



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OSBTETRICIA

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN NEONATO CON
ALTERACION DE LA NECESIDAD DE RESPIRACION BASADO EN LAS
CATORCE NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSÓN.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

NAYELI LÓPEZ GARCÍA

NUMERO DE CUENTA: 403016123

DIRECTORA DEL TRABAJO:

MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ

MÉXICO, D.F. NOVIEMBRE DEL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Objetivos.....	5
Marco teórico	7
4.1. Enfermería como profesión y disciplina.....	7
4.2. Cuidado como objeto de estudio.....	8
4.2.1. Antecedentes históricos del cuidado.....	17
4.2.2. Tipos de cuidado	22
4.3. Teoría de enfermería.....	29
4.3.1. Definición de teoría.....	29
4.3.2. Objetivos y ventajas del uso del uso de la teoría de la enfermería.....	31
4.3.3. Clasificación de las teorías.....	33
4.3.4. Teoría de Virginia Henderson.....	39
4.4. Proceso de enfermería	47
4.4.1. Definición y objetivo	47
4.4.2. Ventajas del proceso	49
4.4.3. Descripción de las etapas.....	50
4.5. Características fisiológicas del neonato sano.....	72
4.6. Fisiopatología del neonato prematuro complicado con membrana hialina	87

5. Aplicación del proceso	103
5.1. Presentación del caso	103
5.2. Resultado de la valoración	105
5.3. Desarrollo de las etapas del proceso	108
5.3.1. Diagnósticos reales y desarrollo de las demás etapas.....	108
5.3.2. Diagnósticos potenciales de riesgo y desarrollo de las demás etapas	121
6. Conclusiones y sugerencias.....	129
Bibliografía.....	130
Anexos.....	133

1. INTRODUCCIÓN

La profesionalización de enfermería es un acontecimiento relativamente nuevo; ya que hasta unos años que aparecieron las primeras investigadoras, iniciando así, la lucha por el reconocimiento de la profesión de enfermería como una profesión disciplinar autónoma.

Fue Florence Nightingale la pionera en el desarrollo de la profesionalización de la enfermería, aportando las primeras teorizaciones sobre los cuidados las cuales constituyeron el embrión de lo que conocemos hasta ahora, cuyo principal motivo era explicar la práctica diferenciada de otras ciencias de la salud, este desarrollo se dio a partir de la segunda guerra mundial ya que se dieron varios cambios tecnológicos, científicos y sociales.

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional, como ciencia y arte del cuidado se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guíe la práctica.

Toda profesión requiere de un método para lograr su objetivo, el cual es el bienestar de la persona, enfermería no puede ser la excepción ya que esta utiliza el método enfermero; el proceso enfermero se entiende como: el conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería, teniendo como objetivo principal constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, implica la existencia de una relación con interacciones

entre el paciente y la enfermera; consta de 5 etapas las cuales son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; la importancia del proceso radica en que proporciona profesionalismo e identidad a quien lo aplica.

El proceso debe de estar apoyado en un teoría de enfermería, ya que la teoría nos sirve para dar dirección, guiar y estructurar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería profesional, así mismo nos ayuda a diferenciar la aportación de la enfermera de otras profesiones; relacionando entre sí cuatro componentes principales de las teorías donde se ejecutara su estudio; la persona o cliente, entorno, salud / enfermedad y enfermería.

Existen diversas clasificación de teorías de enfermería entre las más destacadas están las teorías centradas en el ser humano, las teorías centradas en el ser humano y otras entidades, teorías centradas en la enfermera y las teorías centradas en la salud.

Por lo que el presente proceso de enfermería está basado en la teoría de Virginia Henderson en la cual; ella identifica tres niveles de relación enfermera-paciente, catorce necesidades básicas y el modelo que orienta la práctica de enfermería.

El presente trabajo es una recopilación de información, la cual fue utilizada para la elaboración de un proceso de enfermería, aplicado a un neonato en el área de cuidados intensivos neonatales del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, con alteración de la respiración basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson.

2. JUSTIFICACIÓN

El Proceso de Enfermería constituye un método donde el licenciado de enfermería y obstetricia integra los conocimientos teórico prácticos adquiridos durante la preparación universitaria que recibió, ya que en la actualidad el licenciado como profesional de la salud está ampliamente comprometido con el bienestar de la población mexicana, debe de tener en cuenta y nunca olvidar que nuestra sociedad le tiene confianza y esa responsabilidad lo debe de impulsar a mantenerse siempre actualizado, con los conocimientos adecuados para evitar cualquier incidente o accidente provocado por una mano humana.

El proceso de enfermería; el cual es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería, el cual es mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo, el proceso enfermero debe seguir su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible. Este es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente, la enfermera corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso, ello ayuda al paciente a enfrentarse a los cambios en su salud, tanto actuales, como potenciales y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada.

Existen muchas ventajas del proceso las cuales tienen 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 de los cuidados de enfermería; el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional se produce un aumento de satisfacción, así como de la profesionalidad. Así mismo hay diferentes ventajas para los paciente como el participar en su propio cuidado, una continuidad en la atención y mejora la calidad de la atención.

Dentro de las ventajas el proceso enfermero contiene características propias del mismo: tiene una finalidad, se dirige a un objetivo, es sistemático, implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo, es dinámico, responde a un cambio continuo, es interactivo, está basado en las relaciones reciprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud, es flexible; se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente, tiene una base teórica, el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias, humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

No podemos dejar de lado que proceso enfermero brinda identidad, autonomía y profesionalización al licenciado en enfermería ya que delimita y diferencia nuestra practica de otras con las que compartimos como la medicina, trabajo social y muchas tantas mas.

De esta misma forma la elaboración de este trabajo contribuirá para adquirir el titulo como licenciado en enfermería y obstetricia.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar un proceso de enfermería a un neonato con alteración de la necesidad de respiración basada en las catorce necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de garantizar un cuidado holístico y de calidad.

Objetivos Específicos

Valorar a un neonato con alteración de la necesidad de respirar, reuniendo la información adecuada para determinar el grado de independencia; mediante una historia de enfermería, que abarca las catorce necesidades básicas del paciente.

Plantear diagnósticos de enfermería para examinar el grado de dependencia del neonato, en cada una de las necesidades básicas e identificar los problemas de salud reales o potenciales.

Desarrollar un plan de acción que determinara actividades para identificar prioridades, fijar objetivos, realizar intervenciones de enfermería, lo cual va encaminado a lograr el mantenimiento del bienestar del neonato.

Ejecutar actividades prescritas durante la etapa de planificación para determinar si fueron adecuadas, las acciones realizadas de igual forma se identifican nuevos problemas o avances.

Evaluar, si el plan de cuidados ha sido efectivo, realizar cambios e identificar si se logro la independencia del neonato en cada una de las necesidades básicas, así mismo redireccionar el plan de cuidados para verificar que lo objetivos planteados en la planificación se llevaron a cabo.

Brindar cuidados de enfermería en forma precoz, oportuna de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos.

Detectar precozmente los riesgos potenciales de la membrana hialina.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ENFERMERÍA COMO DISCIPLINA Y PROFESIÓN

Hace muy poco inicio la profesionalización de enfermería es un acontecimiento relativamente nuevo; ya que hasta unos años que aparecieron las primeras investigadoras, iniciando así la lucha por el reconocimiento de la profesión de enfermería.

Florence Nightingale siendo la pionera en el desarrollo de la profesión cuyas investigaciones fueron las primeras teorizaciones sobre la enfermería y constituyeron el embrión de lo que conocemos hasta ahora; cuyo principal motivo era explicar la práctica diferenciada de otras ciencias de la salud, este desarrollo se dio a partir de la segunda guerra mundial ya que se dieron varios cambios tecnológicos, científicos y sociales.

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional como ciencia y arte del cuidado se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guíe la práctica. Comprender al ser humano en interacción con su entorno en relación con las necesidades de salud exista o no la enfermedad.

Diferenciar cual es la contribución de las enfermeras como profesionales independientes en la satisfacción de necesidades; hoy en día y de modo generalizado al basarse en un marco teórico propio, se centran en la persona, sus necesidades de salud en vez de orientarlos hacia la enfermedad y su tratamiento. Como de forma tradicional, un gran avance histórico se había llevado a cabo al guiarse por el marco de otras disciplinas (Fernández Ferrín, 1998:)

La enfermería es una disciplina que participa en la promoción de la salud a la sociedad, los cuidados de la salud son prestados por especialistas en las diversas disciplinas de esta área. (Wolff, 1998:3)

Una disciplina como ciencia debe de pensarse y construirse desde la historia, desde la práctica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las ciencias.

El pensamiento científico parte en una última estancia de problemas sugeridos por la observación de las cosas y sucesos de la experiencia común; trata de comprender esas cosas observables descubriendo en ellas algún orden sistemático.

El logro de un conocimiento teórico general, concerniente a las condiciones fundamentales que determinan la aparición de diversos tipos de sucesos y procesos.

4.2. CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO

La enfermería más que una simple ocupación subordinada a la medicina es una disciplina científica que posee un objeto particular de estudio y un cuerpo propio de saberes edificado a partir de aquel.

Por lo que se ha declarado de manera puntual que el objeto de estudio de la disciplina es el cuidado.

El constante error mantenido entre el orden de los cuidados y lo que es el orden de los tratamientos hacen que los últimos sean abusivamente denominados cuidados, lo que hace pensar que solo los tratamientos representan la acción

terapéutica. La antigua expresión cuidarse demuestra que no se trata de cuidarse contra la enfermedad si no vincularse con aquello que vive estimulando y facilitando las condiciones para su desarrollo, ningún tratamiento puede sustituir los cuidados, se puede vivir sin tratamiento pero no se puede vivir sin cuidados, incluso cuando se está enfermo ningún tratamiento podría remplazar los cuidados. Aunque invisible y clausurada en la práctica asistencial, la noción del cuidado ocupa un lugar central y fundamentalmente en el discurso de enfermería. Desde el punto de vista disciplinar el cuidado es el objeto de estudio de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica, el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente si no dejarla ser, ciertamente cuidar a otro no es sustituirle si no ayudarlo, no consiste en imponer pautas de conducta ajena a él sino mas bien a contribuir a la realización de sus proyectos personales.

Los primeros intentos por clarificar y sistematizar conceptualmente la noción de los cuidados se deben a Madeleine Leininger enfermera y antropóloga que a finales de los años 70 inicio su estudio sistemático del término ella en primer lugar afirma que, el constructor cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento, el desarrollo y supervivencia de los seres humanos.

Desde un punto de vista antropológico el cuidado debe haber sido un tipo de acción y relación humana presente desde los albores de la humanidad, más contundente es Leininger cuando asegura que el cuidado fue el factor esencial que asistió al homo sapiens en su evolución cultural, el cuidado humano ha

permitido a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, económicas, sociales y políticas.

Una segunda razón reside en el creciente aumento de la tecnología y mecanización de los sistemas sociales de mantenimiento; la restauración de la salud que va en aumento, los profesionales de la salud necesitarán reflexionar acerca del amplio rango de consecuencias a corto, mediano plazo, del uso y del abuso de las tecnologías en el cuidado y mantenimiento de la salud humana.

En tercer lugar es necesario sistematizar y conceptualizar la noción del cuidado porque desde los inicios de la enfermería moderna nos se ha estudiado este concepto de una forma rigurosa en relación con los cuidados de enfermería, aunque Florence Nightingale usó el término cuidado en ninguno de sus trabajos definió, ni explicó el concepto. (Hernández Conesa, 1995:139)

A partir de Nightingale el término cuidado ha sido utilizado en enfermería como verbo para designar la idea de cuidar a otra persona.

Unos de los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado han sido realizados por Leininger presentando las diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidados profesionales de enfermero.

El cuidado genérico: son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientadas a la mejora y el desarrollo de la condición humana.

Los cuidados profesionales son definidos como: aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidos cognitivamente y culturalmente que permiten a un individuo, familia o comunidad a desarrollar condiciones saludables de vida.

Los cuidados profesionales enfermero son: todos aquellos modos humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas técnicas y procesos de cuidado orientado al mantenimiento y desarrollo de las condiciones favorables de vida y muerte.

El cuidado en el contexto de enfermería es la profesionalización y cientificación de la tendencia instintiva y culturalmente medida de los seres humanos como especie hacia la protección de sus miembros, esta constatación tiene importante derivación pedagógico-didáctica. El cuidado profesional enfermero puede contribuir a facilitar la comprensión de que los cuidados enfermeros son actividades claramente diferenciadas de los cuidados familiares o del cuidado de los profesores para con sus alumnos. (Hernández Conesa, 1995:130)

Esta diferencia es crucial para reconocer la existencia de un cuerpo de saberes propio en los cuidados enfermeros profesionales, la compasión y los sentimientos son necesarios pero no suficientes para la enfermera profesional.

Cuando Leininger se refiere al cuidado profesional enfermero está hablando de un cuidado profesional con una finalidad, que lo diferencia del resto de cuidados profesionales, mantener y desarrollar la salud así mismo el bienestar de las personas, como acciones intencionadas, que son fundadas en un cuerpo de saberes, se supone que pueden ser enseñadas y aprendidas. Para determinar cómo los sistemas de creencias afectan a la noción y prácticas del cuidado.

- El cuidado humano es un fenómeno universal pero los procesos métodos y técnicas con los que se desarrollan varían culturalmente.

- Cada situación de cuidado enfermero presenta acción de cuidados transculturales necesidades e implicaciones.
- Los procesos actos de cuidado son esenciales para la supervivencia el crecimiento y el desarrollo humano.
- El cuidado puede considerarse como la esencia y la dimensión que unifica intelectual y prácticamente la enfermería profesional.
- El cuidado presenta dimensiones biológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden ser estudiadas así como prácticas para prestar cuidados holístico a las personas.
- Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos del cuidado transculturales, cuando ese cuerpo de saberes es suficientemente desarrollado podrá revolucionar las actuales practicas de enfermería.
- Para proporcionar cuidados terapéuticos la enfermera debe poseer conocimiento sobre los valores, creencias y prácticas acerca del cuidado que los pacientes poseen.
- Las actividades y funciones del cuidado universales de las que no lo son y las populares de las profesionales permitirá desarrollar el cuerpo de saberes de la enfermería.
- Los procesos de curar y cuidar presentan diferencia en sus esencias y en sus características principales.
- La distinción de las prácticas de cuidado universales de las que no lo son y las populares de las profesionales permitirán desarrollar el cuerpo de saberes de la enfermería.
- No puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin

curación.

La mirada enfermera ve al sujeto enfermo antes que a su enfermedad, permitiendo que el sufrimiento que pide ser aliviado y que no quede enterrado en la profundidad biológica del organismo, una mirada que escucha, un organismo que habla son muy diferentes de una mirada que observa pasando de un caso a otro para disolverlos en la estructura disciplinar de la patología médica; cuyo referente es el cadáver la disección del cual marco; el nacimiento de la medicina moderna.

La enfermería se basa en una perspectiva holística, biopsicosocial ya que no se centra en la enfermedad si no en las respuestas humanas a los procesos mórbidos y de salud, la enfermería toma como referente epistémico las ciencias humanas aquellas que permiten, el conocimientos de los procesos particulares y únicos que se desarrollan cuando un ser concreto se enfrenta al desarreglo biopsicológico que denominamos enfermedad, así podrá personalizar e individualizar el tratamiento de la repercusión que la disfunción biológica tienen, en la capacidad que la persona cuidada posee, para alimentarse, vestirse, eliminar, respirar, aprender, sentirse segura; solo así podrá compensar las alteraciones funcionales de la vida de las personas que la enfermedad desencadena esto, es una perspectiva holística, es posible el cuidado, lo otro son tratamientos. (Wolff, 1998:14)

Collier define que durante la actividad de cuidar la enfermera desarrolla tres tipos de actividades de naturaleza diferente, las que dependen directamente de la decisión e iniciativa de la enfermera, las que dependen de la decisión del médico, en cuanto a la prescripción y de la enfermera en cuanto a la puesta en práctica y

las que dependen de iniciativas compartidas entre trabajadores sanitarios y sociales.

- El término cuidado ha sido utilizado regularmente en la literatura de enfermería desde hace de más de un siglo.
- Existen pocas definiciones del término que usualmente es utilizado como prefijo de enfermería.
- El término cuidado médico es utilizado como sinónimo de tratamiento médico o quirúrgico de la enfermedad.

La influencia de la fenomenología queda patente en los trabajos de Watson cuando afirma que el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan: proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar al otro a adquirir el autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

La esencia de la acción profesional de la enfermera radica en una forma particular de relaciones entre personas, una relación subjetiva entre un ser humano y otro donde la subjetividad de la enfermera influye y se ve influida por la subjetividad de la persona que cuida.

Hay un elevado valor de la vida-mundo subjetivo de la persona que experimenta estados salud-enfermedad, el énfasis se pone en ayudar a otra persona a obtener más autoconocimiento, más autocontrol y disponibilidad para la autocuración independiente de la condición externa de la salud, la enfermera se considera coparticipe en el proceso de cuidados humanos por lo que se confiere un gran valor al proceso de relación entre la enfermera y la persona.

El cuidado es un dialogo vivo donde enfermera y persona comparten sentimientos y emociones provocadas por algunos de los momentos más intensos y dramáticos de la vida.

El cuidado no es la reducción cosificante de la persona a un conjunto de signos y síntomas o a una serie de respuestas humanas a la enfermedad antes al cuidado transpersonal reclama un lugar preponderante para la intersubjetividad entre la enfermera y la persona basándose en la creencia que, nosotros aprendemos uno de otro identificándose con los demás o reconociendo sus dilemas en nuestro interior y obteniendo como resultado un mayor autoconocimiento.

Esta reivindicación de la subjetividad, además de trascender y superar el reduccionismo biológico supone que durante la interacción enfermera-enfermo, el valor de punto de vista de las enfermeras es tan relevante como el de una persona a la que cuida ya que al negar la posibilidad de la subjetividad de la enfermera se una al del otro, es negar la posibilidad de expresión e incluso de existencia de la subjetividad del otro. Negar la naturaleza intersubjetiva del cuidado no solo implica reducir a objeto a la persona cuidada supone además cosificar y reducir a la enfermera a ese nivel.

La enfermería en este contexto puede definirse como una ciencia humana y de experiencias salud-enfermedad-curación que son mediatizadas por una transacción de cuidados profesionales, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos; tal visión no solo requieren de la enfermera científica, académica y clínica si no también una agente humanitaria; moral implicada como participe en la transacción de cuidados humanos.

Para Watson el proceso de cuidados esta formalizado por diez elementos o

factores de cuidado que se hallan presentes en toda relación en que la enfermera y a la persona cuidada sean coparticipes estos elementos se constituyen en pautas y orientación para la acción de cuidar.

- Formación de un sistema de valores humanísticos altruistas.
- Fomentar la fe y la esperanza.
- Cultivar la sensibilidad hacia uno mismo y los demás.
- Desarrollar una relación de cuidados humanos de ayuda y confianza.
- Promocionar y aceptar la expresión de sentimientos positivos y negativos.
- Usar procesos creativos para resolver problemas.
- Promover la enseñanza y el aprendizaje.
- Crear un entorno de apoyo o corrección mental física sociocultural y espiritual.
- Ayudar en la satisfacción de las necesidades humanas.
- Aceptación de las fuerzas existenciales fenomenológicas.

