



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A RECIÉN NACIDO CON PREMATUREZ EXTREMA BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON”

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA PRESENTA

IRIS ROSALES VARELA

**ASESORA:
LIC. GUADALUPE GONZALEZ CRUZ**



MEXICO D.F JUNIO DEL 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E .

Comunicamos a usted, al Proceso de Atención de Enfermería, de la (el) C. IRIS ROSALES VARELA, número de cuenta 405028803, ha sido revisado y tiene el visto bueno de los integrantes del jurado:

PRESIDENTE:
MTRA. IRMA CORTES ESCARCEGA

VOCAL:
LIC. GUADALUPE GONZÁLEZ CRUZ

SECRETARIO:
LIC. MATILDE MORA LÓPEZ

S U P L E N T E:
L.I.C. MARÍA DEL CARMEN CARVAJAL SALAZAR

S U P L E N T E:
LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA

**esme*





UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E .

Con respecto al Proceso de Atención de Enfermería, preparado por alumna (o)
C. IRIS ROSALES VARELA, número de cuenta **405028803,** me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN,** en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria.**

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

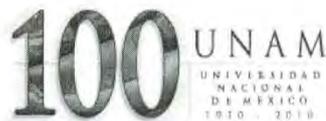
Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D .F., a 04 de abril de 2010
PRESIDENTE

MTRA. IRMA CORTES ESCARCEGA



*MTCP*JGP*esme*





UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



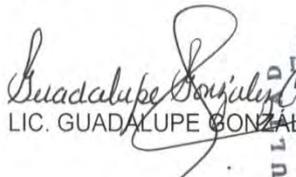
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E .

Con respecto al Proceso de Atención de Enfermería, preparado por alumna (o)
C. IRIS ROSALES VARELA, número de cuenta **405028803,** me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN,** en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria.**

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D.F., a 4 de abril de 2010
VOCAL


LIC. GUADALUPE GONZÁLEZ CRUZ

U. N. A. M.
DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
JEFATURA DE CARRERA DE ENFERMERÍA

*MTCP*JGP*esme*





FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"



CARRERA DE ENFERMERÍA

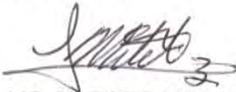
DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E .

Con respecto al Proceso de Atención de Enfermería, preparado por alumna (o)
C. IRIS ROSALES VARELA, número de cuenta **405028803,** me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN,** en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria.**

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D .F., a 4 de abril de 2010
SECRETARIO


LIC. MATILDE MORA LÓPEZ



*MTCP*JGP*esme*





FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E .

Con respecto al Proceso de Atención de Enfermería, preparado por alumna (o)
C. IRIS ROSALES VARELA, número de cuenta **405028803,** me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN,** en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria.**

Así mismo, me doy por enterado de haber sido incluido en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D. F., a 4 de abril de 2010
SUPLENTE

Carraun Carvajal
LIC. MARÍA DEL CARMEN CARVAJAL SALAZAR

*MTCP*JGP*esme*





FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERÍA



DRA. MARÍA TERESA CUAMATZI PEÑA
JEFA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
P R E S E N T E .

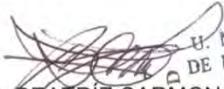
Con respecto al Proceso de Atención de Enfermería, preparado por alumna (o) **C. IRIS ROSALES VARELA**, número de cuenta **405028803**, me permito comunicarle que después de haberlo revisado, he decidido otorgarle mi **VOTO DE ACEPTACIÓN**, en vista de que reúne los requisitos establecidos por la **Legislación Universitaria**.

Así mismo, me doy por enterada de haber sido incluida en el Jurado de Examen Profesional que sustentará el mencionado alumno.

Agradeciendo de antemano su atención le envío un cordial saludo.

Atentamente
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
México, D .F., a 4 de abril de 2010

SUPLENTE


LIC. BEATRIZ CARMONA MEJÍA



*MTCP*JGP*esme*





FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

DIRECCIÓN

Oficio de Fecha de Examen



Q.F.B. GRACIELA ROJAS VÁZQUEZ

JEFE DE LA UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR PRESENTE

Comunico a usted que el alumno (a) IRIS ROSALES VARELA, con número de Cuenta 405028803, de la Carrera de Licenciado en Enfermería se le ha fijado el día 11 de mes de junio del año 2010 a las 16:00 hrs., para presentar el examen profesional, que tendrá lugar en la Sala de Exámenes Profesionales de esta Facultad, con el siguiente jurado:

PRESIDENTE: MTRA. ÍRMA CORTES ESCARCEGA

VOCAL: LIC. GUADALUPE GONZÁLEZ CRUZ

SECRETARIO: LIC. MATILDE MORA LÓPEZ

SUPLENTE: LIC. MARÍA DEL CARMEN CARVAJAL SALAZAR

SUPLENTE: LIC. BEATRÍZ CARMONA MEJÍA

El título de la prueba escrita que presenta es: "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A RECIÉN NACIDO CON PREMATUREZ EXTREMA, BASADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON".

Opción de titulación: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

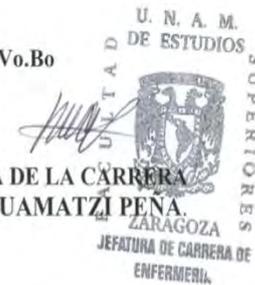
ATENTAMENTE "POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU" México, D.F., a 11 de junio de 2010 C.D. ALFREDO S. SÁNCHEZ FIGUEROA

Recibí Oficina de exámenes Profesionales y grados

DIRECTOR ZARAGOZA DIRECCION

Vo.Bo

JEFA DE LA CARRERA DRA. MARIA TERESA CUAMATZI PEÑA



*MTCP*JGP*esme*



AGRADECIMIENTOS

UNAM FES-ZARAGOZA

Mi más sincero agradecimiento
a esta máxima casa de estudios,
ya que gracias a ella he aprendido el orgullo
de ser universitaria, además de brindarme
las herramientas esenciales para
ejercer mi profesión plenamente y con sentido humano.

Lic. Guadalupe González Cruz

Con todo mi respeto y admiración, quiero agradecerle
por su dedicación y sus consejos en el desarrollo
de mi proceso de titulación.

Gracias por enseñarme la dedicación y la pasión por
Enfermería.

DEDICATORIAS

A mis padres:

No tengo como agradecerles el esfuerzo tan grande que realizaron para que llegara a este momento, siempre estuvieron a mi lado y tuvieron palabras de aliento cuando las situaciones eran difíciles. Cada enseñanza y cada palabra de amor las llevo guardadas en el corazón, gracias por enseñarme que cuando se quiere se puede lograr lo inimaginable en la vida. Con todo mi amor y mi respeto
¡Mil gracias por su esfuerzo!

Iris.

INDICE

TEMA	PÁGINA
Introducción	5
Justificación	8
Objetivos	9
CAPITULO 1 MARCO TEORICO	10
1. Enfermería como ciencia	10
1.1 Metaparadigma enfermero	12
1.2 Modelos y teorías en Enfermería	14
2. Proceso Enfermero	16
2.1 Desarrollo histórico del Proceso de Enfermería (PAE)	16
2.2 Definición	18
2.3 Etapas del Proceso Enfermero	20
a) Valoración	20
b) Diagnóstico	21
c) Planeación	23
d) Ejecución	25
e) Evaluación	26
2.4 Características del Proceso Enfermero	27
3. Taxonomía	28
3.1 NANDA	28
3.2 NIC	30
3.3 NOC	31
4. Modelo de Virginia Henderson	33
4.1 Biografía	33
4.2 Elementos de su Teoría	34
4.3 Elementos del Paradigma Enfermero	37
4.4 14 necesidades.	38
5. Prematurez	41
5.1 Concepto	41
5.2 Clasificación	41
5.3 Etiología	41
5.4 Incidencia y mortalidad	42
5.5 Diagnostico	43

5.6 Desventajas de la Prematurez	43
5.7 Características del prematuro	45
5.8 Tratamiento	48
5.9 Complicaciones	48
CAPITULO 2 APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO	50
1. Valoración	50
2. Diagnóstico	57
3. Planeación, Ejecución y Evaluación.	61
Conclusiones	93
Glosario de Términos	95
Bibliografía	98
Anexos	102
1. Cedula de valoración	103

INTRODUCCIÓN

El arte de cuidar ha sido la esencia de la profesión de Enfermería, si bien en un principio esta actividad no era reconocida, con el tiempo ha logrado ganar un espacio muy digno dentro del área de la salud. La transición de vocación a profesión se dio con la introducción de los métodos de razonamiento, esto llevo a la formulación de modelos y a buscar un cuerpo sustancial de conocimiento, en el cual se basara la práctica de Enfermería. Hoy en día podemos catalogar a la profesión como una ciencia, ya que tiene su propio cuerpo teórico basado en su Metaparadigma enfermero y su método de actuación que se traduce en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, este sin duda, es la herramienta más importante y sustancial dentro de la profesión consta de cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planeación, Ejecución y Evaluación; cada una de ellas permite obtener datos precisos para identificar los problemas reales y potenciales a los que se enfrenta el paciente, de esta forma se pueden brindar cuidados personalizados y específicos.

Esta herramienta de trabajo en la práctica profesional asegura la calidad de los cuidados, de tal modo que un plan de atención ya no es un evento empírico, pues en la actualidad se han estandarizado a nivel mundial diagnósticos enfermeros (NANDA), así como intervenciones (NIC) y resultados (NOC) que poseen escalas de medición pertinentes, para asegurar cambios en el estado de salud del paciente. Reuniendo todos estos elementos se puede crear una base para la investigación, en donde se comprueben teorías y diferentes formas de trabajo.

El Proceso de Atención de Enfermería puede ser aplicable en todos los grupos de edad, el elemento cambiante solo es la teoría bajo la cual se maneja el caso clínico; en esta opción de titulación se aborda un Proceso aplicado a un recién nacido con Prematurez extrema basado en la teoría de Virginia Henderson, la cual basa su sustento teórico en las catorce necesidades, que incluyen los aspectos fisiológicos y psicológicos del ser humano, Henderson refiere que “el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, ya que una emoción es una realidad, por tanto se crean cambios en las

respuestas celulares”¹. Esto se puede observar con la elevación de la frecuencia cardiaca o tensión arterial, la finalidad de esta teoría es buscar un equilibrio entre estos dos aspectos para lograr la independencia en el ser humano.

El recién nacido prematuro es un ser totalmente dependiente, su inmadurez se ve reflejada en cada uno de sus órganos, de acuerdo con la OMS se define como: “aquel cuya edad gestacional es menor de 37 semanas o su peso es inferior a los 2500 gramos”². Su nacimiento representa cuidados sumamente especiales, cuan menor sea la edad gestacional, mayor es el riesgo de mortalidad.

La Prematurez es un estado cada vez más frecuente en niños mexicanos, su origen es multifactorial, va desde causas maternas a causas propiamente fetales, en una conferencia otorgada por El especialista del IMSS, Juan Carlos Bravo Ortiz, jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional (CMN) Siglo XXI, detalló que el número de nacimientos al año de niños prematuros con bajo peso es de 23 mil 415, cifra obtenida durante el 2008. De esos nacimientos el 70 por ciento, 16 mil 391, llega a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y dada su gravedad, sobrevive solo el 60 %, es decir nueve mil 834 menores.

Debido a esto, la atención que se brinda a los pacientes requiere de personal comprometido y con un alto sentido de responsabilidad, para asistir al cien por ciento cada una de las necesidades alteradas, para ello enfermería contribuye con más del 80% de acciones para lograr un avance en el estado de salud tan lábil de estos pacientes, ya que es quien permanece mayor parte del tiempo evaluando la respuesta al tratamiento médico, y dando la pauta para mejorar el estado de salud y prevenir posibles complicaciones que pongan en riesgo la vida del prematuro.

¹ Henderson. A. La naturaleza de la enfermería reflexiones 25 años después, una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. 4ª Edición, Madrid España: McGraw-Hill interamericana 1994. Pág. 16

² Godoy R. Atención al recién nacido pretermino. Caracas Venezuela: McGraw-Hill 2002. Pág. 25.

Mostrando esta parte tan lábil y sumando las acciones de enfermería, se puede crear un plan de atención que permita lograr un avance de nivel de dependencia total, a una independencia moderada, buscando así el funcionamiento adecuado de cada uno de sus órganos, para asegurar un crecimiento y desarrollo armónico.

El trabajo está organizado en dos capítulos, la primera parte contiene el marco teórico abordando los aspectos fundamentales de enfermería, la descripción de la teoría utilizada y lo referente a la patología que se abarca en el proceso de atención. El segundo capítulo comprende la aplicación del proceso enfermero con sus respectivas etapas: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación. Se anexa un glosario de términos con la finalidad de hacer más uniforme el lenguaje utilizado y una cedula de valoración que contiene los datos obtenidos para la realización de este trabajo.

JUSTIFICACIÓN

El nacimiento representa uno de los acontecimientos más extraordinario dentro de la vida de los seres humanos, cada uno de los cambios que realiza el organismo del recién nacido son fundamentales para su supervivencia, en condiciones normales, es decir cuando el embarazo llega a término la adaptación resulta más sencilla, lo complicado se manifiesta cuando se presenta un nacimiento pretermino cuyo resultado final da origen a un recién nacido prematuro, la labilidad y el fallo de cada uno de sus mecanismos reguladores y sus órganos, conlleva a que el proceso de adaptación sea más lento y este acompañado de múltiples complicaciones y un tratamiento sumamente especializado.

Parte crucial para elaborar este trabajo, es comenzar una guía de intervenciones que pueden ser aplicables para un recién nacido prematuro, tomando en cuenta que es un ser totalmente dependiente de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería, y un diagnóstico exacto por parte del personal médico.

Dentro de las intervenciones que se proporcionan en una Unidad de Cuidados Intensivos neonatales, en su mayoría solo se aborda todo lo relacionado con la parte patológica y se deja de lado el dolor y el estrés, ya que no puede expresarlo verbalmente, sin embargo este malestar desencadena cambios importantes en las constante vitales, dentro de las intervenciones que se mencionan en este Plan de Atención se enfocan en minimizar el dolor y estrés en el recién nacido, creando un ambiente armonioso que permita al prematuro adaptarse más rápido al ambiente extrauterino y de esta forma disminuir su ansiedad y niveles de estrés que pueden desencadenar agitación y elevaciones de T/A, frecuencia cardiaca y ritmo respiratorio. Como complemento del cuidado integral también se toma en cuenta el área de sueño y descanso, proponiendo la etiqueta diagnostica de Deterioro del Patrón de sueño, la finalidad de las intervenciones es proporcionar dentro de lo posible un descanso para reponer energías, y de forma natural liberar en mayores cantidades la hormona de crecimiento lo cual permite aumentar de peso y de talla al prematuro.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar cuidados personalizados y específicos a un recién nacido pretérmino con Prematurez extrema, identificando las principales necesidades alteradas, para restablecer y mejorar su estado de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para atender a un recién nacido prematuro.
2. Fomentar el realizar planes de atención, abarcando las tres esferas del ser humano.
3. Aplicar cada una de las etapas del proceso, para reafirmar mis conocimientos y adquirir nuevas formas de trabajo.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

ENFERMERÍA COMO CIENCIA

La enfermería tiene sus orígenes desde antes de Cristo, la enfermedad y su cura fueron avanzando y con ello el proporcionar cuidados. “En el siglo XV a.c la atención de los enfermos se daba en las Xenodochias, albergues en los cuales se atendía a los extranjeros y pacientes de las guerras”¹, dadas las condiciones y el papel poco preponderante de la mujer, los cuidados eran brindados por los hombres.

En la época griega los cuidados a los enfermos se consideraban como parte de los quehaceres domésticos, por tanto estaban sujetos al servilismo y no eran valorados, por otra parte dentro de los templos que fungían como hospitales, las tareas del cuidado eran delegadas a esclavos y esclavas. “De esta forma los cuidados de Enfermería eran tratamientos manuales que se limitaban a los esclavos y se supervisaban por medio de un capataz”²

En México a diferencia de otras culturas, la enfermería era totalmente independiente, los cuidados eran proporcionados por la Ticitl (partera), “quien poseía un amplio conocimiento para acelerar el trabajo de parto y dilatar el cuello uterino por medio de hierbas, realizaban rotaciones internas del feto cuando la presentación era inadecuada, embriotomías, explicaban la prevención de malformaciones congénitas, proporcionaban consejos y cuidados a las mujeres embarazadas, promovían la lactancia materna y proporcionaban cuidados al recién nacido”.³

En la edad media la enfermería toma un giro en el cual se ennoblece, es decir pasa de ser algo común a algo extraordinario, en el cual los cuidados eran proporcionados por gente de la realeza como una forma de pagar y

¹ Cortés Escarcega, Cortes Castelán, Crespo Knopfler, colab. “Apuntes de la evolución. historia del cuidado de enfermería”. Impreso Facultad de estudios superiores Zaragoza UNAM, México D.F 2003 pág. 2.

