



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN RECIÉN
NACIDO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE OXIGENACIÓN
SUSTENTADO EN LA TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA

HERRERA DÍAZ MARISOL.

ASESORA MAESTRA MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL.

MÉXICO, D. F. 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES CON GRATITUD Y CARIÑO, QUE CON SUS PALABRAS DE ESTÍMULOS Y SOSTÉN EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES, HICIERON QUE EN MI, GERMINARA LA SEMILLA DE LA SUPERACIÓN PERSONAL.

A LA MAESTRA MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL CON ADMIRACIÓN Y RESPETO YA QUE SU VALIOSA DIRECCIÓN, DEDICACIÓN Y ESFUERZO, LOGRO TRASMITIRME LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ÍNDICE

I. Introducción	1
II. Justificación	2
III. Objetivos	3
IV. Marco Teórico	4
4.1 Enfermería como profesión y Disciplina	4
4.2 Teoría de Enfermería	9
4.3 Teoría de Virginia Henderson	13
4.4 Proceso de Enfermería	15
4.4.1 Etapa de Valoración	19
4.4.2 Etapa de Diagnóstico	23
4.4.3 Etapa de Planeación	26
4.4.4 Etapa de Ejecución	27
4.4.5 Etapa de Evaluación	30
V. Resumen del Caso Clínico	31
VI. Valoración	33
VII. Necesidades Básicas	42
VIII. Plan de cuidados	47
IX. Anexos	61
9.1 Taquipnea Transitoria del recién nacido	62
9.2 CPAP	63
X. Glosario	69
XI. Bibliografía	70

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermera (o) se enfrenta día con día a retos durante la formación que tiene a lo largo de su trayectoria escolar es por ello que debe estar dispuesto a actualizarse permanentemente para la realización de su trabajo, basado en un conocimiento científico y humanístico para poder proveer una atención que cubra las necesidades de manera general del paciente.

La Enfermería como disciplina y parte fundamental del equipo multidisciplinario de salud requiere aspectos que le permitan crecer como ciencia en la búsqueda bases científicas que favorezcan de una atención integral del paciente entre estos correspondiente al personal de enfermería y así enfocarse a las necesidades del paciente desde una perspectiva holística y brindarle correspondiente.

Los cuidados son conceptualizados como acciones que lleva a cabo el personal de enfermería en el desarrollo de sus funciones propias actuando según criterios de suplencia o ayuda dependiendo en la persona.

Los cuidados de enfermería son considerados como un servicio del análisis de las necesidades, son universalmente los mismos; sin embargo varían porque cada persona interpreta de manera diferente las necesidades.

A continuación se presentara el Proceso de Atención de Enfermería que se aplico a un paciente pediátrico en un Instituto del Distrito Federal con alteración en la necesidad de oxigenación que fue realizado bajo el modelo de Virginia Henderson.

II. JUSTIFICACIÓN

Considerado al Proceso de Atención de Enfermería como la herramienta teórico-metodológica para la implementación en los cuidados, que sirve de guía para el desempeño de nuestra actividad profesional, resulta imperativo su implementación en el quehacer cotidiano de enfermería ya que permite sistematizar el cuidado con lo que se espera mejorar la calidad de éste y de vida en las personas a las que se atiende.

También la elaboración escrita de un Proceso de Atención de Enfermería en una modalidad y de titulación por lo que decidí elegirla como opción de graduación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Brindar cuidados específicos de enfermería a un recién nacido de acuerdo con sus necesidades alteradas y así operar conocimientos adquiridos en la formación profesional y sustentar examen profesional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Implementar un instrumento de apoyo para brindar una atención objetiva, en bases científicas y de calidad a un recién nacido al cuidado del personal de enfermería.

Identificar las necesidades alteradas específicas del paciente en cuestión.

Establecer diagnósticos específicos según necesidades del paciente.

Planear e implementar cuidados que constituyen a recuperar su salud.

Evaluar resultado de las intervenciones planeadas y ejecutadas.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1 Enfermería como profesión y como disciplina.

Una profesión es una vocación que requiere conocimientos, habilidad y preparación especiales. Una profesión se suele distinguir de otros tipos de educación porque exige un aprendizaje especializado y prolongado para conseguir el cuerpo de conocimientos adecuado al papel que se va a desempeñar y por orientar al individuo hacia un servicio, ya sea para una comunidad o una organización.¹

Una profesión precisa una formación amplia de sus miembros, así como fundamentos básicos que les permite proporcionar un servicio específico para lo cual adquieren autonomía en la toma de decisiones.

La enfermería es una profesión que estudia las respuestas de las personas y las familias y problemas de salud. La enfermería ha asegurado ser una profesión y ha negado ser un oficio. En efecto tiene los cimientos de una profesión mucho antes del movimiento de profesionalización, profesar significa creer y, a partir de aquí, enseñar lo que se cree.²

La enfermería como profesión se consolidó a partir de 1860, año en el que Florence Nightingale inició un proceso de reforma y creó la primera escuela modelo de enfermería en el hospital de Santo Thomas Londres.