Las perspectivas de Leininger y Watson sin duda complementarias permitirán articular y estructurar aspectos particulares de los cuidados enfermeros adjudicándole a la noción de cuidado en sus principales señas de identidad la consideración holística de la naturaleza humana.

Desde esta visión holística en la que se intenta sintetizar las visiones del cuidado fundadas en una racionalidad técnica y aquellas que se centran en los aspectos subjetivos de la experiencia de la enfermedad y salud.

4.2.1 Antecedentes históricos del cuidado.

El origen del cuidado se remonta a las primeras relaciones del ser humano con el medio, para intentar cubrir las necesidades básicas y perpetuar la especie.

En la revolución neolítica caracterizada por el paso de la economía depredadora a la productora nos describe el contexto prehistórico que configuran el origen de la práctica del cuidado o de la actividad de cuidar, de este modo la necesidad que tiene el hombre primitivo de asociarse se manifiesta en símbolos; en este sentido el concepto de ayuda bajo el que configuran las practicas de los cuidados, está inmerso en un principio dentro de la consideración de grupo ya que el hombre primitivo se cree incapaz de subsistir dissociado del mismo. Podríamos afirmar que el concepto de ayuda paleolítico está impregnado de falta de individualidad.

El proceso de hominización favorece el surgimiento de especies que son capaces de ejercer un mayor control y el descubrimiento del fuego, dada la influencia de este ejercicio sobre los elementos básicos que constituyen la práctica del cuidado, donde las mujeres se dedicaban al cuidado del fuego ya que es la clave de la sobrevivencia. (Hernández Conesa, 1995:140).

Con el dominio de la producción del fuego se transformaron las organizaciones sociales, mágico-religiosas y sus uso modificara materias y alimentos; lo cual junto al calor y la luz contribuirán inexorablemente a la conservación del grupo y de la especie objeto de las actividades cuidadoras; se incorporan a las prácticas de los cuidados elementos psicológicos y culturales que las desligan de pautas meramente instintivas lo que supone un aumento en la capacidad de aprendizaje fundamentadas en la experiencia que proporcionan los principios de la causalidad.

El origen de las prácticas de los cuidados se debió a las actividades de alimentación y conservación del grupo; relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrolla la vida de los primeros hombres. La actividad de cuidar estaba ligada en un principio a las peculiaridades biológicas femeninas relacionadas con la fecundidad que se irían perfilando en tareas específicas asignadas por la comunidad; así las principales responsabilidades femeninas serían:

- El mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar el bienestar y alivio.
- El cuidado de las gestantes en los partos y el aprendizaje de comportamientos que garanticen la continuidad de la especie y de la vida.
- La recolección de vegetales que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimiento relacionados con sus propiedades así como repercusión en las prácticas del cuidado.

De este modo el saber empírico que se va configurando mediante la praxis de las tareas establece un valor social de los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres en las primeras comunidades prehistóricas.

Los cuidados domésticos se llevan a cabo a partir de las primeras civilizaciones de las cuales se tiene noción ya que estas fueron descritas en diferentes papiros de diferentes civilizaciones. (Hernández Conesa, 1995:141)

El papel tradicional de la enfermera ha sido de proporcionar asistencia, educación, consuelo y apoyo. Sin embargo estas sociedades fueron evolucionando, surgieron ideas prácticas sobre ciertas causas ajenas a la magia en las enfermedades que observaban; se sabe que las comadronas se encargaban de cuidar de las madres

y a sus hijos durante el alumbramiento; también se sabe que las nodrizas se encargaban de alimentar a los niños de las familias ricas, a menudo estas tareas las desempeñaban mujeres que eran esclavas, las enfermeras esclavas dependen de las enseñanzas del maestro, curandero, o sacerdote que se encargaban de instruir las y dirigir las en su trabajo.

El primer registro sobre una ley que rige el ejercicio de la medicina es el código de Hammurabi, atribuido a los babilonios y fechado 1900 a. de C. En este código se conservan reglamentos como el saneamiento y la salud pública; no hay ningún dato específico de la enfermería en las civilizaciones babilónicas pero hay algunas referencias de tareas y prácticas que prestaban tradicionalmente las enfermeras. (Kozier, 1999:6)

Las enfermeras son mencionadas de forma ocasional en el antiguo testamento como mujeres que cuidaban a los niños, a los lactantes, a los enfermos, a los moribundos y que actuaban como comadronas que asistían a las mujeres en el parto y el alumbramiento.

En la antigua Grecia y Roma el cuidado de los enfermos y los heridos estaba muy avanzado tanto en la mitología como en la realidad.

En las culturas antiguas de África las funciones de la enfermera eran de comadrona, herboriza, nodriza, cuidadora de niños y de ancianos.

En la antigua india los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos; 1) conocimiento en la forma de preparar fármacos, 2) inteligencia, 3) dedicación al paciente, 4) pureza de cuerpo y mente; las mujeres indias actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de la familia.

Muchas religiones practican benevolencia pero ha sido el valor cristiano de amor al prójimo como a uno mismo el que ha tenido un gran impacto en el desarrollo de la enfermería de occidente.

Las mujeres no eran las únicas que prestaban servicios de enfermería en el siglo III existía en Roma una organización de hombres llamada la hermandad parabolani.

Durante las cruzadas, diversas órdenes de caballería, como los caballeros de san Juan de Jerusalén, formaron compañías de hermanos de armas que prestaban cuidados a sus compañeros heridos o enfermos.

Durante la edad media (500 -1500 d de c), se fundaron órdenes religiosas masculinas, femeninas, militares y seculares con la finalidad principal de cuidar a los enfermos entre ellas destacan las hermanas agustinianas que fue la primera orden de enfermería pura. (Kozier, 1999:3)

En la era de Nightingale se hicieron esfuerzos para capacitar a las enfermeras, aunque los programas respectivos fueron escasos e inadecuados era necesario que alguien asumiera el liderazgo en cuanto a los servicios de enfermería y los estudios correspondientes, Florence Nightingale respondió a esta necesidad proporcionando directrices a la enfermería y se le atribuye haber llevado esta disciplina al estatus que tiene en la actualidad.

Nightingale organizo grupos de enfermeras que cuidaron de los enfermos y heridos en Crimea, cuando regreso a la gran Bretaña, después de la guerra, se dedico a mejorar la condición social de las enfermeras y a luchar por que se les brindara un plan de estudios formal, ella consideraba que la enfermería era un arte y una ciencia e hizo énfasis en la preparación de las enfermeras ya que estas

debería de centrarse en un plan de estudios y no en el ejercicio de la disciplina recalcando la empatía y la compasión como cualidades de la enfermera, otra de sus opiniones fue que el paciente debería de verse como ser humano y no simplemente como un organismo atacado por la enfermedad. Así mismo considero que se debía adiestrar a las enfermeras en hospitales asociados con facultades de medicina, que habrían de incluir teoría y práctica, su pensamiento contribuyo a hacer de la enfermería una disciplina de cuidado de la salud por derecho propio.

En el inicio del siglo XX los hospitales se empezaron a separar a los pacientes en áreas especializadas según los diagnósticos y las enfermeras se especializaron de igual manera de “aprendices de oficio.”

Durante la segunda guerra mundial se observo con claridad la necesidad de aumentar el número de enfermeras además la explosión de conocimientos tecnológicos y médicos que inicio con dicha guerra amplio las funciones de la enfermera, el apoyo gubernamental a los estudios de enfermería hizo que estos mejoraran cualitativa y cuantitativa; esta dentro en una área de autonomía especialización y aceptación social creciente. (Kozier, 1999:7).

La enfermería avanza constantemente en la tarea de ayuda, a que se brinde la atención a la salud de elevada calidad a los miembros de la sociedad. En contraste con los años anteriores el alcance de esta disciplina se ha ampliado de modo que hoy las enfermeras asumen numerosas funciones en muy diversas instituciones de atención a la salud.

La enfermería no puede permanecer estática así mismo ha ido evolucionando de forma importante , la explosión de conocimientos, los pacientes cada vez más

informados; el movimiento de los derechos humanos, el movimiento de liberación femenina, las enfermeras al conjunto con otras con mujeres para tomar medidas para pensar y actuar de forma independiente, quieren tener igualdad económica política con los varones y lo exigen como derecho irrenunciable por medio de los conductos legislativos. (Medina, 1999:29)

4.2.2 Tipos de cuidado

Solo se puede distinguir la naturaleza de los cuidados de enfermería si se intenta identificar aquello en lo que se basan los cuidados, y entre ellos los cuidados de enfermería. Los cuidados de enfermería forman parte del conjunto de las actividades de los cuidados siendo estos una actividad cotidiana y permanente de la vida. Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige por tanto volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su significado real, el contexto de la vida o más exactamente el contexto del proceso de vida y de muerte al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia. (Collier, 1993: 229)

Cuidar es ante todo un acto de vida en el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, y permitir que se continúe y se reproduzca.

Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo, es un acto de reciprocidad que tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la

disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad. La curva de los cuidados, que necesariamente son proporcionados por otras personas que no sea uno mismo, es inversamente proporcional a la curva de la edad, disminuyendo las necesidades de los cuidados desde el nacimiento, a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia.

En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero esas mismas personas serán proveedoras de cuidados, apartaran su contribución a los cuidados, aportaran su contribución a los cuidados por medio de la familia, del ejercicio profesional y todo esto no ocurre solo en las profesiones llamadas sanitarias.

Estos acontecimientos tendrán por si mismo consecuencias y repercusiones diferentes según el periodo de edad en que ocurran y según todo lo que haya influido en el desarrollo y el dominio del proceso dependencia-autonomía. Hay una absoluta necesidad de recurrir a la ayuda para asegurar el mantenimiento de su propia vida, ayuda que según las circunstancias pueden proceder de la familia, los vecinos, los allegados o pueden requerir la suplencia de un personal dispuesto a ofrecerla. Esta ayuda no es forzosamente compleja, si no que exige ser dada cuando se alcanza un umbral que obstaculiza la vida cotidiana para que no sea la situación la que haga compleja.

Existe una diferencia entre la naturaleza de los cuidados que tiene por objeto asegurar la vida diaria y los que se centran en la enfermedad, que a menudo se proporcionan excluyendo al que la vive.

Diferencia de la naturaleza de los cuidados relacionados con las funciones de la vida.

El vocabulario inglés más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente.

- Los cuidados de costumbre y habituales: Care relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.
- Los cuidados de curación: cure relacionados con la necesidad curar todo aquello que obstaculiza la vida. (Collier, 1993: 231)

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: Care, representan a todos los cuidados permanentes y cotidianos que tienen como única función mantener la vida reaprovisionándola de energía, en forma de alimento, de agua, de calor, luz o de naturaleza afectiva o psicosocial. Todos estos aspectos interfieren entre sí.

Los cuidados de costumbre y habituales están basados en todo tipo de hábitos de costumbre y de creencias. A medida que se constituyen la vida de un grupo, nace todo un ritual, toda una cultura que programa, determina lo que se considera bueno o malo para conservar la vida.

Estos cuidados representan el tejido, la textura de la vida, aseguran su permanencia y su duración.

Los cuidados representan todo este conjunto de actividades que aseguran la continuidad de la vida como, comer, beber, evacuar, lavarse, levantarse, moverse, desplazarse, así como todo aquello que contribuye al desarrollo de la vida de nuestro ser, formando y manteniendo la imagen del cuerpo, las relaciones, estimulando los intercambios con todo aquello que es fundamental para la vida, las fuentes de energía vital, la luz, el calor, la relación con las personas conocidas, los objetos familiares, etc.

Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad: Cure, garantizan la continuidad de la vida, encuentra obstáculos o trabas entre las que las principales son:

- El hambre.
- La enfermedad.
- El accidente.
- La guerra.

En determinadas circunstancias, es necesario utilizar, además de los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación, es decir, todo aquello que exige el tratamiento de la enfermedad. Estos cuidados se van a añadir a los cuidados habituales. De hecho, solo pueden tener sentido si se mantiene todo aquello que contribuye a la continuidad y desarrollo de la vida, aun así temporalmente, en determinadas circunstancias puede ser de forma transitoria el primer gesto que salva es decir los más indispensables.

Si el acompañamiento concomitante de los cuidados habituales, asistimos a la estabilización o al agravamiento del proceso de degeneración: la vida se retira cada vez que uno se preocupa de lo que ha muerto más de lo que está vivo.

Los cuidados de curación tienen por objeto limitar la enfermedad luchar contra ella y atajar sus causas, los cuidados centrados en el hombre en relación con su entorno se han polarizado en las sociedades occidentales, cada vez más en las enfermedades, comprometiendo un proceso de análisis que ha aislado, las causas orgánicas y las causas físicas y que han dejado de lado las causas socioeconómicas. (Collier, 1993:230)

La ruptura entre el cuerpo y el espíritu, entre el hombre y el entorno; operada en

las en las sociedades occidentales la multiplicación de las técnicas de investigación y de curación centradas en la enfermedad, han despejado poco a poco los interrogantes sobre las causas relacionadas con la forma de vida, las condiciones de vida o el deseo de existir.

La diferenciación de los cuidados de curación se hace aislando cada vez más a cada individuo de su entorno, de su nicho ecológico, de su grupo e incluso de sí mismo como persona puesto que el objeto de la curación se ha convertido poco a poco en la función orgánica o mental, el órgano, el tejido, la célula aislada de su todo y por tanto de todo aquello que puede dar significado al proceso de salud enfermedad. De este modo los cuidados de curación van a predominar progresivamente hasta el punto de obliterar e incluso de excluir a los cuidados para el mantenimiento de la vida que se minimizan y se hace secundarios cuando siguen siendo fundamentales puesto que sin ellos ninguna vía puede continuar.

Cuando prevalece la cure sobre el Care es decir los cuidados de curación descuidando los cuidados habituales y de costumbre se aniquilan progresivamente todas las fuerzas vivas de la persona todo aquello que las hace ser y querer reaccionar ya que se agotan las fuerza de energía.

Esta aniquilación puede llegar hasta un deterioro irreversible, todas las capacidades vitales restantes piden y exigen ser movilizadas constantemente para que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida, incluso en umbral de la muerte.

Diferenciar la naturaleza de estos dos tipos de cuidado nos hace llegar a la encrucijada de las orientaciones y las opciones fundamentales que guían las elecciones que se hacen no solo respecto a la función cuidadora del personal

sanitario, si no también respecto al conjunto de la acción sanitaria social.

La elección relacionada con los cuidados de conservación y desarrollo de la vida, y la relacionada con los cuidados de curación no se excluyen mutuamente, si no que deberían ser constantemente objeto de discernimiento respecto a las situaciones más individualizadas o en familia o grupos dentro de una vasta acción sanitaria y social. Los cuidados de enfermería no pueden eludir estas elecciones forman parte integrante de ellas.

Como se ha podido ver, los cuidados para el mantenimiento de la vida han sido durante miles de años los cuidados más corrientes, los más numerosos, los más importantes; seguramente porque se estaba muy desguarnecido respecto a la curación de la enfermedad y del accidente. (Collier, 1993:236)

Con la expansión masiva de la posibilidad de tratar, es decir de ayudar a vivir, los cuidados de curación han invadido progresivamente el campo de todas las practicas curativas, las de las madres, los padres, los vecinos, los amigos, y a Fortiori , así del personal de enfermería, convertido en auxiliar, no del enfermo si no del médico.

Con el desconocimiento de la importancia de los cuidados relacionados con el mantenimiento de la vida, se han descuidado gravemente todo lo importante para el niño, un adulto o una persona de edad avanzada puedan seguir dando respuestas a sus necesidades cotidianas, adquirir un desarrollo psicomotor o no perderlo, desarrollarse, mantener su cuerpo y su imagen corporal, desplazarse, tener una vida de relaciones.

Haciéndose más médicos, los cuidados de enfermería han perdido de vista y han dejado de lado todo aquello que tiene sentido para garantizar la continuidad de la

vida de los hombres y su razón de ser. Abandonando el vastísimo terreno de los cuidados para el mantenimiento de la vida o relegando como algo secundario menos o sin importancia se crea un abismo en los cuidados de enfermería si la interrogación y el saber-hacer con respecto a la enfermedad predominan sobre todo lo que se considera importante para poder seguir haciendo su vida y realizándose en la expresión de su vida ya no hay que hablar propiamente de cuidados , si no de tratamientos.

La amputación de todo aquello que afecta a la continuidad de vida oblitera los cuidados y particularmente, los cuidados de enfermería cuya única finalidad es permitir a los usuarios de cuidados desarrollar sus capacidad de vivir o esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física afectiva, y social que conlleva este ultima.

Si cuidar no se puede limitar a tratar la enfermedad por grave o benigna que seas es importante preguntarse entonces cuales son los elementos, las referencias que pueden contribuir a establecer el proceso de los cuidados de enfermería partiendo de las situaciones vividas por las personas a quien requieren cuidados para el mantenimiento de la vida y de los cuidados de curación. (Collier, 1993:233)

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

4.3.1. Definición de teoría

Los conceptos o materiales básicos necesarios para construir una teoría, son ideas abstractas o imágenes mentales de un fenómeno o de la realidad. Los conceptos son palabras que nos hacen llegar las imágenes mentales sobre las propiedades y el significado de las cosas, pueden ser ideas concretas. (Kozier, 1999:49)

Teoría se define como una explicación de un fenómeno, la explicación se inicia con una conjetura que se convierte en teoría, cuando dispone de observaciones suficientes que la confirmen, la teoría ya que esta puede:

- Quedar confirmada y convertirse en hecho, pero ello no ha ocurrido hasta la fecha.
- Ser refutada.
- Resultar modificada por hallazgo de investigaciones.
- Desarrollarse hasta sustituir una teoría existente.
- Usarse como guía para la práctica. (Woolf, 1988:16)

Las teorías de enfermería se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales:

- Persona o cliente, es el que recibe los cuidados de enfermería, (y que comprenden a los individuos, familia, grupos y comunidades).
- Entorno, que rodea al cliente interna y externamente.
- Salud / enfermedad el estado de bienestar del cliente.
- Enfermería, disciplina que ofrece cuidados profesionales al cliente.

Las definiciones teóricas sobre estos cuatro conceptos importantes para cada

enfermera varían según la filosofía personal, la orientación científica, la experiencia ha afectado a la opinión que el teórico tiene de la enfermería.

Una infraestructura es la estructura básica que sostiene cualquier cosa, una infraestructura conceptual considerada de un modo sencillo, proporciona una visión u orientación general para enfocar o central nuestros pensamientos, una infraestructura conceptual puede considerarse como paraguas donde se guarecen muchas teorías posibles. Los términos de infraestructura conceptual y modelo conceptual a menudo se utilizan indistintamente.

Unos modelos conceptuales, los conceptos están unidos para formar proposiciones. Una proposición es una declaración que expresa la relación entre los conceptos y que se pueden comprobar, demostrar o negar.