² Fernández Conesa I. “Historia de la enfermería”. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México D.F 1995 pág. 69.

³ Fray Bernardino de Sahagún. “La Historia General de las cosas de la nueva España”, T II. Editorial Porrúa p.198

librarse de sus pecados. “El cristianismo institucionaliza los cuidados de enfermería a través de la caridad, la humildad y el concepto de salvación del alma, mediante las buenas obras”⁴.

En el feudalismo el cuidado de los enfermos lo realizaba la dueña de las haciendas, ellas proporcionaban primeros auxilios y tenían remedios caseros para todo tipo de enfermedades. A su vez en los monasterios, la enfermería era practicada por monjes, monjas y sirvientes, en esta etapa los cuidados enfermeros eran sumamente pasivos y se tenían como principales características: la humildad, la docilidad y la obediencia.

Tras la época denominada “periodo oscuro”, en el siglo XIX se retoma con mayor auge el reconocimiento de enfermería, en este periodo Florence Nightingale mejora la calidad de atención de los enfermos, y de cierta forma profesionaliza la enfermería, la dignifica y mejora el panorama de los cuidados enfermeros en todo el mundo, no obstante el pensamiento enfermero dependía en su mayoría de la medicina, lo cual con el tiempo impulso la necesidad de proporcionar cuidados de forma independiente, es así como en la mayoría de los países se crean escuelas de enfermería que poco a poco llegan a las Universidades, buscando una propia definición.

La transición de vocación a profesión se dio en 1950, cuando se inicio la introducción de los métodos de razonamiento, lo cual llevo a la formulación de modelos y a buscar un cuerpo sustancial de conocimiento en el cual basar la práctica de Enfermería. Por tanto, hoy la enfermería tiene un reconocimiento como ciencia, ya que tiene su propio cuerpo teórico (Metaparadigma enfermero) y su método de actuación (Proceso de Atención de Enfermería). La profesión logro elevar su rango académico y alcanzar un nivel universitario, por lo cual está en igualdad con otras profesiones del área de la salud.

⁴

J. Hernández Conesa, M. Esteben Albert. “Fundamentos de la enfermería teoría y método”. Editorial McGraw- Hill Interamericana.

Madrid España 1999. pág. 3

METAPARADIGMA ENFERMERO

Al concebir a enfermería como ciencia, se hizo necesario delimitar el campo de acción y la naturaleza de estudio de la profesión, para ello se conceptualizó la razón de ser por medio de un Metaparadigma.

“Un Metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta”⁵. Para Kuhn, un Metaparadigma son “conceptos que identifican el fenómeno de interés de la disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre ellos”⁶.

Las primeras enfermeras teóricas, en consenso unificaron criterios que deberían estar incluidos en sus teorías, estos elementos hacían referencia a: la persona, la salud, el entorno y el cuidado. Dichos elementos solo eran un marco de referencia, fue hasta el año de 1984 cuando Fawcett realizó un análisis de los modelos enfermeros con el fin de encontrar características que distinguieran a la enfermería de otras ciencias, y en efecto encontró la esencia del Metaparadigma enfermero. A partir de entonces la comunidad científica de enfermería adoptó estos cuatro elementos como parte crucial para desarrollar teorías, enmarcando que cada teórica tiene que definir los conceptos y la interrelación entre estos.

Elementos del Metaparadigma enfermero:

- Persona: Con este concepto se identifica al receptor o los receptores de los cuidados. “La persona es considerada como un ser único, cuyos componentes forman una unidad que constituye un todo indisociable, mayor que cada una de sus partes y distinto de ésta”⁷. La persona posee capacidad de conocerse, reflexionar, comprometerse en

⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Metaparadigma_de_Enfermer%C3%ADa . Definición, Actualizado el 27/10/09 a las 20:15 hrs.

⁶ http://www.uam.es/otroscentros/epuertahierro/la_escuela/marco_filosofico.htm. “Marco filosófico, conceptual y ético de Enfermería.

Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro, España. Actualizada el 03/03/2008.

⁷ *Ibíd.*

acciones deliberadas y voluntarias y utilizar sus ideas en beneficio propio y de los otros. Este concepto también es aplicable a la familia y la comunidad.

- Entorno: “Se identifican las circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona”⁸. El “entorno” está constituido por el conjunto del universo del que la persona forma parte. La persona y el entorno están en constante cambio mutuo y simultáneo.
- Salud: “Se refiere al estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal”⁹. La salud es una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, incluye la realización del potencial de cada individuo, este es un proceso dinámico y continuo en el cual se adaptan las personas.
- Cuidado: “Son las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras”¹⁰. Algunas teóricas manejan el elemento de cuidado, como la definición de enfermería; el cuidado es un proceso de ayuda a las personas, dirigido a facilitar su desarrollo vital y su bienestar. Para poder proporcionar cuidados se deben tomar en cuenta los valores, la cultura, creencias y convicciones de la persona. Por otra parte hay que incluir los factores biológicos, de comportamiento, sociales y espirituales.

Para poder comprender la esencia fundamental del paradigma enfermero, se debe hacer una interrelación de los elementos, ya que de esta forma se determina por completo el objeto de estudio de la Enfermería:

⁸ J. Hernández Conesa, M. Esteben Albert. “Fundamentos de la enfermería teoría y método”. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Madrid España 1999. pág. 53

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

- a) *Relación persona – salud*: Se da debido a que la enfermería basa sus acciones en los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos y de ello depende que el individuo, familia o comunidad mantengan estados de salud adecuados o pasen a estados de enfermedad.
- b) *Relación persona – entorno*: Para poder brindar cuidados y establecer objetivos se tiene que valorar como el entorno influye en el paciente y como se puede modificar este para mejorar el estado de salud.
- c) *Relación salud y cuidados*: Esta relación permite indicar cuáles son las acciones o el proceso que se sigue para efectuar cambios positivos en el estado de salud de la persona.
- d) *Relación persona – entorno y salud*: Afirma que a la enfermería le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos, reconociendo que están en continua interacción con su entorno.

El Metaparadigma enfermero a pesar de los años de creación, todavía necesita definir o redefinir conceptos, por lo cual las nuevas generaciones debemos de trabajar mucho para mejorar estos elementos, se requiere que los profesionales de enfermería se centren en realizar procesos que permitan hacer uso de modelos teóricos, con la finalidad de validar los mismos y si se requiere crear nuevos que permitan un continuo crecimiento de la profesión.

MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA

Las teorías son un parte aguas que permiten explorar hasta donde pueden llegar las enfermeras en conocimiento adquirido, a través del tiempo han avanzado y de ser un pensamiento filosófico han adquirido un importante sitio en la profesión. A la par han permitido retomar e intensificar la investigación en enfermería, aspecto que por muchos años estuvo olvidado por considerarse solo un oficio.

“Los modelos desarrollados permiten tener otra visión de la disciplina, explican su razón de ser, sus principios científicos, filosóficos y sus valores”¹¹. De esta forma se tienen distintas perspectivas y enfoques de cómo brindar cuidados y entender el comportamiento del ser humano con respecto a su enfermedad.

El termino modelo y teoría en enfermería a menudo se confunden, si bien engloban un grupo de conocimientos abstractos, los modelos marcan el camino para establecer grandes teorías. “Un modelo es un esquema mental que orienta a la práctica para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de las personas”¹². Y una Teoría se define como “Un grupo de conceptos relacionados que se derivan de los modelos de Enfermería”¹³. Actualmente existen más de 20 teóricas que exponen su visión de enfermería, según Colley las teorías se pueden clasificar de la siguiente manera¹⁴ :

1. Según su Función: Como descriptivas, explicativas, predictivas y prescriptivas.
2. Según la posibilidad de generalización de sus servicios: Metateorías, grandes teorías, teorías de mediano rango, teorías practicas.
3. Según los fundamentos filosóficos que las soportan: Teorías de las necesidades, teorías de interacción, teorías de resultados y teorías humanísticas.

La finalidad de utilizar modelos teóricos dentro de los procesos de atención de enfermería, es orientar la práctica y obtener de forma precisa los datos que reflejan mayor problema en el estado de salud del paciente, procurando y recordando que la atención debe ser holística y humana.

¹¹ Moreno Fergusson “Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería” experiencia de la facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Revista Colombiana Aquichan, Octubre 2005 Vol. 5 No. 001 pág. 46. Consultado www.redalyc.uaemex.mx.

¹² Ibíd.

¹³ Marriner Tomey A., Raile Alligood M. “Modelos y Teorías en Enfermería” 5ª edición, Editorial Mosby, Madrid España. 2003 pág. 6

¹⁴ Colley S. Nursing Theory: Its importance to practice. Nursing Standard 2003.

PROCESO ENFERMERO

DESARROLLO HISTORICO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA (PAE).

El Proceso de Atención de Enfermería ha sufrido varias modificaciones desde su origen, comenzó como una forma de brindar cuidados y actualmente se considera el eje principal de la profesión de Enfermería.

Sus inicios se remontan al año de 1955 durante una conferencia en Nueva Jersey, acerca de la calidad de la asistencia sanitaria, donde Lydia Hall pronuncio por primera vez la asistencia sanitaria es un proceso. En este sentido se obtuvo la siguiente preposición fundamental “*la asistencia sanitaria a el paciente para el paciente y con el paciente*”¹⁵. Estos enunciados comenzaron el rumbo del Proceso de Atención de Enfermería.

En 1966 Lois Knoweles presento una descripción de un modelo que contenía las actividades que debía realizar una enfermera, estas constaban de: Descubrir, Investigar, Decidir, Actuar y Discriminar. Como se puede observar tienen una gran similitud con las etapas actuales del Proceso de Atención de Enfermería, es de aquí donde diferentes autores las retoman para establecer las diferentes etapas del Proceso Enfermero.

Posteriormente la Autora I.J Orlando publica a principios de los sesentas diferentes obras, en las cuales se hace referencia al termino Proceso de Asistencia Sanitaria, término que dio origen a lo que hoy conocemos como “Proceso de Atención de Enfermería”, así como la identificación de las actividades sanitarias, el componente central de la obra de Orlando es “*La relación dinámica Enfermera-Paciente, lo constituye la relación interpersonal*”¹⁶. Con esto Orlando establece las diferentes acciones que puede llevar a cabo una enfermera, acercándose actualmente a lo que la mayoría de los modelos teóricos mencionan como “funciones de Enfermería”.

15 L.E Hall: “Quality of Nursing Care. Address at meeting of Department of Baccalaureate and Higher Degree Programs of the New Jersey League for Nursing”, 7 de Febrero, 1955.

16 I.J Orlando: The Dynamic Nurse-Patient Relationship. Putnam’s New York., 1961, pág. 26.

En 1967 un comité norteamericano definió como Proceso Enfermero: “*La relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente, incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera y la interacción resultante. Las fases del proceso son: Percepción, comunicación, interpretación, intervención y evaluación.*”¹⁷. En ese mismo año la Universidad Católica de Norteamérica identificó las siguientes etapas del Proceso Enfermero: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Para ese entonces se tiene un panorama más actual del proceso, no obstante falta una etapa fundamental para establecer los planes de cuidado.

La primera construcción o idea de un diagnóstico se originó en la Universidad de Colorado en donde se llevan a cabo estudios de deducción en casos clínicos y se llega a la conclusión de que por medio de juicios después de una valoración se pueden obtener diagnósticos, es decir cuando el paciente tiene determinados problemas, manifiesta ciertos síntomas, y el profesional de enfermería es responsable de captarlos.

Con el paso del tiempo se anexó el diagnóstico como segunda etapa del Proceso enfermero, quedando finalmente de la siguiente forma: **Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.**

Hoy en día el Proceso Enfermero se está tratando de estandarizar y ser comprendido por todos los profesionales de Enfermería, para ello diversos autores tratan de darle mayor relevancia e interés entre ellos destaca Rosalinda Alfaro.

En la actualidad el “Proceso de Atención de Enfermería” ha avanzado a pasos agigantados, forma parte del plan de estudios de las diferentes universidades que imparten la Licenciatura en Enfermería, en nuestro país aun falta conjuntar esfuerzos para situar al proceso enfermero dentro de la práctica hospitalaria, ya que a pesar de que se lleva a cabo todos los días, aún no se reconoce, ni se plasma dentro de los registros clínicos de Enfermería, en la

¹⁷

J. Hernández Conesa, M. Esteban Albert. “Fundamentos de la enfermería teoría y método”. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Madrid España 1999. pág. 130

mayoría de las Instituciones de Salud, lo cual nos deja rezagados en comparación con otros países como Estados Unidos de América y España.

DEFINICIÓN

El proceso Enfermero puede tener diferentes interpretaciones dependiendo del profesional de enfermería o persona que lo defina, a continuación se dan algunas:

J. Hernández Conesa define al proceso de Enfermería como: *“El método enfermero de intervención que permite, tras el análisis de un caso – paciente – concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado”*¹⁸

V. Moran Aguilar define al Proceso como: “El método para enlazar la teoría – nivel abstracto a un plano más concreto, y precisar al máximo el significado que se le otorga en la práctica, de esta manera se simplifica y se permite predecir el resultado de la intervención de enfermería en el cuidado de las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, ante los problemas de salud reales o potenciales.”¹⁹

M. Phaneuf menciona que “se trata de un proceso lógico y deliberado, que se utiliza para la planificación de las intervenciones en cuidados enfermeros. Comprende cinco etapas interrelacionadas que se dirigen principalmente a la planificación de cuidados personalizados”.²⁰

Finalmente R. Alfaro lo define como: “Un método dinámico y sistematizado de brindar cuidados humanísticos, centrados en el logro de objetivos

¹⁸ J. Hernández Conesa, M. Esteben Albert. “Fundamentos de la enfermería teoría y método”. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Madrid España 1999. pág. 129.

¹⁹ V. Morán Aguilar. “Proceso de Enfermería *modelo sobre interacción terapéutica* y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE”. 2a Edición, Editorial Trillas, México D.F 2006. pág. 73.

²⁰ M. Phaneuf. “La planificación de los cuidados enfermeros”. 1a Edición, Editorial McGraw – Hill Interamericana, México D.F 1999, pág.

(resultados) esperados y eficaces. Consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación”.²¹

Como podemos notar estos cuatro autores coinciden en que el proceso enfermero es un método que permite brindar cuidados de enfermería, para llegar al cumplimiento de las necesidades del paciente, en lo personal creo que el proceso es una herramienta que distingue y hace única a la profesión de enfermería, ya que por medio del se pueden explorar todas las facetas del ser humano y brindar cuidados que no se basen solo en la enfermedad, sino también en la persona, es decir tomar en cuenta su entorno, su espiritualidad y su aspecto emocional.

El proceso enfermero, sin duda es útil para evaluar de forma continua la calidad de atención que se brinda a un usuario, de esta forma por medio de cada una de las etapas se pueden modificar y mejorar las intervenciones con el fin de que los cuidados hacia esa persona sean de calidad y se logren los objetivos principales de Enfermería:

- Prevenir la enfermedad
- Promover y mantener un estado de salud adecuado
- Potenciar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Recuperar funciones en cuanto sea posible.
- En caso de tratarse de una enfermedad terminal controlar la sintomatología y fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte.

Su valor científico radica en la obtención de datos por medio de una serie de capacidades cognitivas, interpersonales y técnicas, todo esto basado en reglas lógicas comunes que se aplican a todos los métodos científicos.

²¹ R. Alfaro LeFevre. "Aplicación del Proceso Enfermero fomentar el cuidado en colaboración", 5a Edición. Editorial Masson, Barcelona España 2005. pág. 4

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

En la actualidad el proceso enfermero se divide en cinco etapas: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación**, teóricamente se manejan de forma lineal, cabe mencionar que ya en forma práctica estas tienen la propiedad de ser flexibles y de cambiar de lugar conforme a las necesidades de la obtención de datos y la respuesta del paciente, es decir el cumplimiento de los resultados esperados.

VALORACIÓN:

En palabras de R. Alfaro “Es el primer paso para determinar el estado de salud, se da cuando se hace un examen o una entrevista para reunir información y asegurarse de que se dispone de todas las piezas necesarias del rompecabezas”²².

Esta etapa es la base inicial del plan de atención, ya que de ella depende que no haya errores que pongan en peligro o compliquen la salud del paciente por la omisión de datos. El objetivo principal es obtener información para establecer diagnósticos. Esta etapa se puede dividir en tres fases²³:

- A) Recogida de datos: Se hace uso de modelo teórico para detectar problemas de salud que ameriten una intervención, esta fase es utilizada durante todo el proceso ya que continuamente se obtienen datos para valoración, se hace uso de los siguientes métodos: Observación, entrevista y exploración física con sus respectivas etapas (inspección, palpación y auscultación).