¹ Kozier, B. Fundamentos de Enfermería, 3ra ed. 1999, pág.12

² Potter, P.A. Fundamentos de enfermería, 5ta ed. 2002, pág. 387

Miller (1985) afirma que los atributos esenciales de la profesionalidad en la enfermería son:

- a) Adquirir un cuerpo de conocimientos en una universidad con orientación científica de la disciplina.
- b) Conseguir la competencia que se deriva de la base teórica, en la que puedan obtenerse el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas potenciales o reales de salud.
- c) Diseñar y especificar las habilidades y competencias propias de los expertos.³

La enfermería como profesión todavía se enfrenta a cuestiones polémicas a medida que las enfermeras se esfuerzan por una mayor profesionalidad. Una enfermera titulada profesional ofrece un servicio específico de acuerdo con los estándares de la práctica y sigue un código ético. La profesión de la enfermera es compleja y polifacética, con actuaciones en múltiples situaciones.

A principios del siglo XX, la enfermería no era una disciplina académica ni una profesión. Sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas.

Aunque la disciplina y la profesión están claramente interrelacionadas, tienen significados específicos que son importantes para su comprensión:

³ Kozier, B. Fundamentos de enfermería 3ra ed., 1999. Pág. 12

Una disciplina es específica de una escuela y hace referencia a una rama de la educación, un departamento de aprendizaje o un dominio de conocimiento (Donaldson Crowley, 1978; Orem, 2001; Styles, 1982).

Una profesión hace referencia a un campo especializado de la práctica; está creada sobre la estructura teórica de la ciencia o conocimiento de esa disciplina y las habilidades prácticas que la acompañan (Donaldson Crowley, 1978; Orem, 2001; Styles, 1982).⁴

En enfermería el objeto de estudio disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos. Los cuidados de enfermería se basaron inicialmente en valores morales y religiosos; ahora conllevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a un autoconocimiento y responsabilidad, y se sustentan en la realidad del paciente, en forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas. Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud.⁵

La forma o estructura de la enfermería se deriva de las actividades elegidas deliberadamente y realizadas por las enfermeras para ayudar a los individuos o a los grupos a mantener o a cambiar sus condiciones o su medio ambiente concierne

⁴ Marriner, T. A Modelos y teorías en enfermería 6taed., 1999 pág. 8

⁵ Kozier, B. Fundamentos de Enfermería 4ta ed. 1989, pág. 5

especialmente a las necesidades individuales de autocuidado para mantener la vida y la salud, recuperarse de las enfermedades y lesiones, y hacer frente sus secuelas.

Ninguna profesión tiene razón de ser si no puede justificar que ofrece un servicio necesario para la población, ni da pruebas de su capacidad para darlo. Para que pueda haber un reconocimiento eficaz de los cuidados de enfermería como tales las enfermeras y los enfermeros de hoy están obligados a demostrar que los cuidados son la expresión y el cumplimiento de un servicio indispensable en determinadas circunstancias de la vida.

Cuidar es, ante todo un acto de VIDA, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y que permite que esta se continúe y se reproduzca.⁶

Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere de ayuda para sumir sus necesidades vitales como son Comer, Higiene, Vestirse etc. Esto ocurre en todas aquellas circunstancias donde la insuficiencia, la disminución, la pérdida de autonomía está ligada a la edad o incapacidad física.

La curva de los cuidados, que tienen que ser necesariamente proporcional a la curva de edad, disminuyendo las necesidades de cuidados desde el nacimiento a la primera infancia, luego a la infancia y a la adolescencia. En la edad adulta se puede llegar a recibir cuidados en determinadas circunstancias, pero estas mismas personas serán

⁶ Collière, F.M Promover la vida_1ra ed. 1982, pág. 233

proveedoras de cuidados, aportarán su contribución a los cuidados por medio de la familia y el ejercicio profesional.⁷

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte. Por ello la preservación de la raza está íntimamente ligada al desarrollo de la enfermería.

La enfermería en la realidad es antigua como la medicina, la independencia entre ambas se ha manifestado a lo largo de la historia y ha producido una interrelación única y singular. Los cuidados de enfermería se basaron inicialmente en valores morales y religiosos; ahora conllevan una implicación individual del personal de enfermería en cuanto a su autoconocimiento y responsabilidad, se sustentan en la realidad del paciente, en su forma de vivir con la enfermedad y en la aplicación de ciencias humanas, previa formación profesional, reorganización del trabajo y reajuste de tareas técnicas.

Collière ha definido dos tipos de cuidados:

Los cuidados de costumbre y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: “**care**” relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.

⁷ Ibídem, pág. 234

Cuidados de curación: “**cure**” relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculiza la vida, proporcionados por el tratamiento para compensar la enfermedad.⁸

Hace más de 100 años Florence Nightingale demostró en las enfermeras militares de Scutari, y más tarde en el hospital de St. Thomas en Londres, que distribuir medicamentos y curar heridas no basta para asegurar la supervivencia de los enfermos, sino que hay que poner en marcha todo aquello que se mueve su energía, su potencial de vida. Florencia Nightingale centra los cuidados de enfermería en la línea tradicional de las prácticas curativas proporcionadas por mujeres pero de forma explícita y verbal, diciendo que consisten dándose cuenta que, con la evolución de las técnicas reparadoras, las modificaciones económicas y sociales de la era industrial. Como los cuidados ya no se transmiten por herencia cultural es necesario aprenderlos. Es entonces cuando Florence Nightingale determina el campo de competencias de los cuidados de enfermería, tanto a domicilio como en el hospital.