Una teoría, como modelo conceptual, está formada por conceptos y proposiciones; sin embargo una teoría da cuenta de los fenómenos con mucha mayor especificidad, la mayoría de las teorías contiene tres elementos:

- Un conjunto de constructos o conceptos bien definidos. Un constructor es un concepto que ha sido inventado para adaptarlo a un objetivo específico.
- Un conjunto de proposiciones que reespecifica la relación entre los constructos.
- La hipótesis son conjeturas que evalúan las relaciones entre los constructos y las proposiciones. Dado que la teoría es abstracta no puede ser aplicada a la práctica, en cambio las hipótesis que se derivan de la teoría lo demuestran.

La principal diferencia entre una teoría y una infraestructura o modelo conceptual es el nivel de abstracción siendo el modelo más abstracto que la teoría. Un modelo conceptual en un sistema de conceptos relacionados a un diagrama conceptual su principal objetivo es dar dirección clara y explícita a las tres áreas

de enfermería, práctica, educación e investigación. Una teoría tiene por el contrario un alcance más limitado, su propósito principal es generar conocimiento en un campo, una teoría explora los fenómenos, expresa las relaciones entre los hechos, elabora una hipótesis y pronostica hechos y relaciones futuras.

Como objetivo principal de la teoría de enfermería es obtener conocimiento científico la teoría y la investigación de enfermería está estrechamente relacionada. El conocimiento científico se obtiene al comprobar las hipótesis generadas por la teoría de enfermería. La investigación determina la utilidad de esas hipótesis y los hallazgos obtenidos pueden ser desarrollados para crear teorías sobre la enfermería, en el proceso de la investigación se hacen comparaciones entre los resultados observados en la investigación y la relación pronosticada por la hipótesis. (Kozier, 1999:55)

Una teoría de la enfermería al igual que cualquier otra teoría es un conjunto de conceptos interrelacionados, esta teoría intenta describir o explicar el fenómeno al que llamamos enfermería y la semejanza de cualquier otra, las teorías relativas a la enfermería tienen una estructura lógica y son compatibles con otras teorías y leyes validadas, las enfermeras pueden utilizar las teorías de su profesión como guía para la práctica de la misma o el mejoramiento de ella y también como base para investigaciones que aumenten el cuerpo general de conocimientos de enfermería. (Wolff, 1988:16)

4.3.2. Objetivos y ventajas del uso de las teorías de la enfermería.

La teoría nos sirve de dirección y guía para estructurar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería profesional, así mismo nos ayuda a diferenciar la aportación de la enfermera de otras profesiones.

En la práctica

- Ayudan a las enfermeras a describir explicar y predecir las experiencias diarias.
- Sirven de guía para la valoración de las actuaciones y la evaluación de los cuidados de enfermería.
- Proporcionar un principio básico para la recogida de datos fiables y validos sobre el estado de salud de los clientes que son fundamentales para la toma de decisión y poner en marcha las medidas eficaces.
- Sirven para establecer criterios de medida de la calidad de la atención de enfermería.
- Contribuyen a crear una terminología de enfermería común para utilizarla en la comunicación con otros profesionales de salud.
- Incrementan la autonomía de la enfermería mediante la definición de sus propias funciones independientes.

En la enseñanza

- Aportan una orientación general para el diseño de los planes de estudio.
- Sirven de guía para la toma de decisiones sobre el plan de estudios.

En la investigación

- Proponen una infraestructura para la creación de conocimientos e ideas nuevas.

- Sirven para descubrir los vacíos de conocimientos en un campo de estudio concreto.
- Proponen un método sistemático para identificar la hipótesis del estudio, interpretar hallazgos y dar valor a las actuaciones de enfermería. (Wolff, 1988:18)

4.3.3. Clasificación de teorías

Existen diversas clasificación de teorías de enfermería entre las mas destacadas están las teorías centradas en el ser humano.

Temas importantes en las teorías actuales de la enfermería

- Teorías de la enfermería centradas en el ser humano.
- Teorías de la enfermería centradas en el ser humano y otras entidades.
- Teorías de la enfermería centradas en la enfermera.
- Teorías de la enfermería centradas en la salud. (Wolff, 1988:40)

Otra clasificación más de las teorías es la que las clasifica en:

- Teorías generales,
- Teorías de sistemas
- Teorías interpersonales

Las teorías varían considerablemente con respecto a su nivel de abstracción, los conceptos del cliente, de salud, enfermedad y enfermería; su capacidad para describir explicar o pronosticar. Algunas teorías son de gran alcance, otras son limitadas. (Fernández Ferrín, 2000:159)

Las teorías generales

Comprenden los modelos de la teoría sobre el entorno de Florence Nightingale, la

definición de enfermería de Virginia Henderson, la ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers y la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

La teoría sobre el entorno de Nightingale.

Florence Nightingale, la madre de la enfermería moderna consideraba a la enfermería, como una demanda religiosa que había ser desempeñada solo por mujeres, su teoría se centraba en el entorno aunque este término nunca apareció en sus escritos, relacionaba la salud con 5 factores: medio ambientales, aire fresco puro, agua pura, una evacuación eficaz, limpieza, luz, especialmente luz solar directa. Un déficit de estos cinco factores provocaba la pérdida de la salud, enfermedad.

La teoría de Virginia Henderson.

Virginia Henderson formulo un definición de la función propia de enfermería, esta definición fue un punto de partida esencial para que se guiara la enfermería como una disciplina separada de la medicina, en su definición son básicas, varias presunciones; sobre el individuo concretamente que un individuo necesita; mantener un equilibrio psicológico y emocional, ayuda para conseguir salud e independencia o una muerte tranquila, fuerza o voluntad o conocimientos suficientes para obtener o mantener la salud ; estas necesidades orientan el papel o el rol de la enfermera.

Henderson definió conceptualmente el papel de la enfermera como los cuidados complementarios adicionales prestado a individuos enfermos o sanos, la enfermera debe de ser una compañera para el paciente una ayudante del mismo y si es necesario quien le sustituya. La prioridad de la enfermera es ayudar a las

personas y a sus familiares para conseguir la satisfacción de las catorce necesidades que son fundamentales. (Fernández Ferrín, 2000:162)

La ciencia de los seres humanos unitarios de Rogers

Esta teoría abarca complejas y detalladas descripciones relacionadas con la teoría de la relatividad de Einstein, la teoría electrodinámica, de la vida de Burr y North Rop, la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy y otras muchas ciencias sociales. Rogers consideraba a la persona como un todo irreductible de modo que el conjunto es mayor que la suma de sus partes, el todo se diferencia de lo holístico, utilizándose este último concepto a menudo para designar solo a la suma de sus partes. Rogers sostiene que los seres humanos son campos dinámicos de energía en continuo intercambio con los campos ambientales y que ambos son infinitos.

La teoría del déficit de autocuidado de Orem.

Contiene tres teorías relacionadas sobre el autocuidado el déficit de autocuidado y el sistema de enfermería, la teoría del autocuidado propone que este es una conducta aprendida de los individuos, inician y lleva a cabo por si mismos para conservar la vida la salud y el bienestar.

La teoría del déficit del autocuidado afirma que las personas se benefician de la enfermería por que tiene limitaciones de la salud que les impiden autocuidarse, esas limitaciones pueden proceder de enfermedades, lesiones traumáticas o consecutivas a las pruebas o los tratamientos médicos, hay dos variables que afectan este déficit, la gestión de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico, el déficit de autocuidado se produce cuando, la gestión de la

autocuidado no es suficiente para satisfacer la demanda reconocida de autocuidado.

Teorías de los sistemas

Las teorías de los sistemas comprenden el modelo de adaptación de Roy, la teoría de la consecución de los objetivos de King, el modelo de sistemas de cuidados de Neumann y el modelo de sistemas de comportamiento de Johnson, los sistemas consisten en partes interrelacionadas que funciona juntas para formar un todo. (Fernández Ferrín, 2000:163)

El modelo de adaptación de Roy.

Roy se centra en el individuo como un sistema adaptativo biopsicosocial, tanto el individuo como el entorno son fuentes de estímulos que deben modificarse para promover la adaptación, una respuesta intencionada progresiva, las respuestas adaptativas contribuyen a la salud al proceso de estar integrado o de conseguirlo no así las respuestas ineficaces o inadaptadas como sistema abierto el individuo recibe información o estímulos procedentes tanto de sí mismo como del ambiente.

La teoría de la consecución de los objetivos de King.

Fue elaborada partiendo de la infraestructura de tres sistemas interactivos dinámicos (sistemas personales, sistemas interpersonales, sistemas sociales).

- Conceptos del sistema personal, percepción del propio yo, la imagen corporal, el crecimiento y el desarrollo, el espacio y el tiempo.
- Conceptos del sistema interpersonal, relaciones mutuas, comunicación,

intercambios, en el rol y el estrés.

- Conceptos del sistema social organización, autoridad poder, estatus y toma de decisiones.

La teoría de King resalta la importancia de la participación de todos los individuos en la toma de decisiones y se ocupa de las posibilidades alternativas y resultados de los cuidados de enfermería esta teoría aporta una idea sobre las interacciones de las enfermeras con las personas, de los grupos dentro del ambiente.

El modelo de los sistemas de cuidados de Neumann

Se basa en la relación del individuo con el estrés su reacción al mismo y los factores de la organización cuya naturaleza es dinámica la reorganización es el estado de adaptación a los agentes estresantes. Neumann considera al cliente como un sistema abierto, que se compone de una estructura básica o núcleo central de recursos de energía rodeado por dos anillos limítrofes concéntricos denominados líneas de resistencia.

El modelo de sistema de comportamiento de Johnson

Johnson define un sistema como un conjunto que funciona como un todo en virtud de la interdependencia de sus partes. Los individuos luchan por mantener la estabilidad y el equilibrio de esas partes por medio de ajustes y adaptaciones a las fuerzas que chocan contra ellos. Un sistema de comportamiento sigue un patrón, es repetitivo y tiene una finalidad.

Otros conceptos asociados al modelo de Johnson son: el equilibrio un estado de reposo estable, pero más o menos transitorio, en el que el individuo está en

armonía consigo mismo y con el ambiente; la atención o la situación de encontrarse forzado o tenso y los agentes estresantes, que son estímulos internos o externo que producen tercio y cuyo resultado es cierto nivel de inestabilidad.

Teorías del cuidado solidario interpersonal

Las teorías interpersonales / psicodinámicas intentan desarrollar las actitudes de la enfermera para mantener con los clientes relaciones de compasión, actitudes de ayuda y de cuidados solidarios. Las teorías interpersonales comprenden la teoría psicodinámica de Peplau, teoría transcultural de Leininger, la filosofía y la ciencia del cuidado solidario de Watson y la de la preponderancia del cuidado generoso de Benner.

La teoría psicodinámica de Peplau.

La teoría psicoanalítica, principios de aprendizaje social, y conceptos de motivación humana y desarrollo de la personalidad. La enfermería psicodinámica se define como el entendimiento del propio comportamiento para ayudar a otros a reconocer las dificultades que soportan, la aplicación de los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen durante la experiencia.

La teoría transcultural de Leininger

Define a la teoría transcultural como un área importante de la enfermería que se ocupa del estudio y del análisis de las distintas culturas y subculturas mundiales en cuanto a su comportamiento efectivo y los cuidados de enfermería los valores, las creencias y los modelos de salud. El objetivo de la enfermería transcultural es

el desarrollo de un conjunto de conocimientos científicos y humanísticos encaminados a proporcionar prácticas de enfermería de cada cultura y de la cultura universal. Esta autora cree que la cultura es el recurso más amplio y más holístico de estudiar conceptualmente, comprender y servir a las personas.

La filosofía y la ciencia del cuidado solidario de Watson.

Es el núcleo que unifica su ejercicio, hay dos premisas en los valores de la ayuda humana que destacan en la enfermería: la atención y el amor constituyen la energía psíquica primordial y absoluta, la ayuda y el amor son requisitos para la supervivencia que nutren a la humanidad. Las actividades de la enfermería relativas el cuidado humano se le llaman factores asistenciales.

4.3.4. Teoría de Virginia Henderson.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época no era motivo de especulación. Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba, el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya que desde la época de estudiante, sus experiencias teóricas y prácticas que le llevaron a preguntarse, qué es lo que deberían de hacerlas enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud.

A partir de la revisión bibliográfica existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran sus funciones y que sin este elemento primordial, para ella, no se podían establecer los principios y la práctica

de la profesión.

La cristalización de sus ideas se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The Nature of Nursing*, en el que se define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizara por sí mismo, si tuviera la fuerza conocimiento o voluntad necesaria. Todo aquello que le ayude a recobrar su independencia de forma más rápida posible; a partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

- Persona

 - Necesidades básicas

- Salud

 - Independencia

 - Dependencia

 - Causas de la dificultad de los problemas

- Rol profesional

 - Cuidados básicos de enfermería

 - Relación con el equipo de salud

- Entorno

 - Factores ambientales

 - Factores socioculturales

Persona.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componente biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que tienen catorce necesidades básicas o requisitos que se deben satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica), para promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir prendas adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar / participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien, cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con

el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de la vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las catorce necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales inherentes a cada persona, así como la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad si no solamente de una parte de la realidad de la persona siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes para poder valorar el estado del individuo como un todo. (Fernández Ferrín, 2000:137)

Salud

Independencia/dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia; por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua con el fin de mantener en un estado óptimo en la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson se debe a tres causas que identifica, como la falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su

edad etapa de desarrollo y situación.

El modo de satisfacer las necesidades así como la forma en que cada uno manifiesta que esta necesidad está satisfecha es totalmente individual. Por ello los niveles de dependencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo. Los criterios de dependencia deben ser considerados de acuerdo a las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales. Todo ello a su vez, modifica sensiblemente los criterios de independencia considerados como parámetros de normalidad en cada caso concreto.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente; por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. (Fernández Ferrín, 2000:136)

Los criterios de dependencia deben de considerarse, de acuerdo con lo componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales). De acuerdo con este enfoque una persona con una alteración física que necesite seguir una dieta determinada, debe ser calificada como dependiente si no sabe como confeccionarla, si no quiere, o si no puede por falta de capacidades psicomotoras. Sin embargo en el momento en que este déficit sea subsanado, esta dependencia ya no puede ser considerada, como tal, aunque la alteración física persista.

Las causa de la dificultad

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades Henderson las agrupa en tres posibilidades:

- Falta de fuerza, interpretamos por fuerza no solo a la capacidad física y a las habilidades mecánicas de las personas; si no también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual será determinando por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas y la capacidad intelectual.
- Falta de conocimiento, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad; la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Falta de voluntad entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimientos de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades.

Cabe añadir que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente aspectos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes. El tipo de actuación (suplencia o ayuda), vendrá siempre determinado por el grado de dependencia identificado

Rol profesional

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda según el nivel de dependencia identificado en la persona. Este es el aspecto de su trabajo, de su función, que la enfermera inicia y controla, en el que es dueña de la situación. (Fernández Ferrín, 2000:139)

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de las necesidades básicas. Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas son universalmente los mismos por que todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente por que cada persona interpreta a su manera estas necesidades; en otras palabras la enfermería se compone de los mismos elementos identificables pero estos se han de adoptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona. De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigido a la pronta recuperación en su totalidad.

Henderson analiza también la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar considerando, que colabora con los demás miembros del equipo así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global ya sea para el mejoramiento de la salud , el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte.

En relación al paciente, Henderson afirma que todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que se atiende como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en asistir a esta persona. Si el paciente no comprende, ni acepta el programa tratado con él y para él, ni

coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario es visto, pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

Entorno

Diversas autoras han criticado a Henderson por el hecho de no incluir el concepto de entorno de una manera específica dentro de su modelo. Sin embargo si se analiza el contenido del modelo de Henderson menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico para la valoración de las necesidades; la planificación de los cuidados, estos están contemplados sistemáticamente en la descripción de las características de las catorce necesidades básicas y de los factores que la influyen.

Aplicación del modelo de Virginia Henderson.

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

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

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

En las etapas de planificación y ejecución sirve para la formulación de objetivos

de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda), más adecuado a la situación en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo en su propio cuidado siempre que sea posible. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda), más adecuado a la situación, todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución. Finalmente en la etapa de evaluación, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicaran los niveles de independencia mantenidos o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados ya que según esta autora nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente posible. Evidentemente esto no significa que nosotros le proporcionemos la independencia; si no que nuestra actuación va encaminada a ayudarlo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos (Fernández Ferrín, 2000:140)

4.4. PROCESO DE ENFERMERÍA

4.4.1. Definición y Objetivo

El proceso de atención de enfermería se define por sus objetivos así dice Lyer, que el objetivo principal del proceso de enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad en este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos, afirman que el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo si este estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados

necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Alfaro define el proceso de enfermería como: el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realizan en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería.

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

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente; la enfermera corrobora sus datos con el paciente, participando conjuntamente en el proceso. Ello ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud. Tanto como actuales como potenciales y su consecuencia es la atención sanitaria individualizada. (Marriner, 1999:99)

4.4.2. Ventajas del proceso

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 de los cuidados de enfermería el cliente es beneficiado ya que mediante este proceso garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Las ventajas son:

Para el paciente:

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

Para la enfermera:

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

Dentro de las ventajas el proceso enfermero contiene características propias del mismo:

- Tiene una finalidad, se dirige a un objetivo.
- Es sistemático, implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico, responde a un cambio continuo.
- Es interactivo, basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar

o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades; sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- Tiene una base teórica, el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería. (Marriner,1999:110)

4.4.3. Descripción de las etapas

Valoración

Es la primera etapa del proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recolección de datos sobre el estado de salud del paciente como fuente primaria, al expediente clínico, la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente.

Desde el punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Las convicciones del profesional conforman: la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente, y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud y la enfermedad estas convicciones se consideran contantes durante el proceso.

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

Habilidades en la valoración se adquiere con la utilización de métodos y

procedimientos que hacen posible la toma de datos.

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

Observar sistemáticamente implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. La sistemática a seguir puede basarse en diferentes criterios:

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

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

Criterio de valoración por patrones funcionales, la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y las costumbres del individuo o familia determinado funcionamiento positivo alterado o en situaciones de riesgo con respecto al estado de salud.

Gordon desarrollo un sistema de valoración por patrones funcionales clasificándolos en once grupos que deben completarse con una valoración física.

(Gordon, 1996)

Formas de valoración

Existen dos formas de recolección de datos según Alfaro 1998 son:

- Valoración de datos fundamentales. Esta dirigida a la recolección de datos fundamentales de la persona y de sus procesos vitales, psicológicos, fisiológicos, socioculturales de desarrollo y espirituales, así como los patrones de interacción con el medio, generalmente se utilizan durante el primer contacto con el cliente.
- Valoración de datos específicos o valoración focalizada se recogen datos seleccionados o específicos sobre un problema concreto ya identificado, puede realizarse durante el primer contacto pero a menudo forma parte de una valoración diaria continua.

Recolección de datos

La recolección de información por parte de la enfermera, está dirigida hacia la identificación del individuo familia, grupo o comunidad en los siguientes aspectos:

- Los estados de salud presente y pasado.
- Los patrones de hacer-frente, pasados y presentes.
- Capacidades y limitaciones.
- Respuestas a las alteraciones presentes
- Respuesta a la terapia.
- Riesgo de complicación potencial.