²²

Op.cit pág. 4

²³

J. Hernández Conesa “Fundamentos de la Enfermería teoría y método”. 1a Edición, Editorial McGraw – Hill Interamericana, Madrid

España 1999 pág. 133.

- B) Análisis y síntesis: Una vez que se tiene la información, los datos pueden clasificarse en: objetivos, subjetivos y antecedentes, de todos ellos solo se toma lo relevante y se inicia la jerarquización de necesidades.
- C) Identificación de la respuesta: Se pueden especular diferentes diagnósticos, esta fase conecta con la siguiente etapa del proceso enfermero.

DIAGNOSTICO:

Es el segundo paso del proceso de atención de enfermería, durante esta etapa la enfermera analiza los datos reunidos durante la valoración e identifica áreas problemáticas para el paciente.

El diagnóstico se define como: “Un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia, o comunidad frente a procesos vitales / problemas de salud reales o potenciales.”²⁴

Para poder establecer un diagnóstico enfermero se llevan a cabo las siguientes fases²⁵:

1. Fase de Análisis: En esta parte se clasifican y agrupan los datos de acuerdo con el modelo teórico utilizado.
2. Fase de identificación de problemas: Se identifica un área en la cual se necesita la intervención de enfermería, como nutrición, excreción, etc.
3. Fase de Síntesis: Se elige una etiqueta diagnóstica con la cual se abarque el problema de salud, usando la terminología NANDA se busca

²⁴ NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006. NANDA Internacional. Editorial Harcourt, Madrid España 2005.

²⁵ J.R González Navarro. “Introducción al proceso de atención de Enfermería” Revista de la Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados, Valencia España, Obtenida el día 15/10/09 en http://anierte.eresmas.com/archivos/trabaj_introducc_proces_enfermer.pdf

un factor relacionado y sus manifestaciones si se trata de un diagnóstico real.

4. Fase de formulación: Esta es la parte final y en la cual se busca priorizar los problemas de salud del paciente, existen diferentes tipos de diagnósticos en los cuales se apoya los planes de cuidado:

➤ *Diagnósticos reales:* “Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas”²⁶

“Etiqueta + Factor relacionado + Manifestación (signos y síntomas)

➤ *Diagnostico de Riesgo:* “Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad”.²⁷

“Riesgo de.... + Factores de Riesgo (situación que puede favorecer el problema)”

➤ *Diagnostico de salud:* “Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar”.²⁸

“Disposición para mejorar la nutrición + manifestaciones”

➤ *Diagnostico posible:* Se definen como “aquellas situaciones en las que la enfermera sospecha que

²⁶ NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006. NANDA Internacional. Editorial Harcourt, Madrid España 2005. pág. 284.

²⁷ Ibid.

²⁸ op.cit.

puede haber un problema pero no está segura de su existencia”²⁹. Es decir, cuando durante la valoración detecta claves que podrían indicar su presencia, pero faltan datos que permitan afirmarla o negarla con certeza.

“Manifestación (signo/síntoma)+ compatible con + Etiqueta diagnóstica”

- *Diagnóstico de Síndrome:* “Se usa cuando un grupo de diagnósticos de enfermería son observados juntos, esto representa una imagen clínica diferenciada”³⁰. Como ejemplo está el riesgo de Síndrome de desuso, el cual abarca: deterioro de la movilidad física, riesgo de deterioro de la integridad tisular, riesgo de intolerancia a la actividad, riesgo de estreñimiento, riesgo de infección, riesgo de lesión, riesgo de impotencia, déficit de intercambio gaseoso, etc.

Podemos concluir que esta etapa es muy importante ya que el diagnosticar incorrectamente podría llevarnos a una dirección equivocada, lo cual daría lugar a unos cuidados enfermeros inefectivos e incluso peligrosos.

PLANIFICACIÓN:

Es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería en la cual se contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

Durante la planificación se elaboran objetivos, es decir lo que será capaz de hacer el paciente y las intervenciones de enfermería que describirán la forma

²⁹ NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006. NANDA Internacional. Editorial Harcourt, Madrid España 2005. pág. 284.

³⁰ Ibid.

en la que el profesional debe actuar para ayudar al paciente al logro de objetivos. *“Esta fase es un proceso de toma de decisiones”*³¹

La planificación concluye con la elaboración de un plan de atención, el cual debe ser individualizado y encaminado a brindar cuidados enfermeros en favor del paciente. En esta etapa intervienen el profesional de enfermería, el paciente, las personas de apoyo y otros cuidadores. Las fases de la planeación son:

1. Establecimiento de Prioridades: Se jerarquiza cual es el problema real de mayor importancia a tratar para abordarse de inmediato y asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente.
2. Determinación de Objetivos: En esta fase se plantea a donde se quiere llegar *“Un objetivo es un meta esperada y medida centrada en el paciente”*³². Esta debe lograrse en algún momento futuro específico, los objetivos pueden ser a corto, mediano o largo plazo, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. A su vez debe abarcar los múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.
3. Determinación de intervenciones enfermeras: Serán aquellas actividades, que se lleven a cabo con el paciente de acuerdo con los objetivos que se plantearon y las necesidades afectadas de acuerdo con su estado de salud. Estas pueden agruparse en dos categorías³³.

³¹ J. Hernández Conesa, M. Esteben Albert. *“Fundamentos de la enfermería teoría y método”*. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Madrid España 1999. pág. 135.

³² M.T R “Los diagnósticos enfermeros: revisión, crítica y guía práctica”. 7a Edición, Editorial Elsevier, Madrid España, 2006.

³³ N. Noguera Ortiz “Proceso de atención de enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado”. Revista Actualizaciones de Enfermería Fundación Santa Fe de Bogotá Vol. II No. 4 Diciembre del 2008.

- *Intervenciones de cuidados directos:* Acciones realizadas mediante la interacción directa del cliente.
- *Intervenciones de cuidados indirectos:* Acciones realizadas lejos del cliente pero en beneficio de este, se maneja el entorno y la colaboración de otros profesionales de la salud.

4. Documentación del plan: Finalmente todas las decisiones tomadas deben ser plasmadas en un plan de cuidados, para así no omitir ningún dato y poder evaluar cada acción.

Las intervenciones enfermeras son acciones llevadas a cabo para³⁴:

- a) Controlar el estado de salud
- b) Reducir los riesgos
- c) Resolver, prevenir o manejar un problema
- d) Facilitar la independencia o ayudar con las actividades de la vida diaria
- e) Promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

EJECUCIÓN:

En esta etapa se pone en marcha el plan de cuidados de enfermería, para conseguir los elementos concretos que se han propuesto a su vez se debe incluir lo siguiente:

- ✓ Preparar informes
- ✓ Establecer prioridades diarias
- ✓ Valorar y revalorar
- ✓ Registrar las acciones diarias

³⁴ Kershaw B. Salvage. "Modelos de Enfermería" Editorial Doyma, Madrid España, 1998.

Generalmente la ejecución de la atención enfermera, se ajusta a una de estas seis categorías:

- a) Refuerzo de las cualidades
- b) Ayuda en las actividades de la vida diaria
- c) Supervisión y coordinación de otros miembros del equipo de enfermería
- d) Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria
- e) Educación
- f) Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente

EVALUACIÓN:

Es la última fase del proceso enfermero, no obstante la evaluación es una acción continua y formal que está presente a lo largo de todo el proceso, es parte integral de cada una de las etapas. Es un aspecto muy importante, ya que las conclusiones extraídas, determinan si es preciso suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

J. Hernández Conesa, considera a la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso pues indica el grado en que el diagnóstico y la intervención enfermera correspondientes han sido correctos.

La evaluación consta de tres partes³⁵:

1. *La evaluación del logro de objetivos:* Se realiza un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logra de forma total, parcial o nula.
2. *Revaloración del plan:* En este proceso el profesional de enfermería, suprime aquellos diagnósticos que han quedado resueltos, puede

³⁵ McCloskey & Bulechek 2000, ANA 1995.

enunciar nuevos diagnósticos, establecer nuevos objetivos, programar intervenciones y jerarquizar prioridades.

3. *La satisfacción del paciente atendido:* En esta parte es importante conocer la opinión del paciente y discutir con él acerca de sus cuidados.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO:

A diferencia de otros métodos, el proceso enfermero tiene las siguientes propiedades:

- Sistemático: Tiene relación con el método simple para resolución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se lleva a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados con beneficio a largo plazo.
- Dinámico: Se puede expresar como dinámico o flexible, esto se traduce en que se puede comenzar con el diagnóstico y con el tiempo regresar a la valoración, evaluar y planificar dependiendo de las situaciones en las que se presente el caso clínico.
- Humanístico: El proceso enfermero no solo se basa en la enfermedad del paciente, sino que se toman en cuenta sus intereses, valores y deseos específicos, abarcando no solo al cliente, sino también a su familia y comunidad. Como enfermeras debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu.
- Centrado en los objetivos: Los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtiene los mejores resultados de la manera más eficiente.

TAXONOMIA

La palabra taxonomía, es empleada principalmente en el mundo de la biología para clasificar las especies, esta palabra proviene del griego y significa “Ordenamiento, norma o regla”. En su sentido más general podemos decir que se trata de “la ciencia encargada de la clasificación”³⁶. En el área de Enfermería la taxonomía es empleada para clasificar y ordenar los diagnósticos, intervenciones y resultados en la atención diaria, con el fin de hacer universal la forma de trabajo y estandarizar los lineamientos para crear un lenguaje enfermero mundial. Es así como la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería y el Centro para las Clasificaciones de Enfermería y la Efectividad Clínica de la Universidad de Iowa (EEUU,) han desarrollado una serie de lenguajes estandarizados que permiten tanto el registro como el estudio de los cuidados, estos lenguajes se traducen en:

- NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería)
- NIC (Clasificación de intervenciones de enfermería CIE)
- NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería CRE)

NANDA

A medida que se hacía uso del proceso enfermero, se estructuraban diagnósticos que muchas veces no concordaban con la problemática del paciente y que no eran aprobados por la mayoría de los profesionales, esto impulso la necesidad de crear lineamientos para la estructuración y clasificación, con el fin de unificar criterios entre los profesionales de enfermería. Es así como surge la NANDA, pionera en la clasificación Taxonómica.

“En 1973 Gebbie y Lavin convocan a la primera conferencia nacional para la clasificación de los diagnósticos de enfermería y es hasta la quinta reunión donde se crea la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)”³⁷,

³⁶ <http://es.wikipedia.org/wiki/Taxonomia> Definición. Actualizado el 01/11/09 a las 20:20.

³⁷ Ugalde Apalategui M., Rigol I Cuadra A. “Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA” Traducción, revisión y comentarios. Editorial Masson, Barcelona España 1995. Pág. 2

que proporciona la estructura organizativa y establece los planes de trabajo, para el desarrollo y expansión de los diagnósticos de Enfermería.

En un inicio la clasificación se dio en forma de lista alfabética, pero resulto totalmente insuficiente, por lo que se decidió consensar sobre un marco teórico, el cual origino que se reuniera un grupo de enfermeras teóricas encabezado por Calista Roy, ellas llegan a establecer un modelo en el cual se hace referencia a el Hombre Unitario. Este modelo tiene como base plantear que “el campo energético del ser humano se manifiesta por características específicas o partes, entendiendo al ser humano como un todo”³⁸. Para ello se identifican nueve patrones, esto permite a la enfermera describir, explicar y predecir el proceso vital del hombre. En 1982 se cambia el término de patrones del hombre unitario por patrones de respuesta humana, quedando de esta manera: “Intercambio, comunicación, valores, elección, movimiento, percepción, conocimiento y sentimientos/sensaciones”³⁹.

Los diagnósticos y sus clasificaciones fueron avanzando y en 1998 se dio origen a la Taxonomía II, la cual retoma elementos de los patrones funcionales de Gordon. La diferencia de esta nueva taxonomía, es que establece tres niveles para la clasificación de los diagnósticos: Dominios, clases y diagnósticos de enfermería. Actualmente la NANDA con su nueva taxonomía II está clasificada con: “13 dominios (Promoción a la salud, nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad/protección, confort y crecimiento y desarrollo)”⁴⁰, 47 clases y 172 diagnósticos.

Un diagnostico de acuerdo con la NANDA, se define como: “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud

³⁸ Ibid. Pág. 3

³⁹ J. Hernández Conesa, M. Esteben Albert. “Fundamentos de la enfermería teoría y método”. Editorial McGraw- Hill Interamericana. Madrid España 1999. pág. 62.

⁴⁰ NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006. NANDA Internacional. Editorial Harcourt, Madrid España 2005. pág. 234-235.

reales o potenciales o a procesos vitales”⁴¹. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones, con lo cual se logran resultados exitosos.

Para poder establecer un diagnóstico se tiene que realizar el siguiente orden⁴²:

1. Etiqueta diagnóstica: Nombre
2. Factores relacionados: Elementos que tienen una relación directa o indirecta con el diagnóstico, es decir los factores etiológicos.
3. Características definitorias: Signos y síntomas observables y verificables identificados durante la valoración.
4. Factores de riesgo: Elementos que aumentan la vulnerabilidad.

NIC

Se trata de la clasificación de intervenciones de enfermería, las cuales tuvieron su inicio en 1980 en una declaración hecha por la ANA (Asociación Americana de Enfermería), en cual sugiere claramente la necesidad de identificar cuáles eran las intervenciones que realizaban las enfermeras, en cada uno de los diagnósticos. En 1989 el órgano rector del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) se propone establecer una clasificación internacional del ejercicio de la enfermería (CIEE) donde establecen “métodos y sistemas de nombrar/describir y clasificar aquello que hace la enfermera respecto a determinadas necesidades humanas para obtener determinados resultados”⁴³.

“El NIC utiliza un lenguaje normalizado global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería”⁴⁴. En la 5ª edición se publican un total de 542 intervenciones agrupadas en 7 dominios (Fisiológico básico,

⁴¹ Ibid. Pág. 284

⁴² <http://taxonomiaenfermera.com/>. Taller de Taxonomía enfermera, Autora: Blanca Fernández-Lasquetty Blanc. Actualizado en 2006.

⁴³ Ugalde Apalategui M., Rigol I Cuadra A. “Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA” Traducción, revisión y comentarios. Editorial Masson, Barcelona España 1995. Pág. 5

⁴⁴ McCloskey Dochterman J., M. Bulechek G. “Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)”. 4ª Edición, Editorial Mosby, Madrid España 2004. Pág. V

fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad) y 30 clases.

El termino de intervención se define como: “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y el juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”⁴⁵. Cada intervención tiene una denominación, una definición, una lista de actividades que el profesional de enfermería debería realizar y una lista de referencias bibliográficas.

Las intervenciones que se mencionan pueden ser directas o indirectas, siempre dirigidas a la persona, familia y comunidad. Con el fin de tratar, prevenir y fomentar la salud.

Para poder utilizar el NIC, se realizan los siguientes pasos:

- 1) Elegir la etiqueta diagnostica apropiada para el paciente*
- 2) Elegir los resultados esperados y fijar objetivos (se retoma del NOC)*
- 3) Valorar con escala tipo liker el estado actual.*
- 4) Buscar las intervenciones que se derivan de ese diagnostico (NIC)*
- 5) Elegir las actividades especificas para realizar el plan de cuidados*

Al elegir una intervención deben tenerse en cuenta 6 factores⁴⁶:

1. Resultados deseados del paciente
2. Características del diagnóstico de enfermería
3. Base de investigación de la intervención
4. Factibilidad de la ejecución
5. Aceptación por el paciente
6. Capacidad del profesional

NOC

A la par de la realización de la NANDA y el NIC, se comprendió que era necesario evaluar el estado del paciente y la efectividad de las intervenciones

⁴⁵ Ibid. Pág. XVII

⁴⁶ Ibid. Pág. 46

enfermeras, es así como surge el proyecto de realizar la clasificación de resultados de enfermería (NOC).

La definición de resultado de acuerdo con el NOC es: "Un estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de Enfermería"⁴⁷. Actualmente se dispone de 330 resultados que están clasificados en 7 dominios (Salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria) y 31 clases.

Cada resultado está establecido de la siguiente forma⁴⁸ :

1. Nombre de identificación
2. Definición
3. Grupo de indicadores que describen el estado físico del paciente
4. Una escala de medida tipo liker de cinco puntos
5. Sección de citas bibliográficas.

