponja

Participación de la madre en el baño y aseo del neonato Si _____
No X

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Como se mantiene la seguridad del recién nacido Se mantiene al recién nacido en cuna radiante, con los barandales y se checa constantemente la temperatura de la cuna

Existencia de preocupaciones o temor en los padres o tutores—Si sobre todo a la madre le preocupa el estado de salud de la bebé.

Interés de los padres en la salud y cuidados del recién nacido—la mamá muestra interés acerca de cómo manejar a su bebé, por encontrarse muy chiquita.

Se realiza lavado de manos antes de tocar al bebé Si

El personal utiliza ropa adecuada y limpia antes de manejar al bebé Si

Se llevan todas las medidas de asepsia y antisepsia en todos los procedimientos si

Dificultad en los padres o tutores para el cumplimiento de su rol -Al padre se le dificulta estar acudiendo al hospital a visitar a la bebé porque trabaja y muchas veces le es imposible ir y en la mamá recae toda la responsabilidad de la bebé.

Servicios con que cuenta la casa-habitación -Cuenta con todos los servicios

Características higiénicas de la vivienda -La casa se mantiene aseada y procura mantener todo lo más limpio posible

Presencia de convivencia con animales domésticos No

Presencia de hacinamiento en el hogar No, cuentan con espacio suficiente para ellos y sus otros hijos

Existencia de alteraciones físicas o mentales en los padres o cuidadores que pueden desencadenar un accidente en el recién nacido, en caso afirmativo especificar cuál y en quien -No los padres están sanos y no tienen familiares enfermos que signifiquen algún peligro para los niños.

Existencia de alcoholismo u otra toxicomanía en alguno de los padres o cuidadores, en caso afirmativo especificar -El padre toma una copa de vez en cuando pero no al grado de emborracharse

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

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

El recién nacido se muestra irritable a la manipulación.
Existe buena comunicación entre los padres o tutores Si X No

Porque han tenido algunos problemas por la enfermedad de la bebé, los gastos económicos aumentaron, pero han tratado de superarlo

Se proporciona estimulación táctil y auditiva al neonato Si se le pone una cajita musical y se le proporciona masaje- al neonato y se estimula a la madre para que la toque y le hable

Hay comunicación entre los padres y el equipo de salud:

Si X No Porque Los padres se informan cada vez que acuden a la visita acerca del estado de salud y le externan todas sus dudas e inquietudes al personal de salud--

PATRON VALORES/CREENCIAS.

Religión de los padres o tutores Católica

Demanda de servicios religiosos para el recién nacido, especificar cuales: La madre tiene la inquietud de bautizar a la bebé , pero a la vez tiene miedo que si la bautiza se muere

Mitos y creencias de los padres relacionados con el cuidado del recién nacido Ninguno

NECESIDAD DETRABAJAR/ REALIZARSE

No valorable en el neonato.

En los padres:

A que se dedica la madre Al hogar El padre es empleado de una empresa

Cuenta con un ingreso fijo si El ingreso con el que cuenta cubre todas sus necesidades Si -X No

NECESIDAD DE ACTIVIDADES LÚDICAS

No valorable en el neonato.

En los padres:

Proporcionan estimulación táctil, visual o auditiva A la mamá se le hablo de la importancia de la estimulación temprana y cada vez que visita al bebé lo toca, acaricia, le habla y le llevo una cajita musical

Disponen de tiempo para jugar con sus hijos Tratan de dedicarles el mayor tiempo posible.

Acuden con sus hijos a lugares de recreación Por lo regular acuden a parques para que sus hijos jueguen

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

No valorable en el neonato.

En los padres:

Hasta que grado de estudios curso la madre la secundaria terminada

Hasta que grado de estudios curso el padre La secundaria terminada-

Que tipo de problemas les ha ocasionado la falta de estudios Ninguno

Sus otros hijos van a la escuela si

Les gustaría que sus hijos estudiaran una carrera Si

Conocen los padres lo relativo al cuidado del recién nacido Si

NECESIDAD	DEPENDIENTE/ INDEPENDIENTE	DATOS
Oxigenación Problema interdependiente	Dependiente	Tiros intercostales, cianosis, disneas, aleteo nasal, quejumbroso, apneas.
Nutrición Diagnóstico de enfermería D:E	Dependiente	No tolera vía oral, presenta residuo del 70%, Se mantiene en ayuno, presenta apneas, tiene catéter central con alimentación parenteral
Eliminación Diagnóstico de enfermería D:E	Parcialmente dependiente	La diuresis es espontánea, tiene una evacuación con estimulación rectal
Descanso y sueño D.E	Independiente	Se mantiene irritable, su sueño es interrumpido por la frecuente manipulación, el ruido y la luz.
Temperatura D. E	Parcialmente dependiente	Presenta distermias de 35.7 a 38 grados centígrados.
Higiene y protección de la piel. D.E	Dependiente	Tiene lesiones en la piel por telas adhesivas y punciones, piel delgada y frágil, Se le proporciona baño de esponja y aseo de cavidades diaria, cambio de pañal por razón necesaria, cambios de ropa de cuna completo diario y por razón necesaria.

Vestirse y desvestirse Diagnóstico de enfermería	Dependiente	Se mantiene con pañal por encontrarse en cuna radiante.
Comunicación	Independiente	Se mantiene irritable al manejo.
Moverse Diagnóstico de enfermería	Dependiente	Se mantiene en cuna radiante con las protecciones arriba, se coloca sensor de temperatura para evitar sobrecalentamiento o enfriamiento, se realiza cambios posturales
Evitar peligros	Dependiente	Es prematuro, tiene catéter central, ventilador y por tomas de laboratorio, se encuentra en un ambiente hospitalario

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

- ❖ Alteración de intercambio gaseoso relacionado con la inmadurez pulmonar y deficiencia de surfactante manifestado por taquipnea, aleteo nasal, cianosis y desaturaciones.
- ❖ Limpieza ineficaz de vías respiratorias relacionada con exceso de secreciones traqueobronquiales manifestado por estertores audibles, signos de dificultad respiratoria y desaturaciones.
- ❖ Alto riesgo de infección de vías respiratorias relacionado con estasis de secreciones bronquiales e inmadurez del sistema inmunológico

NECESIDADES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

- ❖ Alteración de la nutrición relacionada con bajo peso y ayuno prolongado secundario a problemas respiratorios manifestado por escaso tejido adiposo y pérdida de peso.
- ❖ Alteración del equilibrio de líquidos relacionado con inmadurez de los mecanismos reguladores, pérdidas insensibles de agua, ministración de diuréticos y predisposición del SDR, manifestado por deshidratación moderada

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

- ❖ Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez del centro termorregulador del cerebro y falta de reserva de grasa manifestado por distermias.