4.2 Teoría de Enfermería.

Las teorías de la Enfermería son un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el

⁸ Collière, F. Promover la Vida 1raed. 1962, pág.235

diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.⁹

Una teoría es un sistema lógico compuesto de observaciones, axiomas y postulados, que tienen como objetivo declarar bajo qué condiciones se desarrollarán ciertos supuestos, tomando como contexto una explicación del medio idóneo para que se desarrollen las predicciones, a raíz de estas, se pueden especular, deducir y/o postular mediante ciertas reglas o razonamientos y otros posibles hechos.

Objetivos del uso de la Teoría.

Formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.

Permitir al estudiante de enfermería comprender en su conjunto, el proceso de revisión organizada y de pensamiento crítico.

Formular una legislación que regule la práctica y la formación en enfermería.

Desarrollar reglamentos que interpreten las leyes en la práctica de la enfermería con el fin que el profesional de enfermería, comprenda mejor las leyes.

Desarrollar el programa de estudios para la formación de la enfermería.

Establecer criterios para medir la calidad de la asistencia, formación y la investigación en la enfermería.

Orientar el desarrollo de los diferentes sistemas de proporcionar cuidados de enfermería.

Proporcionar conocimientos para la administración, práctica, formación e investigación en enfermería.

⁹ Marriner, T.A Modelos y teorías en Enfermería 4ta ed., 1999. Pág. 4

Identificar las competencias y objetivos de enfermería.

Orientar la investigación con el fin de establecer una base empírica de conocimientos de enfermería.¹⁰

Ventajas del uso de las Teorías:

Ayuda a adquirir conocimientos que permiten perfeccionar las prácticas cotidianas mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

Mejora la capacitación de las enfermeras a través del conocimiento teórico, ya que los métodos aplicados de forma sistemática tienen mayores posibilidades de éxito.

Las enfermeras saben en cada momento las razones de sus actos.

Facilita a los profesionales de enfermería, la autonomía de acción ya que sirve como guía en los aspectos prácticos, educativos y de investigación asociados a sus funciones profesionales.

Ayudan a desarrollar las habilidades analíticas.

Estimulan el razonamiento.

Aclaran los valores y suposiciones que se aplican.

Determinar los objetivos de la práctica, la educación y la investigación en enfermería.¹¹

¹⁰ *Ibidem*, pág. 1

¹¹ *Ibidem*, pág. 3

Clasificación:

Filosofía: es la ciencia que comprende la lógica, la ética, la metafísica y la epistemología. Puede definirse como la investigación de las causas y las leyes que sustentan la realidad e indaga la naturaleza de las cosas sobre la base del razonamiento lógico, y no de métodos empíricos.

Modelo: es una idea que se explica a través de la visualización simbólica y física.

Teorías: es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de las interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.

La meta final del avance teórico de enfermería es el desarrollo de teorías que guíen el cuidado de enfermería que se brinda a los pacientes, necesitándose tanto a la enfermera que crea la teoría, como a la que se desempeña brindando directamente atención, ya que cada una desde su ámbito contribuye a éste.

La práctica (el que hacer) soluciona problemas del aquí y el ahora del individuo que cuida, mientras que la disciplina (el saber) entrelaza el pasado, el presente y el futuro mediante un cuerpo de conocimiento que proporcionan argumentos para el desempeño no sólo en el ámbito hospitalario, comunitario, gerencial, educativo e investigativo si no en cualquier otro donde la enfermera busque desarrollar ese conocimiento; lo que implica corregir el rumbo y trabajar conjuntamente la docencia y la asistencia.

4.3 Teoría de Virginia Henderson

La primera teoría de enfermería es creada por Florence Nightingale, a partir de ahí nacen nuevas teorías para poder entender enfermería. Dado que sería demasiado hablar de todas las teorías de enfermería desarrolladas hasta la fecha, solo se ha elegido una teoría como representativa de la escuela de pensamiento (escuela de necesidades) de Virginia Henderson.

Henderson definió enfermería en términos funcionales y señaló que la única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud (o una muerte tranquila). Además explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud.

Henderson denomina los términos del metaparadigma de la siguiente manera:

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

Salud: La compara con la independencia e interdependencia. Toma la decisión de la OMS: incapacidad de la persona para realizar los 14 componentes del cuidado de enfermería que son Necesidad de oxigenación, Necesidad de Nutrición etc.

Entorno: Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

Persona: Ve al paciente como individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables, considerando a la persona y su familia como una unidad.¹²

Henderson identifica **14 necesidades** humanas básicas que componen los cuidados enfermeros esferas en las que se desarrollan los cuidados y son las necesidades de:

- 1.- Oxigenación.
- 2.- Nutrición e Hidratación.
- 3.- Eliminación.
- 4.- Movilidad y postura.
- 5.- Descanso y sueño.
- 6.- Usar prendas de Vestir adecuadas.
- 7.- Termorregulación.
- 8.- Higiene y protección de la piel.
- 9.- Evitar Peligros.
- 10.- Comunicarse.
11. Creencias y Valores.
- 12.- Trabajo y realización.
- 13.- Jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprendizaje.

¹² Marriner, T. A Modelos y teorías en Enfermería 4ta ed.1999, pág. 103

4.4 PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de cada persona o grupo de personas responde en forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud¹³.

Su uso, permite establece planes destinados a cubrir necesidades identificadas y proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades. Además permite al profesional de Enfermería asegurar la calidad de atención del individuo, familia y comunidad, por ser un método en el podemos analizar ordenadamente los aspectos de la salud que están alterados para poder intervenir y luego evaluar el impacto de la intervención de enfermería. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigaciones de enfermería.