Los resultados describen el estado del paciente en un momento concreto, antes de la provisión de cuidados y tras una intervención enfermera. En la parte científica permite valorar adecuadamente las funciones de enfermería y de esta forma avanzar en la creación de mejores intervenciones, por otra parte permite mantener una comunicación entre el personal de diferentes turnos.

Para poder elegir el resultado correcto y establecer parámetros de medición se toman en cuenta los siguientes factores:

- a) El tipo de preocupación de salud
- b) Los diagnósticos de enfermería reales, potenciales o de salud que se encuentren.
- c) Características del paciente
- d) Preferencias del paciente
- e) Opciones del tratamiento.

⁴⁷ Moorhead S., Johnson M., L. Maas M., Swanson E. "Clasificación de resultados de enfermería" 4a Edición, Editorial Mosby, España

2009. Pág. I

⁴⁸ Ibid. Pág. III

MODELO DE VIRGINIA HENDERSON



BIOGRAFÍA

Virginia Henderson nació en Kansas City Missouri en el año de 1887, ella encontró el gusto por la enfermería e ingreso a la Army School of Nursing de Washington DC, graduándose en 1921. Comenzó a dar clases de Enfermería en distintos institutos, su máxima incursión fue en College de la Universidad de Columbia donde se licencio como profesora, e impartió cursos sobre el proceso enfermero analítico y la práctica clínica.

Desde sus inicios Henderson oriento su vocación hacia la investigación y la escritura, “su primer trabajo fue la reinscripción de la 4ª edición del libro de Bertha Harmer (Textbook of the principles and practice of nursing)”⁴⁹. En los años cincuentas Henderson comenzó a colaborar con la universidad de Yale, lo cual tuvo como resultado aportar mayores elementos para la investigación en enfermería; a finales de los cincuentas publico su libro “Basic principles of nursing care” y en 1964 publico “The nature of nursing”, este último libro menciona cual es la naturaleza de enfermería y abarca la explicación de las 14 necesidades.

A Virginia Henderson se le atribuye el conocer la filosofía de enfermería y su razón de ser, así como ser pionera en delimitar y aclarar cuáles eran las funciones de la profesión para evitar depender del médico y hacer de enfermería un trabajo profesional totalmente independiente.

En marzo de 1996 a la edad de 98 años muere Henderson, su trabajo sigue retomándose y es utilizado por una gran parte de los profesionales de enfermería principalmente en las aéreas pediátricas.

⁴⁹ Marriner Tomey A., Raile Alligood M. “Modelos y Teorías en Enfermería” 5ª edición, Editorial Mosby, Madrid España. 2003 pág. 98

ELEMENTOS DE SU TEORÍA

Dentro de la clasificación de Colley, la teoría de V. Henderson forma parte de una filosofía que engloba la esencia de enfermería. Meleis (1997) hace hincapié que el modelo se incluye dentro de la escuela de necesidades, “esta escuela se caracteriza por utilizar teorías sobre las necesidades y el desarrollo humano” (Abraham Maslow, Erikson y Piaget)⁵⁰.

Su modelo tiene como eje fundamental los principios biológicos y psicológicos que engloban el comportamiento humano, ella refiere que “el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, ya que una emoción es una realidad, por tanto crean cambios en las respuestas celulares”⁵¹, estas respuestas se pueden apreciar con el cambio en la frecuencia cardiaca, elevación de la tención arterial, fluctuaciones en los parámetros respiratorios etc.

Tras sus años de práctica, observo que los pacientes que eran sometidos a tratamientos de rehabilitación fijaban objetivos o metas que se dirigían a restablecer lo más pronto posible su independencia, es por ello que parte de la extracción de los conceptos de Independencia y Dependencia para regular los objetivos de su modelo.

Independencia	Dependencia	Autonomía
Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.	Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.	Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

⁵⁰ Luis Rodrigo Ma., Ferrin F. y Navarro Gómez. “De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI”. Editorial Masson, Barcelona España 1998 Pág. 33

⁵¹ Henderson. V. A. “La naturaleza de la enfermería reflexiones 25 años después”. Una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. 4ª Edición, Editorial McGraw-Hill interamericana de España, Madrid España. 1994. Pág. 16

En el caso del concepto de dependencia, Henderson afirma que esta puede ser producto de tres factores a los que denomino “**La fuente de dificultad**”, ahora este concepto ha cambiado por las aéreas de dependencia, estas describen las circunstancias por las que se ve afectado el individuo⁵²:

- Conocimientos: Este elemento refleja la situación de salud y como se maneja, se incluyen los recursos internos y externos disponibles con los que cuenta el paciente, esto se traduce en saber qué hacer y cómo hacerlo. Si este recurso esta alterado podemos decir que en consecuencia hay una *falta de conocimiento*, por tanto existe dependencia cuando el paciente tiene la capacidad intelectual para comprender y recordar, pero no ha adquirido los conocimientos necesarios para manejar su salud.

- Fuerza: Puede ser física e intelectual. En el primer caso podemos definir como *fuerza física* a los aspectos relacionados con el “poder hacer”, esto incluye el tono muscular, la capacidad psicomotriz y la fuerza peristáltica. Por otra parte la *fuerza psíquica* se refiere a saber “por que hacerlo”, comprende la capacidad sensorial e intelectual para procesar la información, interrelacionarlas y tomar decisiones. Por tanto mencionamos que hay dependencia, en el caso de que el paciente no pueda realizar actividades físicas porque carece de habilidades psicomotrices para realizar las actividades requeridas y la falta de fuerza psíquica se manifiesta por no poder percibir la información y relacionarla.

- Voluntad: Implica querer realizar las acciones adecuadas para recuperar, mantener o aumentar la independencia y comprometerse a hacerlas durante el tiempo necesario. Cuando hablamos de dependencia es porque la persona ha intentado hacer algo por mejorar su salud y tiene las ganas de hacerlo.

⁵² Ibid. Pág. 34-35.

TABLA DE NIVELES DE INDEPENDENCIA Y DEPENDENCIA

Independencia		Dependencia			
Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
La persona satisface por si misma sus necesidades de un modo aceptable que permite asegurar su homeostasia. Sigue adecuadamente un tratamiento o utiliza un aparato o dispositivo de apoyo sin ayuda	La persona necesita a alguien para que le enseñe cómo hacer para conservar o recuperar su independencia y asegurar su homeostasia, para asegurarse de que lo hace bien o para que le preste alguna ayuda.	La persona necesita a alguien para seguir adecuadamente un tratamiento, o para utilizar un aparato, un dispositivo de ayuda o una prótesis.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades, o para su tratamiento, pero no puede participar mucho en ello.	La persona debe contar con alguien para realizar las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades o para su tratamiento, y apenas puede participar en ello.	La persona debe confiar enteramente en alguien para satisfacer sus necesidades, o para aplicar su tratamiento y no puede de ningún modo participar en ello.

Tomado de M. Phaneuf. La planificación de los cuidados enfermeros. 1a Edición, México D.F: Editorial McGraw – Hill Interamericana; 1999.

Para Henderson las intervenciones que realiza la enfermera son muy importantes para restablecer la salud y dependencia del paciente, dentro de los postulados de su teoría los modos de intervención permiten: aumentar, complementar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

ELEMENTOS DEL METAPARADIGMA ENFERMERO

Si bien Henderson nunca definió cada uno de los elementos del metaparadigma de forma directa, se puede deducir conforme a todos sus escritos cuales son los conceptos de:

- ❖ **ENFERMERÍA:** “La función única de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios”⁵³.

- ❖ **PERSONA:** “Es un ser integral, es decir con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre si y tiende al máximo desarrollo de su potencial”⁵⁴.

- ❖ **ENTORNO:** “El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo”.⁵⁵ Ella reconoce ampliamente que puede afectar al paciente y a la enfermera de forma positiva o negativa, por tanto sugiere cambiarlo conforme se necesite.

- ❖ **SALUD:** Para Henderson salud es igual a independencia, el estado de salud depende de las personas para satisfacer sus 14 necesidades básicas sin ayuda.

La relación enfermera – paciente tiene tres niveles, que van desde una dependencia mayor a menor: *a) la enfermera como sustituta del paciente; b) la enfermera como ayudante del paciente y, c) la enfermera como compañera del paciente.*

⁵³ Marriner Tomey A., Raile Alligood M. “Modelos y Teorías en Enfermería” 5ª edición, Editorial Mosby, Madrid España. 2003 pág. 101

⁵⁴ Luis Rodrigo Ma., Ferrin F. y Navarro Gómez. “De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI”. Editorial Masson, Barcelona España 1998 Pág. 33

⁵⁵ Marriner Tomey A., Raile Alligood M. “Modelos y Teorías en Enfermería” 5ª edición, Editorial Mosby, Madrid España. 2003 pág. 101

LAS CATORCE NECESIDADES

Para V. Henderson las necesidades no presentan un problema, sino más bien un requisito, cada una de las 14 necesidades constituye un elemento que integra los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de la persona. Se consideran parte de la supervivencia y son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad.

- 1. Respirar normalmente: Necesidad del organismo de absorber y expulsar el gas carbónico, como consecuencia de la penetración del aire en las estructuras respiratorias (respiración externa) y del intercambio gaseoso entre la sangre y los tejidos (respiración interna).
- 2. Comer y beber adecuadamente: Necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo.
- 3. Eliminar por todas las vías corporales: Necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas, y los residuos producidos por el metabolismo. La necesidad de eliminar comprende la eliminación urinaria y fecal, el sudor, la menstruación y los loquios.
- 4. Moverse y mantener una postura adecuada: Necesidad del organismo de ejercer el movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.
- 5. Dormir y descansar: Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad, para permitir la recuperación de las fuerzas físicas o psicológicas.
- 6. Escoger la ropa adecuada; vestirse y desvestirse: Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, de las normas sociales, del decoro y de los gustos personales.

- 7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno: Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

- 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel: Necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel, y del conjunto del aparato tegumentario (tejidos que cubren el cuerpo).

- 9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas: Necesidad de la persona de protegerse contra las agresiones internas y externas, con el fin de mantener su integridad física y mental.

- 10. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones: Necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas y de ejercer la sexualidad.

- 11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias: Necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de la justicia, de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga, o que sean propias de su ambiente y sus tradiciones.

- 12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal: Necesidad de realizar acciones que permitan a la persona ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

- 13. Participar en actividades recreativas: Necesidad de la persona de relajarse física y psicológicamente mediante actividades de ocio y diversión.

- 14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles: Necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, y sobre sus problemas de salud y los medios para prevenirlos y tratarlos, a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados. La necesidad de aprender afecta a todas las demás necesidades, puesto que para satisfacerlas bien la persona debe recibir a menudo información.

PREMATUREZ

Un recién nacido prematuro “es aquel cuya edad gestacional es menor de 37 semanas o su peso es inferior a los 2500 gramos”⁵⁶. Su nacimiento representa cuidados sumamente especiales, ya que su inmadurez se ve reflejada en cada uno de sus órganos, prematurez o prematuridad es sinónimo de inmadurez y esta es su mejor definición, cuan menor sea la edad gestacional mayor es el riesgo de mortalidad.



CLASIFICACIÓN:

Conforme a la edad gestacional:

- * Prematurez leve de la 34 a la 36^a SDG
- * Prematurez moderada de la 32 a la 34^a SDG
- * Prematurez severa de la 28 a la 31^a SDG
- * Prematurez extrema de la 20 a 27^a SDG

Con referencia al peso

- * R/N de muy bajo peso >1500 gramos
- * R/N de peso extremadamente bajo >1000 gramos.

ETIOLOGIA:

Causas pregestacionales.

- Antecedente de parto prematuro
- Toxicomanías
- Edad materna menor a 16 o mayor a 35 años
- Enfermedad crónica (cardiopatías, nefropatías, desnutrición)
- Estrés
- Malnutrición materna

- Malformación uterina
- Nivel socioeconómico bajo
- Pérdida perinatal previa
- Tabaquismo materno

Causas prenatales:

- Anemia
- Asistencia prenatal nula
- Infecciones durante el embarazo (genitourinarias)
- Período intergenesico corto
- Gestación múltiple
- Polihidramnios u Oligohidramnios
- Ruptura prematura de membranas
- Trauma uterino
- Preeclampsia
- Desprendimiento prematuro de placenta
- Placenta previa
- Miomas
- Alteraciones cervicales y dilatación prematura.

Causas fetales:

- Sufrimiento fetal agudo
- Sexo varón y grupo sanguíneo B
- Eritroblastosis
- Yatrogenia
- Hidrocefalia

INCIDENCIA Y MORTALIDAD

Según la OMS, la incidencia de prematuridad es muy elevada, se sitúa en el 10 y 12% de todos los recién nacidos. La supervivencia es directamente proporcional al peso de nacimiento, se estima que para los pequeños menores de 600 gramos la supervivencia es del 20%, en cambio los prematuros con un

peso de entre 1250 y 1500 gramos pueden alcanzar una supervivencia de 90% en la mayoría de los casos. En los niños prematuros, radica el 50% de toda la mortalidad neonatal⁵⁷, actualmente las cifras de mortalidad han disminuido gracias a las mejoras en las unidades de cuidados intensivos neonatales y el mejor acceso a los servicios de salud.

En el Hospital de la mujer⁵⁸ en el año 2008, se tuvo una tasa del 20.3% en relación a la atención del parto espontáneo y su interrupción, el bajo peso al nacimiento y los trastornos relacionados con la gestación ocuparon un 5%, en cuanto a la mortalidad la prematuridad obtuvo el segundo lugar en muertes en neonatos.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de prematuridad se establece con la edad gestacional, la cual se puede obtener:

- a) Durante el embarazo: Por medio de la fecha de la última menstruación, el control prenatal, los estudios ecográficos, ecocardiografía fetal y estudios de líquido amniótico.
- b) Periodo posnatal: Por medio de las observaciones clínicas mediante los métodos de Capurro y Ballard, los cuales utilizan variables somáticas y neuromusculares.

PROBLEMAS NEONATALES ASOCIADOS A LA PREMATUREZ

La inmadurez general determina un alto riesgo de sufrir complicaciones que no se presentan en el recién nacido a término, la poca madurez de los diferentes aparatos y sistemas propician que al fallar uno, por consecuencia los demás se deterioren, por tanto los problemas a nivel pulmonar, cardiovascular, cerebral y renal, etc., conllevan a la pérdida de la estabilidad fisiológica.

⁵⁷ Ahued, Ahued J. "Prematuridad un enfoque perinatal" INPer, Editorial Editor de Textos Mexicanos, 2004, México Df.

⁵⁸ Fuente obtenida del departamento de informática y estadística del Hospital de la Mujer, año 2008.

Principales Problemas:

I. GENERALES

- * Hiperbilirrubinemia
- * Anemia del prematuro
- * Alteración de la coagulación

II. METABÓLICOS, EQUILIBRIO HIDRO-ELECTROLÍTICO Y ACIDO BASE

- * Hipoglucemia e hiperglicemia
- * Hipocalcemia
- * Hipo e hipernatremia
- * Hiperkalemia
- * Deshidratación y sobre hidratación
- * Acidosis metabólica
- * Enfermedad metabólica ósea (Osteopenia del prematuro)

III. NEUROLÓGICOS, AUDICIÓN Y VISIÓN

- * Hemorragia intraventricular
- * Leucomalacia
- * Incoordinación succión/deglución
- * Asfixia: encefalopatía hipóxico - isquémica
- * Retinopatía del prematuro
- * Secuelas: Hidrocefalia, Parálisis cerebral, sordera - Hipoacusia, ceguera.
- * Termorregulación ineficaz

IV. RESPIRATORIOS

- * SDR: Enfermedad de la membrana hialina
- * Apneas
- * Enfermedad pulmonar crónica
- * Displasia broncopulmonar

V. CARDIOVASCULARES

- * Inestabilidad Cardiovascular
- * Ductus arterioso persistente
- * Hipertensión o hipotensión
- * Insuficiencia cardiaca

VI. GASTRO-INTESTINALES Y NUTRICIONALES

- * Intolerancia a la alimentación enteral
- * Enterocolitis necrotizante
- * Desnutrición

VII. INFECCIONES

- * Sepsis

CARACTERISTICAS DEL PREMATURO

A nivel orgánico y funcional el cuerpo del recién nacido prematuro posee características específicas, en cuanto a la morfología presenta un tamaño desproporcionado de la cabeza con respecto al resto del cuerpo, la cabeza representa una cuarta parte de la estatura total. Las suturas craneales están abiertas y por ellas se visualizan el llamado **craneotabes**, el tórax es pequeño en comparación con el abdomen y las extremidades son delgadas y pequeñas, el pabellón auricular es inmaduro, los cartílagos son flexibles y laxos.

PESO Y TALLA: El peso es variable depende principalmente de las semanas de gestación en las que se encontraban, la talla por lo general es inferior a los 48 cm y está muy relacionada con la edad gestacional.