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

- ❖ Riesgo de alteración de los procesos de eliminación, trastornos de la excreción urinaria y retención de orina a causa de la inmadurez renal, falta de movilidad y ministración de medicamentos

NECESIDAD DE PIEL E HIGIENE

- ❖ Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con el uso de abrasivos que se emplean para fijar venoclisis ya catéter.
- ❖ Alto riesgo de infección relacionada con procedimientos invasivos (venoclisis, onfaloclisis, intubación endotraqueal, muestra de laboratorio y catéter).

- ❖ Suplencia total de higiene y cuidados de la piel relacionado con la etapa de crecimiento y desarrollo.

NECESIDAD DE MOVERSE Y EVITAR PELIGROS

- ❖ Alteración de la movilidad relacionado con venoclisis, catéter, tubo endotraqueal y aparatos instalados al recién nacido, manifestado por irritabilidad

NECESIDADES DE COMUNICACIÓN

- ❖ Estrés relacionado con procedimientos invasivos, sobreestimulación manifestado por irritabilidad y llanto

NECESIDAD DE REPOSO/ SUEÑO

- ❖ Alteración del patrón del sueño relacionado con manipulación continua, iluminación y ruido manifestado por irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño, taquicardia y desaturaciones

NECESIDAD DE VESTIRSE

- ❖ Suplencia total del vestido y arreglo personal relacionado con la etapa de crecimiento y desarrollo.

PLANEACIÓN

NECESIDADES DETECTADA	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVO
Oxigenación	Oxigenación	Mejorar la ventilación
Comunicación	Nutrición/Hidratación	Mantener una nutrición adecuada
Termorregulación	Termorregulación	Mantener eutermico al recién nacido
Eliminación	Evitar peligros	Protegerlo de amenazas internas y externas como infección
Moverse	Comunicación	Evitar la estimulación excesiva del neonato
Reposo/sueño	Higiene y protección de la piel	Mantener la integridad la piel.
Vestirse	Eliminación	Mejorar la eliminación y evitar la estimulación excesiva
Comunicación	Moverse	Mantener seguro al recién nacido
Nutrición/Hidratación	Reposo/sueño	Mantener en un ambiente tranquilo al neonato
Evitar peligros	Vestido	Mantenerlo cómodo de acuerdo a su estado de salud.

EJECUCIÓN

NECESIDADES DE OXIGENACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del intercambio gaseoso relacionado con inmadurez pulmonar y deficiencia del factor surfactante, manifestado por taquipnea, aleteo nasal y desaturaciones.

OBJETIVO: Mejorar la ventilación a través de medidas de oxigenoterapia hasta que mejore sus condiciones desde su ingreso al servicio de cunero patológico

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar el estado respiratorio por medio de la escala Silvermán	La identificación temprana de signos de insuficiencia respiratoria evita mayores complicaciones respiratorias.
Observar y anotar coloración de la piel y llenado capilar.	La cianosis es mas evidente en los sitios en donde la piel es más delgada y poco pigmentada como los labios y lechos ungueales.
Auscultación de campos pulmonares en busca de ruidos adventicios o disminución de ruidos respiratorios.	Determina lo adecuado del intercambio gaseoso y detecta las atelectasias.
Observar continuamente coloración de la piel y llenado capilar.	La perfusión de los órganos terminales es mejor evaluada en la piel. El llenado capilar lento (mayor de 3'' es evidente de un gasto cardiaco bajo.
Monitorizar gasometría arterial.	Para determinar el equilibrio ácido básico y la necesidad de oxígeno.
Observar continuamente los cambios en el nivel de conciencia y el comportamiento del bebé.	Los cambios en el nivel de conciencia son un indicio de hipoxia
Monitorizar biometría hemática.	Determina la cantidad de hemoglobina para el transporte de oxígeno y la presencia de infección.
Proporcionar cuidados de paciente intubado: *Mantener adecuada la fijación de la cánula endotraqueal.	El mantenimiento adecuado de las vías aéreas artificiales garantiza la adecuada ventilación perfusión y difusión de oxígeno.

<p>*Auscultar campos pulmonares para verificar la funcionalidad de la cánula. *Proporcionar cuidados bucales por medio de aseo y lubricación.</p> <p>Proporcionar fisioterapia pulmonar (Percusión, drenaje postural y aspiración de secreciones.</p> <p>Monitorizar frecuencia cardiaca y respiratoria.</p> <p>Valorar el estado respiratorio: auscultar sonidos respiratorios y observar la simetría de los movimientos del tórax.</p> <p>Controlar los signos de Insuficiencia respiratoria: Aumento de la frecuencia respiratoria. Constantes vitales inestables. Valores anormales de análisis de sangre. Respiraciones dificultosas.</p> <p>CUIDADOS INTERDEPENDIENTES ministración de medicamentos: Corticoides: Dexametazona. .15 mg IV cada 12 hrs.</p> <p>Diuréticos: Furosemide 0.5 mg IV DU.</p> <p>Sedantes: Midazolam 110 mcg PRN.</p> <p>Mantener el PEEP de acuerdo a la prescripción (entre 3 y 5 cm. de H₂O).</p>	<p>Proporciona un conjunto eficaz para despegar y movilizar las secreciones hacia el interior de las grandes vías aéreas desde donde pueden ser expectoradas o extraídas.</p> <p>La frecuencia respiratoria es un signo de evolución en la enfermedad, la hipoxia y la apnea pueden reflejarse en la frecuencia cardiaca del neonato.</p> <p>La auscultación de los sonidos respiratorios, valora la idoneidad del flujo de aire y detecta la presencia de sonidos adventicios. Los movimientos asimétricos del tórax pueden indicar una mala colocación del tubo.</p> <p>La insuficiencia respiratoria puede resultar de la obstrucción de las vías respiratorias, problemas con el ventilador, atelectasia o neumotórax.</p> <p>Reduce el edema y estabiliza las membranas pulmonares y reduce la inflamación.</p> <p>Reduce el edema pulmonar debido a la movilización de líquidos que produce.</p> <p>Disminuye la resistencia respiratoria del recién nacido al ventilador.</p> <p>Incrementa los volúmenes pulmonares, la distensibilidad y la presión media de las vías aéreas, así como para reducir el cortocircuito.</p>
--	--

Asistencia durante la reanimación cardiopulmonar.	Para restablecer el intercambio gaseoso y evitar secuelas neurológicas
---	--

EVALUACIÓN: Se mantiene una oxigenación adecuada, pero no se logra destetar del ventilador, ya que tolera de 1 a 2 días y vuelve a presentar periodos de apneas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Limpieza ineficaz de vías respiratorias relacionado con exceso de secreciones traqueobronquiales manifestado por estertores audibles, signos de dificultad respiratoria y desaturaciones.