Tipos de datos

Los datos son aquella información concreta que se obtiene de una persona, familia o comunidad. Respecto de a qué tipo de datos hay que recoger, depende del propio marco de referencia, habrá una serie de datos que proporcionen una imagen general para identificar problemas o necesidades de salud, familiar o comunitaria y otros datos específicos que se tomaran en función de la situación.

La Enfermera recoge los siguientes tipos de datos.

- Subjetivos, los que la persona dice que siente o solo el afectado los describe y verifica.
- Objetivos, son aquellos que se pueden observar u medir.
- De antecedentes o históricos, son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento.
- Actuales son aquellos hechos que ocurren en el presente.

OBSERVACIÓN

La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente como de cualquier otra fuente significativa y del entorno así como de la interacción de estas variables la observación es una habilidad que precisa, practica y disciplina. (García Gonzales, 1997:14)

Exploración física

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

- Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente para determinar estados, respuestas normales o anormales, se centra en las características físicas o de los comportamientos específicos.
- Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel, esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen, los movimientos corporales y la expresión facial, datos que nos ayudaran en la valoración.
- Percusión implica en dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal con el fin de obtener un sonido.
- Auscultación: consiste en escuchar sonidos producidos por los órganos del cuerpo.

Hay diferentes formas de abordar un examen físico se engloban de la siguiente manera:

- De la cabeza a los pies este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos nos ayuda a especificar que sistemas precisan más atención.

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

Maryori Gordon estableció 11 patrones o categorías en el marco de un sistema holístico-humanista de salud de tal forma que mediante ellas se obtendrán los datos necesarios para la identificación de problemas, se formularan diagnósticos y complicaciones potenciales, es decir, con ellos podemos abordar la identificación de patrones de interacción con el entorno que sean disfuncionales y establecer el problema, lo patrones funcionales evidencian la forma, como cada ser humano se desenvuelve en la vida, constituye la fuente de información sobre como el individuo interacciona con su entorno en beneficio o detrimento de la salud.

Patrones funcionales de salud.

Percepción y mantenimiento de la salud.

Nutricional y metabólico.

Eliminación.

Actividad / ejercicio.

Percepción sensorial, conocimiento comunicación.

Descanso y sueño.

Afrontamiento tolerancia al estrés.

Autopercepción.

Sexualidad.

Rol y relaciones.

Valores y creencias.

Validación de datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera; se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con escala de medida precisa peso talla, etc. Los datos observados y que no son mesurables en principios se someten a validación confrontándolos con otros datos y buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros. (García Gonzales, 1997:18)

Organización de datos.

Es el cuarto paso de la recogida de datos en esta etapa se trata de agrupar la información de forma tal que ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas o por patrones funcionales. Los componentes de la valoración del paciente que hemos seleccionado como necesarios hoy en día son:

- Datos de identificación.
- Datos culturales y socioeconómicos.
- Historia de salud, diagnósticos médicos, problemas de salud, resultados de pruebas diagnosticas el tratamiento prescrito.
- Valoración física.
- Patrones funcionales de salud, se realiza en términos mesurables y no abstractos, en este sentido los patrones funcionales de salud facilitan la valoración, aunque no por ello hay que entender que la valoración de los patrones funcionales es opuesta a la valoración de necesidades antes lo contrario se complementan.

Documentación y registro de la valoración.

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

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Facilita la calidad de los cuidados al poder compararse con unas normas de calidad.
- Permite una valuación para la gestión de los servicios de enfermeros, incluida la gestión de la calidad.
- Prueba de carácter legal.
- Permite la investigación de enfermería.
- Permite la información pregrado y posgrado.

Las normas que Lyer establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar la información subjetiva que aporta el paciente los familiares y equipo sanitario.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos subjetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como normal, regular
- Los hallazgos deben describirse de manera meticolosa forma, tamaño las

anotaciones deben ser claras y concisas.

- Se escribirán en forma legible y con tinta indeleble y trazar una línea sobre los errores.
- Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramáticamente, se usaran solo las abreviaturas de uso común.

DIAGNOSTICO

Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo, exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y formularlo para su posterior tratamiento bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente. Diagnostico de enfermería real se refiere, a una situación que existe en el momento actual, problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

Un diagnostico enfermero no es sinónimo de un diagnóstico médico. Si las funciones de la enfermera tiene tres dimensiones; dependiente, interdependiente, e independiente según el nivel de decisión que corresponde, a la enfermera surgirán problemas o necesidades de la persona que competirán en una campo u otro de actuación.

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

- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran con las enfermeras y otros profesionales de la salud, estos problema se describen como problemas colaborativo o interdependientes y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan; para detectar su inicio, su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto o definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería y que no requiere supervisión o dirección de otros profesionales son los diagnósticos de enfermería.

Los pasos de esta fase son:

- Identificación de los problemas.
- Análisis de los datos significativos, bien sean datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alteraciones con hipótesis.
- Síntesis es la confirmación o la eliminación de las alternativas.
- Formulación de problemas diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

Identificación de patrones de interacción de problemas, análisis, síntesis de los datos la identificación de problemas implica la realización de actividades intelectuales, con el fin de una vez reconocidos y organizados los datos significativos compararlo con normas o criterios y detectar patrones o tendencia de funcionamiento recordemos que estos patrones o tendencias pueden ser tanto respuestas conscientes como inconscientes de individuo, grupo o comunidad de estudio los datos se analizan para extraer deducciones que sintetizaremos como

una explicación del estado de salud del individuo familia o grupo.

El análisis de interpretación de los patrones de salud nos ayuda a identificar las formas de vida que conducen al mantenimiento y mejora de la salud que va en detrimento de la misma.

La enfermera sigue unas estrategias para la identificación del problema; estas oscilan entre el análisis sistemático de las posibles explicaciones hasta la deducción rápida de una explicación, pero la enfermera debe de utilizar más de una posible explicación, es decir, debe dar explicaciones alternativas, que posteriormente se irán despreciando o conformando hasta que con la mas considerada de el problema actual o potencial. Este procedimiento debe de realizarse para cada problema que queremos tratar de esta forma obtendremos conclusiones validas y también una mayor eficacia en el plan de cuidados. (García Gonzales, 1997:17)

Por lo tanto establecer los problemas significa dar explicaciones del estado de salud y para llegar a estas explicaciones es requisito indispensable, que el análisis se base en el establecimiento de todas las relaciones posibles, en unir datos con el resto de la valoración, descripción de la situación, tras esto se realiza la síntesis de las relaciones es decir la explicación del estado de salud del paciente y área problema.

Lo que se pretende mediante este proceso deductivo es asociar al problema los factores desencadenantes y las manifestaciones que se relacionan favorecedora o casualmente con ellos.

Los factores relacionados a los diagnósticos enfermeros se obtiene de:

- Los mismos patrones de valoración física.

- Los datos sobre el estado de salud.
- Las exploraciones y métodos diagnóstico.
- El tratamiento médico.
- El nivel evolutivo.
- La situación socioeconómica del paciente o cliente.
- La enfermedad.
- Los signos y síntomas de la misma.
- La exploración y los métodos diagnóstico.
- El tratamiento médico.
- Los traumatismos.

Los diagnósticos enfermeros están basados en un modelo bifocal de enfermería clínica este modelo implica que la enfermera asume la responsabilidad de tratar dos tipos de juicios clínicos: los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinarios. (García Gonzales, 1997:19)

Diagnósticos de enfermería

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por V. Fry en 1953 para describir un paso necesario; para el desarrollo del plan de cuidados, la identificación y formulación de problemas.

En palabras de Carpenito el diagnóstico de enfermería describe las situaciones de salud o patrones de interacción alterados, en los que la enfermera puede ayudar al cliente.

Diagnósticos de enfermería son los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación, experiencia están capacitadas y

familiarizadas para tratar (Gordon, 1996).

Diagnósticos de enfermería es una declaración que describe una respuesta humana de un individuo o un grupo. Los procesos vitales que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir, las actividades para mantener el estado de salud, reducir, eliminar o prevenir las alteraciones (Carpenito 1983).

Diagnostico de enfermería, es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos de lo que la enfermera es responsable (Nanda, 2006).

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería.

El uso de los diagnósticos de enfermería, comporta muchas ventajas para los profesionales favoreciendo las tareas de identificación, validación, estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados por enfermeros.

Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería según Baer:

- Organizar, definir y desarrollar el conocimiento enfermero.
- Identificar y describir el dominio, el alcance de la práctica de enfermería.
- Establecer las razones específicas para brindar cuidados al enfermo basado en una valoración enfermero.
- Centrar los cuidados en la respuesta del enfermo.
- Prescribir actividades específicas para cada situación, lo que debería de aumentar la eficacia de los cuidados enfermeros.

- Brindar unos cuidados más individualizados e integrados.
- Evaluar los cuidados brindados.
- Utilizar un vocabulario estandarizado para mejorar la comunicación intra e interpersonal.
- Organizar el contenido del currículo enfermero.
- Fomenta la colaboración entre profesionales de la salud lo que repercute en una mejor perspectiva de los problemas de salud y por lo tanto una mejor calidad de los cuidados y un mayor aprovechamiento de los recursos.
- Permite establecer el coste de los cuidados enfermeros. (García Gonzales, 1997:20)

Tipos de diagnósticos

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos mencionaremos que hay cuatro tipos de diagnósticos son reales, de alto riesgo, bienestar o posibles.

- Real: representa un estado que ha sido clínicamente validados mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes enunciado definición, características que lo definen y factores relacionados.
- Alto riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que de otros en situación igual o similar, para respaldar un diagnóstico se emplean los factores de riesgo.
- De bienestar: es juicio clínico respecto a una persona grupo o comunidad en transacción, desde un nivel específico de bienestar, hacia un nivel más elevado. deben estar presentes dos hechos, deseo de nivel de bienestar y

estado o función actual eficaces.

- De síndrome: comprende a un grupo de diagnósticos de enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados, los diagnósticos de enfermería de síndrome son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico.

A la hora de escribir un diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices como las siguientes:

- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor sin basarse en datos subjetivos y objetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evita invertir el orden de las partes de los diagnósticos pueden llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el diagnóstico de enfermería como si fuera un diagnóstico médico.
- No escriba un diagnóstico de enfermería que repita una orden médica.
- No rebautice un problema médico para convertirlo en un diagnóstico de enfermería.

Los problemas interdependientes.

Son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan, para detectar apariciones o cambios en el estado de salud. Para este tipo de problemas

se realizan actuaciones prescritas por el médico y por la enfermera con la finalidad de minimizar las complicaciones fisiológicas.

Los problema interdependientes se organizan, a los sistemas corporales pudiendo ser un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiológica del cuerpo y que los profesionales de enfermería son responsables de identificar y tratar en colaboración con el médico. La dimensión interdependiente de la enfermería contiene las misiones de:

- Remarcar la relación de colaboración de las enfermeras con otros profesionales.
- Compartir la responsabilidad del cuidado de enfermero con otro profesional.

PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamientos enfermeros, en esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidado de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, a reducir o eliminar los problemas detectados, la fase de planeación del proceso de enfermería incluyen cuatro etapas.

Establecer prioridades en los cuidados, todos los problemas o necesidades que pueda presentar, una familia o un grupo, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia y de las posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos materiales y humanos por lo tanto se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados especiales, esto determina los criterios de resultados, describir los resultados esperados tanto por

parte de los individuos, como de los profesionales, deben de formularse en términos de conductas observables o cambios medibles realistas y tener en cuenta los recursos disponibles se deben fijar en corto y largo plazo.

Elaboración de las actuaciones de enfermería es determinar, los objetivos de enfermería, determinación de actividades; las acciones específicas en el plan de cuidados; que corresponden a las tareas concretas que la enfermera o familia que se realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones o responsabilidades en el cuidado del paciente, las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, como hay que hacerlo, donde hay que hacerlo, a quien hay que hacérselo. (García Gonzales, 1997:24)

Selección de prioridades

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar que problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados esos deben comensurarse con el cliente de tal forma que, la no realización de este requisito puede condicionar errores y pérdidas de tiempo por el contrario, su uso nos facilitara aun más la relación terapéutica.

Planteamiento de los objetivos.

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

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

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de los enfermeros es establecer que se requiere conseguir, como, cuando y cuanto.

Normas generales para la descripción de objetivos.

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

Objetivos de enfermería estos objetivos dirigen las actuaciones enfermero hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

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

Los objetivos de enfermería se describen en tiempo

- Objetivos a corto plazo; son los resultados que puede lograrse de modo favorable y rápido en cuestión de horas o días, estos son adecuados especialmente; para establecer la atención inmediata en situaciones de

urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.

- Medio plazo, por un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios de tal forma que podamos utilizarlos para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos de largo plazo: son los resultados que requieren de un tiempo largo.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente, al logro de los resultados esperados, para ellos se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema.

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

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

- Realizar valoraciones de enfermería para identificar nuevos problemas diagnósticos de enfermería.

- Realizar la educación sanitaria del paciente para capacitarle en conocimientos actitudes y habilidades.
- Aconsejar acerca de las decisiones de sus propios cuidados.
- Consulta y remisión a otros profesionales.
- Realización de acciones terapéutica específicas de enfermería.
- Ayudar a los pacientes a realizar las actividades por sí mismo.
- Realizar valoraciones frecuentes para controlar al paciente y detectar complicaciones.
- Remitir la situación al profesional adecuado.
- Ejecutar las actividades interdependientes de enfermería prescrita por el médico. (García Gonzales, 1997:28)

Documentación en el plan de cuidados de enfermería.

Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente o cliente, los resultados que se esperan; las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello, las finalidades de los planes de cuidado están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.

Ejecución

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

- Continuar con la recogida de datos y la valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan pero incluye al paciente y a la familia, así como otros miembros del equipo, en esta fase se realizan todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución del problema y las necesidades asistenciales de cada persona tratada; de las actividades que se llevan a cabo en esta fase, hay que mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender y por otro lado, la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos; que deben ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, una acción, trabajo, situación o persona comparando con uno o varios criterios; los dos criterios más importantes que valora la enfermería en

este sentido son la eficacia y la efectividad de las actuaciones, el proceso de evaluación consta de dos partes:

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente, las distintas áreas sobre las que evalúan los resultados esperados son según Lyer las siguientes áreas:

Aspectos generales y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica
- Señales y síntomas específicos
- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia.

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente.
- Cuestionario test.
- Capacidad psicomotora:
- Observación directa durante la realización de la actividad.

Estado emocional:

- Observación directa mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.

- Información dada por el resto del personal

Situación espiritual:

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

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros deben ser interpretadas con el fin de poder establecer conclusiones que nos sirvan para poder plantear correcciones en las áreas estudio; la evaluación se compone de medir los cambios del paciente en relación a los objetivos marcados, como resultado de la intervención enfermera, con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera; sobre el producto final a la hora de registro, en la evaluación se deben de evitar los términos ambiguos es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo; la documentación necesaria se encontrara en la historia clínica una característica a tener en cuenta en la evaluación es que esta, es continua así podemos detectar cómo ha evolucionado el cliente y a realizar ajustes o a conducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva . (García Gonzales, 1997:30)

4.5. CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DEL NEONATO SANO

La etapa neonatal se extiende desde el nacimiento hasta los 28 días de vida extrauterina. Se divide en dos periodos: el hebdomadario o neonatal inmediato a los que corresponden los primeros seis días de vida y el poshebdomadario o neonatal tardío que abarca desde los siete a los 28 días de edad.

Principales Características Del Crecimiento Y Desarrollo.

En lo que respecta al desarrollo del recién nacido se encuentra en un momento de la vida en el cual sus manifestaciones principales están encaminadas a regularizar funciones fisiológicas en su nuevo ambiente, y a presentar reacciones reflejas. De estas algunas son producto de la inmadurez neurológica, como el reflejo de Babynsky; otras son funcionales como el reflejo de búsqueda y succión en el acto de la alimentación y otras más son de vestigios en la escala filogenética, como la prensión palmar o bien son parte de una secuencia en la progresión neuromótriz como el reflejo de moro, el cual posteriormente se transformara en tónico-asimétrico, que permite al bebe su paulatina movilización activa.

Todo lo anterior enmarca al recién nacido dentro de dos aspectos preponderantes observables, que son los de dormir y alimentarse, pero no por ello deja de establecer interacciones con el medio ambiente y con la madre, en quien suele despertar reacciones instintivas de crianza, que favorecen desde un principio el establecimiento de una relación única por su naturaleza y necesaria, no solo para la subsistencia, sino también para dar origen a la estructuración de la mente humana.

Crecimiento De Aparatos y Sistemas.

Durante el periodo hebdomadario el peso puede disminuir hasta en un 10%, al final del periodo neonatal, la ganancia ponderal aproximada es de 750 gramos y la talla aumenta en promedio 3 a 4 cm. en forma paralela se lleva a cabo su desarrollo psicológico, estimulado por los cuidados y calidez efectiva de la madre, en esta etapa predomina la conducta refleja

Crecimiento de tipo neural.

El cerebro humano obtiene su pico máximo de crecimiento en la etapa prenatal al nacimiento el cerebro tiene una cuarta parte (350 g) de su peso final (1350 g); en el periodo neonatal continuara la multiplicación neuronal, el incremento en el número de células de la neuroglia, la complejidad de las conexiones dendríticas y la mielinización de las terminaciones nerviosas.

También existe un importante perfeccionamiento en la actividad neurovegetativa. Un ejemplo de la inmadurez anatómica y funcional del sistema nervioso del recién nacido, lo constituyen la presencia de los reflejos, que representan una función neuronal, primitiva liberada a nivel del tallo cerebral y medula espinal al margen de la inhibición cerebral superior; su ausencia sugiere depresión del sistema nervioso central y su presencia después del sexto mes de vida indica daño neurológico.

Los diferentes reflejos que existen en el recién nacido son los siguientes:

- Reflejo de succión. Se introduce un dedo dentro de la boca del recién nacido para observar la fuerza y el ritmo de la succión, la sincronía de la succión y de la deglución se evalúa durante la alimentación.
- Preensión palmar y respuesta a la tracción. Se colocan los dedos índices del examinado en la palma de las manos del recién nacido por el lado cubital y en forma gentil se presiona sobre la superficie palmar, el recién nacido flexiona los dedos alrededor del dedo índice. Cuando el examinador levanta los dedos índices se aprecia una respuesta de tracción en los músculos flexores del brazo. El recién nacido de término puede sostener todo su cuerpo por esta respuesta de tracción.

- Reflejo de moro, el examinador toma las manos del recién nacido y levanta los hombros unos pocos centímetros, mientras tiene la espalda y la cabeza sobre la cama; entonces se liberan las manos de súbito. El reflejo normal es una abducción de los brazos y flexión de los antebrazos, la apertura completa de las manos ocurren en la primera fase.
- Extensión cruzada. El examinador coloca una de las extremidades del recién nacido en extensión y frota la planta del pie la respuesta completa tiene tres componentes: la extremidad opuesta se contrae con rapidez y enseguida experimenta extensión, la pierna opuesta presenta aducción, los orbes se abren.
- Marcha automática. Se mantiene el recién nacido en posición vertical tomándolo por el tronco y levantándolo o inclinándolo ligeramente hacia delante. El recién nacido camina hacia delante conforme cada pie tiene contacto con la superficie.
- Bóveda palatina. Al frotar de modo gentil la mejilla cerca de la boca, el recién nacido mueve la cara hacia el mismo lado, abre la boca e intenta succionar.