PIEL Y ANEXOS: Suele estar cubierta de lanugo, sobretodo en la frente, la espalda y los brazos. La vernix suele ser abundante; el pelo es corto y fino, adherido y escaso. El tejido celular subcutáneo es escaso, la piel se puede observar transparente apreciándose con facilidad los capilares.

VISIÓN Y AUDICIÓN: en el caso de la visión la cornea debe ser transparente, los párpados por lo general están edematizados, en los recién nacidos con una edad gestacional menor a la semana 30 los ojos están cerrados. En cuanto a la audición, en el recién nacido pretermino se presenta una sordera fisiológica debido a una inmadurez nerviosa, por lo que el niño solo escucha los ruidos próximos y fuertes.

APARATO DIGESTIVO: La secreción salivar es muy escasa, aunque el sistema digestivo ya se encuentre completo en el momento del nacimiento, el

proceso de digestión y absorción no permite una buena nutrición, debido a su inmadurez presenta los siguientes problemas:

- A) Riesgo de aspiración, debido a un reflejo nauseoso insuficiente y a la inmadurez del cardias.
- B) Reflejo de succión y deglución ausentes
- C) Dificultades para alcanzar elevadas cantidades calóricas debido a su poca capacidad gástrica.
- D) Dificultad para ingerir la lactosa debido a faltas de enzimas digestivas
- E) Enterocolitis necrotizante, debido a la reducción del flujo sanguíneo y de la perfusión tisular del tubo digestivo.

APARATO RESPIRATORIO: La respiración del recién nacido prematuro es fundamentalmente nasal, esta actúa como filtro para el aire, la humidificación y el control de la temperatura. En promedio se alcanzan 40 respiraciones por minuto, en la mayoría de las ocasiones es irregular, superficial y presenta con frecuencia alteraciones como: taquipnea, apneas y respiración periódica, debido a la inmadurez de los centros respiratorio.

El recién nacido prematuro, corre el riesgo de sufrir problemas respiratorios debido a que sus pulmones no están completamente maduros, y no se encuentran preparados para realizar adecuadamente el intercambio gaseoso debido a su falta de **surfactante**, esto reduce las posibilidades de que los pulmones se llenen de aire y aumente la presión inspirada.

APARATO CARDIOVASCULAR: El conducto arterioso normalmente responde al aumento de los niveles de oxígeno y de prostaglandina E con una vasoconstricción, pero en los prematuros el conducto permanece abierto, por lo tanto el volumen de sangre aumenta en los pulmones causando congestión pulmonar. Parte de la inmadurez afecta la fragilidad de las paredes de los vasos sanguíneos, esto provoca que con frecuencia surjan hemorragias intracraneales y pulmonares.

SISTEMA HEMATOLOGICO E INMUNOLOGICO: Los hematíes son mas inmaduros y tienen poca supervivencia, ya que contienen menos hierro y una menor capacidad de regeneración, esto provoca a menudo anemia e ictericia. El hígado genera una menor cantidad de proteínas, esto provoca enfermedades hemorrágicas por déficit en los factores de coagulación. En cuanto a la función inmunológica existen niveles de IgA muy bajos por lo que son más propensos a los procesos infecciosos.

SISTEMA RENAL: Los riñones también se encuentran inmaduros, lo cual puede crear problemas en el equilibrio hidro-electrolítico, el niño prematuro tiene menor capacidad para concentrar la orina, por lo que los líquidos de elevada osmolaridad le provocan vómitos, pérdidas acuosas o diarrea. El filtrado glomerular es bajo debido a un descenso en el flujo sanguíneo renal.

SISTEMA NERVIOSO: **No ha** alcanzado la madurez imprescindible. Gesticula poco, los movimientos son lentos, los reflejos arcaicos no existen o son débiles, igual que el tono muscular. Los prematuros suelen tener largos períodos de somnolencia y no pasan por las mismas fases de sueño y vigilia de los nacidos a término debido a la falta de madurez del centro que regula estos procesos.

CARACTERISTICAS DE LOS GENITALES: Su apariencia es inmadura, en el varón los testículos no han descendido a la bolsa escrotal y en la mujer los labios mayores no cubren a los menores, se observa el clítoris prominente. Estos bebés por lo general sufren con frecuencia de hernias inguinales.

METABOLISMO: Es deficitario pues el almacenamiento de calcio, hierro y glucosa no se efectúan adecuadamente ya que estos elementos se depositan al final de la gestación, por lo que es frecuente la hipoglucemia.

TERMORREGULACIÓN: La pérdida de calor es un problema grave en los prematuros, tienen muy poca disponibilidad de glucógeno en el hígado y poca

cantidad de grasa parda disponible para metabolizarse. También tienen menor capacidad de vasoconstricción de los vasos sanguíneos superficiales, por lo tanto no pueden conservar el calor central del cuerpo y esto tiende a aumentar sus necesidades de oxígeno.

REFLEJOS: En ocasiones el reflejo de succión y búsqueda están presentes, pero la deglución está ausente, esto condiciona a alimentarlos por técnica forzada.

TRATAMIENTO

Consiste en maximizar esfuerzos para mantener la estabilidad fisiológica del prematuro, lograr un equilibrio y permitir la homeostasis. Por otra parte la atención debe estar orientada a la prevención de problemas específicos según su edad gestacional, el tratamiento del recién nacido prematuro debe incluir:

- * Vigilancia de la temperatura
- * Asistencia respiratoria
- * Vigilancia de la función cardiovascular
- * Prevención de la infección (sepsis)
- * Prevención de las complicaciones del sistema nervioso central.
- * Vigilancia de Apneas
- * Vigilancia de la función renal
- * Vigilancia del estado hematológico

COMPLICACIONES: Son demasiadas desgraciadamente y mucho depende del tratamiento médico y de los cuidados proporcionados por el personal de enfermería, las principales son:

- * Anemia
- * Hemorragias
- * Displasia broncopulmonar (DBP)

- * Retraso o discapacidad motora o cognitiva
- * Retraso en crecimiento y desarrollo
- * Infección o sepsis neonatal
- * Azúcar bajo en la sangre (hipoglucemia)
- * Síndrome de dificultad respiratoria neonatal
- * Ictericia del recién nacido
- * Retinopatía y pérdida de la visión o ceguera
- * Inflamación intestinal severa (enterocolitis necrosante)

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

ETAPA DE VALORACIÓN

RESUMEN CLINICO

ANTECEDENTES DEL PARTO: Inicia trabajo de parto espontáneo con ruptura prematura de membranas, nace por vía vaginal, cefálico, a las 24 SDG, edad corregida por Ballard 25 SDG. Producto único, del sexo femenino, sin esfuerzo respiratorio al nacer, sin respuesta a estímulos, flácido, cianótico y con una frecuencia cardiaca menor a 100 latidos por minuto. Calificación de Apgar 4/6. Se brindan maniobras de reanimación básica, a las cuales no responde, por lo que se decide intubar con cánula de 2.5, se conecta a ventilador mecánico de alta frecuencia, se deja en Fase de Ventilación III con los siguientes parámetros de ventilación:

FiO2 75%, PEEP 4, PIM 21, CPM 40

Se realiza Onfalocclisis dejándose 2 vías arterial y venosa. Se pide Pase a UCIN

SOMATOMETRIA AL NACER:

Peso: 1,060g

Fecha de nacimiento: 09/06/09

Talla 34 cm.

Fecha de ingreso: 09/06/09

P.C 26 cm.

Edad por Ballard: 25 SDG

P.T 21 cm.

Apgar 4/6

P.A 21 cm.

Silverman: 7

Pie 6.5 cm.

Sexo: Femenino

EVOLUCIÓN DE LA SALUD DEL RECIEN NACIDO PRETERMINO: A su ingreso a la UCIN se reporta muy grave, se pide radiografía de tórax y se

diagnostica por edad gestacional y evidencia Enfermedad de Membrana Hialina, por lo que se decide colocar una dosis de Factor Surfactante (survanta) 4 ml intratraqueal. Se realiza gasometría obteniéndose los siguientes valores: pH de 7.34, PCO₂ de 33, HCO₃ 18, PO₂ 58.9, BE -8.0 SPO₂ 88, se reajustan parámetros de ventilador y se incrementa la FIO₂ a 87%.

Se deja en ayuno y se coloca sonda Orogastrica a derivación con reposición de perdidas con solución Hartman, solución de base y se inicia alimentación por Nutrición Parenteral Total. También se inicia tratamiento con doble esquema de antibióticos Ampicilina y Amikacina como profilaxis.

13/06/09 Se realizan laboratorios y se obtienen bilirrubinas altas. Por lo que se inicia tratamiento con Fototerapia continua, mejora sus parámetros ventilatorios, por lo que se decide extubar dejando a la pequeña en Fase I con casco cefálico a 5 lts por minuto, Al siguiente día presenta dificultad respiratoria llegando su saturación a 65% por lo que se decide intubar nuevamente dejándola en Fase III de ventilación. Tras estudios de laboratorio realizados se Obtiene el diagnóstico de Neumonía, al realizarse aspiración de secreciones se obtienen abundantes, espesas y de coloración amarillenta.

VALORACION DE ENFERMERIA

Datos obtenidos utilizando la cedula de valoración del recién nacido grave, posgrado de especialización en enfermería infantil, UNAM 2001. Y de la aplicación de diferentes métodos como: entrevista de forma directa por la madre y valoración física del recién nacido.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: V.H. Hijo R/N Pretermino Servicio: UCIN No. De Cama: 03
Fecha de Ingreso: 09/06/09 Edad: 25 SDG por Ballard Sexo: Femenino.

DATOS DE LA MADRE: 19 años de edad, con escolaridad de secundaria terminada, estado civil unión libre, ocupación ama de casa, actualmente hay ruptura familiar por lo que vive con sus padres en casa propia que cuenta con todos los servicios. Religión católica, ingresos escasos.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Se desconocen

ANTECEDENTES PRENATALES: Producto de la G2, P2, C0, A0, tiene referencia de periodo intergénésico corto 1 año, refiere haber acudido a solo 2 consultas prenatales, ingirió ácido fólico y hierro durante el embarazo, refiere haber presentado infecciones urinarias recurrentes principalmente en el último trimestre.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se encuentra con los siguientes diagnósticos médicos:

- * Síndrome de Dificultad Respiratoria secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina
- * Sepsis por ruptura prematura de membranas
- * Hiperbilirrubinemia multifactorial
- * Neumonía en tratamiento
- * Insuficiencia Renal Aguda
- * Insuficiencia cardiaca congestiva
- * Estado Pos paro Cardiorrespiratorio

El día de hoy 13 de junio del 2009, se encuentra tras un estado pos paro cardiorrespiratorio, hipoactiva, con reacción a estímulos externos, con un peso de 1020 grs. Se encuentra en cuna de calor radiante, con tratamiento por medio de Fototerapia continua, con monitorización y oximetría de pulso. Se mantiene en ayuno, se brinda apoyo nutricional por medio de NPT, Actualmente en Fase III de ventilación con un FIO2 de 60%.

Horario de Atención es de 8:00 a.m. a 20:00 p.m., tras este periodo los signos vitales de reportaron así.

- F.C = Arritmias constantes, observándose frecuencia menor de 98 \dot{x} y más alta 206 \dot{x} .
- F.R= Es constante con un predominio de 36 \dot{x}
- Temperatura: Se observan fluctuaciones por debajo de los límites normales manteniéndose en las últimas horas en 36.8° C.
- Spo2 = Se mantienen entre 90 a 95%, descendiendo en una ocasión a 65% por acumulación de secreciones.
- T/A = Se presenta hipertensión

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Paciente FEMENINO pretermino, se observa hipoactiva, **letárgico**, solo reacciona a estímulos externos, cráneo normocefalo con fontanela anterior tensa y posterior normal, suturas aproximadas, ojos normales, simétricos con reacción pupilar a la luz. Nariz normal con fosas nasales permeables, mucosas y tegumentos hidratados, coloración icterica generalizada Kramer II. Orejas formadas con implantación normal, pabellón auricular blando y cartilaginoso; boca con presencia de secreciones abundante color amarillento, espeso, tubo endotraqueal de 2.5 cm, SOG a derivación drenando pozos de café, se realiza lavado gástrico obteniéndose sangre seca.

Cuello corto con pulsos carotídeos presentes. Tórax simétrico con presencia de nódulos mamarios, a la observación se observa ligera disociación con los parámetros del ventilador, a la auscultación se escuchan campos pulmonares

con hipoventilación de predominio derecho en zona apical, con presencia de estertores, por lo que realiza lavado bronquial obteniéndose secreciones espesas abundantes, amarillentas y se comienza con sangrado pulmonar activo.

Ruidos cardiacos con intensidad y ritmo variable, con presencia de arritmias constantes, por lo que se da apoyo por medio de Dobutamina y Adrenalina en infusión.

Abdomen con un perímetro de 21 cm., se observa distensión abdominal durante el turno llegando a 24 cm., globoso, con presencia de red venosa, piel en extensión, Se observa catéter umbilical de dos vías, limpio sin datos de infección, ruidos peristálticos presentes débiles, a la palpación se haya globo vesical.

Extremidades superiores simétricas con flacidez, se observa en extremidad superior derecha catéter percutáneo de 2 lúmenes, con curación reciente, limpio, sin datos de infección, permeable y funcional.

Genitales de acuerdo a edad y sexo, con labios menores que sobresalen, clítoris prominente, presencia de descarga vaginal de tipo hormonal, micciones ausentes, comienza con anuria desde el turno vespertino anterior, por lo que se maneja con tratamiento de furosemide en infusión y bumetanida en dosis única. Evacuaciones presentes de característica meconial durante el turno.

Extremidades inferiores simétricas con ligeros temblores finos, llenado capilar de 3 a 5 segundos.

VALORACIÓN DEL DESARROLLO: Sus reflejos se encuentran de la siguiente manera:

1. Extensión +
2. Flexión +
3. Moro -
4. Prensión +
5. Búsqueda -
6. Babinsky +
7. Succión -

SOLUCIONES:

- Dobutamina 1.1 aforado a 4.8 cc de Solución salina a 0.2 ml x hora
- Adrenalina 0.3 aforado a 4.8 cc de Solución salina a 0.4 ml x hora
- Furosemide 2.4 mg aforado a 12 cc de Solución glucosada al 5% pasar 0.5 ml x hora

MICRONEBULIZACIONES

- ❖ Combivent 0.3 cc + Bromexina 0.5 cc aforado a 2.5 cc de Sol. Fisiológica
- ❖ Pulmicort 1 cc aforado a 2 cc de Sol. Fisiológica

INDICACIONES MÉDICAS

1. Destroxtix por turno
2. Control de líquidos estricto
3. Código de evacuaciones
4. Labstix en orina y evacuaciones
5. Monitorización continua
6. Lavado bronquial PRN y Aspiración de secreciones
7. Fisioterapia pulmonar
8. Mantener eutermia

DIAGNOSTICO:

Este está basado en la aplicación de las catorce necesidades de Virginia Henderson, priorizando en aquellas que tienen mayor riesgo para el deterioro del equilibrio funcional del pretermino.

Con referencia a la etapa de vida, se trata de un recién nacido pretermino, con un grado de prematuridad extrema (25 SDG), desde el punto de vista de Henderson totalmente dependiente para la satisfacción de sus necesidades, en un grado 5, debido a la falta de fuerza física e intelectual para mantener su salud.

En la valoración de sus necesidades, las principales afectadas son:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.

El siguiente listado identifica los diagnósticos encontrados:

NECESIDAD	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
1. Respirar normalmente	<ul style="list-style-type: none">- F.R 36´x- ligera disociación con los parámetros del ventilador- Fase III de Ventilación con un PEEP de 4 FIO₂ de 60%- Saturación de oxígeno de 93 a 95%- Hipoventilación del lado derecho en zona apical- Presencia de estertores- Realización de lavado bronquial con presencia de sangre fresca	➤ Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Inmadurez M/P disminución de la capacidad vital, frecuencia respiratoria menor a 25 sin ventilación mecánica

	<ul style="list-style-type: none"> - Secreciones orofaríngeas y de cánula, abundantes, espesas y amarillentas. - Desaturación a 65% en 2 ocasiones por acumulo de secreciones - Gasometrías con tendencia a acidosis metabólicas, SPO2 menor al 90% * <u>En relación al estado circulatorio</u> - Arritmias constantes - Ruidos anormales - Pulsos saltones - Llenado capilar de 3 a 5 segundos - Hipertensión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas R/C retención de secreciones M/P cianosis y cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios. ➤ Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C desequilibrio ventilación-perfusión M/P cianosis y alteraciones por gasometría. ➤ Disminución del gasto cardíaco R/C alteraciones de la frecuencia y ritmo M/P Arritmias, anuria y prolongación del llenado capilar.
<p>2. Comer y beber adecuadamente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Peso de 1020 g - A.H.N.O - NPT - Ruidos peristálticos débiles - Abdomen distendido. - Lavado gástrico (-) con presencia de sangre seca y drenando pozos de café. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desequilibrio Nutricional por defecto R/C Incapacidad para digerir e ingerir los nutrientes por vía oral M/P bajo peso, palidez.
<p>3. Eliminar por todas las vías corporales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anuria - Sondaje vesical - Palpación de globo vesical 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perfusión tisular inefectiva RENAL R/C Hipovolemia M/P alteración de la T/A por encima de los límites normales y anuria.