OBJETIVO: Mantener las vías respiratorias libre de secreciones por medio de fisioterapia pulmonar, micronebulizaciones y aspiración de secreciones.

IINTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Dar fisioterapia pulmonar.	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
Valoración continúa de la frecuencia respiratoria y auscultación de campos pulmonares.	La frecuencia cardíaca tiende a aumentar cuando hay acumulación de secreciones en el aparato respiratorio. La detección oportuna de complicaciones permite actuar de manera oportuna.
Realizar Valoración de Silvermán.	La exacerbación de los signos de dificultad respiratoria denota incremento del trabajo respiratorio indicando que la oxigenación es ineficaz.
Dar posición prona o lateral, con cabecera elevada a 30 o 40 grados y cambiar de posición cada 2 horas.	Las secreciones se movilizan por la gravedad con los cambios de posición. Al elevar la cabecera de la cama se desplaza el contenido abdominal hacia abajo y se facilita la contracción del diafragma.
Proporcionar humidificación a las vías respiratorias.	El incremento de la humedad reduce las propiedades adherentes y la viscosidad de las sustancias gelatinosas de las secreciones.
Aspirar secreciones oro traqueales PRN con técnica estéril (observar características, color, olor y cantidad).	La respuesta antigénica del tracto respiratorio es el edema de la mucosa con aumento de la sensibilidad mística y una abundante producción mucosa, esto puede obstruir la entrada de aire y dificultar el intercambio gaseoso.
Seleccionar cánula de aspiración del calibre adecuado para la cánula endotraqueal y	Para prevenir atelectasia y disminuir la hipoxia durante el procedimiento.

<p>verificar la presión de la succión</p>	
<p>Realizar lavado bronquial con agua bidestilada.</p>	<p>Para desprender las secreciones que pudieran ocluir la vía respiratoria facilitando la aspiración de las mismas.</p>
<p>Mantener la vía aérea permeable</p>	<p>La obstrucción de la vía respiratoria produce Insuficiencia respiratoria, un cliente intubado depende de la aspiración para eliminar las secreciones. A causa de un reflejo de tos ineficaz o fatiga.</p>
<p>Controlar el tiempo de aspirado (no exceder de 10 segundos).</p>	<p>La concentración de oxígeno puede sufrir detrimento si la succión de aire es prolongada y ocasionar paro cardiorrespiratorio y también puede producir traumatismos de las paredes traqueobronquiales.</p>
<p>Hiperventilar con concentraciones al 100% antes, durante y después de la aspiración.</p>	<p>Para mantener la saturación adecuado durante la succión.</p>
<p>Valorar el estado de hidratación.</p>	<p>La adecuada hidratación de las células facilita la licuificación de secreciones.</p>
<p>Monitorizar radiografía de tórax.</p>	<p>Muestra la medida de afección de los pulmones.</p>
<p>CUIDADOS INTERDEPENDIENTES Ministración de medicamentos: Aminofilina: 1mg Iv cada 12 horas..</p>	<p>Para relajar la musculatura lisa bronquial y vascular, produciendo broncodilatación y vasodilatación e inhibir la producción de sustancias broncoconstrictoras.</p>
<p>Salbutamol 1 disparo cada 8 horas.</p>	<p>Es un broncodilatador que produce relajación de los músculos lisos bronquiales.</p>
<p>Beclometazona 2 disparos cada 12 horas.</p>	<p>Es un corticoesteroide que ayuda a reducir la inflamación de las vías aéreas</p>

Verificar la aplicación de micronebulizaciones con salbutamol 1.3 y 2cc. Y Budosonida 3 cc y 2 cc.	Facilita la eliminación de secreciones anormales o excesivas fluidificando las secreciones hiperviscosas y la acción ciliar. El salbutamol relaja la musculatura lisa y bronquial.
EVALUACIÓN: Se mantiene libre de secreciones traqueales, las cuales disminuyeron en cantidad y viscosidad y una saturación 90-93 %.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de infección de vías respiratorias relacionado con estasis de secreciones bronquiales e inmadurez del sistema inmunológico.

OBJETIVO: Evitar infección de las vías respiratorias, utilizando técnica de asepsia y antisepsia durante el procedimiento de aspiración de secreciones..

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Valorar y anotar las características de secreciones (olor, cantidad y color)	Nos puede dar indicios de datos de infección.
Monitorizar resultados de biometría hemática..	Indican la suficiencia de la defensa secundaria y el sistema inmune.
Monitorizar resultado de cultivo de secreciones bronquiales.	Nos ayuda para la terapéutica a seguir e identifica el tipo de microorganismo que esta afectando.
Valorar el estado hídrico.	El estado optimo de hidratación permite que las secreciones se licuifiquen y de esta manera permite más rápido expulsarlas.
Valorar el estado nutricional..	Un estado nutricional adecuado favorece el sistema inmune aumentado sus defensas contra las infecciones.
Monitorizar la temperatura corporal.	El aumento de la temperatura corporal indica datos de infección.
Implementar acciones para mantener la limpieza de las vías respiratorias (realizando todas las técnicas con asepsia y antisepsia.	Para evitar estasis de las secreciones bronquiales que favorecen el desarrollo de microorganismos.
Ministración de antibióticos. Ampicilina 32 mg iv cada 6 horas. Amikacina 20mg iv cada 36 horas.	Inhiben el desarrollo de microorganismos causantes de infección.
EVALUACIÓN: Nahomi no presenta datos de infección, aunque presento distermias, se le atribuye a la disfunción de la cuna radiante.	