Crecimiento del tejido genital

El 90% de los recién nacidos a término muestran los testículos en las bolsas escrotales; en la mitad de los que no ha descendido lo hace a los tres meses de vida extrauterina. El prepucio se encuentra adherido al glande durante toda la etapa. Los ovarios crecen con rapidez y su peso aumenta al doble para los seis meses de edad, el útero involuciona durante las primeras semanas de vida y permanece en estado de latencia hasta el inicio de la pubertad. Los cambios en la

maduración de los genitales externos son útiles para evaluar la edad gestacional. (Martínez Martínez, 2005:150)

Crecimiento de tejido linfóide.

Le corresponde el tercer lugar en velocidad de crecimiento. El timo pesa al nacimiento de 15 a 25 g, con amplias variaciones; el bazo sigue el crecimiento de tipo general. El tejido linfóide y los ganglios muestran un crecimiento lento pero constante en esta etapa y son necesarios para una correcta función inmunológica.

Crecimiento en sentido cronológico y progresivo de las partes del organismo.

La cabeza del recién nacido presenta una cuarta parte de la talla y esa relación persiste durante esta etapa. El macizo facial es pequeño en relación con el volumen del cráneo y la relación de cráneo cara es de 8:1. En el cráneo existen seis fontanelas localizadas en los ángulos parietales. La anterior o bregmática de forma romboidal, es la más amplia mide en sentido anteroposterior de 2.5 a 4 cm y en 90% de los niños se cierra entre los 7 y 19 meses. La posterior o lambdoidea puede estar cerrada al nacimiento o hacerlo en el curso del periodo neonatal. Todas las demás fontanelas se encuentran cerradas.

La variación en la forma de la cabeza, por la adecuación a la morfología del canal de parto, se denomina moldeamiento, también puede haber imbricación discreta de los huesos craneales, llamado cabalgamiento. Ambos fenómenos se consideran normales y se corrigen en los primeros días de vida.

La cara es pequeña con relación al tamaño de la cabeza; los senos maxilares y etmoidales son más pequeños mientras que los frontales y los esfenoidales aun

no se han desarrollado. El crecimiento vertical de la cara se produce por etapas, según las necesidades respiratorias, mientras que el crecimiento anteroposterior es escaso.

Al nacimiento, los ojos del niño son incapaces de enfocar, pero pueden fijar la vista sobre personas u objetos brillantes, los movimientos oculares no están coordinados y puede aparecer estrabismo transitorio o nistagmo horizontal rápido y bilateral de corta duración. Existe suficiente lágrima para mantener húmeda la superficie corneal pero su aparición con el llanto ocurren en el tercer y la cuarta semana de vida.

La rinofaringe y las fosas nasales son de calibre reducido por lo que su obstrucción es fácil, aun con secreciones normales. Los recién nacidos respiran por la nariz de tal modo que la atresia de coanas da lugar a dificultad respiratoria grave. La trompa de Eustaquio es corta y horizontal, el tímpano opaco. La audición se establece al nacimiento, en cuanto drena el líquido amniótico contenido en el oído medio. La boca es especialmente adecuada para la succión que se efectúa como reflejo de origen medular, esta menos capacitada para la impulsión de bolos alimentarios, aunque la deglución se lleva a cabo de manera normal. Lo anterior apoya que la ablactación se inicie hasta los cuatro a seis meses de vida.

Las glándulas salivales completan su desarrollo al tercer mes de edad y la secreción salival es escasa pero suficiente. La capacidad gástrica al nacimiento es de 25 a 40 ml y al mes de edad de 90 a 150 ml. El tiempo de vaciamiento gástrico en el recién nacido alimentado con leche materna es de 2 a 3 horas. El esfínter inferior del estomago puede permitir la regurgitación por inmadurez fisiológica,

sobre todo los primeros días. El píloro funciona en forma anormal. A causa de la incompleta mielinización, los movimientos responsables de la mezcla y la progresión de los alimentos en el intestino, aunque presentes, son relativamente inadecuados, lo que condicionan los cólicos tan frecuentes en esta etapa. La mucosa intestinal, jugos gástricos y pancreáticos, además de la bilis, son capaces de realizar una correcta digestión de los alimentos, a excepción para la dificultad para el desdoblamiento de las grasas saturadas y coágulos grandes de proteínas. El hígado se palpa habitualmente a 1 o 2 cm bajo del borde costal derecho y es posible palpar el polo inferior del bazo.

El abdomen aparece levemente escafoides al nacer, pero se vuelve protuberante cuando el intestino se llena de aire, la diastasis de los rectos anteriores es normal. El muñón umbilical se momifica y desprende entre los 6 y 10 días de edad; las hernias umbilicales son comunes y si el anillo herniario mide menos de 1.3 cm, probablemente cerrara en forma espontánea.

La respiración se lleva principalmente por el diafragma y a la auscultación, hay rudeza respiratoria, debido a que los bronquios son relevantemente grandes.

Durante los dos primeros días de vida la frecuencia respiratoria varía de 40 a 60 latidos por minuto, y disminuye de 25 a 40 latidos por minuto al mes de edad. La frecuencia cardiaca al nacer es de 140 a 160 latidos por minuto y al mes de vida es de 120 a 140 latidos por minuto, el choque de la punta se percibe entre el tercer y el cuarto espacio intercostal izquierdos en la línea medió clavicular.

Al nacimiento las extremidades inferiores han crecido menos con respecto a las superiores con una relación aproximada de segmentos de 1.59. (Martínez Martínez, 2005:156)

El timo se encuentra aumentado de tamaño y puede dar imagen de ensanchamiento el mediastino superior.

La sangre del recién nacido tiene 80% de hemoglobina fetal; esta hemoglobina capta el oxígeno a tensiones más bajas, pero su capacidad de transporte y liberación total es menos a la del adulto. Los eritrocitos tienen una vida media de 65 a 100 días.

La concentración de hemoglobina en los primeros tres días es de 19 g/dL y desciende a 12 g/dL al mes de edad. La cifra de leucocitos cambia con la edad, así, a los tres días de vida extrauterina varía de 5000 a 14500/mm³ y es de 4000 a 7000 al mes de edad; en principio dominan los polinucleares y a las dos semanas ya existen linfocitos.

En el momento de nacimiento, el nivel de IgG es más alto que el de la madre en un 30%, los valores se igualan a los de la madre a la semana de edad. Debido a que no existe transporte fetal de IgM, los valores por arriba de 20 mg/dL indican infección intrauterina o estimulación inmunológica esta deficiencia de IgM se asocia a una mayor frecuencia de infecciones por gramnegativos. Debido a que la IgA no se transfiere por vía placentaria, casi no se detecta en sangre de cordón umbilical al nacer mientras que el mes de edad los valores normales son de 1.9 mg/dL.

Respecto a los signos vitales, la temperatura rectal debe de ser de 36.5 a 37 °C, la tensión arterial obtenida por el método de blanqueamiento es en promedio menor de 55 mmHg y la frecuencia respiratoria y la cardíaca varía de acuerdo con la edad.

Regulación de crecimiento posnatal

El crecimiento está condicionado por factores genéticos y regulados por números factores de crecimiento, como el factor de crecimiento de los fibroblastos, el transformador beta, el epidérmico, el derivado de las plaquetas y las proteínas morfogenas del hueso. También participan varias hormonas como la hormona de crecimiento, el factor de crecimiento similar a la insulina, las hormonas tiroideas, los esteroides sexuales y la insulina por último, el crecimiento está influido por factores de carácter permisivo, como el estado de salud, la nutrición y el estado biopsicosocial.

Factor genético, los factores genéticos a través de un modo de herencia multifactorial, determinan el proceso de crecimiento, al que se suman factores ambientales, como el estado de salud situación biopsicosocial y la nutrición.

Crecimiento y maduración óseos; el crecimiento óseo se inicia en la diáfisis de los huesos largos, donde aparece el núcleo primario de osificación rodeado del periostio; luego se osifica la diáfisis dejando en su interior la medula y en los extremos las epífisis cartilaginosas, donde aparecen los centros de la osificación, separados de la diáfisis por el cartílago de crecimiento; este último es el órgano efector de la mayor parte del crecimiento longitudinal. La maduración ósea resulta de crecimiento óseo y de la osificación del cartílago de crecimiento influido por factores estimuladores e inhibidores de crecimiento.

- Factores reguladores, coordinan y regulan el desarrollo de todo el proceso de crecimiento somático y se dividen en hormonas y factores de crecimiento.
- Factores locales de crecimiento, son producidos en muchos tejidos y actúan sobre la propia célula que los produce o sobre células vecinas, promoviendo la

replicación celular, se produce interacción en el factor de crecimiento, factores locales de crecimiento y hormonas sistémicas

- Factores permisivos, son aquellos que condicionan el crecimiento de forma permisiva, la nutrición, el estado de salud, situación biopsicosocial, nivel socioeconómico, número de hermanos, residencia en zonas urbanas o rurales, el clima y la altitud entre otros.

Básicamente en el neonato se tomara como modelo normal; el periodo breve en el cual el bebe intenta estabilizar una serie de constantes fisiológicas, pero de ninguna manera podrá establecer una relación propositiva o voluntaria con el medio ambiente debido a que no posee un esquema mental alguno ni de sí mismo ni de otro.

Desarrollo neuromotor

Estimulo efectivo	Reflejo
Golpecito seco en el labio superior	Extensión de los labios
Golpecito seco al puente de la nariz	Se cierran apretadamente los labios
Pasar una luz brillante sobre sus ojos	Cierra los parpados
Ruido con la palmas producido a unos 45 cm de su cabeza	Cierra los parpados
Toque de la cornea con un pedazo de algodón	Cierra los parpados
Sosteniendo al bebe sobre su espalda, volverle lentamente la cabeza hacia el lado derecho	Extiende la mandíbula y el brazo derecho del lado de la cara; el brazo izquierdo se flexiona
Extensión de los antebrazos en el codo	Los brazos se flexionan rápidamente

Oprimir con un dedo la palma de su mano	Los dedos del infante se flexionan sobre el dedo
oprimir con el dedo el cojinete de la planta del pie	Los dedos se flexionan
Rascar la planta de su pie, empezando en los dedos y terminando en el talón	El primer ortejo se hiperextienden y los restantes se abren
Picar la planta del pie con un alfiler	Se flexiona la rodilla y el pie del niño
Hacer cosquillas sobre la comisura de la boca	Vuelve la cabeza hacia el lado de donde viene el estímulo
Meter el dedo índice en la boca	Mama
Sostener al infante en el aire, con el estomago hacia abajo	Trata de levantar la cabeza y extiende las piernas

Otros reflejos como el de succión y búsqueda están encaminados a permitir el aporte de elementos nutrientes para subsistencia, pero, en forma paralela, también se fijan las bases para el desarrollo cognitivo y emocional, el último grupo de reflejos como Babinsky y el de moro son una respuesta normal dada por la incipiente maduración neurológica que conforme al avance del neonato en su desarrollo, deberán desaparecer, al igual que los otros grupos de reflejos ya mencionados.

En si todos son una secuencia de madurez que lo llevaran en el futuro a la adquisición de patrones motrices más complejos y siempre con la finalidad de ir rompiendo con la acción de la gravedad, para así establece una movilidad amplia dentro del mundo que le rodea y finalmente integrar funciones, sensorio motoras, psicomotoras y neuropsicológicas. (Martínez Martínez, 2005:159)

Desarrollo cognitivo

La matriz de la personalidad del ser humano se establece por factores constitucionales heredados, que se desarrollaran y expresaran de acuerdo con factores de estimulación en el ambiente, inicialmente de la madre, solo así la mente humana podrá surgir diferenciarse y organizarse. En esta etapa de la vida la mente indiferenciada del recién nacido expresa impulsos, sin posibilidad de distinguir lo que proviene del ambiente de lo que se origina internamente en su propio cuerpo; el mundo y el forman una sola unidad. Spitz llamo en a este momento la etapa sin objeto debido a que la atención del bebe no es atraída por el entorno; es decir, no existe representación alguna en su mente.

En ocasiones, desde la segunda semana de vida el bebe muestra sonrisas cuando está dormido o mamando, en aparente estado placentero lo cierto es que el niño no ofrece ninguna respuesta emocional a la madre ni a ningún objeto. Por ello y falta de representación de sí mismo, Kanner llamo etapa, autista al primer mes de vida, Freud supuso que la atención y la energía a esta edad se encuentran en estado virgen, sin poder vertirse hacia ningún objeto externo y llamo narcisismo primario a esta etapa.

Los estímulos producidos por el hambre, el frío o el calor, los cambios de posición al ser cargado o cambiarle de ropa, los ruidos las voces, los cambios producidos por sus propios movimientos musculares ocasionadas por actividad refleja en la cabeza y extremidades, no pueden aun diferenciarse unos de otros. El bebe requiere por el por momento de una relación estrecho con la madre para protegerse y alimentarse; mas adelante la aparición de la percepción diacrítica, mediada por centros corticales se encargara precisamente de diferenciar la

procedencia y ubicación de los estímulos sensoriales. (Martínez Martínez, 2005:160)

Poco a poco el niño se irá depositando en su mente lo que se conoce como huellas némicas, es decir, la memoria. Conforme cada estímulo se transforma en una experiencia significativa positiva o negativa la mente empieza a tener una estructura. A los ocho días de nacido, cuando es tiempo de comer y el bebé es cargado en brazos en posición horizontal, girará la cabeza en dirección al pecho de la madre; esto es diferente del reflejo nato de búsqueda y va dirigido a un fin, bajo el modelo de reflejo condicionado o aprendido.

Esta conducta se incrementa durante el primer mes de vida pero solo se dará cuenta de la existencia del pezón si se cumplen las condiciones de tener hambre y de que no esté llorando, pues de otra forma se verá bloqueada la percepción del pezón por la descarga motora a través del llanto originando a su vez por el aumento de tensión que ocasiona el hambre. Otro estímulo importante para continuar mamando es la presencia de leche en la cavidad bucal.

Desarrollo afectivo

Si bien en forma previa al nacimiento se habla de una psicología fetal (Rascovsky). Durante el parto se menciona el trauma del nacimiento como origen de toda expresión traumática posterior y de toda respuesta ansiosa. Existe, por otro lado, la denominación de una barrera sensorial protectora necesaria para proteger a un infante contra los estímulos desagradables provenientes del interior o interoceptivos, como el hambre, o llegada de fuera a través de los órganos de los sentidos también llamados enteroseptivos. La psicología fetal y el trauma del

nacimiento producirán tener en la actualidad una explicación en el terreno de la neurociencia, como la neuroquímica y la neuroendocrinología. Sin embargo, la corticalización del diencefalo en esta etapa de la vida aun no está plenamente establecida como para impresionar en la memoria, no así a nivel diencefálico, el cual es capaz de imprimir sensaciones placentera o displacenteras.

Desarrollo psicosocial.

Este abarca tanto el impacto que el ámbito social ofrece al neonato como en el repercute dicho estímulo para iniciar lo que en el futuro serán sus formas de interacción social.

El recién nacido, con su presencia, es capaz de desencadenar en las personas circundantes, las más caras acciones de atención, ternura protección, alimentación y cuidado general que en suma son valores de crianza, tal como si en el terreno del instinto animal habláramos de estímulos clave que determinan conductas determinadas filogenéticamente. Sin embargo por el momento al bebe no le es posible intervenir de manera activa en el proceso de interacción social debido a la falta de estructura mental cognitiva, pero si precisa partir de lo que en el entorno le ofrece, para que, a manera de estímulos iniciales proceda a su desarrollo psicosocial. (Martínez Martínez, 2005:164)

Evaluación del neonato.

Evaluación del crecimiento.

Se realiza tomando las medidas del peso talla y perímetro cefálico, que se relacionan con la edad gestacional para valorar el crecimiento intrauterino,

además se toman como medidas basales para ser comparadas con mediciones posteriores. Los incrementos se cortejan con medidas previas del propio paciente y con tablas de crecimiento para la valoración del mismo. Es útil medir también medir el perímetro cefálico, relación de segmentos y brazada.

Evaluación del desarrollo.

Durante esta etapa el desarrollo se evaluara a través de observación directa y del interrogatorio a la madre sobre su disponibilidad psicológica, grado de atención recibida, satisfacción de sus necesidades y estado afectivo; esto permitirá una visión integral del neonato.

Es importante considerar que la valoración necesita realizarse examinando en forma detallada no solo conductas esperadas en el recién nacido si no también en los antecedentes clínicos de la madre, los familiares, hereditarios, ambiente sociocultural y económico de la familia, valoración genética y metabólica del bebe a fin de lograr una visión lo más completa posible. La valoración amplia en cuanto a la conducta del neonato podrá realizarse como guías específicas. Dada de enorme plasticidad que tiene el cuerpo humano para la adaptación en las etapas tempranas de la vida, se estima oportuna la intervención de la neonatología como subespecialidad de la pediatría y de la psiquiatría, de la lactancia para ejercer acciones encaminadas a limitar problemas cuyas repercusiones físicas, mentales y emocionales se harían evidentes en etapas posteriores. (Martínez Martínez, 2005:150)

4.6. FISIOPATOLOGÍA DEL NEONATO PREMATURO COMPLICADO CON MEMBRANA HIALINA

Prematuro

Los primeros estudios acerca de membrana hialina, realizados durante los años sesenta en estados unidos, fueron probablemente la chispa que encendió el motor del cambio de actitud nivel mundial, con relación a los niños prematuros. Pero es apenas en la segunda mitad de la década del setenta cuando se plantea una revisión de las conductas que hasta el momento se tenían como normas hacia los recién nacidos prematuros y en particular los de muy bajo peso al nacer. Esta rectificación llevo a un nuevo enfoque por que hasta la fecha, el recién nacido prematuro muy inmaduro tenia escasas posibilidades de vida, se consideraban inútiles los esfuerzos que se hicieran para mejorar su vida.

En general ha existido un incremento importante a nivel mundial en índice de supervivencia en niños de peso extremadamente bajo (entre 500 y 1000g) el cual mejoro mucho con la aplicación de surfactante exógeno desde finales de los ochentas y con la utilización más frecuente de esteroides prenatales pero a pesar de los cuidados intensivos se ha hecho rutinario en muchos centros de atención, la prematurez, definida como la edad gestacional menor de 37 semanas completas, continua siendo el primer factor de morbilidad neonatal en el mundo y la incidencia de parto prematuro no ha mejorado. El parto prematuro se produce en cerca del 11% de los embarazos, es responsable del 70% de las muertes neonatales y del 50% de las discapacidades neurológicas neonatales, incluida la parálisis cerebral.

La etiología del trabajo de parto prematuro usualmente se desconoce y la mayoría de las veces es de origen multifactorial. Para su prevención, manejo y atención es necesario tener en cuenta la evaluación de los factores de riesgo, la posibilidad de inhibición farmacológica, la probabilidad de maduración fetal y la atención de parto prematuro.

Factores de riesgo.

Pregestacionales.