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro de la eliminación urinaria R/C Prematuridad M/P Anuria.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de posturas continuo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin diagnóstico.
5. Dormir y descansar	<ul style="list-style-type: none"> - Periodos de sueño irregulares - Manipulación constante - Iluminación y ruido excesivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deterioro del patrón de sueño R/C manipulación constante por múltiples procedimientos M/P disminución del periodo de sueño de acuerdo a su grupo de edad.
6. Seleccionar la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene solo con pañal en manejo de cuna radiante 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin diagnóstico.
7. Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.	<ul style="list-style-type: none"> - Cifras de temperatura variadas. - Manejo en cuna de calor radiante. - Prematuridad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Termorregulación Ineficaz R/C inmadurez M/P fluctuaciones de la temperatura y cianosis de lechos ungueales
8. Mantener la integridad de la piel y la higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Piel delgada y fina 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C extremos de edad
9. Evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de catéter percutáneo - Presencia de Onfalocclisis - Ministración de medicamentos - Baja inmunidad - Sepsis neonatal 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Protección inefectiva R/C edad extrema M/P deficiencia inmunitaria y adaptación extrauterina.

	<ul style="list-style-type: none"> - Ictericia generalizada - Hiperbilirrubinemia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de lesión R/C Hiperbilirrubinemia
10. Comunicarse con otros expresando emociones, temores y sensaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Facies de dolor - Actitud de defensa - Apariencia de llanto 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor Agudo R/C tratamiento especializado M/P conducta de defensa y cambios en la frecuencia cardiaca.
11. Practicar alguna religión	<ul style="list-style-type: none"> - No aplica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin diagnóstico
12. Trabajar en algo que le haga sentirse útil.	<ul style="list-style-type: none"> - No aplica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin diagnóstico
13. Jugar o participar en diversas actividades o recreo.	<ul style="list-style-type: none"> - No aplica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sin diagnóstico
14. Aprender o satisfacer las curiosidades para un buen desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> - Reflejo de succión, deglución y búsqueda ausentes. - Prematuridad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Riesgo de Retraso en el Desarrollo R/C prematuridad

Abarcando el núcleo familiar, la situación se encontraba en franca desintegración, la madre no podía comprender el proceso por el que estaba pasando su pequeña y la gravedad de su estado de salud, por lo que sus visitas se limitaron a solo 2 ocasiones durante un mes, la recepción de informes médicos y tratamientos la recibían los abuelos maternos de la menor, posteriormente la madre comprendió la importancia de su presencia para la recuperación de su hija y acudía a las visitas con mayor regularidad. Por lo que durante la etapa de valoración se encontró el siguiente diagnóstico aplicado a la madre: *Afrontamiento individual: ineficaz R/C crisis situacionales M/P dificultad para cubrir las expectativas del rol de madre.*

ETAPA DE PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN:

DIAGNOSTICO 1

Nombre del paciente: V.H R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida

Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Patrón Respiratorio Ineficaz R/C Inmadurez M/P disminución de la capacidad vital, frecuencia respiratoria menor a 25 sin ventilación mecánica.

Necesidad Alterada: Respirar normalmente

Resultados esperados:

➤ Estado respiratorio: ventilación

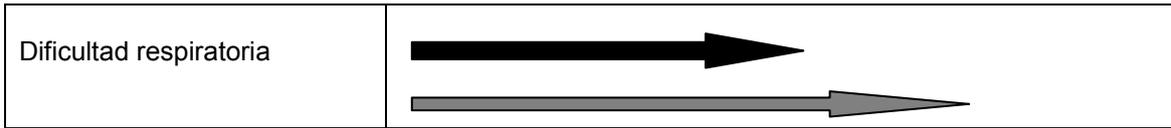
Puntuación Diana: Mantener en 2
Aumentar a 4

INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
<p>➤ Monitorización respiratoria</p> <p>➤ Ventilación mecánica</p>	<ul style="list-style-type: none">- Vigilar la frecuencia respiratoria en cuanto a: ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.- Identificar signos de dificultad respiratoria (tiraje intercostal, retracción xifoidea y aleteo nasal)- Auscultar para identificar zonas de hipoventilación- Valorar y anotar los cambios en la saturación de oxígeno- Valorar coloración de la piel en busca de cianosis. - Verificar los parámetros del ventilador y revisar que las alarmas estén activadas.- Administrar sedantes o relajantes según prescripción médica.- Vigilar la eficacia de la ventilación mecánica- Colocar al paciente en una posición que facilite la concordancia

<p>➔ Manejo de las vías aéreas artificiales.</p>	<p>ventilación/perfusión.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar aspiración por cánula, en función de la presencia de sonidos adventicios. - Monitorizar los cambios en Spo2, CO2 y O2 - Proporcionar humidificación del 100% del aire inspirado. - Fijar adecuadamente la cánula endotraqueal. - Tener a la mano mascarilla y bolsa AMBU para reanimación - Realizar Reanimación Cerebro Cardio Pulmonar, si procede.
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN

ESTADO RESPIRATORIO: Ventilación (0403)					
<i>Definición: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones</i>					
Estado respiratorio: ventilación	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia respiratoria					
Ritmo respiratorio					
Capacidad vital					
Estado respiratorio: ventilación	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Utilización de los músculos accesorios					
Retracción torácica					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.



Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

DIAGNOSTICO 2

Nombre del paciente: V. H R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino **Fecha:** 29-11-08

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Limpieza Ineficaz de las Vías Aéreas R/C retención de secreciones M/P cianosis y cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios.

Necesidad Alterada: Respirar normalmente

Resultados esperados:

- Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías aéreas

Puntuación Diana: Mantener en 2 y llevar a 3

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Aspiración de las vías aéreas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la necesidad de las aspiración orofaríngea y endotraqueal - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración - Híper oxigenar al paciente al 100% mediante el ventilador antes de aspirar - Utilizar técnica estéril para aspiración y lavado bronquial - Utilizar una presión de 40 mmHg de mercurio para aspirar y no lesionar la mucosa - Valorar parámetros de Spo2 durante el procedimiento y al termino - Dejar un tiempo de recuperación entre cada aspiración para recuperación del paciente - Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
<p>➤ Fisioterapia pulmonar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ministrar tratamiento con nebulizador o micronebulizador

	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el o los segmentos pulmonares que necesita ser drenados - Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta. - Practicar percusión o Vibroterapia. - Aspirar si es necesario.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

ESTADO RESPIRATORIO: Permeabilidad de las vías aéreas (0410)					
<i>Definición: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire</i>					
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Facilidad respiratoria					
Frecuencia respiratoria					
Movilización del esputo hacia afuera de las vías respiratorias					
Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Ruidos respiratorios patológicos					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.



Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

DIAGNOSTICO 3

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Deterioro del Intercambio Gaseoso R/C Desequilibrio ventilación-percusión M/P Cianosis, y alteraciones por gasometría.

Necesidad Alterada: Respirar normalmente

Resultados esperados:

- Estado respiratorio: Intercambio gaseoso Puntuación Diana: Mantener en 2
Llevar a 3

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
➤ Monitorización acido- base	<ul style="list-style-type: none">- Tomar muestra para gasometría capilar o arterial.- Tomar la temperatura del paciente y el porcentaje de oxígeno administrado para procesar la gasometría.- Valorar nivel de pH, para deducir si hay acidosis respiratoria- Valorar cifras de PaCO₂ para determinar acidosis respiratoria.- Valorar cifras de HCO₃ para determinar acidosis o alcalosis metabólica- Ministrar medicamentos prescritos para revertir la acidosis o alcalosis que presente la paciente.- Registrar datos de gasometría, fecha y hora.

EVALUACIÓN:

ESTADO RESPIRATORIO: Intercambio gaseoso (0402)

Definición: Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales

Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Facilidad de la respiración					
PaCO ₂					
Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Disnea					
Cianosis					

 Estado de salud antes de realizar intervenciones.

 Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

DIAGNOSTICO 4

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Disminución del gasto cardiaco R/C alteraciones de la frecuencia y ritmo M/P Arritmias, anuria y prolongación del llenado capilar.

Necesidad Alterada: Estado circulatorio.

Resultados esperados:

- Efectividad de la bomba cardiaca
- Perfusión tisular: Periférica

Puntuación Diana: Mantener en 3
Llevar a 5

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Monitorización de signos vitales</p> <p>➤ Cuidados cardiacos</p>	<ul style="list-style-type: none">- Auscultar sonidos cardiacos- Comprobar y registrar la frecuencia y el ritmo cardiaco horario- Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea- Observar la presencia y calidad de pulsos- Observar si hay cianosis central y periférica- Valorar tiempo de llenado capilar - Registrar cifras de arritmias cardiacas- Controlar el equilibrio de líquidos (ingresos, egresos y peso diario)- Disponer terapia anti arrítmica infusión de Dobutamina y adrenalina- Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos anti arrítmicos.

<p>Regulación hemodinámica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener el equilibrio de líquidos administrados i.v o diuréticos. - Evaluar los efectos de la terapia de líquidos. - Minimizar los efectos estresantes del ambiente.
---------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

Efectividad de la bomba cardíaca (0400)					
<i>Definición: Adecuación del volumen de sangre expulsado del ventrículo izquierdo para apoyar la presión de perfusión periférica</i>					
Efectividad de la bomba cardíaca	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Presión sanguínea sistólica					
Presión sanguínea diastólica					
Frecuencia cardíaca					
Pulsos periféricos					
Efectividad de la bomba cardíaca	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Arritmias					

Estado de salud antes de realizar intervenciones.

Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

Perfusión tisular: periférica (0407)					
<i>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las extremidades para mantener la función tisular</i>					
Perfusión tisular: periférica	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido

INDICADORES	1	2	3	4	5
Llenado capilar de los dedos de las manos					
Llenado capilar de los dedos de los pies					
Coloración de la piel					

 Estado de salud antes de realizar intervenciones.

 Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

DIAGNÓSTICO 5:

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Perfusión Tisular Inefectiva (RENAL) R/C Hipovolemia M/P
Alteración de la T/A por encima de los límites normales y anuria

Necesidad Alterada: Eliminar por todas las vías

Resultados esperados:

- Perfusión tisular: órganos abdominales Puntuación Diana: Mantener a 2
- Equilibrio hídrico Llevar a 5

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Manejo de la Hipovolemia</p>	<ul style="list-style-type: none">- Comprobar el estado de líquidos.- Mantener una vía I.V permeable.- Vigilar la perdida de líquidos, hemorragia a cualquier nivel.- Vigilar signos vitales.- Administrar soluciones expansoras de volumen.- Controlar las perdidas insensibles.- Disponer de productos sanguíneos para transfusión si requiere.- Valorar datos de insuficiencia renal aguda (anuria, uremia y creatinina elevada).

EVALUACIÓN

Perfusión tisular: órganos abdominales (0404)
<i>Definición: Adecuación del flujo sanguíneo a través de los pequeños vasos de las vísceras abdominales para mantener la función orgánica</i>

Perfusión tisular: órganos abdominales	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Diuresis					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.



Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

Equilibrio hídrico (0601)					
<i>Definición: Equilibrio de agua en los comportamientos intracelulares y extracelulares del organismo.</i>					
Equilibrio hídrico	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Entradas y salidas diarias equilibradas					
Densidad específica urinaria					
Equilibrio hídrico	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Edema periférico					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.



Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global.

DIAGNOSTICO 6

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria R/C Prematuridad M/P Anuria

Necesidad Alterada: Eliminar por todas las vías

Resultados esperados:

➤ Eliminación urinaria Puntuación Diana: Mantener en 2 y llevar a 5

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Manejo de la eliminación urinaria</p>	<ul style="list-style-type: none">- Valorar la eliminación, incluyendo frecuencia, olor, volumen y color.- Observar si hay signos y síntomas de retención- Anotar la hora de la última eliminación urinaria.
<p>➤ Cuidados de la retención urinaria</p>	<ul style="list-style-type: none">- Insertar catéter urinario.- Vigilar periódicamente el grado de distensión de la vejiga mediante palpación y percusión.
<p>➤ Manejo de líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none">- Contar y pesar pañales.- Realizar un registro preciso de ingresos y de egresos- Vigilar estado de hidratación.- Monitorizar signos vitales- Administrar diuréticos, infusión de furosemide y dosis única de bumetanida.

EVALUACIÓN:

Eliminación urinaria (0503)					
<i>Definición: Recogida y descarga de la orina</i>					
Eliminación urinaria	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación 1 ml x Kg de peso x hora					
Cantidad de orina					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.

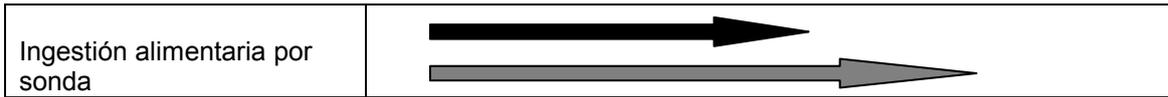


Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

<p>➔ Alimentación Orogástrica por sonda</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente agradable libre de estrés - Mantener una temperatura corporal constante para evitar pérdidas insensibles. - Preparar de forma adecuada las soluciones prescritas, para cumplir con los nutrientes básicos. - Registrar el progreso y ganancia de peso - Insertar una sonda Orogástrica, midiendo de la punta de la nariz, al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides. - Aspirar residuo, para garantizar que se encuentra en cavidad gástrica, marcar y fijar sonda. - Medir perímetro abdominal pre y post-prandial. - Proporcionar la alimentación por gravedad o bien lentamente hasta completar la cantidad indicada. - Retirar la sonda, pinzándola al retirarla. - Al finalizar la alimentación, colocar al niño en decúbito lateral izquierdo, para favorecer el vaciamiento gástrico y con la cabecera elevada durante por lo menos una hora. - Suspender la alimentación si el residuo es mayor al 50% de la toma anterior.
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008)					
<i>Definición: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas</i>					
Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	Inadecuado	Ligeramente inadecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
INDICADORES	1	2	3	4	5
Administración de líquidos NPT					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.

Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

Peso: masa corporal (1006)					
<i>Definición: Grado en el que el peso, el musculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad</i>					
Peso: masa corporal	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
INDICADORES	1	2	3	4	5
Peso					
Percentil de la talla (niños)					

Estado de salud antes de realizar intervenciones.

Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

DIAGNOSTICO 8

Nombre del paciente: V. H R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Termorregulación ineficaz R/C inmadurez M/P Fluctuaciones de la temperatura y cianosis de lechos ungueales.

Necesidad Alterada: Mantener la temperatura dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el entorno.

Resultados esperados:

- Termorregulación: recién nacido Puntuación Diana: Mantener a 2 y llevar a 3
- Signos vitales

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Monitorización de signos vitales</p> <p>➤ Regulación de la temperatura</p>	<ul style="list-style-type: none">- Verificar constantemente la temperatura del paciente- Colocar dispositivos o sensores que midan la temperatura del paciente y ajusten a la temperatura requerida.- Registrar por medio de curva térmica las fluctuaciones de temperatura.- Observar y reportar si hay signos de hipotermia o hipertermia. <ul style="list-style-type: none">- Valorar constantemente la temperatura.- Colocar un gorro, para evitar la pérdida de calor por evaporación y convección.- Mantener al prematuro en cuna de calor radiante.- Ajustar la temperatura ambiental.

EVALUACIÓN:

Termorregulación: recién nacido (0801)					
<i>Definición: Equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor durante los primeros 28 días de vida</i>					
Termorregulación: recién nacido	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Inestabilidad de la temperatura					
Hipotermia					

Estado de salud antes de realizar intervenciones.

Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

Signos Vitales (0802)					
<i>Definición: Grado en el que la temperatura, pulso, la respiración y la presión están dentro del rango normal.</i>					
Signos vitales	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Temperatura corporal					

Estado de salud antes de realizar intervenciones.

Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

DIAGNÓSTICO 9

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Dolor Agudo R/C Tratamiento especializado M/P Conducta de defensa y cambios en la frecuencia cardiaca.

Necesidad Alterada: Comunicarse con otros expresando emociones temores y sensaciones.