NECESIDADES DE NUTRICIÓN/HIDRATACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición relacionada con bajo peso al nacer y ayuno prolongado secundario a problemas respiratorios manifestado por escaso tejido adiposo y pérdida de peso.

OBJETIVO: Mantener una nutrición adecuada a través de alimentación por vena, hasta que este sea capaz de tolerar los nutrientes adecuados por vía oral.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Monitorizar el peso diario para verificar el incremento o disminución.	El crecimiento y desarrollo más rápido sucede en las etapas tempranas de la vida. El neonato aumenta de 20 a 30 g por día.
Toma de Dextrostix cada 8 hrs para verificar la glucemia.	El centro de alimentación está relacionado con el estado nutricional del individuo y es particularmente sensible a la disminución de la concentración normal de glucosa en sangre.
Proporcionar cuidados a un paciente con NPT.	La alimentación parenteral hipercalorica es un método de suministrar nutrimentos al cuerpo cuando no es conveniente o no es posible cubrir estas necesidades por vías digestivas normales.
Mantener vía parenteral. (Catéter central.).	La preservación adecuada de una vía de acceso garantiza un medio para suministrar nutrientes cuando la vía oral es abolida o limitada.
Realizar curación del sitio de inserción del catéter cada 48 hrs o por razón necesaria con técnica estéril.	La perdida de continuidad de la piel y las concentraciones altas de glucosa y aminoácidos son un medio favorable para la proliferación de organismos patógenos.
Observar el sitio de punción en busca de datos de infección (n inflamación, enrojecimiento, hipertermia o secreción purulenta).	La infección local se manifiesta con estas alteraciones.
Orientación a la madre sobre extracción manual de la leche.	La extracción manual de leche es una técnica que provee al niño de la leche materna necesaria para su nutrición cuando no es posible el amamantamiento.

<p>Cuantificar y anotar la ingesta de formula o calostro.</p>	<p>El registro de la cantidad ingerida permite evaluar el grado de aceptación de la vía oral.</p>
<p>Alimentación con sonda orogástrica y medir residuo.</p>	<p>La alimentación con sonda evita que el recién nacido se fatiga a la succión y el medir residuo no permite valorar la absorción de la leche.</p>
<p>Vigilar la tolerancia a los alimentos. Observar características, cantidad y recurrencia de las alteraciones como *distensión abdominal *vómitos. *regurgitaciones. *Residuo gástrico</p>	<p>Estos signos nos indican que el recién nacido no tolera la vía oral que de no detectarse nos puede llegar a una enterocolitis necrosante</p>
<p>EVALUACIÓN: El recién no tolera la vía oral, presenta distensión abdominal, residuo del 70 %, por lo que se mantiene en ayuno y se alimenta con NPT 70ml cada 8 horas a través de un catéter central.</p>	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del equilibrio de líquidos relacionado con inmadurez de los mecanismos reguladores, pérdidas insensibles de agua., ministración de diuréticos y predisposición de SDR.

OBJETIVO: Mantener un equilibrio hidroelectrolítico llevando un balance estricto de líquidos, hasta que logre tener una ingesta adecuada de nutrientes por vía oral.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Control estricto de líquidos. *Vigilando la excreción urinaria, determinando el peso de cada pañal en seco. *Estimar pérdidas insensibles</p>	<p>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.</p>
<p>Observar y reportar signos de deshidratación (llenado capilar inadecuado, taquicardia, palidez, oliguria o hipotensión, turgencia de la piel disminuida, fontanelas hundidas, mucosas secas</p>	<p>La deshidratación por si misma puede complicar severamente al recién nacido.</p>
<p>Verificar cantidad y características de la orina.</p>	<p>La presencia de oliguria o de color amarillo concentrado puede ser in signo de deshidratación.</p>
<p>Vigilar la excreción urinaria mediante determinación del peso del pañal</p>	<p>El volumen de orina es un indicador de perfusión renal, la cuál a su vez es indicador de deshidratación adecuada.</p>
<p>Vigilar estado de las fontanelas y el llenado capilar.</p>	<p>El hundimiento de las fontanelas es un signo de deshidratación.</p>
<p>Ministración de 1 carga de solución hartman de 35 mil para media hora.</p>	<p>Restaura el equilibrio entre el aporte y la pérdida de agua, el cuál 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 de uno de ellos.</p>
<p>Vigilar características y turgencia de la piel.</p>	<p>La piel permanece laxa debido a la insuficiencia de líquidos intersticiales.</p>
<p>Valorar estado de mucosas orales.</p>	<p>La coloración de la lengua puede cambiar en relación con la deshidratación por de líquidos locales.</p>

Observar consistencia de secreciones.	Los esputos espesos indican la necesidad de líquidos.
Explorar las venas del cuello.	La distensión indica exceso de líquidos.
Auscultar sonidos respiratorios.	Los estertores pueden indicar edema pulmonar.
Monitorizar electrolitos séricos.	Detecta desequilibrio electrolítico que puede aparecer
Monitorizar hemoglobina y hematocrito.	Sus elevaciones pueden indicar hemoconcentración debido a déficit de líquido. Los valores reducidos pueden indicar hemodilución.
Mantener una vía parenteral, limpia y permeable.	La calidad de los cuidados de enfermería influye en una vía de acceso para ministración de líquidos.
Vigilar datos de edema, piel tensa y resplandeciente, pulsos saltones y aumento de la presión arterial.	Son signos característicos de una sobrehidratación.
Pesar diariamente al neonato y registrarlo	El peso es un buen indicador del estado general de hidratación
EVALUACIÓN: presenta deshidratación moderada, la cuál se corrige y se mantiene un equilibrio hídrico adecuado.	

NECESIDADES DE TERMORREGULACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez del centro termorregulador del cerebro y falta de reserva de grasa manifestado por distermias.