El Proceso Enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Johnson y Orlando desarrollaron un proceso de tres etapas (Valoración, Planeación y Ejecución) que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro etapas: Valoración, Planeación, Ejecución y Evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach, Roy, Munding y Jauron y Aspinall añadieron la etapa diagnóstica dando lugar al proceso de cinco etapas.

¹³ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería 1986. pág6

Para la Asociación Americana de Enfermería el proceso es considerado como estándar en la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de enfermería como disciplina científica e incrementado la calidad en la atención al individuo, familia o comunidad.¹⁴

El Proceso Atención de Enfermería es un método por el cual se analiza al individuo, a la familia y comunidad, incluyendo su entorno, de una manera ordenada y sistemática, para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de Enfermería. El Proceso de Atención de Enfermería utiliza una metodología que exige el profesional de Enfermería conocimientos en las áreas de las ciencias biológicas, sociales y de comportamiento y, además, habilidades para poder valorar, decidir, realizar y evaluar la respuesta humana del sujeto de atención hasta que alcance su potencial máximo salud.

Características:

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera (o) que le permite solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios, por tal motivo se compara con las etapas del método de solución de problemas y del método científico.

Es sistemático por estar conformado de cinco etapas que obedecen un orden lógico y conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como ser holístico que es más que la suma de sus partes y que no se debe fraccionar.

¹⁴ Rodríguez Sánchez, B. A Proceso Enfermero 2daed 2001, pág31

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar sus acciones para resolver la causa del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera (o).

Es dinámico por estar sometido a constante cambio que obedecen a la naturaleza del hombre.

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

Es interactivo por seguir la interacción humano-humano con el paciente para acortar y lograr los objetivos comunes.

Ventajas: El Proceso Atención de Enfermería ofrece ventajas al profesional de enfermería y al sujeto de atención.

En el personal de enfermería encontramos que le permite:

Brindar un cuidado de calidad a los usuarios.

Se promueve un mayor grado de interacción entre el personal de enfermería y el usuario, por lo que permite una mejor percepción de los logros alcanzados.

Satisfacción en su trabajo, ya que facilita la comunicación con el sujeto de atención.

Permite la acreditación del profesional de enfermería por ser el vehículo a través del cual, mediante el registro en las etapas, el profesional puede mostrar sus competencias y discernir, tomar decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias o de grupos que necesitan de las acciones de salud.

Facilita el cuidado o dirige su ejecución por otros y hacerse responsable del progreso del paciente y del registro del mismo.

Le proporciona al profesional de Enfermería partir de un proceso investigativo clínico especializado, para el desarrollo de nuevas estrategias y mejorar el cuidado del individuo, familia o comunidad.

Es un instrumento ideal para enseñanza de Enfermería, puesto que conduce al estudiante a adquirir una metodología excelente para brindar un cuidado de calidad.

Permite a la Enfermería enfrentarse a los nuevos cambios del ámbito de prestación de servicios de salud en nuestro país.

Al sujeto de atención le permite:

Participar en su propio cuidado ya que se propicia la comunicación entre el cuidador y el sujeto de cuidado y se incentiva el autocuidado.

Le garantiza la respuesta a sus problemas reales o potenciales, ya que estos son analizados minuciosamente para lograr identificar las mejores estrategias de actuación y así poder restablecer su salud, para de esta forma ir alcanzando un mayor grado de bienestar biopsicosocial.

Le ofrece al individuo atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. ¹⁵

¹⁵Martínez de E lorza, G. Manual de Enfermería 2ed., 1994 pág. 6-7

Etapas de Proceso Atención Enfermería:

El proceso se organiza de cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas:

Valoración

Diagnóstico

Planeación

Ejecución

Evaluación

4.4.1.- ETAPA DE VALORACIÓN:

Consiste en la recolección de los datos de la salud de las personas, familia o comunidad, en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería; mediante esta etapa podemos identificar problemas reales o potenciales de individuos y grupos y permite plantear los logros que requieren en el futuro¹⁶

Hay dos tipos de valoración:

- Inicial o primaria: Es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta. Nos permite recoger los datos generales. Facilita la ejecución de las intervenciones.

¹⁶ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería 1986 Pág. 17

- General o Focalizada: Se realiza en forma progresiva durante toda la atención. Recoge datos a medida que se producen los cambios. Constituye a realizar revisiones y actualizaciones.

Los pasos para realizar la Valoración son:

- A).- Obtención o recolección de datos.
- B).- Vigilar datos vs validación de los datos.
- C).- Organizar datos.
- D).- Comunicación y registro de los datos.

A).- Obtención o recolección de datos

Es la recopilación de forma sistemática y continua de toda información disponible que se obtiene del paciente.

Las fuentes de obtención de datos son: directas cuando se obtienen los datos del paciente o indirectas cuando se recaban datos del expediente clínico, el personal médico, la bibliografía o su familia.

Los datos que se obtienen pueden ser:

- Subjetivo (síntomas o datos recubiertos): son los transmitidos por el paciente y solo pueden describir (dolor, ansiedad).

- **Objetivos (signos datos manifestados):** son los datos que se observan por la persona que recoge los datos (eritema, vesículas).

Método de recogida de datos:

Observación: Es un método sistemático de recogida de datos que consisten en el uso de los sentidos, con el fin de obtener información, sobre el paciente, familia y su entorno.