Resultados esperados:

- Nivel de estrés
- Nivel del dolor

Puntuación Diana: Mantener en 2 y llevar a 3

INTERVENCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>➤ Disminución de la ansiedad</p> <p>➤ Manejo del dolor</p> <p>➤ Manejo de la sedación</p>	<ul style="list-style-type: none">- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.- Controlar los estímulos estresantes como: el sonido de las alarmas.- Realizar una valoración con la escala de clasificación del dolor en el RNPT, que incluye:<ul style="list-style-type: none">a) Expresión facialb) Agitación del cuerpoc) Sueñod) Interacción con el medio- Ministrar analgésicos o sedantes.- Registrar escala de Dolor.- Asegurar las estrategias de analgesia de pre tratamiento antes de procedimientos.- Administración de sedantes como Midazolam.- Evaluar el nivel de conciencia del paciente y los reflejos de protección que presenta, para reevaluar la dosis.

	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener signos vitales, saturación de oxígeno. - Observar si se producen efectos adversos.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

Nivel de estrés (1212)					
<i>Definición: Gravedad de la tensión física y mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</i>					
Nivel de estrés	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Elevación de la presión sanguínea					
Aumento de la tensión muscular					
Irritabilidad					



Estado de salud antes de realizar intervenciones.



Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

Nivel del dolor (2102)					
<i>Definición: Intensidad del dolor referido o manifestado</i>					
Nivel del dolor	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Frecuencia cardíaca					
Nivel del dolor	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Expresiones faciales de dolor					
Inquietud					

DIAGNOSTICO 10

Nombre del paciente: V. H R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Protección inefectiva R/C edad extrema M/P deficiencia inmunitaria y procedimientos invasivos.

Necesidad Alterada: Evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas

Resultados esperados:

➤ Severidad de la infección: recién nacido Puntuación Diana: Mantener a 2
Llevar a 4

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Aislamiento protector o inverso</p> <p>➤ Identificación de riesgos</p> <p>➤ Control de Infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none">- Mantener a la paciente en unidad específica para ella y disponer de dispositivos de trabajo exclusivos para la paciente- Utilizar medidas de protección hacia la paciente como: gorro, cubre bocas y bata estéril al estar en contacto con ella.- Realizar lavado de manos en cada procedimiento- Utilizar técnica estéril en procedimientos indicados. - Valorar factores de riesgo que ponen en peligro la vida del paciente como: Hipotermia, Hipoglucemia, bradicardia, apneas, hipovolemia etc.- Elaborar un plan de atención priorizando las necesidades alteradas.- Mantener vigilancia estrecha de signos vitales y estado físico. - Mantener limpia la unidad del paciente

Severidad de la infección: recién nacido	Grave	Sustancial	Moderada	Leve	Ninguna
INDICADORES	1	2	3	4	5
Palidez					
Distensión abdominal					
Letargia					
Elevación del recuento leucocitario					
Lugar de infección: Sepsis					

 Estado de salud antes de realizar intervenciones.

 Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

DIAGNOSTICO 11

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Riesgo de Lesión R/C Hiperbilirrubinemia.

Necesidad Alterada: Evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas

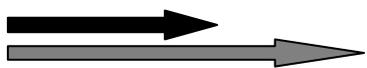
Resultados esperados:

- Estado neurológico: conciencia Puntuación Diana: Mantener en: 4
Llevar a 5

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Fototerapia: Neonato</p>	<ul style="list-style-type: none">- Observar signos de ictericia- Valorar niveles de bilirrubinas en sangre y registrar.- Realizar un antifaz para cubrir los ojos del bebe y evitar ceguera o retinopatía del prematuro.- Retirar el antifaz cada 4 horas o al alimentar.- Vigilar que no se presenten en los ojos edema o drenado.- Comprobar la intensidad de las luces.- Cambiar al bebe de posición mínimo cada 4 horas.- Evaluar el estado neurológico constantemente.- Observar signos de deshidratación.- Realizar Labstix en orina y evacuaciones por turno.
<p>➤ Monitorización Neurológica</p>	<ul style="list-style-type: none">- Vigilar el nivel de conciencia cuando no hay sedación.

	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar valoración neurológica constante. - Valorar con escala de Glasgow modificada para lactantes - Vigilar signos vitales. - Explorar el tono muscular - Observar si hay temblores.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

Estado neurológico: conciencia (0912)					
<i>Definición: Despertar, orientación y atención hacia el entorno</i>					
Estado neurológico: conciencia	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Apertura de ojos a estímulos externos					
Respuesta motora a estímulos					
Estado neurológico: conciencia	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Flexión anormal					
Extensión anormal					

	- Proporcionar periodos de penumbra para diferenciar entre día y noche.
--	-------------------------------------------------------------------------

EVALUACIÓN:

Sueño (0004)					
<i>Definición: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</i>					
Sueño	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Patrón de sueño					
Calidad de sueño					
Horas de sueño (14 a 16 horas)					
Sueño	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Sueño ininterrumpido					

Estado de salud antes de realizar intervenciones.

Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

DIAGNOSTICO 13

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C extremos de edad

Necesidad Alterada: Mantener la integridad de la piel y la higiene

Resultados esperados:

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas Puntuación Diana: Mantener 5
Llevar a 5

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Cambio de posición</p> <p>➤ Prevención de úlceras por presión</p>	<ul style="list-style-type: none">- Colocar a la paciente sobre un colchón de agua- Cambiar al paciente de posición, vigilar el patrón de oxigenación al realizar el cambio.- Colocar en posición de alineación correcta., colocando soporte en los diferentes puntos de presión del cuerpo.- Utilizar una escala de valoración para establecer riesgos como escala de Braden.- Registrar el peso corporal y sus cambios.- Registrar el estado de la piel al ingreso y valorar diario la evolución.- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.- Eliminar la humedad de la piel.

EVALUACIÓN:

Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)					
<i>Definición: Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas</i>					
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
INDICADORES	1	2	3	4	5
Perfusión tisular					
Piel intacta					
Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
INDICADORES	1	2	3	4	5
Pigmentación anormal					
Lesiones cutáneas					
Eritema					

 Estado de salud antes de realizar intervenciones.

 Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

DIAGNOSTICO 14

Nombre del paciente: V. H. R/N **Servicio:** UCIN **Edad:** 25 SDG corregida
Sexo: Femenino

Diagnostico Medico: SDR secundaria a Enfermedad de Membrana Hialina, Sepsis por ruptura prematura de membranas, Hiperbilirrubinemia multifactorial, RNPT, Neumonía en tratamiento, Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia cardiaca congestiva y Estado Pos paro Cardiorrespiratorio.

Diagnostico de Enfermería: Riesgo de Retraso en el Desarrollo R/C Prematuridad.

Necesidad Alterada: Aprender o satisfacer las curiosidades para un buen desarrollo

Resultados esperados:

➤ Desarrollo infantil Puntuación Diana: Mantener a 3 y Aumentar a 4

INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
<p>➤ Cuidados de Desarrollo</p>	<ul style="list-style-type: none">- Crear una relación terapéutica y de apoyo con los padres.- Enseñar a los padres a reconocer las conductas y estado del bebe.- Mostrar cómo obtener la atención visual y auditiva del bebe.- Facilitar descansos cuando el bebe muestre señales de estrés (extensión de los dedos, poco color, fluctuación del ritmo cardiaco y respiratorio).- Enseñar a los padres a consolar al bebe.- Realizar un programa de desarrollo y estimulación personalidad.- Evitar la sobre estimulación.- Controlar los estímulos excesivos- Proporcionar estimulación utilizando música, móviles, masajes y contacto según sea conveniente.

EVALUACIÓN:

Desarrollo infantil 1 mes (0120)					
Definición: Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial al mes de edad					
Desarrollo infantil: 1 mes de edad	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
INDICADORES	1	2	3	4	5
Hace señales de hambre				 	
Responde a los sonidos					 
Manifiesta cinco estados de sueño y alerta			 		
Reflejo de succión			 		

 Estado de salud antes de realizar intervenciones.

 Estado al realizar las intervenciones enfermeras en forma global

Debido a su condición de Prematurez, su estado de crecimiento y desarrollo están sumamente alterados, ya que en edad corregida le faltarían 3 meses para cumplir con la edad gestacional de 9 meses, no obstante la estimulación permitirá con el tiempo lograr que algunos reflejos como succión y deglución, se realicen de forma espontanea.

CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de este proceso de atención, surgieron muchas interrogantes de cómo brindar un cuidado adecuado a estos pequeños, cuyas patologías son muy complejas y en ocasiones un cambio puede desencadenar un problema mayor; tomando en cuenta estos aspectos tan lábiles, la respuesta va de la mano con el realizar una adecuada valoración, esta es la parte crucial para obtener datos precios, a través de una buena observación y un examen físico detallado se pueden reunir los elementos necesarios para identificar las principales necesidades alteradas en el paciente, de esta forma se jerarquizan necesidades y se pueden establecer prioridades para cambiar de forma drástica lo patológico en lo fisiológico.

Es importante mencionar que la etapa de valoración es aplicable durante todo el proceso al igual que la evaluación, sin estos dos elementos el plan de atención no es válido, ya que no podemos hacer cambios sin antes mirar si los resultados son positivos, negativos o neutros. En cuanto a la etapa de Diagnóstico y planeación la interrelación NANDA- NIC- NOC, favorece y amplia cada una de las actividades de enfermería, justificando con bases teóricas el porqué de las acciones.

En definitiva la atención brindada a un recién nacido prematuro debe ser precisa y constante, en busca de seguir un crecimiento y poco a poco lograr que sus sistemas se adapten a la vida extrauterina, el avance es lento y en muchas ocasiones hay regresiones en el proceso, es por ello que el plan de atención debe modificarse y actualizarse de ser posible en cada turno.

La realización de este proceso, me permitió adquirir nuevas habilidades en mi desarrollo profesional, así como poner en práctica cada una de las etapas, principalmente la valoración, ya que pude retomar nuevamente los conocimientos adquiridos en la facultad, además de conocer e investigar más, acerca de la complejidad que implica el recién nacido pretermino y sus múltiples patologías.

Tras la atención brindada a la paciente y el tratamiento médico, se pudo normalizar la función de algunos órganos como: Riñón, aparato digestivo y

aparato cardiovascular, no obstante tras realizar varios intentos para evitar secuelas pulmonares, la paciente desarrollo displasia broncopulmonar producto de su inmadurez y el tiempo prolongado de ventilación mecánica, lo cual la hace totalmente dependiente de oxígeno.

Pasado 2 meses de cuidados intensivos, se realizo su egreso a terapia intermedia y posteriormente a crecimiento y desarrollo donde se busco alcanzar un peso superior a los 2,500 kilogramos para su alta, desgraciadamente debido a sus múltiples diagnósticos y su grado de prematuridad extrema, el pronóstico final es reservado tanto para la vida como para la función, además de presentar un alto riesgo de morbi-mortalidad en sus primeros años, en cuanto al área de desarrollo hay una desviación importantísima, lo cual implica un tratamiento con estimulación temprana para lograr un avance y restablecer funciones básicas.

GLOSARIO DE TERMINOS

Autonomía: Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Cuidado: Es un proceso de ayuda a las personas, dirigido a facilitar su desarrollo vital y su bienestar.

Dependencia: Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

Diagnostico real: Describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas

Diagnostico de riesgo: Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad

Displasia broncopulmonar: Es un trastorno pulmonar **crónico**, que afecta a bebés recién nacidos que han estado con ventilación mecánica durante mucho tiempo, los alveolos se inflaman y la respiración se vuelve totalmente dependiente de otros medios de aporte para el oxígeno.

Entorno: Circunstancias, tanto físicas como sociales o de otra naturaleza, que afectan a la persona, el entorno está constituido por el conjunto del universo del que la persona forma parte.

Hiperbilirrubinemia: Es un trastorno que se caracteriza por la acumulación excesiva de bilirrubina directa en la sangre, esta sustancia se produce cuando se destruyen los glóbulos rojos en demasía. Debido a que es difícil para los bebés deshacerse de la bilirrubina, es posible que ésta se acumule en su sangre, sus tejidos y fluidos corporales.

Independencia: Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, su sexo, su etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud.

Insuficiencia renal aguda: Es la pérdida repentina de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos y concentrar la orina sin perder electrolitos.

Metaparadigma: Conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

Modelo: Es un esquema mental que orienta a la práctica para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de las personas

NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería

Necesidad: Elemento que integra los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales de la persona. Se consideran parte de la supervivencia y son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad.

NIC: Clasificación de Intervenciones de Enfermería, *donde se establecen métodos y sistemas de nombrar/describir y clasificar aquello que hace la enfermera respecto a determinadas necesidades humanas para obtener determinados resultados*

NOC: Clasificación de Resultados de Enfermería que se miden con escalas estandarizadas.

Parto pretermino: El parto prematuro es aquel que se produce entre las 28 y 36 semanas de edad gestacional, considerando como límites normales de duración del embarazo entre 37 y 41 semanas.

Persona: Receptor o receptores de los cuidados. Dentro del metaparadigma enfermero, la persona es considerada como un ser único, cuyos componentes forman una unidad que constituye un todo indisociable.

Prematuro: Es aquel recién nacido cuya edad gestacional es menor de 37 semanas o su peso es inferior a los 2500 gramos.

Proceso Enfermero: Método dinámico y sistematizado de brindar cuidados humanísticos, centrados en el logro de objetivos (resultados) esperados y eficaces. Consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Resultado: Estado, comportamiento o percepción del individuo, familia o comunidad, que se mide de forma continuada y que se puede atribuir a las intervenciones de Enfermería.

Salud: Es el estado de bienestar que oscila entre los más altos niveles de salud y la enfermedad terminal. La salud es una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, incluye la realización del potencial de cada individuo.

Sepsis: Se trata de una infección generalizada producto de bacterias gram negativas, se disemina a todo el cuerpo por medio de la sangre. La **sepsis** de aparición temprana se ve en la primera semana de vida, mientras que la **sepsis** de aparición tardía ocurre entre los días 8 y 89.

Teoría: Un grupo de conceptos relacionados que se derivan de los modelos de Enfermería

Taxonomía: Proviene del griego y significa "Ordenamiento, norma o regla". En su sentido más general podemos decir que se trata de "la ciencia encargada de la clasificación"

BIBLIOGRAFIA

1. Cortés I, Cortes C, Crespo S, and colaboradores. Apuntes de la evolución histórica del cuidado de enfermería. Impreso en la Facultad de estudios superiores Zaragoza: UNAM; 2003.
2. Fernández C, Historia de la enfermería. México D.F: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1995.
3. Bernardino S. La Historia General de las cosas de la nueva España, Tomo II. México D.F: Editorial Porrúa; 1972
4. Hernández C., Esteben A. Fundamentos de la enfermería teoría y método. Madrid España: Editorial McGraw- Hill Interamericana; 1999.
5. Licencia Creative Commons Reconocimiento Compartir Igual 3.0. Definición de metaparadigma. (Fecha de acceso 19 de Octubre del 2009) disponible en:[http://es.wikipedia.org/wiki/Metaparadigma de Enfermer%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Metaparadigma_de_Enfermer%C3%ADa).
6. Escuela Universitaria de Enfermería Puerta de Hierro, España. Marco filosófico, conceptual y ético de Enfermería. 2008, marzo 03 (Fecha de Acceso 05 de Noviembre del 2009) URL disponible en: http://www.uam.es/otroscentros/epuertahierro/la_escuela/marco_filosofico.htm.
7. Hernández J, Esteben A. Fundamentos de la enfermería teoría y método. Madrid España: Editorial McGraw- Hill Interamericana; 1999.
8. Moreno Fergusson Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería experiencia de la facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. (en línea) 2005. Vol. 5 No. 001 pág. 46 Revista Colombiana Aquichan. (Fecha de acceso 21 de noviembre del 2009) URL disponible en: www.redalyc.uaemex.mx.
9. Marriner A., Raile M. Modelos y Teorías en Enfermería 5ª edición. Madrid España: Editorial Mosby; 2003.
10. Colley S. Nursing Theory: Its importance to practice. Nursing Standard 2003.