OBJETIVO: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, por medio de uso de servo control en la cuna radiante y monitorización de la temperatura corporal y evitando corrientes de aire durante su estancia en el hospital.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Mantener al neonato en una cuna de calor radiante con servocontrol que mantenga una temperatura ambiente entre 36.5 y 37.2 grados.	El neonato de bajo peso al nacer no puede soportar bien el estrés por frío y las fluctuaciones de la temperatura ambiental.
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.
Comprobar que nuestras manos estén calientes antes de tocar al neonato	Debido a la inmadurez del centro termorregulador el neonato pierde calor fácilmente.
Evitar someter a eventos en donde haya pérdidas de calor.(uso de ropa fría, colocarlo en áreas donde haya corrientes de aire, colocarlo en contacto de la piel objetos fríos).	La pérdida de calor por radiación y conducción se ven favorecidas al establecer contacto con cualquier objeto frío. La pérdida de calor por convección se ve favorecida por las corrientes de aire del entorno.
Colocar gorro cuando se nebulice.	La mayor pérdida de calor en el neonato se da a través de su cabeza.
Valorar signos y síntomas de alteraciones de la temperatura y factores que influyen en la temperatura corporal. *Coloración de la piel. (Ruboridad, cianosis). Palidez. *Inquietud. *Irritabilidad. *Diaforesis.	Nos permite detectar oportunamente alteraciones y establecer medidas terapéuticas apropiadas.

<p>Mantener la piel limpia, seca, bien hidratada.</p> <p>Mantener la temperatura corporal entre 36.5 y 37 grados centígrados.</p>	<p>Para evitar pérdidas de calor por evaporación.</p> <p>Esta temperatura genera un ambiente térmico neutro lo cuál permite una temperatura interna normal con un consumo de de oxígeno y gasto calórico mínimo.</p>
<p>EVALUACIÓN: Presenta distermias la cuales se logran controlar y el neonato mantiene la temperatura corporal en 37 grados C</p>	

NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de infección en sitios de punción relacionada con sistema inmunitario inmaduro, falta de flora normal y procedimientos invasivos (venoclisis, onfaloclasia, intubación endotraqueal, muestra de laboratorio).

OBJETIVO: Evitar infección realizando lavado de manos antes de tocar al bebé y al realizar cada procedimiento con técnicas de asepsia y antisepsia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Procurar un entorno protector. Mantener limpia la unidad del bebé y su ropa de cama limpia y seca.</p>	<p>Proporciona un aislamiento eficaz contra los agentes infecciosos.</p>
<p>Realizar curación de los sitios de inserción para línea intravenosa y lesiones con técnica estéril.</p>	<p>Nos ayuda a evitar la diseminación de gérmenes patógenos.</p>
<p>Realizar los cambios de NPT con una técnica estéril.</p>	<p>La concentración alta de aminoácidos y glucosa son un medio favorable para la proliferación de microorganismos patógenos.</p>
<p>Utilizar una técnica aséptica y seguir los protocolos adecuados, cuando se cambien las gasas del catéter.</p>	<p>La técnica aséptica puede prevenir la contaminación.</p>
<p>Evitar administrar otras soluciones IV introducidas en el sistema de la NPT a menos que se prescriba otra cosa.</p>	<p>El riesgo de contaminación bacteriana aumenta con las uniones IV adicionales.</p>
<p>Realizar lavado quirúrgico de manos antes de ingresar al cunero patológico y en los procedimientos que así lo requieran. El lavado mecánico se realizará antes y después de las intervenciones con cada recién nacido (aun si se utilizan guantes).</p>	<p>Los neonatos con bajo peso al nacer requieren una serie de procedimientos invasivos y tienen más riesgo de infección que los bebés de peso adecuado.</p>
	<p>El lavado de manos es la estrategia simple para evitar la diseminación de microorganismos patógenos.</p>
	<p>La falta de lavado de manos entre la manipulación de diferentes lactantes, es la forma más importante de diseminación de infección por cualquier organismo.</p>
<p>Limitar la entrada de personas ajenas a la unidad. Y cuando pasen explicarles la importancia del lavado de manos y el uso de</p>	<p>Para evitar la introducción de gérmenes al neonato.</p>

<p>bata limpia antes de entrar a ver y manipular al neonato.</p> <p>El personal adscrito utilizara ropa especial limpia sustituida diariamente y cuando salga del servicio utilizara una bata.</p> <p>Asistir en la toma y monitorizar los resultados de cultivo.</p> <p>Vigilancia estrecha del neonato, para identificar signos de inestabilidad de la temperatura, irritabilidad letargo, piel fría o marmórea.</p> <p>Si se extrae sangre de algún catéter esta no debe administrarse nuevamente al recién nacido</p> <p>Valorar y anotar las características de secreciones (olor, cantidad y Color). Monitorizar la temperatura corporal</p> <p>Implementar acciones para mantener la limpieza de las vías respiratorias (realizando todas las técnicas con asepsia y antisepsia).</p> <p>CUIDADOS INTERDEPENDIENTES</p> <p>Toma de hemocultivos</p> <p>ministración de medicamentos: Ampicilina 32mg iv cada 6 horas. Amikacina 20 mg iv cada 36 horas.</p>	<p>Evita que la ropa actué como fomite.</p> <p>Nos ayuda a detectar el crecimiento de microorganismos, conocer su naturaleza e instaurar el tratamiento adecuado,</p> <p>El monitoreo continuo del estado fisiológico del neonato permite realizar intervenciones oportunas para el tratamiento y así disminuir complicaciones.</p> <p>Ya que la administración brusca de esta pequeña cantidad de sangre puede elevar peligrosamente la presión arterial y además puede estar contaminada y causarle infección.</p> <p>Nos puede dar indicios de algún dato de infección. El aumento de la temperatura corporal indica datos de infección.</p> <p>Para evitar estasis de las secreciones bronquiales que favorecen el desarrollo de microorganismos</p> <p>Nos sirve de diagnóstico bacteriológico</p> <p>Los antibióticos inhiben el crecimiento bacteriano</p>
<p>EVALUACIÓN: Se efectúan todas las medidas posibles de asepsia y antisepsia, el neonato no presenta datos de infección; se le toman tres hemocultivos los cuales salen negativos.</p>	

NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Estrés relacionado con procedimientos invasivos, sobreestimulación manifestado por irritabilidad y llanto.