Entrevista: Es la recogida de información a través de una conversación planificada y con objetivos determinados. Obtenemos datos subjetivos.

Exploración física: Es un examen exhaustivo y sistemático se centra en:

- Definir aun más la respuesta del paciente ante la enfermedad.
- Obtener datos para establecer comparaciones.
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos de la entrevista.

Técnicas de exploración:

- i. **Inspección:** Es la exploración visual del paciente para determinar respuestas normales o anormales. Debe hacerse en forma sistemática y activa para no dejar nada sin inspeccionar.
- ii. **Palpación:** Es la utilización del tacto para determinar las características de las estructuras del organismo, que permite evaluar: tamaño, forma textura,

temperatura, humedad, vibración, distensión, pulso, sensibilidad, dolor y movilidad.

- iii. Percusión: Obtiene el resultado al golpear una superficie corporal con los dedos para producir un sonido. Esta técnica permite determinar el tamaño y forma de los órganos internos mediante el establecimiento de sus bordes y nos indica si un órgano o tejido se encuentra lleno de líquido, aire, etc.
- iv. Auscultación: Consiste en escuchar ruido producido por los órganos del cuerpo. Puede hacerse de forma directa (oído), o bien indirecta (estetoscopio).

B).- Vigilar datos vs validación de los datos:

Asegura la Valoración, se logra validar, comprobar o corroborar datos.

- Confirmar por medio de un resumen de datos subjetivos.
- Comparar los datos con distintas fuentes.
- Anotar cualquier corrección.
- Determinaciones antropométricas.

C).- Organizar datos:

La forma de organizar los datos depende de los conocimientos, habilidades y preferencias. El propósito de organizar o agrupar la información en categorías es ayudarle al personal de enfermería a obtener una imagen más clara de los problemas y de los recursos, es conveniente organizarlos de acuerdo al modelo de enfermería.

D).- Comunicación y registro de los datos:

Informar de los datos significativos para acelerar el tratamiento y completar la recolección de la base de datos.

4.4.2- ETAPA DE DIAGNÓSTICO:

Es la segunda etapa del proceso que inicia al concluir la valoración y constituye una función intelectual compleja, al requerir de diversos procesos mentales para establecer un juicio clínico sobre la respuesta del individuo, familia y comunidad, así como los recursos existentes (capacidades).¹⁷

Etapas de Diagnostico enfermero:

- Análisis de los datos: Sirve para identificar los indicios significativos de los datos del paciente hasta generar una hipótesis.
- Identificación de los problemas de salud, riesgos y factores favorables: después de analizar los datos, el paciente y el profesional de enfermería puede identificar en colaboración, los factores favorables y los riesgos del usuario, en fundamental para la toma de decisiones.
- Formulación de los diagnósticos: se redacta el enunciado diagnostico de acuerdo al problema que altere al estado de salud del paciente.
- Recalcar que es priorizar el realizar diagnósticos de enfermería lo más exactos conforme a las necesidades afectadas.

¹⁷ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería 1986 pág. 55

Tipos de Diagnóstico:

a) Real: Presenta un estado que ha sido clínicamente válido mediante características definitorias. Tiene tres componentes: etiqueta diagnóstica, definición, etiología y características definitorias.

b) De riesgo: Es un juicio que el individuo, familia o comunidad son más vulnerables, desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Va precedido por el término "riesgo de". Consta de dos componentes, etiqueta diagnóstica y su definición (+) etiología.

c) De bienestar: describe las respuestas humanas de bienestar donde el individuo, una familia, una comunidad que tiene una disposición para mejorar. Deben de estar presente los dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y un estado o función actual eficaz.

Componentes de un diagnóstico de enfermería de la **NANDA**.

- 1.-El problema y su definición.
- 2.-La etiología vs factor relacionado.
- 3.-Las características definitorias.

Etiqueta diagnóstica el problema y su definición, describe el problema de salud o respuesta del paciente ante la alteración de salud. La finalidad de la etiqueta es de guiar la elaboración de los objetivos y de la respuesta esperada. Cada etiqueta diagnóstica es aprobada por la NANDA, se asocia a una definición que aclara su significado.

Etiología (factores relacionados o factores de riesgo): el componente etiológico de un diagnóstico de enfermería, identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta el tratamiento necesario y permite individualizar el cuidado del paciente.

Características definitorias: son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de la etiqueta diagnóstica específica. Para los diagnósticos reales, las características definitorias son signos y síntomas mientras que para los de riesgo no hay signos subjetivos.

También pueden elaborarse a través del Formato **PES**:

Consciente de la importancia de que todo diagnóstico de enfermería consta de tres componentes (problema, etiología y signos y síntomas), Gordon (1976) sugirió el uso del formato PES para su descripción, permite confirmar o validar la existencia de un diagnóstico de enfermería. Al describir el diagnóstico incluye lo siguiente:

- 1.-El Problema (P).
- 2.-Su causa o etiología (E).”En relación a “.
- 3.-Los signos y síntomas (S) (Características definitorias) que son evidentes del paciente. “Manifestado por”.¹⁸

¹⁸ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería 1986.pág 23

4.4.3 - ETAPA DE PLANEACIÓN:

Es la tercera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en el que conlleva a la toma de decisiones y resolución de problemas. El resultado final de la etapa de planeación es el plan de cuidados.