Antecedentes de parto prematuro.

Drogadicción.

Edad materna menor de 16 o mayor de 35 años.

Enfermedad crónica.

Estrés.

Malnutrición materna.

Malformación uterina.

Nivel socio-económico bajo.

Pérdida perinatal previa.

Tabaquismo materno.

Prenatales

Actividad materna intensa / estrés.

Anemia.

Asistencia prenatal escasa o nula.

Aumento ponderal escaso durante el embarazo.

Ciertas infecciones (principalmente genitourinarias).

Drogadicción durante la gestación.

Embarazos muy cercanos.

Enfermedades crónicas o inducidas por el embarazo.

Estimación errada de la edad gestacional.

Gestación múltiple.

Indicación médica.

Polihidramnios.

Primípara.

Ruptura prematura de membranas/ amnionitis.

Sangrado en el tercer trimestre.

Tabaquismo materno durante la gestación.

Trauma uterino.

Probabilidad de maduración fetal

Los corticosteroides prenatales no solo incrementan la maduración pulmonar y disminuye la mortalidad neonatal, sino que también aparecen disminuir el riesgo de daño cerebral y de parálisis cerebral.

Indicaciones para el uso prenatal de esteroides

- Paciente con trabajo de parto prematuro no complicado
- Entre 26 y 32 semanas de gestación
- Membranas indemnes
- Posibilidad de inhibición del mecanismo de parto por 24 horas o mas

Concepto:

Como se ha citado el recién nacido prematuro o recién nacido pretérmino es aquel cuya edad gestacional es menor de 37 semanas completas.

Prematurez o prematuridad es sinónimo de inmadurez, lo cual rige la relación del recién nacido pretérmino con su medio ambiente y determina su capacidad para resolver dificultades de esta capacidad depende su futuro, muy ligado por su puesto a la asistencia que pueda brindarle el personal especializado que lo atiende.

Diagnostico

El diagnostico de prematurez se basa en la determinación de la edad gestacional mediante datos obtenidos mediante el embarazo y una vez que ha ocurrido el nacimiento. En el periodo prenatal, se usa la fecha de última menstruación, los datos clínicos derivados del control médico prenatal los estudios ecsonograficos, la ecocardiografía fetal, los estudios de liquido amniótico y en el periodo posnatal la determinación se basa en observaciones clínicas mediante los métodos prácticos de Capurro y Ballard que utilizan variables somáticas y neuromusculares simplificadas o con métodos más extensos y completos como el de Dubowitz.(Godoy Ramirez, 2002:22)

Lo ideal es determinar la edad gestacional por medio del examen directo del paciente, mediante los métodos de Capurro y Ballard, sumado a los datos obtenidos, la mayor cantidad de datos directos derivados de los métodos de evaluación prenatal, para aumentar así la posibilidad de acierto

Riesgo de patología específica según edad gestacional.

Neonato diminuto de 24-30 semanas	Recién nacido prematuro de 31-34 semanas	Recién nacido prematuro de 35-37 semanas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anomalías congénitas ▪ Hemorragia intraventricular ▪ Insuficiencia respiratoria (enfermedad de membrana hialina) ▪ Sepsis ▪ Muerte por causa indeterminada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad de membrana hialina clásica ▪ Sepsis ▪ Hemorragia intraventricular ▪ Apnea ▪ Ictericia ▪ Sangrado ▪ Híperglicemia iatrogénica ▪ Hipotensión ▪ Hipotermia ▪ Asfixia ▪ Anomalías congénitas ▪ Problemas de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hipotermia ▪ Sepsis ▪ Ictericia ▪ Hipoglicemia ▪ Taquipnea transitoria ▪ Asfixia ▪ Anomalías congénita ▪ Problemas de alimentación.

Las desventajas de ser prematuro derivan de su problema esencial, la inmadurez general determina un alto riesgo de sufrir complicaciones que no se presentan en el recién nacido a término. La inmadurez de los diferentes aparatos y sistemas determinan el deterioro por arrastre, en círculo vicioso, de funciones principales como la función pulmonar, la cardiovascular, la cerebral, la renal, lo que conlleva a

la pérdida de la estabilidad fisiológica.

Las desventajas de la Prematurez

inmadurez	Predispone a:
pulmonar	SDR enfermedad de membrana hialina. Taquipnea transitoria del recién nacido. Pulmón asfíctico. Displasia broncopulmonar.
Cerebral/neurológica	Hemorragia intraventricular. Apnea. Incoordinación succión/deglución. Panencefalitis por Sepsis. Asfixia encefalopatía hipóxico-isquémica. Problemas de termorregulación.
Cardiovascular	Persistencia de conducto arterioso. Hipotensión. Insuficiencia cardiaca.
Renal	Dificultad en el manejo de líquidos y electrolitos. Trastornos del equilibrio acido-base.
Intestinal	Enterocolitis necrotizante. Dificultad para la alimentación.
Tejidos lábiles	Retinopatía de la prematurez. Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar). Parálisis cerebral.
Inmunológica	Sepsis.
Hematológica	Trastornos del transporte de oxígeno. Anemia.

Factores de coagulación	Coagulación intravascular diseminada. Tendencia a sangrado (II, V, VII, VIII, IX, X, XI).
Hepática	Hipoglicemia. Ictericia. Trastornos de coagulación.
Piel/tejido subcutáneo	Trastornos de termorregulación: mayor tendencia a hipotermia/hipertérmica. Sepsis (inmadurez de la barrera dérmica).
Endocrina	Hipoglicemia. Híperglicemia iatrogénica. Hipocalcemia. Trastornos de función suprarrenal.
Corporal	Trauma de parto.
Social	Rechazo familiar. Temor a su manejo por parte de sus familiares. Síndrome de niño maltratado.

Cuidados generales del recién nacido prematuro

Toda la actividad del personal médico y paramédico encargado de la atención del recién nacido prematuro debe estar orientada a la prevención de los problemas específicos para los que existe riesgo aumentando según su edad gestacional, así como también al diagnóstico precoz y el manejo temprano de las complicaciones que van surgiendo. El mantenimiento del lábil equilibrio entre las funciones

inmaduras que regulan su homeostasis es la clave para lograr finalmente un niño que tenga mejor calidad de vida.

La atención del recién nacido prematuro debe incluir:

Vigilancia de la temperatura.

Asistencia respiratoria.

Vigilancia de la función cardiovascular.

Prevención de la infección /despistaje de Sepsis.

Prevención de las complicaciones del sistema nervioso central.

Vigilancia de apneas.

Vigilancia de la función renal.

Seguimiento de cifras de bilirrubina total y fraccionada.

Vigilar el estado hematológico

Mantenimiento del medio interno/estado metabólico/equilibrio hidroelectrolítico.

Atención del aporte de nutrientes/alimentación adecuada.

Prevención de secuelas. (Godoy Ramirez, 2002:31)

Síndrome De Distress Respiratorio

El síndrome de distress respiratorio, comúnmente llamado enfermedad de membrana hialina, es un cuadro clínico que ocurre usualmente en recién nacidos prematuros y que está asociado al déficit de surfactante alveolar en el pulmón inmaduro de los neonatos. La incidencia del síndrome de distress respiratorio es inversamente proporcional a la edad gestacional ya que esta se relaciona con la madurez pulmonar; así se describe una incidencia aproximada del 80% en los

neonatos con edad gestacional de 28 semanas o menos, un 75% de los neonatos con edad gestacional entre 29 y 30 semanas, un 48% en aquellos con 31 a 32 semanas de edad gestacional y un 33% en los mayores de 33 semanas, después de las 33 a 36 semanas de edad gestacional la incidencia es del 15-30%, mientras que los mayores de 37 semanas es de apenas un 5%.

El surfactante pulmonar

Avery y Mead fueron los primeros en demostrar que la disminución del surfactante pulmonar es crítica en el desarrollo del distress respiratorio.

El surfactante pulmonar es una sustancia producida en las células alveolares tipo II (neumocitos tipo II) a partir de las 20 semanas de edad gestacional, pero no está libre a la superficie alveolar hasta las 24 semanas, la más alta tasa de producción hasta las 34 semanas de gestación. Esta constituido principalmente por lípidos, de los cuales los fosfolípidos se encuentran en mayor proporción (85%) y una menor proporción de lípidos neutros; el colesterol se encuentra en mayor proporción (10%). Los fosfolípidos que constituyen el surfactante pulmonar son principalmente fosfatidilcolina (lecitina), además de fosfatidilglicerol, fosfatidilinositol y fosfatidiletanolamina. Igualmente está constituido por apoproteínas denominadas proteínas del surfactante, denominadas como proteínas del surfactante A, B, C, D. las células alveolares de tipo II son las encargadas de la síntesis y almacenamiento y el reciclaje de los lípidos y las proteínas del surfactante, mientras que las células de clara, que se encuentran en el epitelio de los bronquiolos respiratorios solamente sintetizan proteína de surfactante A, B, D.

El surfactante pulmonar se ha asociado a varias funciones tanto biofísicas como no biofísicas. Entre las primeras se encuentra la capacidad para disminuir la tensión superficial alveolar, dada su alta actividad de superficie, con lo cual le confiere estabilidad al alveolo en condiciones de bajo volumen y presión pulmonar evitando el colapso del mismo, en estas circunstancias. Igualmente contrarresta las fuerzas físicas que promueven el flujo del contenido intravascular, hacia al espacio alveolar. Entre sus funciones no biofísicas se destaca su capacidad inmunomoduladora y modificadora de la respuesta inflamatoria, la cual es mediada específicamente por las proteínas del surfactante. Con respecto a las funciones de las proteínas del surfactante hay que destacar la proteína del surfactante B y C ejercen efecto colaborador en las funciones tensoactivas de los componentes lipídicos, ya que propician la inserción, la absorción de los lípidos a la superficie alveolar además de aumentar su capacidad tensoactiva y mejorar la distribución de la película lipídica sobre el alveolo. La proteína de surfactante B, es imprescindible para la función pulmonar. La proteína de surfactante A ejerce sinergismo sobre la proteína del surfactante B además de ayudar a mantener la homeostasis del surfactante y protegerlo de la inactivación por parte de las proteínas provenientes del plasma. Pero, además, tiene un potente efecto inmunomodulador que la hace particularmente útil en la defensa contra microorganismo ya que favorecen la producción de radicales libres por parte de los macrófagos pulmonares. La proteína del surfactante tiene un efecto protector muy importante contra virus, como el virus de la influenza. La proteína de surfactante D, tiene un efecto inmunoprotector similar a las proteínas de surfactante A.

Etiopatogenia del síndrome de distress respiratorio.

Al nacer la primera respiración requiere de la mayor presión inspiratoria del ser humano (alrededor de 10-20 cm. H₂O), con lo cual los alvéolos se expanden por primera vez. En presencia de adecuada cantidad de surfactante pulmonar que impide el colapso alveolar al final de espiración los pulmones retienen hasta un 40% del volumen residual de tal manera, que para las siguientes respiraciones no necesitan presiones inspiratorias tan elevadas (alrededor de 4 cm. H₂O), en el pulmón del prematuro no ocurre esto pues al tener un déficit de surfactante pulmonar ocurre colapso alveolar al final de la espiración conduciendo atelectasia de alvéolos y bronquiolos terminales; además este neonato debe realizar un esfuerzo mayor con cada respiración para lograr la presión inspiratoria necesaria para la apertura alveolar. Este proceso conduce a lesión alveolar y bronquiolar, fenómeno conocido como recorex (expansión y colapso alveolar repetido) que se traduce en fuga de contenido plasmático, compuesto principalmente por proteínas y fibrina dentro del alveolo, dando origen a las llamadas membranas hialinas. (Godo Ramirez, 2002:96)

Las membranas hialinas son estructuras de aspecto histológico homogéneo granular de tipo eosinofílico, constituidas por proteínas, fibrina, fibrinógeno y células epiteliales necróticas descamadas. Suelen formarse después de las primeras 6 a 8 horas de vida y son eliminadas aproximadamente a las 48 horas por fagocitosis mediada por neutrófilos, luego de la proliferación de células alveolares que se encuentran debajo de ellas.

La principal consecuencia de lo anteriormente descrito es la producción de atelectasia y retención de agua pulmonar y de la entrada de aire que conduce a

hipoventilación y desbalance de la relación ventilación/perfusión. Todo esto conlleva a la retención de CO₂, hipóxia y acidosis factores claramente involucrados en la disminución de la producción de surfactante pulmonar por parte de las células alveolares tipo II además de vasoconstricción arterial pulmonar, la vasoconstricción arterial pulmonar conduce a hipoperfusión pulmonar y corto circuito de derecha a izquierda, originando, además de aumento de la hipoxemia, mayor lesión celular alveolar, que perpetua el círculo vicioso, con la consecuente disminución en la producción de surfactante y la fuga de contenido proteínico hacia el alveolo. Además las membranas hialinas constituyen un obstáculo para el intercambio gaseoso ya que aumenta el gradiente de difusión, agravando la hipercapnia y la hipoxemia.

Manifestaciones clínicas.

Habitualmente los neonatos con síndrome de distress respiratorio presentan manifestaciones clínicas al nacer o dentro de las primeras dos horas de vida. El cuadro clínico está dado por dificultad respiratoria caracterizado por taquipnea, retracciones intercostales y subcostales, utilización de los músculos accesorios de la respiración, quejido, aleteo nasal, cianosis periférica o central y asincronismo toracoabdominal. La auscultación pulmonar revela crepitantes con predominio de áreas en declive, usualmente bases pulmonares en su parte posterior. En ausencia de tratamiento, la dificultad respiratoria se agrava, pudiendo desaparecer el quejido para dar paso a apnea, hipotensión, palidez, deterioro neurológico y cianosis que no responde a la administración de oxígeno y finalmente desemboca en paro respiratorio y muerte. Los signos clínicos suelen ser menos marcados

mientras menor sea la edad gestacional; sin embargo. En prematuros de muy bajo peso el esfuerzo respiratorio puede ser no muy evidente por la escasa masa muscular de su pared torácica, e incluso su primera manifestación clínica puede ser apnea y cianosis. Otras manifestaciones son oliguria, hipotensión y edema.

En la mayoría de los casos, el curso clínico es progresivo con un pico máximo entre las 24 a 72 horas, tras lo cual comienza una fase de mejoría que se inicia al tercer día de vida cuando comienza una fase de diuresis espontánea, en la que elimina el edema intersticial y el flujo intraalveolar lo que propicia una mejor ventilación. Después de esta fase el neonato tiene una mayor capacidad de oxigenación al recibir fracciones inspiradas de oxígeno menores. La mejoría se hace más evidente entre el cuarto y el séptimo día.

Raras veces la muerte sobreviene durante el primer día de vida siendo más frecuente entre el segundo y el séptimo día con frecuencia a causa de complicaciones como fugas de aire (neumotórax, enfisema intersticial), hemorragia pulmonar o hemorragia intraventricular. El uso de surfactante pulmonar exógeno ha modificado el curso natural de la enfermedad acelerando la mejoría y disminuyendo la mortalidad.

Diagnostico

El diagnostico por laboratorio se basa en la determinación de la presión parcial de CO₂ y O₂ en la sangre arterial como reflejo del intercambio gaseoso a nivel pulmonar. En el síndrome de distress respiratorio, la gasometría arterial puede variar desde la hipóxia aislada (PO₂ mayor de 50 mm. Hg), hasta la insuficiencia respiratoria dada por hipercapnia (PCO₂ menor de 55 mm Hg),

hipóxemia y acidosis (Ph mayor de 7.20), puede evidenciarse acidosis metabólica o acidosis respiratoria incluso ambas (acidosis mixta). Por otra parte, las determinaciones gasométricas arteriales permiten calcular el índice de oxigenación y la relación arterio/alveolar de O₂, los cuales sirven para valorar el grado de severidad de la enfermedad pulmonar y de la eficacia de la estrategia ventilatoria como también sugerir el pronóstico y la necesidad de oxigenación por membrana extracorpórea.

Otros hallazgos de laboratorio dependen de las patologías acompañantes que pueden ser sepsis, asfixia, hipoglicemia, hipocalemia.

Diagnostico radiológico.

Los hallazgos radiológicos son variables, el hallazgo más frecuente es la presencia de un infiltrado reticulogranular uniforme, definido como en vidrio esmerilado acompañado de broncogramas aéreos, igualmente se evidencian signos de disminución del volumen pulmonar dados por radiopacidad homogénea universal, estrechamiento de arcos costales y campos pulmonares que abarca solo el sexto espacio intercostal. Sin embargo en el transcurso de la enfermedad es posible identificar otros hallazgos radiológicos que pueden sugerir complicaciones habituales de la enfermedad como fugas de aire, edema pulmonar por reapertura de conducto arterioso o displacia broncopulmonar.

Tratamiento.

El primer paso en el manejo de síndrome de distress respiratorio debe ser la prevención la cual se logra mediante un adecuado control prenatal. En las evaluaciones prenatales se debe de realizar una adecuada determinación de la

edad gestacional mediante mediciones ecosonograficas, igualmente se deben de determinar el contenido de fosfatidilglicerol y la relación lecitina/esfingomielina en liquido amniótico como reflejo de madurez pulmonar. Además es necesario verificar el bienestar fetal mediante monitoreo fetal continuo biofísico. En situaciones de amenaza de parto prematuro el uso de tocolíticos puede interrumpir el trabajo de parto.

El uso de corticosteroides antenatales ha demostrado eficacia en la inducción de la maduración pulmonar ya que se le ha atribuido un efecto estimulante en el desarrollo estructural del parénquima pulmonar y la maduración de las células alveolares tipo II con lo cual aumenta la producción de surfactante y mejora la compliance pulmonar, además, de disminuir la fuga de proteínas plasmáticas al espacio alveolar y acelerar la depuración de liquido pulmonar antes del nacimiento. Sin embargo el numero de dosis y el momento en el que se deben de administrar aun está sujeto a controversia por los efectos colaterales, a largo plazo que se han demostrado tanto en el desarrollo cognoscitivo, como en el crecimiento de niños cuyas madres fueron tratadas durante el embarazo. Desde 1994 la conferencia de consenso de corticosteroides antenatales de los institutos nacionales de salud apoya el uso de los corticosteroides entre la 24 y 34 semanas de gestación constituidos por dos dosis de betametosona (12 mg. cada 24 horas por vía intramuscular), o cuatro dosis de dexametasona (6 mg cada 12 horas por vía intramuscular). Se ha demostrado que el riesgo de síndrome de distress respiratorio disminuye en neonatos prematuros nacidos 24 horas después y menos de 7 días luego que sus madres recibieran corticosteroides; sin embargo, también se reportan efectos beneficios con el uso

de corticosteroides menos de 24 horas antes del nacimiento.