OBJETIVO: Favorecer el ambiente de Nahomi, convirtiéndolo más agradable y tranquilo posible

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Manipular lo menos posible al neonato.	El sistema nervioso muestra diversas respuestas a estímulos ambientales.
Eliminación de telas adhesivas en sitios de punción e instalación de sondas.	El dolor tiene como objetivo principal proteger y ocurre cuando existe una lesión tisular.
	La evaluación del dolor debe considerarse como el quinto signo vital y debe evaluarse frecuentemente.
Proporcionar estimulación táctil al recién nacido.	El tacto es un tipo de comunicación no verbal, el tacto estimula los receptores de la piel que transmiten mensajes al encéfalo.
Ponerle música suave.	Permite que a través del sentido del oído el recién nacido se relaje.
Disminuir las luces, evitando las intensas y brillantes.	Las luces de alta intensidad no permiten que el neonato permanezca tranquilo.
No despertarlo bruscamente, hablarle antes de iniciar alguna intervención.	Facilita la transición gradual del sueño a la vigilia.
No provocar ruidos intensos alrededor de la cuna radiante.	Los ruidos hacen que el neonato se sobresalte y le provoque estrés
EVALUACIÓN: se logro que la bebé se mantuviera tranquila ratos más prolongados, se disminuyeron las luces y los ruidos y la estimulación táctil favoreció que se relajara mas. Hubo un mayor acercamiento entre los padres y la bebé.	

NECESIDADES DE HIGIENE/PIEL

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con uso de abrasivos que se emplean para fijar venoclisis y catéter.

OBJETIVO: Evitar o disminuir lesiones en la piel del recién nacido, disminuyendo el uso de abrasivos (evitando la tela adhesiva) y manteniendo hidratada, lubricada la piel. Y proporcionando cuidados a la piel lesionada.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Proporcionar cuidados cutáneos generales:	
Lavar la piel con agua templada, usar jabón neutro o productos de aseo sólo cuando sea necesario.	Los jabones y productos para la piel pueden secarla y destruir el manto ácido de la piel provocando irritación y quemaduras químicas.
Lubricar la piel después de limpiarla.	Para conservar la turgencia y rehidratar la piel.
Limpiar diario o cuando sea necesario la zona de los ojos, la boca y el pañal y cualquier zona que este lesionada.	Favorece el arrastre mecánico de los microorganismos patógenos y propiciar el bienestar.
Verificar el estado de la piel y las lesiones diariamente.	Para establecer datos basales.
Proporcionar cuidados a la piel lesionada: Realizar curación de lesiones con antisépticos suaves.	La limpieza y el arrastre mecánico de los microorganismos, así como la aplicación de antisépticos locales disminuyen la proliferación de gérmenes patógenos.
Cubrir las áreas expuestas con gasa estéril.	Para prevenir la entrada de microorganismos patógenos circulante en el ambiente.
Comprobar el estado de la cavidad oral y los labios.	Para identificar lesiones tratables o prevenirlas.
Colocar al neonato en colchón de gel o de agua.	Permiten una distribución homogénea y evitan el exceso de presión sobre una región específica. Y evita lesiones en la piel de tipo de úlceras por decúbito
Mantener el estado hídrico y nutricional en óptimas condiciones.	El estado de deficiencia nutricional e hídrico es perjudicial para el proceso de

<p>Realizar cambios de posición.</p> <p>Evitar factores del entorno que puedan producir zonas de presión como sabanas arrugadas, objetos en las cuna, presión o irritación producida por tela adhesiva, sondas.</p> <p>Dar masaje gentil en zonas enrojecidas.</p> <p>Proporcionar cuidados a la zona perianal y genital.</p> <p>Evitar el uso de venas periféricas para el uso de NPT</p> <p>Para curación del catéter usar micropore o transpore y evitar el uso de tela adhesiva.</p> <p>Aplicar barrera protectora (benjuí) en áreas donde se emplee adhesivo (fijación de sondas, venoclisis, tubo endotraqueal).</p> <p>Retirar los adhesivos con agua templada, gasa.</p> <p>Valorar la perfusión tisular. Comprobar que los dedos de las manos o de los pies son visibles cuando se utilice una extremidad para la venoclisis, saturometro.</p> <p>Verificar el llenado capilar.</p>	<p>cicatrización.</p> <p>Cada cambio de posición varía la zona del cuerpo que soporta la presión.</p> <p>Los factores ambientales mal empleados pueden aumentar el grado de presión o daño de irritación a los tejidos.</p> <p>Estimula la circulación de la región, llevando nutrientes a las células y evitando la destrucción de la piel por falla de riego sanguíneo.</p> <p>Para evitar la maceración de los tejidos provocado por la humedad y el ph de las evacuaciones intestinales y vesicales.</p> <p>La glucosa concentrada tiene una naturaleza altamente irritante.</p> <p>Las cintas adhesivas pueden excoriar la piel o adherirse tanto a su superficie que, al tirar de ellas se separe de su superficie subyacente.</p> <p>Protege la piel y ayuda a la cicatrización de la excoriada.</p> <p>Son menos agresivos que el alcohol o las tinturas ya que tienden a secar y quemar la piel delicada.</p> <p>El daño tisular es producido por la restricción del flujo sanguíneo, debido a la hipoperfusión circulatoria que se acentúa al permanecer bajo presión excesiva o prolongada.</p> <p>Para valorar la perfusión de las zonas dístales.</p>
--	--

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.
EVALUACIÓN: Aunque se tomaron todas las medidas adecuadas, como disminuir el uso de telas adhesivas en su piel, presento algunas lesiones, a las cuáles se les brindaron cuidados para que no se infectaran y sanaran lo más rápido posible.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Suplencia total de higiene y cuidados de la piel relacionado con la etapa de crecimiento y desarrollo.