Etapas de la planeación:

- ∇ Determinación de prioridades: Establece cual diagnóstico requiere atención por prioridad de la necesidad afectada. Para el establecimiento prioridades, los profesionales utilizan una jerarquía de necesidades de Maslow, por ejemplo las necesidades fisiológicas, tales como oxígeno, comida y el agua que son básicos para la vida y reciben mayor prioridad de cualquier otras necesidad.¹⁹

- ∇ Planteamiento de los objetivos: Sirve para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones. Pueden ser a
 - § Corto Plazo: cuando los resultados se pueden lograr en forma rápida.
 - § Largo Plazo: El tiempo de espera es más largo y por lo tanto su independencia a más tiempo.

- ∇ Determinar actividades de Enfermería: Para proporcionar bienestar, prevenir complicaciones y promover, mantener o restablecer la salud las enfermeras deben realizar diversas actividades.

¹⁹ Alfaró, R. Aplicación del Proceso de Enfermería 1986.pág 91

- ∇ Documentación del plan de cuidados de Enfermería: Es el registro ordenado de los diagnósticos Enfermero, resultados esperados e intervenciones de Enfermería.

Anotar el plan de cuidados tiene tres finalidades:

1. Confirmar que se ha formulado un plan de cuidados completo para cada paciente.
2. Servir como registro que puede ser estudiado posteriormente para evaluar el cuidado del enfermo.
3. Comunicar a las demás enfermeras los problemas, objetivos y actividades específicos que se han identificado en el paciente.

4.4.4- ETAPA DE EJECUCIÓN:

Es la cuarta etapa del proceso de atención de enfermería, es cuando se prestan realmente los cuidados. Las intervenciones comprenden cuidados directos prestados por la enfermera, en apoyo al paciente para sus propios cuidados, la instrucción del paciente y su familia y su monitoreo del paciente.²⁰

Pasos para la ejecución: 1.-Preparación

2.- Intervención

3.-Documentación

²⁰ Rosalinda, A Aplicación del Proceso de Enfermería_1986 Pág. 133

1.-Preparación

Revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario y que sean compatibles con las de otros profesionales, haciéndose necesaria la revaloración.

Analizar y estar seguros de que se tienen los conocimientos y habilidades necesarios para realizar actividades planeadas, en caso de no ser así, es indispensable solicitar accesoria.

Tener en mente las complicaciones que se pueden prestar al ejecutar cada actividad de Enfermería.

Reunir el material y equipo para llevar a cabo intervención.

Crear un ambiente confortable y seguro para el usuario durante la realización de cada actividad.

Delegar cuidados enfermeros que se apeguen a cuatro puntos clave; tarea correcta, persona correcta, comunicación correcta y evaluación correcta.

2.- Intervención.

Las intervenciones de enfermería pueden llevarse a cabo de forma independiente o interdependiente que incluyen, la valoración la prestación de cuidados para

conseguir los objetivos, la educación del usuario, familia y comunidad, y la comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria. Es importante considerar las capacidades físicas, psicológicas y personales del usuario durante la ejecución de las acciones de enfermería, para lograr su participación e independencia.

Como las respuestas humanas y fisiopatológicas son cambiantes, es precisa la revaloración del usuario, familia y comunidad para estar seguros que las intervenciones de Enfermería son las apropiadas.

3. - Documentación.

Es el registro que realiza la enfermera en las notas de enfermería, en calidad de documento legal permanente del usuario y como registro indispensable en todas las instituciones de salud.

Existen gran diversidad en los registros de enfermería para obedecer a registros particulares de cada unidad de atención para el cuidado de la salud, sin embargo estos deben reunir ciertas características como son: fecha y hora; datos de la enfermera. Asimismo las notas deben de ser concisas, claras y completas, legibles, relevantes y oportunas.

4.4.5- ETAPA DE EVALUACIÓN:

Es la última etapa del Proceso de Enfermería, se ve si los objetivos formulados fueron alcanzados. Sirve como un indicador del progreso del paciente hacia la obtención de las metas formuladas.²¹

El proceso de evaluación constas de cinco partes:

- § Obtención de datos: Se obtiene los datos utilizando como guía unos resultados esperados, precisos, medibles y enunciados con claridad.
- § Comparación de los datos con resultados: ver si se ha eliminado o reducido un diagnóstico.
- § Relación de las actividades de enfermería y los resultados: Sirve para determinar las actividades de enfermería guardan relación con el resultado o si hubo algún factor externo que influyera en el resultado en forma total, parcial o nula.
- § Conclusiones sobre el estado del problema: es hacer un juicio sobre los objetivos para determinar si el plan de cuidados ha sido eficaz en resolver.
- § Continuación, modificación y suspensión del plan de cuidados: tras extraer la conclusión sobre el estado del paciente, la enfermera modifica el plan de cuidados según sea necesario.

²¹ Rosalinda, A Aplicación del Proceso de Enfermería_1986 pág. 151

V. RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Nombre del paciente: Trejo Escamilla. Fecha de nacimiento: 03-07-2010.

Recién nacido femenino pretermino en el 4 día de vida y con diagnósticos médicos de:

1. RECIÉN NACIDO FEMENINO DE PRETERMINO 34.5 SDG POR CAPURRO
2. PESO BAJO PARA LA EDAD GESTACIONAL.
3. HIJO DE MADRE CON HIPERTENSIÓN CRÓNICA Y PREECLAMPSIA AGREGADA.
4. TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO.
5. HIPERBILIRRUBINEMIA MULTIFACTORIAL EN MANEJO.