11. L.E Hall: Quality of Nursing Care. Address at meeting of Department of Baccalaureate and Higher Degree Programs of the New Jersey League for Nursing, 7 de Febrero, 1955.
12. I.J Orlando: The Dynamic Nurse-Patient Relationship. Putnam's New York., 1961, pág. 26.
13. Morán V., Proceso de Enfermería *modelo sobre interacción terapéutica* y uso de los lenguajes NANDA, CIE Y CRE. 2a Edición, México D.F: Editorial Trillas; 2006.
14. M. Phaneuf. La planificación de los cuidados enfermeros. 1a Edición, México D.F: Editorial McGraw – Hill Interamericana; 1999.
15. Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero fomentar el cuidado en colaboración, 5a Edición Barcelona España: Editorial Masson; 2005.
16. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2005-2006. Madrid España, NANDA Internacional: Editorial Harcourt; 2005.
17. Navarro. J. Introducción al proceso de atención de Enfermería. (Revista en línea) de la Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados, Valencia España (Fecha de acceso 15/10/09) URL disponible en: http://anierte.eresmas.com/archivos/trabaj_introducc_proces_enfermer.pdf.
18. M.T R Los diagnósticos enfermeros: revisión, crítica y guía práctica. 7a Edición, Madrid España: Editorial Elsevier; 2006.
19. Noguera Ortiz. N. Proceso de atención de enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado: Vol. II (numero 4) Revista Actualizaciones de Enfermería Fundación Santa Fe de Bogotá, Diciembre del 2008.
20. Kershaw. B. Modelos de Enfermería Madrid España: Editorial Doyma; 1998.

21. Licencia Creative Commons Reconocimiento Compartir Igual 3.0. Definición de metaparadigma. (Fecha de acceso 19 de Octubre del 2009) disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Taxonomia> Definición. Actualizado el 01/11/09 a las 20:20.
22. Ugalde M, Rigol A. Diagnósticos de Enfermería Taxonomía NANDA. Traducción, revisión y comentarios”. Barcelona España: Editorial Masson; 1995.
23. *Fernández B.* Taller de Taxonomía enfermera (2006) URL disponible: <http://taxonomiaenfermera.com/>
24. McCloskey J., Bulechek G. Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª Edición. Madrid España: Editorial Mosby; 2004
25. Moorhead S., Johnson M., L. Maas M., Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. 4a Edición: Editorial Mosby, España; 2009.
26. Rodrigo Ma., Ferrin F. y Navarro. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XX. Barcelona España: Editorial Masson, 1998.
27. Henderson. V. A. La naturaleza de la enfermería reflexiones 25 años después, una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación. 4ª Edición: Editorial McGraw-Hill interamericana de España; 1994.
28. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
29. TAMEZ, S. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2ª Edición, México D.F: Editorial Medica Panamericana; 2003.
30. PATRICIA W. LADEWING, LONDON AT.AL. Enfermería maternal y del recién nacido. 5ª Edición, Madrid España: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2006.
31. JONH P. CLOHERTY, ANN R. STARK. Manual de Cuidados Neonatales. 3ª Edición, Barcelona España: Editorial Masson; 2003.

- 32.** TRICY GOMELA. Neonatología: manejo básico, procedimientos, problemas en la guardia, enfermedades y fármacos.
- 33.** JHON P, ANN R. Manual de cuidados neonatales 3ª Edición. Barcelona España: Editorial Masson; 2004.
- 34.** GORDÓN. Neonatología, fisiopatología y manejo del recién nacido 5ª Edición, Argentina Buenos Aires: Editorial Medica panamericana; 2001.

ANEXO

**Instrumentos de valoración en
el recién nacido grave**

Especialización en Enfermería Infantil

Elaboró:
Mtra. Magdalena Franco Ordoz
Revisor y compilador:
Mtra. Rosa M. Ostguín Meléndez

México, D.F. a Octubre 2001



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA INFANTIL

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS EN EL RECIÉN NACIDO GRAVE

Instructivo

El propósito de este instrumento es establecer una base de datos mediante el enfoque de las necesidades básicas para el cuidado sistemático de enfermería en el recién nacido en estado crítico. Contiene V apartados que a continuación se describen:

- I. En el primer apartado se anotan los datos de identificación más relevantes
- II. Se incluyen los datos de la familia y los factores de riesgo que pudieron influir en el estado de salud del recién nacido
- III. En este punto se describen las normas hospitalarias mínimas que la familia del recién nacido debe conocer.
- IV. Se describen los factores de riesgo personal que influyeron en el problema de salud actual del recién nacido.
- V. En este apartado se valoran las necesidades básicas del neonato grave, información que conducirá al alumno a redactar los diagnósticos de enfermería que orienten a la planeación, ejecución, y evaluación de las intervenciones de enfermería especializada tales como el control de líquido, registro y aplicación de medicamentos y el fomento de la comunicación con el equipo multidisciplinario de la salud y por último los datos relevantes, que a juicio del alumno, se incluirán para completar la información de las necesidades psicosociales del niño.



UNAM
POSGRADO

Mtra. Magdalena Franco Orozco

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
Plan Único de Especialización en Enfermería

**VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS
EN EL RECIÉN NACIDO GRAVE**

I. Identificación

Nombre: _____ Fecha: 09-11-08 Edad gestacional: 24 504 Sexo: FEMENINO
 Edad gestacional corregida en semanas: 26 504 Peso al
 Nacer: 1.060g Talla: 39 cm
 Apgar a los 5 minutos: 4 Lloró al nacer: No Respiró al nacer: No Maniobras de
 resucitación: Si Nombre de la Madre: Velazquez Herrub Edad de la madre 20
 Nombre del padre: _____ Edad del padre: _____ Religión que profesa la
 familia: Católica Domicilio: Camino Real a Toluca # 151
 Procedencia: _____ Teléfono: _____
 El parto fue atendido en: Hospital de la Mujer Servicio: Tocantología
 Registro hospitalario: _____ Informante: _____

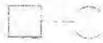
II. Antecedentes familiares:

Estructura familiar:

Mapa Familiar

Abuelos paternos

Abuelos maternos



Padres



Hermanos

Descripción de la familia incluyendo los antecedentes de salud y edad de cada uno de los parientes y las relaciones afectivas de la familia:

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aporte económico
Velazquez Hdz Dan	19	Secundaria	Amo de casa	No
Pureja	20	Secundaria	Trabajador	Si
Bebé	1	-	-	-

Símbolos: Hombre Mujer Fallecimiento Paciente problema
 Relaciones fuertes relaciones débiles relaciones con estrés

Características de la vivienda:

Viven en casa rentada, que cuenta con todos los servicios, drenaje, luz, agua, la casa es de concreto con piso de cemento.

Análisis de la estructura familiar: Actualmente la pareja está separada, ella vive con sus padres, y la relación familiar es buena con ellos, tiene el apoyo de su familia.

III. Orientación a la familia durante la hospitalización:

Horario de visita: de 1:00 pm a 5:00 pm Sala de espera Normas sobre la permanencia en el servicio: Si Orientación sobre la lactancia Si Horario de cafetería: Restricciones en la visita:

IV. Factores de riesgo:

a) Antecedentes obstétricos: Producto que nace de la G2, P2, CO, AO, con referencia de periodo intergenésico corto, madre que acudió a 2 consultas prenatales, refiere infecciones urinarias durante el embarazo.

b) Factores de riesgo durante el parto: Prematuridad extrema del producto

Motivos de la hospitalización: Ruptura Prematura de Membranas, inicio de dilatación y borramiento, part. en fase activa

Exploración física:

29-11-08

V. Valoración de las necesidades básicas del recién nacido:

1. Oxigenación:

Dificultad respiratoria: Retracción xifoidea: Aleteo nasal: Disociación toracoabdominal: Quejido respiratorio:

Sonidos respiratorios: Ventilación Tase III Ruidos disminuidos: Lado derecho:
Lado izquierdo: Sibilancias: Estertores: Secreciones: SI

Tipo de secreciones	Cantidad	Consistencia	Color
Orales	Abundante	espesas	amarillentas
Nasales			
Tubo endotraqueal	Abundante	espesas	amarillentas, sangrado activo pulmonar.

Parámetros del ventilador: Ventilador PEEP 4 F_iO₂ 60% Frecuencia de 35 Tiempo Inspiratorio 0.4 Presión de inspiración máxima 27

Exámenes de laboratorio:

Fecha/hora	Examen	Resultados
29-XII-08 8:00	Placa de Torax ap.	→ Atelectasia derecha
29-XII-08 9:00	Glicemia Capilar	→ 132 mg/dl
29-XII-08 9:00	Gasometría capilar	→ pH 7.22 PO ₂ 51.7 PCO ₂ 35.7 HCO ₃ 14.8 Eps -11.5 SpO ₂ 79.4

Interacción de la necesidad de oxigenación no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocados por las fuentes de la dificultad
Respirar normalmente	
1º Diagnóstico →	Patrón respiratorio ineficaz R/c Inmadurez M/P disminución de la capacidad vital, frecuencia respiratoria < 25 sin ventilador mecánico
2º Diagnóstico →	Defecto del Intercambio gaseoso R/O Desequilibrio de ventilación-perfusión M/P Cianosis y alteraciones por gasometría

Diagnósticos de enfermería:

3° → ↓ Impieza ineficaz de las vias aereas R/C retención de secreciones
MVP Cianosis y cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio

Objetivos: Proporcionar niveles adecuados de ventilación

Intervenciones de enfermería:

Fecha / hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	Muncho de las vias aereas	Monitorización acido-base	
	Aspiración de vias aereas		
	Monitorización continua		
	Fisioterapia respiratoria		

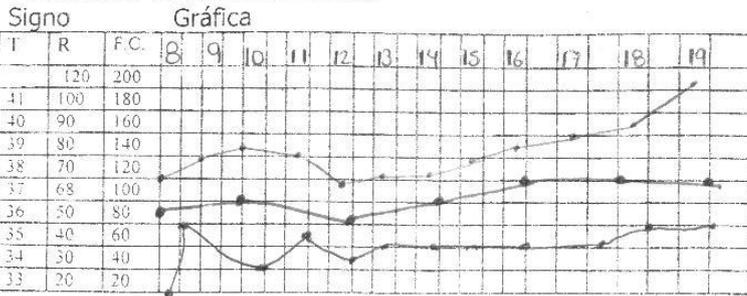
Valoración de la función cardiovascular:

Frecuencia cardiaca: 134 Ritmo: regular Irregular: Arritmia: Soplos:
No Valorable: Otros: Edema:

Pulsos	Brachial/ radial	Femoral	Temporal	Carotídes	Pedia
Normal (N)	X	X			X
Saltón (S)			X	X	
Débil (D)					
Ausente (A)					

Fecha/hora	llenado capilar	T/A Invasiva	T/A no invasiva	Hígado palpable	Otros T. M
29-XI-08 8:00	3 seg		61/30		43
12:00	3 seg		64/32		44
15:00	3 seg		79/31		45
18:00	5 seg		54/24		33

Gráfica de constantes vitales



T = Rojo
 F.C. = Azul
 F.R. = Gris

Estudios realizados: Bioquímica Hemática
Hb 9.0 mg/dl Leucos 12,000 plaquetas 170,000

Diagnósticos de enfermería:
4º → Disminución del gasto cardíaco R/C alteraciones de la frecuencia cardíaca (posaruga) y ritmo M/P Arritmias, Oliguria, prolongación del tiempo de coagulación

Objetivos: Vigilar la frecuencia cardíaca y sus alteraciones con el fin de prevenir un paro cardíaco.

Intervenciones de enfermería:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	Administración de medicamentos	Vigilancia	
	Manejo ácido-base		
	Manejo de líquidos		
	Monitorización Continua		

2. Alimentación

Manifestaciones de deficiencia: perímetro abdominal: 23

Fecha/hora	Reflejos primarios	Peristaltismo	A la palpación abdominal
29-XI-09	Presentes:	Presente:	Suave:
	Ausentes: <u>Succión y deglución</u>	Ausente:	Firme:
	Débiles:	Débil: ✓	Distendido: ✓
		Aumentado:	

Tipo de alimentación: Oral: _____
 Forzada: _____ Nutrición parenteral total Para 24 horas

Drenaje de la cavidad gástrica:

Fecha /Hora	Tipo de sonda	Cantidad	Características del líquido drenado
29-XII-08	Orogástrica	3 ml	Pozos de café
29-XII-08	Lavado gástrico	(-) 3 ml	Sangre seca y pozos de café.

Interacción de la necesidad de alimentación no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la alimentación inadecuada o por déficit
Crecimiento y Desarrollo	5 ^o → Riesgo de retraso en el desarrollo R/C Prematuridad

Diagnósticos de enfermería:

6 → Desequilibrio nutricional por defecto A/C Incapacidad para ingerir los nutrientes por vía oral M/P Prematuridad y ausencia en los reflejos de succión y deglución.

Objetivos:

Intervenciones de enfermería:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	Manejo de la nutrición		
	Manejo del peso		
	Administración de la NPT		
	Manejo de la Hipoglucemia		

3. Eliminación

Características de la orina:

Fecha/hora	Cantidad	Color	Olor	Densidad	Labstix
28 XI-08	2 ml	Coarente	Sulfureo	1.010	Proteinas ++ pH 6.5 Sangre Bilirrubina +
29 XI-08 a partir de la 8:00 am <u>ANURIA</u>					

Describir las características de los genitales:

Femeninos: Labios menores más grande a los mayores, clitoris prominente, salida de descarga vaginal

Masculinos:

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

Estudios de laboratorio:

Interacción de la necesidad de eliminación urinaria no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la eliminación inadecuada o por déficit
Oxigenación Volemia	→ 7 Perforación Insular inefectiva RENAL R/C Hipovolemia M/P Alteración de la T/A por exceder de los límites normales y anuria.

Diagnósticos de enfermería:

8 → Deterioro de la eliminación urinaria R/C Prematuridad M/P Anuria.

Objetivos:

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	Manejo de la Hipovolemia		
	Manejo de líquidos (vital)		
	Administración de medicación		
	Comfy Vesical		

Eliminación de heces:

Fecha /Hora	Consistencia	Color	Olor	Otros
29-XI-09	Blanca	Meconial		

Estudios de laboratorio:

Interacción de la necesidad de eliminación fecal no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la eliminación de heces inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería:

Objetivos:

Intervenciones de enfermería:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación

4. Termorregulación y Tegumentos

Temperatura corporal: Central; 36.2 Periférica: _____ Temperatura de la incubadora: _____ Temperatura de la cuna de calor radiante: 35.4
 Piel: Integridad: Diaforesis: _____ Piel fría: Húmeda: _____ Turgencia: Normal
 Disminuida: _____ Integridad de la piel: intacta Con scoriaciones: _____ Petequias: _____
 Rash: _____ Ictericia: +
 Fototerapia: Continua

Interacción de la necesidad de termorregulación no satisfecha con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la termorregulación inadecuada o por déficit

Diagnósticos de enfermería:

→ Termorregulación ineficaz R/C Inmadurez M/P fluctuaciones de la temperatura y ampollas de techos ungueales

Objetivos:

Intervenciones de enfermería:

Fecha/hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	<u>Mantajo ambiental</u>		
	<u>Monitorización continua</u>		
	<u>Regulación de la temperatura</u>		

5. Movimiento y postura

Valoración de la función neuromuscular: perímetro cefálico: 25 cm
 Pupilas: reactivas a la luz: Ojos: limpios: con secreciones:
 Conjuntiva irritada: Fontanela anterior: normal: Llena: Deprimida:
 Tensa: Surturas craneales: aproximadas: Separadas: Imbricadas:
 Actividad: Responde a: Estímulos: Externos Está
 letárgico: Alerta: Irritable: Dormido: Irritable al llanto:
 Presenta movimientos anormales: Simétricos: Asimétricos:
 Postura: Flexión: Semiflexión: Flaccidez: Reflejos: Moro
 Succión: Prensión: Búsqueda: Dolor: Datos de dolor, gestos faciales

Estudios realizados: _____

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

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por el movimiento y postura inadecuada o por déficit
→ <u>Descanso y Sueño</u>	→ <u>Detención del patrón de sueño R/c Manipulación constante por múltiples procedimientos M/P disminución del periodo de sueño de acuerdo a su grupo de edad</u>

Diagnósticos de enfermería: _____

→ Dolor Agudo R/c tratamiento especializado M/P Conducta de defensa y cambios en la frecuencia cardiaca

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	Administración de sedantes		
	Disminución del estrés		
	Munero ambiental		

6. Evitar los peligros

Signos de infección: Leucocitos de 12,000 Hepatomegalia

Complicaciones: _____

Interacción de la necesidad de evitar los peligros con otras necesidades:

Necesidad	Manifestaciones de dependencia provocadas por la necesidad de evitar los peligros con otras necesidades

Diagnósticos de enfermería:

→ Riesgo de infección B/C Inmunosupresión por prematuridad, más procedimientos invasivos

Objetivos: _____

Intervenciones de enfermería:

Fecha /hora	Intervenciones	Razonamiento	Evaluación
	Cuidado al catéter percutáneo		
	Administración de medicamentos		
	Munero de asepsia en procedimientos		
	Monitorización de signos vitales y coloración		

Otros datos relevantes: _____

Nombre de la Enfermera: PLESS Iris Rosales Varela

Nombre del tutor: LEO Ma de Lourdes

valoinf.doc