Medidas generales

- Traslado a una unidad de terapia intensiva neonatal.
- Confort térmico.
- Monitoreo de signos vitales.
- Control estricto de balance hídrico, diuresis, densidad urinaria.
- Control de peso diario (si lo permite la condición del neonato).
- Adecuado aporte de líquidos y electrolitos para mantenerla homeostasia. Se prefiere mantener un aporte normovolemico. En los recién nacido pretérmino este aporte hídrico oscila entre 70-80 ml/Kg./día con administración de sodio a 2-3 meq/Kg./día, potasio a 2-3 meq/Kg./día, luego de garantizar diuresis, calcio a 75-150 mg/Kg./día y magnesio a 50 mg/Kg./día.
- Adecuado aporte calórico. Se debe iniciar el aporte calórico en forma temprana con la administración de carbohidratos (dextrosa), proteínas y lípidos. Los estudios más recientes sugieren que el aporte calórico ideal de inicio debe ser aproximadamente 27 a 34 cal/Kg./día, aumentando progresivamente hasta 43 cal/Kg./día a la semana de vida. La distribución de calorías se puede hacer de la siguiente forma: carbohidratos (dextrosa) 4 g/Kg./día, aminoácidos 1g/Kg./día y lípidos 1g/Kg./día.
- Antibioticoterapia. Por tratarse de neonatos prematuros, los cuales se caracterizan por una respuesta inmunológica inmadura, sumada a los procesos invasivos a los que se ven sometidos, es habitual el uso de antibióticos. La antibioticoterapia empírica inicial debe individualizarse

considerando los factores de riesgo del neonato y los potenciales agentes patógenos que pudieran causar infección. Sin embargo, una buena alternativa es el inicio con ampicilina y un aminoglucósido. (Godoy Ramírez, 2002:100)

5. APLICACIÓN DEL PROCESO

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO

P se trata de recién nacido con un día de vida extrauterina de sexo femenino, producto único vivo de 27 semanas de gestación por valoración de Capurro, con un Apgar 6/7, Silverman de 7, el cual cuenta con los siguientes diagnósticos médicos: prematuridad y enfermedad de membrana hialina grado dos.

S al interrogatorio argumenta la madre tener 19 años de edad, ser primigesta, no haber tenido control prenatal, es de un nivel socioeconómico bajo, con escolaridad preparatoria, manifiesta haber comenzado con trabajo de parto con evolución de 6 horas con membranas íntegras, sin tratamiento de maduración.

O a la exploración física se explora a neonato femenina de 27 semanas de gestación por valoración de Capurro, con un Apgar de 6/7, Silverman de 7, talla de 39 cm, con peso de 940 gramos, perímetro torácico de 26 cm, perímetro abdominal de 25 cm, perímetro cefálico de 27 cm, los cuales son adecuados para la edad gestacional, se encuentra con signos vitales inestables, frecuencia respiratoria de 80 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 170 latidos por minuto, con una temperatura de 36.6 grados, se observa con dificultad

respiratoria, cianosis generalizada, fontanelas pequeñas y separadas, piel húmeda transparente, cuello cilíndrico sin megalias, tórax normolíneo, con ruidos cardiacos rítmicos uniformes de buen tono y frecuencia con campos pulmonares hipóventilados, abdomen sin compromiso con perístalsis presente y no hay datos de distensión abdominal, cordón umbilical fresco, no viceromegalias; genitales de acuerdo a edad y sexo, con ano permeable con extremidades torácicas y pélvicas integras, con llenado capilar y pulsos dístales disminuidos se muestra hipoactiva, con reflejos de succión y deglución ausentes, neurológicamente neonato inmaduro.

Al segundo día, permanece hemodinámicamente inestable, presenta bradicardia, desaturación de oxígeno y vasoespasmos en ambas extremidades, por lo que se retira catéter umbilical y se coloca un catéter multivía en yugular derecha, se modifican parámetros de ventilación; se mantiene con fontanelas normótensas amplias, pupilas con tendencia a midriasis, hipóreactiva, reacción débil a estimulación táctil, gastrointestinal con mala distribución de aire, presenta leucocitosis, bandas al 1%, plaquetas de 232, radiológicamente infiltrado, arahilar bilateral, las secreciones por cánula endotraqueal verdosas por lo que se cambia de antibioticoterapia cursa inestable los días posteriores a su ingreso y hasta el momento se mantiene con aporte nutricional parenteral

Día séptimo se inicia alimentación enteral, por sonda transpilórica con leche materna a infusión continua, 48 horas después presenta distensión abdominal, labstix en evacuación negativa, se suspende alimentación enteral, continuando con requerimiento calórico para la edad.

A los 21 días se encuentra estable se disminuyen parámetros de ventilación, se

retira la sonda transpilórica se inicia con dieta oral con sonda orogástrica, se valora con rayos X en donde se observa barotrauma inicia tratamiento con diuréticos y posteriormente cambia modalidad de ventilación a Cpap con fio2 al 40%, se aspiran secreciones blanquecinas, se observan aspiraciones superficiales inicia tratamiento con aminofilina con control de peso de 1.100.

Al día 24 se extuba y se retira cánula endotraqueal queda con campana cefálica, se observa atelectasia en pulmón izquierdo continua con fisioterapia respiratoria pulmonar, cursa eutermica, inicia técnica de estimulación,

Sexta semana, inicia alimentación vía oral inicia reflejos de succión y deglución continua con un aumento de peso de 1450.

Octava semana pasa cuna abierta tolerando la vía oral con un peso de 1.625, inicia el adiestramiento de los padres en relación al baño medicación y seguimiento de estimulación temprana, se mantiene con alimentación al seno materno

Décima semana, se da de alta con un peso de 1800 se mantiene en vigilancia por neurodesarrollo.

5.2. RESULTADO DE LA VALORACIÓN

A diagnósticos de enfermería

Alteración de la necesidad de oxigenación relacionada a inmadurez manifestado por uso de los músculos accesorios para respirar, aleteo nasal, disnea, fatiga de los músculos respiratorios, aumento de la frecuencia cardiaca, gasometría arterial anormal, aumento del pco2.

Alteración de la necesidad de nutrición relacionada a inmadurez manifestado por

incapacidad para absorber los nutrientes, bajo peso, hipoactividad, no alimentación al seno materno, reflejo de succión y deglución disminuido.

Alteración de la necesidad de eliminación urinaria relacionada a tratamiento con corticosteroides manifestado por oliguria.

Alteración de la necesidad de eliminación intestinal relacionada a disminución de la motilidad del tracto intestinal manifestada por defecación no presente.

Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionada a interrupciones para procedimientos terapéuticos manifestado por irritabilidad.

Alteración de la necesidad de termorregulación relacionada a inmadurez neurológica manifestado por fluctuaciones de la temperatura corporal por encima y debajo de los límites normales (hipertermia e hipotermia).

Alteración de la necesidad de higiene de la mucosa oral relacionada a factores mecánicos (tubo endotraqueal) manifestado por lengua saburral, edema y exudado blanco.

Alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado a la edad del neonato manifestado por respuestas desadaptadas al estrés.

Alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado con aislamiento, ausencia de la madre y de estimulación afectivo emocional manifestado por alteración en el crecimiento físico y conductual.

Alteración de la necesidad de evitar peligros relacionada a prematurez e inmadurez del sistema neurológico manifestado por respuesta anormal a los estímulos sensoriales, tono disminuido, alteración de los reflejos primarios.

Alteración de la necesidad de comunicarse relacionada a aislamiento manifestado por falta de respuesta conductual ante los estímulos externos (voz de la madre,

expresiones cariñosas).

Alteración de la necesidad de participar en actividades recreativas relacionada con aislamiento por hospitalización prolongada manifestado por disminución de conductas físicas, emocionales e hipóreactivo.

Diagnósticos potenciales o de riesgo

Riesgo de paro respiratorio relacionado con hipofunción ventilatoria y deterioro respiratorio.

Riesgo de alteración de la necesidad de higiene y protección de la piel relacionada a inmovilización y desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno.

Riesgo de alteración de la necesidad de higiene y protección de la piel relacionada a hipotermia, hipertermia, humedad, y la edad del paciente.

Riesgo de alteración de la necesidad de seguridad física y biológica relacionada a deterioro neuromuscular y músculo esquelético.

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado a procedimiento invasivos.

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado a la etapa del desarrollo.

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado con probable muerte súbita por prematurez.

5.3. DESARROLLO DE LAS ETAPAS DEL PROCESO

5.3.1. Diagnósticos reales

Necesidad de oxigenación

Alteración de la necesidad de oxigenación relacionada a inmadurez manifestada por uso de los músculos accesorios para respirar, aleteo nasal, disnea, fatiga de los músculos respiratorios, aumento de la frecuencia cardiaca, gasometría arterial anormal, aumento del pco₂

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de oxigenación

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Mantener una oxigenación adecuada para controlar el adecuado intercambio gaseoso lo cual disminuirá complicaciones permanentes.

Planeación:

- Eliminar las secreciones bucales, nasales.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema de calefacción y humidificado.
- Administrar oxígeno suplementario según ordenes.
- Vigilar el flujo de litro de oxígeno.
- Comprobar el aporte la posición del dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administre la concentración prescrita controlar la eficacia de la oxigenoterapia con la gasometría arterial.
- Observar si hay signos de hipó ventilación inducida por el oxígeno.
- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: niveles arteriales.
- Auscultar sonidos respiratorios, tomando nota de las zonas de disminución

- o ausencia de la ventilación y presencia de sonidos extraños.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
- Determinar la necesidad de aspiraciones oral y traqueal.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o bolsa de resucitación antes de la aspiración.
- Variar la técnica de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Monitorizar el grado de shunt, capacidad vital, fuerza inspiratoria.
- Observar si el aporte de líquidos es óptimo.
- Establecer metas discretas y accesibles.
- Minimizar la labor excesiva.
- En pacientes con músculos respiratorios fatigados, no retrasar el retorno de la ventilación mecánica.

Necesidad de nutrición e hidratación

Alteración de la necesidad de nutrición relacionada a inmadurez manifestada por incapacidad para absorber los nutrientes, bajo peso, hipoactividad, no alimentación al seno materno, reflejo de succión y deglución disminuida

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de nutrición.

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Mantener una nutrición e hidratación adecuada para evitar una desnutrición así mismo estimularlo para reforzar el reflejo de succión y deglución.

Planeación:

- Determinar el estado del bebé antes de iniciar la alimentación.
- Calentar la fórmula a temperatura ambiente antes de proceder con la

alimentación.

- Coger al bebe durante la alimentación.
- Identificar dieta prescrita.
- Pesar diariamente.
- Control de ingestas y eliminaciones.
- Vigilar niveles de albúmina, proteína total, electrolitos, glucosa en suero y perfil químico.
- Controlar signos vitales.
- Identificar la presencia del reflejo de deglución.
- Realizar la alimentación sin prisas.
- Hacer eructar al bebe frecuentemente en mitad de la toma y después de la alimentación.
- Fomentar la succiona estimulando el reflejo del instinto.
- Animar a los padres para que alimenten al menor.
- Insertar una sonda nasogástrica.
- Observar la correcta colocación de la sonda.
- Conectar la sonda para que aspire.
- Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad y la integridad.
- Observar si hay movimientos intestinales cada 4 horas.
- Irrigar la sonda cada 6 horas durante la alimentación continua y si no después de que se alimente
- Antes de cada alimentación intermitente comprobar la existencia de residuo.
- Observar si hay signos de edema y deshidratación.
- Observar periódicamente la cantidad, el color, y el contenido nasogástrico.
- Proporcionar cuidados de nariz y boca.
- Proporcionar cuidados de la piel al rededor de la zona de inserción de la sonda.
- Extraer la sonda según se indique.

Necesidad de eliminación

- Alteración de la necesidad de eliminación urinaria relacionada a tratamiento con corticosteroides manifestado por oliguria

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de eliminación.

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Disminuir los efectos contradictorios de los corticosteroides en el organismo del neonato con medidas terapéuticas lo cual nos sirve para monitorear de manera eficaz las posibles complicaciones a causa de los fármacos utilizados.

Planeación:

- Realizar una valoración urinaria exhaustiva.
- Controlar periódicamente el uso de agentes no prescritos con propiedades anticolinérgicas, o alfa-antagonistas.
- Controlar periódicamente los efectos de los fármacos prescritos, como bloqueadores del canal de calcio y anticolinérgicos.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen, y color.
- Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.
- Estimular el reflejo de la vejiga aplicando frío o calor en el abdomen , frotando por la parte interior del muslo.
- Disponer de maniobra de crede.
- Insertar catéter urinario si procede.
- Controlar periódicamente la ingestión y la eliminación.
- Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante la

palpación y la percusión.

Alteración de la necesidad de eliminación intestinal relacionada a disminución de la motilidad del tracto intestinal manifestada por defecación no presente

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de eliminación.

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Evitar el estreñimiento en medida de lo posible

Planeación:

- Determinar la causa del problema.
- Verificar la permeabilidad del ano.
- Realizar una exploración rectal si es oportuno.
- Si se sospecha de presencia de fecalomas, realice un tacto rectal, intentando romperlo y extraer los fragmentos
- Verificar con la dietista la forma más adecuada para la modificar la formula láctea ya que probablemente sea el problema.

Necesidad de sueño y descanso

Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionada a interrupciones para procedimientos terapéuticos manifestado por irritabilidad

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de sueño y descanso

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Fomentar y respetar en lo posible los periodos de sueño y descanso para lograr un óptimo estado de salud

Planeación:

- Determinar el esquema sueño vigilia del paciente.
- Incluir un ciclo regular de sueño/ vigilia del paciente en la planificación de los cuidados.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas.
- Ajustar el ambiente.
- Proporcionar un ambiente tranquilo.
- Eliminar las situaciones estresantes.
- Eliminar las fuentes de ruido o de luz que puedan perturbar el descanso de neonato.
- Limitar visitas.
- Evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de reposo.
- Determinar las fuentes de incomodidad como, posiciones de las sondas, pañal mojado, o factores ambientales.
- Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
- Facilita medidas de higiene para mantener la comodidad del neonato.
- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo del sueño

Necesidad de termorregulación

Alteración de la necesidad de termorregulación relacionada a inmadurez neurológica manifestado por fluctuaciones de la temperatura corporal por encima

y debajo de los límites normales (hipertermia e hipotermia)

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de termorregulación

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Mantener la temperatura corporal del neonato entre 36.4 y 37 grados

Planeación:

- Instalar al recién nacido en una incubadora y dejarlo ahí hasta que su temperatura axilar oscile en los 37 grados.
- Mantener la temperatura ambiental entre 24 y 25 grados y la humedad entre 40 y 50%.
- Evite corrientes de aire, alejar la cuna radiante de las ventanas.
- Bañar al neonato cuando su temperatura corporal este estable en 37.
- Secar al neonato completamente en especial la cabeza.
- Organizar los cuidados donde el neonato no se exponga a corrientes de aire.
- Cuando la temperatura corporal se mayor de 37.5°C valorar la fuentes de calor.
- Verificar el control de las alarmas de la cuna radiante.
- Evitar pérdidas de calor por conducción, evaporación, y radiación.
- Registrar curva térmica.
- Controlar la presión sanguínea, el pulso, la respiración.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Favorecer un ingesta nutricional.
- Administrar medicamentos antipiréticos.
- Si esta elevada la temperatura utilizar colchones refrigerantes o baños tibios si procede.

Hipotermia

- Quitar ropa frío o mojada y colocar seca y cálida.
- Monitorizar la temperatura del paciente con un termómetro de registro bajo si fuera necesario.
- Instaurar un dispositivo de monitorización continua de la temperatura corporal central.
- Cubrir con mantas calientes.
- Administrar líquidos calientes intravenosos.
- Administrar expansores volumen
- Observar si hay bradicardia.
- Observar si hay datos de desequilibrio ácido-base.
- Evitar administración de medicación vía intramuscular durante el periodo de hipotermia.
- Valorar el estado de piel rutinaria.
- Monitorizar el estado respiratorio.

Fiebre

- Tomar la temperatura corporal lo más frecuente que sea oportuno.
- Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos.
- Establecer un dispositivo de monitorización de la temperatura corporal continua.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Verificar constantes vitales.
- Vigilar si hay descenso del nivel de conciencia.
- Vigilar el recuento de leucocitos, hemoglobina y hematocrito.
- Controlar ingresos y egresos.
- Monitorizar por si hay modificaciones en los electrolitos.
- Verificar si hay desequilibrio ácido-base.
- Monitorizar presencia de arritmias cardiacas.
- Administrar medicación.
- Administrar un baño tibio si procede

- Administrar líquidos iv.
- Control de temperatura por medios físicos.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Alteración de la necesidad de higiene de la mucosa oral relacionada a factores mecánicos (tubo endotraqueal) manifestado por lengua saburral, edema y exudado blanco

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de higiene y protección de la piel

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo:

- Mantener una higiene bucal adecuada para evitar la propagación de microorganismos dañinos para el neonato lo cual puede reflejar complicación trascendental.

Planificación:

- Explicar la necesidad del cuidado bucal diario.
- Inspeccionar la mucosa oral regularmente.
- Establecer una rutina de cuidados bucales.
- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.
- Identificar el riesgo de estomatitis secundaria a terapia con fármacos.
- Observar si hay síntomas de glositis.
- Asea la mucosa oral con una gasa y bicarbonato de sodio.
- Verificar el tiempo del que tiene colocado en tubo endotraqueal.

Necesidad de evitar peligros

Alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado a la edad del neonato manifestado por respuestas desadaptadas al estrés.

Alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado con aislamiento, ausencia de la madre y de estimulación afectivo emocional manifestado por alteración en el crecimiento físico y conductual.

Alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado a prematuridad e inmadurez del sistema neurológico manifestado por respuesta anormal a los estímulos sensoriales, tono disminuido, alteración de los reflejos primarios.

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de evitar peligros

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

- Objetivo:
- Evitar daños al neonato para su lograr su óptimo desarrollo, emocional, psicológico y psicomotor

Planeación:

- Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser amenazadores.
- Valorar las necesidades.
- Determinar el riesgo del paciente, ha hacerse daño.
- Animar la implicación familiar.
- Alentar a la familia a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro de la familia enfermo.
- Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas.
- Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente.

- Enseñar nuevas técnicas de estimulación.
- Proporcionar una guía acerca del desarrollo y mantenimiento del sistema de apoyo.
- Examinar con la familia estrategias de afrontamiento previas.
- Valorar las necesidades.
- Controlar la presencia de signos y síntomas, fisiológicos y psicológicos por estrés.
- Proporcionar actividades recreativas.
- Evaluar el impacto en el cambio de estilo de vida de la familia y adaptación al nuevo entorno.
- Identificar el déficit cognoscitivo o físicos del paciente que aumentan la posibilidad de caídas en un ambiente determinado.
- Identificar conductas y factores que afecten el riesgo de caída.
- Identificar las características del ambiente que pueden aumentar las posibilidades de lesión.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cuna, educar a los miembros de la familiar sobre los factores de riesgo que contribuyen a que el neonato se pueda lesionar, mecanismos que lo puedan lesionar.
- Disponer una estrecha vigilancia o un dispositivo de retención.
- Cerrar firmemente los paneles de las incubadoras cuando se deje al bebe en la incubadora.

Necesidad de comunicarse

Alteración de la necesidad de comunicarse relacionada a aislamiento manifestado por falta de respuesta conductual ante los estímulos externos (voz de la madre, expresiones cariñosas).

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de comunicarse

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo: reducir en lo posible la ansiedad por la falta de vínculo materno lo cual contribuirá a un mejor desarrollo cognitivo.