OBJETIVO: Mantener en óptimas condiciones de higiene al recién nacido, a través de aseo diario tanto personal como de la cuna radiante.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Realizar baño de esponja diario, con atención especial a las orejas, pliegues cutáneos, cuello espalda y región genital.</p> <p>Evitar la utilización de jabones alcalinos, los polvos, las lociones y aceites.</p> <p>Mantener la piel seca y bien lubricada:</p> <p>Mantener en óptimas condiciones el cordón umbilical. *Realizar aseo diario o por razón necesaria. *Mantenerlo seco. *Colocar el pañal debajo de este.</p> <p>Mantener su cuna radiante en óptimas condiciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizar aseo de la unidad diario. • Cambio diario o por razón necesaria de la sábanas de la cuna. • Cambio frecuente pañal. 	<p>El baño constituye una medida eficaz para el bienestar, la estimulación de la circulación y la eliminación de los productos de las secreciones corporales.</p> <p>Estos productos alteran el PH de la piel propiciando el desarrollo bacteriano. *Los polvos pueden despertar reacciones alérgicas o rinitis en el RN y por otro lado alteran la secreción de las glándulas sudoríparas. *La aplicación de aceite de forma directa y la exposición al calor de la cuna pueden ocasionar quemaduras al RN.</p> <p>La humedad puede producir excoriaciones. La limpieza y lubricación contribuyen a mantener la integridad de la piel.</p> <p>El cordón umbilical es un medio excelente para el crecimiento y entrada de microorganismos</p> <p>Un entorno limpio y seco favorece el confort y bienestar del neonato.</p>
<p>EVALUACIÓN: Se mantiene en óptimas condiciones de higiene al neonato y lo que lo rodea.</p>	

NECESIDADES DE ELIMINACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo alto de alteración de los procesos de eliminación intestinal y excreción urinaria a causa de la inmadurez renal, falta de movilidad y Ministración de medicamentos.

OBJETIVO: mantener en buen funcionamiento las vías de eliminación.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Auscultar ruidos intestinales (características y frecuencia).	Nos ayuda a valorar la presencia de peristalsis necesaria para la defecación y/o ausencia o disminución de ruidos, ruidos intestinales agudos o hiperactivos.
Valorar la frecuencia de la eliminación y características de las heces (código de evacuaciones).	Detecta el funcionamiento intestinal: el código de evacuaciones confirma el origen y posible causa de una alteración.
Valorar características físicas del abdomen *Contorno (perímetro abdominal) *Forma. *Simetría *Color de piel *Masas *Ondas peristáltica	Para detectar retención de aire o líquido, obstrucción intestinal o masas en la cavidad abdominal..
Explorar el abdomen por medio de: *palpación *Percusión.	Para detectar masas o áreas sensibles y detectar lesiones, líquido o gas dentro del abdomen.
Mantener en optimas condiciones el estado hídrico por vía enteral o parenteral.	El líquido disuelve el contenido intestinal facilitando su paso a través del colon.
Conservar el tono muscular adecuado por medio de ejercicio y masaje.	La alteración de los músculos abdominales y el suelo pélvico altera la capacidad para incrementar la presión intraabdominal y por tanto la movilización de heces. La actividad, incluso el de levantar las piernas, aumenta el peristaltismo.

<p>Llevar un registro de evacuaciones y orinas</p> <p>Vigilar signos de edema periférico. Piel tensa y resplandeciente. Pulsos saltones.</p> <p>Vigilar signos y síntomas de deshidratación como: Turgencia cutánea deficiente. Mucosas secas Fontanelas hundidas.</p>	<p>Nos permite llevar un control de evacuaciones y orinas que tuvo un recién nacido en 24 hrs</p> <p>Son signos de sobrehidratación lo que pueden complicar el estado de salud.</p> <p>La deshidratación por si misma puede complicar severamente al recién nacido</p>
<p>EVALUACIÓN: Orina espontáneamente y se logro que evacuara con estimulación rectal., tiene peristalsis presenta aunque disminuida, su abdomen no se distiende ni presenta alteración alguna</p>	

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la movilidad relacionado con venoclisis, venodisección, tubo endotraqueal y aparatos instalados al RN manifestado por irritabilidad.

OBJETIVO: Evitar úlceras por presión dando cambios posturales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Dar cambios de posición. Colocar un colchón de agua Evitar pliegues o arrugas en las sábanas	Los cambios de posición evitan las excoriaciones y proporcionar confort y disminución del gasto calórico. Se mantiene al recién nacido lo más relajado posible disminuyendo el estrés. Evita que se formen úlceras por presión. Las arrugas en las sábanas provocan que la piel delicada del neonato se lastime.
EVALUACIÓN: Nahomi no presenta ningún tipo de úlcera por presión	

NECESIDAD DE REPOSO/SUEÑO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del patrón del sueño relacionado con manipulación continua, luces y ruido manifestado por irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño manifestado por taquicardia y desaturaciones.

OBJETIVO: El sueño será de los más tranquilo posible procurando un ambiente adecuado que propicie el bienestar y descanso del recién nacido.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
<p>Controlar los factores ambientales que interfieren en el sueño del neonato</p> <ul style="list-style-type: none">*Disminuir el ruidos de las alarmas de monitores y ambientales.*Amortiguar la iluminación.*Mantener la temperatura y humedad adecuada. <p>Establecer periodos de descanso y sueño sin interrupciones.</p> <p>Hacer coincidir los cambios de posición con la valoración.</p> <p>No interrumpir el sueño del RN a menos de que sea necesario.</p> <p>Permitir que la madre esté en contacto con el niño para que le proporciones caricias, le hable para tranquilizarlo y orientar sobre la importancia del sueño.</p> <p>Poner música suave</p>	<p>El entorno físico tiene una influencia importante sobre la capacidad para conciliar el sueño y mantenerse el dormido.</p> <p>El sueño y descanso son necesarios para restaurar los procesos biológicos, durante este se secreta hormonas del crecimiento para la reparación o renovación de las células, se conserva energía química para los procesos celulares y favorece la función inmune natural y celular.</p> <p>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 que el neonato responde a la voz articulada que a otros sonidos, esto lo tranquilizara y podrá conciliar el sueño.</p> <p>Permite que el neonato se relaje y su sueño sea más placentero.</p>
<p>EVALUACIÓN: Se logro que la bebé duerma por periodos un poco mas largos, y se trato de manipular lo menos posible mientras su estado de salud lo permitiera.</p>	

NECESIDAD DE VESTIRSE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Suplencia total del vestido y arreglo personal relacionado con la etapa de crecimiento y desarrollo.

OBJETIVO: Se mantendrá con el vestido adecuado de acuerdo a las normas establecidas en el cunero patológico

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO
Seleccionar la ropa más adecuada para el momento, temperatura y situación (en este caso únicamente utiliza pañal y gorro).	La observación cuidadosa y constante de un RN en estado crítico se facilita si este es colocado en un medio térmicamente controlado y se mantiene descubierta la totalidad de la superficie corporal.
Estimular la participación activa de los padres en el acicalamiento y vestido cuando este sea posible.	Para implicarlos en las actividades de autocuidado (suplencia) según sus propios deseos.
EVALUACIÓN: De acuerdo al reglamento del servicio y de las condiciones del RN, se mantuvo lo más cómodo y adecuado posible.	