Se reporta con FC entre 150-159 x', respiratoria de 63- 70 x', llenado capilar en 2". En fase II de ventilación con CPAP nasal, con Silverman de 3: con Tiraje intercostal y discreta disociación, aleteo nasal, toraco abdominal; campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, precordio sin soplos, abdomen blando con peristalsis disminuida pero presente. Con drenaje gastrobiliar en Sonda orogástrica, Perímetro abdominal 25-26cm. Extremidades integra, genitales de fenotipo femenino con estigmas de Prematurez. Saturación al 91% con flujo en 8 PEEP 5 FiOs 40% aún sin criterios clínicos para su retiro.

A nivel hemodinámico en ayuno, con líquidos en 105 ml kg día con 20ml incrementados para días de vida por fototerapia. Hidratada Con nutrición parenteral total. Con hiperbilirrubinemia multifactorial bajo fototerapia con bilis totales de 8.80 con plan de

control de bilirrubinas en 24 hrs con glicemias capilares normales en 78 mm. A nivel Hematoinfeccioso sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Sin manejo antibiótico.

Neurológico con USG Transfontanelar normal.

Antecedentes: Madre de 37 años de edad, que cuenta con los diagnósticos de:

1.- Embarazo de 34.5 SDG por FUM.

2.-HAS Crónica. Cervicovaginitis al tercer mes de embarazo con tratamiento no especificado.

3.-Preeclampsia agregada.

AHF: Abuela materna y paterna con HAS y DM

G1: actual, se decide cesárea por presentar cifras tensionales elevadas.

VI.-VALORACIÓN

“INSTRUMENTO DE VALORACIÓN NEONATAL“

UNAM- ENEO

1. DATOS GENERALES.

Nombre del neonato: Trejo Escamilla. DVE: 4 días Talla: 40cm Grupo y Rh O+

Fuente de información. Expediente clínico. Persona responsable del neonato. La madre.

2. DATOS DEL NACIMIENTO

Embarazo: Único Vía de nacimiento. Cesárea. Fecha de nacimiento. 03-07-2010.

Características del líquido amniótico. Claro Apgar. 8-9 puntos. Silverman. 3
Capurro/Ballard 34.5SDG Talla al nacimiento. 40cm

Peso al nacimiento. 1,705kg PC. 30.5cm PT. 25.5cm PA. 26cm PB. 8.0cm

Seg. Sup. 23cm Seg. Inf.

Reanimación: No .XX Mascarilla. ___ VPP. ___ Intubación. ___ Masaje. ___
Medicamentos. ___

Complicaciones al nacimiento: No. ___ Si. X ¿Cuáles? Quejido, aleteo nasal y tiraje intercostal.

¿Por qué? Taquipnea Transitoria del Recién Nacido.

3. ANTECEDENTES MATERNOS

Nombre de la madre. Trejo Escamilla. Edad. 37 años. Edo. Civil.: Soltera
Escolaridad. Primaria. Ocupación. Hogar. Grupo y Rh

¿Llevó control prenatal? No ___. Si X ¿Dónde? INPer X N° de consultas. 10

Factores de riesgo. HAS crónica y preeclampsia crónica.

Inductores de madurez pulmonar. Si. No X

Embarazos previos.

Gesta	SDG	Vía de Nac.	Sexo	Peso	Complicaciones	Edo Salud actual
1	34.5	Abdominal	Fem	1,705	Taquipnea transitoria del Recién Nacido	Delicado

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

Automatismo respiratorio: Si X No. Frecuencia respiratoria: 70

Respiración: Eupnea. Apnea Polipnea X. Taquipnea X Bradipnea Superficial Aleteo nasal: X Gemido resp. Tiraje: Si. X No. ETERNAL. Intercostal: X Subcostal. Subesternal.

Configuración del tórax: Simétrico X Asimétrico.

Ruidos respiratorios: Murmullo vesicular. _____ Murmullo vesicular disminuido. _____ Estridor. _____ Roncus. _____ Sibilancias. _____ Estertores crepitantes. _____ Roce pleural. _____

Localización: Hemitórax Izq. _____ Hemitórax Der. _____ Bilateral. _____ Apical. _____ Basal. _____ Medio _____

Secreciones: No _____ Si X

Características.	Color					Consistencia			Cantidad	
	Hialinas.	Blancas.	Amarilla.	Verdosa	Sangre.	Fluidas	Espesa	Abundante	Moderada	Escasas.
Región										
Nasal		X					X		X	
Oral		X					X		X	
Traqueal										

ESTRUCTURA NASAL.

Permeabilidad: Si: X No. Especificar. _____

OXIGENOTERAPIA.

Oxígeno indirecto. _____ Puntas nasales. _____ Casco cefálico. _____
Nasofaríngea. _____ CPAP. X VMA. _____ Modalidad. _____

Parámetros: Frecuencia _____ PEEP. 5 Amplitud. _____ Hz. _____
MAP. _____ Flujo: 8 PIP. _____ I/E. _____

Concentración de oxígeno. 40% Saturación de oxígeno. 91%

Aplicación de surfactante: No X Si N° de dosis.