Planeación:

- Abrazar o tocar al neonato para proporcionarle seguridad.
- Identificar sentimiento de ansiedad o estrés.
- Escuchar a la familia acerca de sentimientos de culpa.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Remitir a servicios de asesoramiento a la familia si fuera necesario.
- Coger la mano del neonato para dar apoyo emocional.
- Golpear suavemente la espalda con sincronía con la respiración del paciente.
- Coger al bebe cómodamente y firmemente si procede.
- Animar a los padres a que toquen al recién nacido enfermo.
- Rodear al bebe prematuro con mantas enrolladas (anidamiento).
- Animar a los padres a que cojan en los brazos al bebe mientras sea posible.
- Animar a los padres a que masajeen al neonato.
- Proporcionar ejercicios de estimulación antes de la alimentación por sonda para los prematuros.

- Enseñar técnicas tranquilizadoras para los bebés.
- proteger al neonato de sobrecarga de estimulación.
- Planificar una rutina de estimulación al neonato.
- Informar a los padres sobre los cuidados proporcionados al neonato.
- Disponer de intimidad familiar durante la interacción familiar inicial en el recién nacido.
- Animar a los padres a hablar y tocar al recién nacido.
- Reforzar el contacto visual con el neonato.
- Animar a los padres a que traigan ropa o juguetes para el neonato.
- Colocar fotos de la familia en cunas aisladas para que el bebé pueda ver a la familia.
- Examinar las características del comportamiento del bebé con los padres.
- Ayudar a los padres en la planificación de los cuidados durante la hospitalización del menor.
- Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
- Colocar dispositivos de música, así mismo cantarle.

Necesidad de participar en actividades recreativas

Alteración de la necesidad de participar en actividades recreativas relacionada con aislamiento por hospitalización prolongada manifestado por disminución de conductas físicas, emocionales e hiporreactivo

Dependencia en la satisfacción de la necesidad de participar en actividades recreativas

Necesidad insatisfecha por falta de fuerza

Objetivo: proporcionar una estimulación adecuada para contribuir con el desarrollo, físico y emocional del neonato lo cual contribuirá a evitar un retraso mayor en su crecimiento.

Planeación:

- Discutir la reacción de la madre al nacimiento prematuro del bebe.
- Determinar y monitorizar el nivel de confianza de la madre.
- Animar a la madre que comience con los cuidados del bebe.
- Animar al padre que acaricie suavemente al bebe.
- Fomentar la estimulación auditiva.
- Reforzar el contacto visual.
- Apoyar a la madre con la alimentación y en los cuidados del bebe.
- Monitorizar la reacción emocional de la madre.
- Enseñar a la madre los beneficios de estimular en varios sentidos (auditivos, sensoriales, visuales).
- Individualizar los contenidos de la técnica de distracción.
- Fomentar participación de la familia.
- Evaluar y registrar la respuesta de distracción.

5.3.2. Diagnósticos potenciales de riesgo

Necesidad de oxigenación

Riesgo de paro respiratorio relacionado con hipofunción ventilatoria y deterioro respiratorio

Objetivo:

- Evitar paro respiratorio para no complicar más el estado de salud del neonato.

Planeación:

- Evitar sobrecalentamiento o enfriamientos al paciente.
- Abstenerse de inserción de tubos rectales.
- Abstenerse de toma de temperatura rectal.
- Limitar estímulos ambientales.
- Observar y corregir los déficit de oxígeno, desequilibrios ácido-base y desequilibrios de electrolitos.

- Conectar y monitorizar constantemente.
- Canalizar y mantener una vía intravenosa.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración de secreciones.
- Detener succión traqueal si el paciente presenta bradicardia y administrar oxígeno suplementario o aumento de ectopia ventricular.
- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica.
- Registrar disrritmias cardíacas.
- Observar constantes vitales con frecuencia.
- Monitorizar el estado cardiovascular.
- Observar si hay disnea, fatiga, taquipnea, ortopnea.

Necesidad de higiene y protección de la piel

Riesgo de alteración de la necesidad de higiene y protección de la piel relacionada a inmovilización y desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno

Objetivo: mantener una higiene adecuada lo cual le brindara confort al neonato y evitara posibles complicaciones.

Planeación:

- Proporcionar un colcho firme.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de los cambios de posición colocar en la posición corporal correcta.
- Colocar en un posición que beneficie la ventilación / perfusión.
- Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y libre de arrugas.
- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al neonato.
- Vigilar el estado de la piel.

Riesgo de alteración de la necesidad de higiene y protección de la piel relacionada a hipotermia, hipertermia, humedad, y la edad del paciente.

Objetivo: mantener la protección de la piel utilizando medidas de mantenimiento

Planeación:

- Mantener al neonato seco.
- Limpiar el pirineo en forma consecutiva y exhaustiva en intervalos regulares.
- Mantener la piel lubricada.
- Mantener una higiene adecuada.

Necesidad de evitar peligros

Riesgo de alteración de la necesidad de seguridad física y biológica relacionada a deterioro neuromuscular y músculo esquelético.

Objetivo:

- Evitar lesiones músculo esquelético y efectos potenciales de la postura y del tejido muscular.

Planeación:

- Colaborar mediante la fisioterapia en el desarrollo de un plan de mecánica corporal.
- Utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones o anomalías músculo esqueléticas.
- Evitar mantener al paciente en una misma posición.
- Realizar ejercicios posturales adecuados a la edad del neonato.

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros relacionados a procedimiento invasivos.

Objetivo: mantener en grado óptimo las técnicas de asepsia médica y quirúrgica del neonato de alto riesgo sometido a procedimientos invasivos para evitar complicaciones añadidas

Planeación:

- Distribuir la superficie correcta para cada paciente según los consejos del CDC.
- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Llevar adecuadamente el lavado de manos e instruir a los padres a realizarlo de manera minuciosa.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente ante la infecciones.
- Vigilar el estado de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
- Limitar el número de visitas.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Realizar técnicas de aislamiento si es preciso.
- Proporcionar los cuidados adecuado a la piel en las zonas edematosas.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento color extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión.
- Obtener muestra para cultivo si fuera necesario.
- Observar si hay cambio en el nivel de vitalidad.
- Fomentar un aumento de movilidad.
- Administrar antibióticos prescritos.
- Cambiar conectores y equipo según el protocolo.
- Mantener técnicas de aislamiento.
- Instruir a los familiares acerca del lavado de manos adecuado.
- Poner en práctica las precauciones universales.

- Asegurar la técnica de heridas adecuada.

Cuidados del catéter umbilical

- Ayudar a la inserción del catéter umbilical o insértalo en recién nacidos (con peso menor de 1500 gramos o en shock).
- Comprobar la posición del catéter mediante examen radiográfico.
- Profundir medicación y nutrición según ordenes de acuerdo al protocolo.
- Obtener presión venosa y arterial, si procede.
- Aplicar medicación antiséptica al muñón umbilical.
- Irrigar el catéter con solución heparinizada.
- Cambiar la llave de paso una vez diaria.
- Fijar adecuadamente las conexiones.
- Limpiar la superficie exterior con alcohol.
- Estabilizar el catéter y realizar curación según el protocolo de la institución.
- Sujetar los tobillos y las muñecas del neonato.
- Valora la respuesta de sujeción del menor.
- Registrar el aspecto de la zona umbilical y los cuidados aplicados.
- Observar datos que requieran que se retire el catéter de inmediato (falta de pulso en la pierna, dedos de los pies oscurecidos, hipertensión, enrojecimiento alrededor del ombligo y coágulos visibles en catéter).
- Extraer el catéter según las ordenes medicas retirando lentamente durante 5 minutos.
- Aplicar presión en el ombligo.
- Observar si hay hemorragia.

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros relacionados a la etapa del desarrollo.

Objetivo: estructurar el entorno y proporcionar cuidados en respuesta a las conductas y estado del neonato.

Planeación:

- Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres.
- Proporcionar un espacio a los padres a un lado del bebe.
- Proporcionar información exacta y objetiva a los padres del estado, tratamiento y necesidades del bebe.
- Informa a los padres de los problemas del desarrollo en los bebes pretérmino.
- Ayudar a los padres a conocer a su bebe en su entorno cómodo y tranquilo.
- Enseñar a los padres a reconocer la conductas y los estados del bebe.
- Demostrar a los padres las capacidades del bebe al administrarle la escala de valoración de la conducta del bebe pretérmino u otras herramientas de observación neuroconductual.
- Mostar como obtener la atención visual y auditiva del bebe.
- Ayudar a los padres a planificar los cuidaos según las conductas y los estados del bebe.
- Señalar actividades autorreguladoras (poner la mano en la boca, chupar, utilizar estímulos visuales y auditivos).
- Facilita descansos cuando el bebe presente señales de estrés (extensión de los dedeos, poco color, deterioro del estado de salud, fluctuación del ritmo cardiaco y respiratorio).
- Enseñar a los padres a consolar al bebe utilizando técnicas de relajación conductual, (poner la mano sobre el bebe, cambiarlo de posición, envolverlo).
- Realizar un programa de desarrollo individualizado para cada bebe y actualizarlo depende del avance del neonato.
- Evitar la sobre estimulación, (evitar hablarle mientras se le toca, mirarle mientras se le alimenta).
- Ayudar a los padres a tener expectativas realista sobre las conductas y el desarrollo del bebe.
- Proporcionar límites que mantengan la flexión de las extremidades permitiendo sitio para la extensión.

- Facilita soportes para mantener una posición adecuada y evitar malformaciones.
- Cambiar con frecuencia de posición al bebe.
- Proporcionar una posición de los brazos hacia la línea media del cuerpo para facilitarle actividades mano-boca.
- Proporcionar un colchón de agua y borreguito según sea pertinente.
- Utilizar el pañal más pequeño para evitar una abducción de la cadera.
- Controlar los estímulos (luz, ruido, contacto, procedimientos) del entorno del bebe y reducirlo según sea conveniente.
- Disminuir la luz ambiental.
- Proteger los ojos y genitales cuando se utiliza fototerapia.
- Modificar la iluminación ambiental para facilita el ritmo diurno.
- Disminuir el ruido ambiental.
- Colocar incubadora alejada del medio que provoquen ruido, puertas, teléfono.
- Organizar el cuidado y la alimentación del bebe en función del ciclo del sueño.

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligro relacionado con probable muerte súbita por prematurez.

Objetivo: brindar ayuda y seguridad a los padres

Planeación

- Evaluar el nivel de conocimientos de los padres relacionado con el proceso de a enfermedad.
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Describir el proceso de la enfermedad a los padres.
- Identificar cambios en el estado de salud del neonato.
- Evitar las promesas tranquilizadoras vacías.

- Dar seguridad sobre el estado del paciente.
- Proporcionar información a la familia
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones.
- Discutir las opciones de la posible terapia.
- Describir las posibles complicaciones crónicas.
- Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.
- Utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual.
- Tratar al bebe con dignada y respeto.
- Animar a participar en interacciones con miembros de la familia.
- Compartir la perspectiva espiritual.
- Alentar la asistencia a servicios religiosos.
- Fomentar el uso de recursos espirituales.
- Estar dispuesto a escuchar a los familiares a acerca de los sentimientos.
- Asegurar al bebe y a la familia que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
- Observar si el paciente padece ansiedad.
- Observar los cambios de humor.
- Animar a la familia a compartir los sentimientos sobre la muerte.
- Apoyar a los padres en los estadios de pena.
- Identificar las prioridades de cuidados del paciente.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En conclusión el presente trabajo es un recopilación de información, la cual nos da a conocer los principios básicos del proceso enfermero, el cual es la sustentabilidad de la profesión como tal, tomando como base a una de las teóricas mas importante de la enfermería como lo fue Virginia Henderson, la cual con su teoría nos transmite el cuidado al paciente; que como no debemos olvidar, es el cuidado el objeto de estudio.

El reconocimiento de la enfermería como disciplina profesional como ciencia y arte del cuidado se ha conseguido gracias a los esfuerzos realizados para definir un cuerpo exclusivo de conocimientos científicos que sustente y guíe la práctica.

La enfermería más que una simple ocupación subordinada a la medicina es una disciplina científica que posee un objeto particular de estudio y un cuerpo propio de saberes edificado a partir de aquel.

Ningún tratamiento puede sustituir los cuidados, se puede vivir sin tratamiento pero no se puede vivir sin cuidados, incluso cuando se está enfermo ningún tratamiento podría remplazar los cuidados es por eso de la importancia de la profesión

Por tal motivo no se debe de olvidar la importancia del proceso enfermero.

BIBLIOGRAFÍA

Cloherty John J.P Ann R Stark. *Manual de cuidados neonatales*. Ed. Masson, 4ta edición 2004 pp. 43-66.

Collière, M.F. *Promover la vida*. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Ed. Mac-Graw-Hill interamericana. Madrid 1993, pp. 233-240.

Fernández Ferrín Carmen. *El proceso de atención de enfermería*, estudio de casos. Ed Masson-Salvat pp. 140-148,

Fernández Ferrín Carmen. *Enfermería fundamental*, serie de manuales de enfermería. Ed Masson-Salvat Barcelona 2000 pp.135-140, 143-149, 151-160, 163-169.

García Gonzáles María de Jesús. *Proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson, propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. Ed progreso, 1era edición. México 1997 pp. 8-52

Godoy Ramírez Rafael. *Atención al recién nacido prétermino* Ed. Mac-Graw-Hill interamericana. Venezuela 2002. pp. 21-31, 90-103

Hernández Conesa Juana. *Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Ed. Mac-Graw-Hill interamericana. México 1995 pp. 53-70, 141-155.

Kozier Bárbara R.N. *Fundamentos de enfermería, concepto, proceso práctico*. Ed Mac-Graw-Hill interamericana. 5ta edición. Vol. 1, México 1999 pp. 3-26, 49-65.

Marriner, Tomey Ann. *Modelos y teorías de enfermería*. Ed interamericana México 1999 pp. 99-131

Martínez Martínez Roberto. *La salud del niño y del adolescente*. Ed manual moderno 5ta edición. México 2005 pp. 150-170.

Medina, J.L. *la pedagogía del cuidado, saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*, Barcelona 1999, pp. 29-56.

Potter Patricia Ann Griff in Perry, *fundamentos de enfermería*. Ed Harcourt Vol. 1, 5ta edición Madrid España 2001 pp. 105-138

Reeder Sharon R.N. *Enfermería materno infantil*. Ed. Mac-Graw-Hill interamericana. 17va. edición México 2005 pp. 667-672, 682-695, 1162-1172.

Siles Gonzáles José. *Historia de la enfermería*. Ed. Agua clara 2da edición. España 1999 pp. 314-343.

Curso de enfermería moderna, Luverne Wolff, 7ma edición, Harla Mexico 1988

pp. 4-31

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

INSTRUMENTO DE VALORACION NEONATAL

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre del niño (a): Quintero Galindo Fecha y hora de nacimiento: 8 de diciembre del 2008, Estado de México.

Nombre de la madre: Alejandra Quintero Galindo Fecha y hora que se realizo el examen: 8 de diciembre del 2008 a las 12:05 am.

VALORACION INICIAL

1. apariencia general: color pálido tono muscular

2. esfuerzo respiratorio: retracciones _____
quejidos _____ jadeo _____

3. temperatura: _____

Comentarios: _____

Valoración cabeza y cuello

1. observar y palpar la cabeza del lactante para ver si es simétrica; observar la ausencia o presencia de moldeado _____
caput succedaneum _____
céfalo hematoma _____

2. palpar las fontanelas y suturas para ver: si están llenas _____ se deprimen _____ si hay superposición _____ su forma _____ su tamaño _____

3. medir el perímetro cefálico _____

4. evaluar las orejas: posición _____ forma _____ ubicación _____.
5. evaluar la simetría de la cara _____.
6. observar los ojos para detectar: forma _____ posición _____ forma _____ tamaño _____ apariencia de las pupilas _____ presencia de hemorragias _____ reflejo rojo _____.
7. evaluar la boca para detectar: paladar hendido _____ dientes _____ frenillo lingual _____.
8. observar el cuello para detectar: su longitud _____ su relación con el resto del cuerpo _____ movilidad _____ grado de adiposidad _____.
9. observar la piel del cráneo, cara y cuello para detectar abrasiones o contusiones otras lesiones _____.
10. observar la nariz para ver: si es simétrica _____ septo _____ si esta ensanchada _____.

Comentarios: _____

Valoración del cuerpo

Apariencia general

1. mediciones: peso _____ talla _____ perímetro toracico _____.
2. observar durante la evaluación: actividad general _____ postura _____ grado de respuesta _____.
3. observar la piel para ver si tiene: lanugo _____ vernix _____ manchas de meconio _____ textura _____ hidratación _____ color _____ erupciones _____ pigmentación _____.

Comentarios _____

 _____.

Tórax

1. palpar las clavículas para ver si hay masas o si están intactas _____
2. inspeccionar el tórax para detectar: su tamaño _____ simetría _____ forma _____

3. auscultar para escuchar: ruidos respiratorios _____
ruidos cardiacos _____ frecuencia _____
4. determinar: frecuencia respiratoria _____ frecuencia del
pulso apical _____

Comentarios: _____

Abdomen

1. inspeccionar la forma del abdomen _____

2. palpar: hígado _____ bazo _____
riñones _____
3. observar el cordón umbilical para ver el número de vasos
sanguíneos: _____
4. palpar: pulso femoral _____

Comentarios _____

Genitales

1. observar los genitales visibles para ver: si están de acuerdo con
el sexo indicado. _____
2. observar a las niñas para ver: maduración de los labios _____
_____ flujo vaginal _____
3. observar a los niños para ver: posición del meato uretral _____
_____, maduración del escroto _____ presencia de
testículos _____
4. observar la eliminación: (debe ocurrir en las primeras 24 horas).
Orina _____ color _____ cantidad en 24 h _____

Heces _____ color _____ tipo _____ numero en 24 h _____
Comentarios _____

Parte posterior del cuerpo

1. palpar e inspeccionar la columna vertebral para detectar: masas
_____ simetría de las vértebras _____
_____ integridad _____

2. determinar si el ano es permeable _____
3. reconocer la presencia de quiste pilodinal _____

Comentarios: _____

Extremidades

1. observar las extremidades para ver: simetría _____
anormalidades _____ capacidad de movimiento _____
2. contar los dedos de: manos _____ pies _____
Observar si hay polidactilia _____ sindactilia _____
3. evaluar la rotación de caderas: abducir los muslos hacia la cama _____
hacer rotar las caderas en toda su amplitud de movimiento _____
observar la longitud de las piernas por la parte delantera y trasera (determinar si están iguales) _____
altura de las rodillas _____ observar la simetría de los pliegues de las piernas _____
4. observar la posición de los pies _____
regresan pasivamente a la normalidad _____

Comentarios: _____

Valoración de la función neurológica: reflejos estimular y evaluar.

1. Búsqueda y succión: _____
2. reflejo de prensión: palmar _____ plantar _____
3. tracción: (jalar al niño hasta la posición sentada, observar la posición de su cabeza y sus brazos) _____
4. reflejo de moro: _____
5. reflejo de marcha: _____

Comentarios: _____

En caso de que se requiera manipular al niño, como para palpar el abdomen o abducir las caderas, se debe de llevar a cabo con sumo cuidado para evitar lesionarlo, y no debe intentarse por primera vez sin supervisión de un examinador bien entrenado.