CONCLUSIONES

El proceso de Atención de Enfermería es un método científico que junto con el modelo de Virginia Henderson, permite delimitar de manera mas clara la actuación de enfermería y brindar cuidados de manera coherente, personales, lógicos y sistematizados los cuidados.

Este método se hace necesario para el profesional de enfermería ya que requiere una actualización constante y conocimiento que hace posible la innovación y por consiguiente sea mas competitivo.

En el Hospital General de Zona # 47 del seguro Social es un hospital de segundo nivel, no cuenta con una UCIN, todos los recién nacidos que tienen alguna patología son atendidos en el cunero patológico

En este servicio se atienden a recién nacidos graves y no tan graves y se hace hasta lo imposible para brindarles una atención de calidad a todos nuestros neonatos , para reincorporarlos a la sociedad sin secuelas

La prematurez es un problema frecuente en las instituciones de salud, y es necesario que el profesional de enfermería se prepare día a día , para brindarles la mejor atención posible a esas personitas que sienten , oyen y ven, ya que ellos son el futuro de nuestro país.

Nahomi; la bebé que fue objeto de mi estudio, se logro destetar del ventilador y se fue recuperando hasta ser dada de alta, con la indicación de continuar con seguimiento en consulta externa.

La realización del presente trabajo me permitió brindar un cuidado más personalizado y completo a Nahomi. La mayoría de mis objetivos planteados en el inicio del proceso se cumplieron en su totalidad.

Para mi es de gran utilidad el llevar a la práctica el Proceso de Atención de Enfermería, ya que define el ejercicio de la enfermera, el paciente puede participar en su cuidado, involucrando a la familia, se da una continuidad y se mejora la calidad de la atención.

SUGERENCIAS

- ❖ Que se programen cursos continuos de Procesos de Atención de Enfermería, para apoyo de los pasantes.
- ❖ Que los trámites de titulación sean más rápidos.
- ❖ Que todos (as) los profesionales de enfermería se preparen cada día más, ya que esta no es un profesión estática y con los avances de la tecnología y la ciencia, se exige que se este a la vanguardia de ellos para poder proporcionar una atención de calidad.
- ❖ Que los docentes tengan la preparación y capacidad de favorecer el proceso de enseñanza-aprendizaje para que puedan guiar a los alumnos y formen verdaderos profesionales.
- ❖ Que a los pasantes se desproporciones todos los elementos teóricos para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
- ❖ Que el pasante conozca sobre la metodología del Proceso de Atención de Enfermería

GLOSARIO

ACIDOSIS: Disminución de la reserva alcalina de la sangre.

APNEA: Suspensión transitoria del acto respiratorio.

ATELECTASIA: Falta de extensión o dilatación. Expansión imperfecta de los pulmones de los recién nacidos.

CEFALOCAUDAL: Relativo a la cabeza y a la cola.

CIANOSIS: Coloración azul de la piel y mucosas, especialmente debida a anomalías cardiacas, causa de oxígeno insuficiente en la sangre.

ERITROPOYESIS: Producción de glóbulos rojos en los órganos hemopoyéticos.

FISIOPATOLOGÍA: Estudio de la ciencia de las funciones en el curso de la enfermedad y de las modificaciones que sufre a causa de esta.

HEMOCULTIVO: Siembra en medios adecuados de una pequeña cantidad de sangre de un paciente enfermo para establecer el diagnóstico bacteriológico.

}

HIPOTONIA: Tensión o tonicidad disminuida, especialmente de los músculos.

HIPOXIA: Anoxia moderada.

LIPOPROTEINA: Complejo constituido por lípidos y proteína responsable del transporte de lípidos por el plasma.

METODOLOGÍA: Conjunto de reglas que deben seguirse en el estudio de un arte o ciencia.

MORBIDIDAD: Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinado.

PREMATURO: Que ocurre antes de tiempo propio o término. Niño nacido antes del tiempo que se haya cumplido las 38 semanas de gestación.

PROCESO DE ENFERMERÍA: Método empleado por la enfermeras para efectuar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales.

SISTEMATIZADO: Que limita a un sistema orgánico o doctrinal o a un grupo de ideas

TAQUIPNEA: Respiración aceleradas, superficial.

XANTINAS: Base blanca amorfa, producto de oxidación de la hipoxantina, que existe en la mayor parte de los tejidos, existen diferentes principios activos derivados de la xantina, como son la cafeína, teofilina y la teobromina, presentes en el café, té y cacao.

BIBLIOGRAFIA

Alfaro Rosalinda, Le Feure “Aplicación del proceso de Enfermería” 3 Edición, Editorial Mosby, Madrid España, 1996.

Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero, guía paso a paso 2002.

Brunner Ds Suddarth, “Enfermería Medico Quirúrgica, 6 edición V.I Editorial Interamericana.

Carpenito Lynda Juall, Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería, Editorial Interamericana

Colliere F. Encontrar el sentido original del cuidado 1988.

Fernandez-Novel-Martin, El proceso de Atención de Enfermería.

Iye W:P y Taptich B:I Proceso y Diagnóstico de enfermería 2002

Jasso Luis, Neonatología práctica, Editorial Manual moderno, 6 edición, 2005

Kozier, Erb “Enfermería Fundamental”, conceptos, procesos y práctica, tomo I, Editorial Interamericana, 1993

Luis Rodrigo Ma. Teresa de la teoría a la práctica, el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI

Lowdermilk-Pery-Bobak, Enfermería Maternoinfantil, Editorial Océano, VI y VII

Mattson-Smith, Enfermería Maternoinfantil, segunda edición, editorial Interamericana

Mendoza Colorado Catalina, Programa Guía, Obstetricia II, SUA.

Rosales Barrera “Fundamentos de Enfermería” Tomo, Editorial Manual Moderno, México D:F, Santa Fe Bogotá Colombia, 1999

Salvat, diccionario médico, 3 edición, Barcelona España, 1993.

Schulte-Price-Gwin, Enfermera Pediátrica de Thompson, editorial Interamericana, octava edición