Gasometría. Normal. X Alterada. _____ Parámetros. _____

Pulso cardiaco apical. Regular. _____ Arritmia. _____ Frecuencia. 150x min

Pulsos	Características			
	Presente	Ausente	Amplio	Filiforme
Braquial	X			
Femoral	X			
Radial	X			
Pedio	X			

Soplo: No: X Si ___ ¿A qué nivel? ___ Precordio hiperdinámico: No.X Si. ___

Ingurgitación yugular: No. _____ Si. _____ Coloración: Rosado. X Pálido. _____
Cianosis. _____ Acrocianosis. _____ Moteado. _____ Marmórea. _____
Rubicundo. _____ Cianosis peribucal. _____

Llenado capilar. 2 Seg.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACION DE FORMA ADECUADA.

Ayuno: Si X Días de ayuno 3 días No Tipo de alimentación: Nutrición Parenteral: Parcial Total x GKM Nutrición Enteral Mixta

Glicemia.78mmhg

Técnica de Alimentación: Seno materno Biberón: X SOG Gastrostomía.
Vaso Tec. alimentador.

Tipo de Formula: Prematuro X Maternizada Humana X Otras:

Piel: Hidratada X Seca Escamosa

Integridad del labio: Si X No Integridad del paladar: Si X No

Permeabilidad Esofágica: Si X No Causa:

Succión: Presente Ausente Disminuida X

Deglución: Presente Ausente Disminuida X

Nauseas Vómito Reflujo Regurgitación

Mucosas orales: Hidratadas X Deshidratadas

Fontanelas: Normotensa X Hipotensa Hipertensa

Abdomen: Distendido Plano Excavado Dibujo de asas intestinales.

Hiperémico Rosado X Pálido Violáceo Con red venosa

Ruidos peristálticos: Ausentes Presentes: X Normales Disminuidos
Aumentados

Depresible X Resistente Timpánico Mate

Perímetro Abdominal: Pre-prandial 26 cm Post-prandial 27cm

Resíduo Gástrico: Cantidad 8ml Características. Gastrobiliar

Edema: Si No X Localización:

Terapia endovenosa. Si. No. _____ Especifique: Catéter Percutáneo
Medicamentos: Si No Especifique _____ Pérdidas insensibles. _____
Balance de líquidos: Parcial _____ Global _____

3. NECESIDAD DE ELIMINAR LOS DESECHOS CORPORALES.

Eliminación urinaria: Micción: 5 veces al día MI/Kg/Hr _____
Micción: Espontánea Sonda vesical _____ Orificios fistulosos _____
Características de la orina: Color: Transparente Ámbar Concentrada
Coluria Hematuria
Olor: Sui Generis Amoniacal Fétido Labstix en orina: _____
Eliminación intestinal: Evacuaciones en 8 horas 2 a 3
Permeabilidad anal: No Si Estomas: No Si Evacuaciones: Espontáneas
Estimulación rectal _____ Frecuencia _____
Características de las evacuaciones.
Color: Verde oscuro _____ Verdosa _____ Amarilla _____ Meconio Melena _____
Consistencia: Blanda _____ Dura _____ Líquida _____ Semilíquida _____ Pastosa _____
Grumosa _____ Chicloso Cantidad: Abundante _____ Moderado Escaso _____
Labstix _____

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Posición: Supina Prona D.Lateral Izq D.Lateral Der Fetal _____
Libre Impuesta Cambios de posición: No Si Frecuencia: 2 a 4 veces.
Actividad: Normoactivo Hiperactivo Hipoactivo _____

Reactividad: Normoreactivo Hiperreactivo _____ Hiporeactivo _____

Reflejos: Presentes _____ Ausentes _____ Disminuidos

Musculo esquelético: Fuerza: Normal Disminuida _____ Aumentada _____

Tono muscular: Normal Disminuida _____ Aumentada _____

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Sueño: Profundo/tranquilo Agitado _____ Inducido/sedación _____ Horas de sueño: 8 hrs.

Manejo Mínimo: No Si _____ Horas contacto (programación) _____ Aislamiento acústico _____ Protección ocular: Escala del dolor. _____

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

¿La prenda es adecuada a la temperatura ambiental?: SI _____ NO Porque: Se encuentra con Fototerapia continua.

La prenda limita la circulación y/o permite la movilidad. SI _____ NO Por qué: _____

La prenda utilizada es de algodón. SI: NO Con que lava la ropa de su bebé: No Aplica

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Temperatura: 37oC Axilar Rectal _____

El neonato se encuentra en: Incubadora _____ Cuna radiante Bacinete _____

Servo control _____ T° _____ Manual: Potencias: una Grados: _____ Uniformidad de temperatura corporal: SI NO _____ Piel. Fría: MsIs _____ Ms Sp _____

Tronco _____ Caliente: Ms Is _____ Ms Sp _____ Tronco _____

8. NECESIDAD DE HIGIENE CORPORAL Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Piel: Integra Desaseada _____ Limpia Torsa _____ Humectada

Lubricada _____ Seca _____ Áspera _____ Suave

Equimosis: Si _____ No X Región anatómica _____

Hiperemia: Si _____ No X Región anatómica _____

Eritema: Si _____ No X Región anatómica _____

Lesiones cutáneas primarias: Máculas _____ Pápulas _____ Placas _____ Nódulos _____
Tumores _____ Quistes _____ Vesículas _____ Ampollas _____ Púrpura _____ Pústulas _____
Región anatómica _____

Lesiones cutáneas secundarias: Costras _____ Ulceras _____ Queloides _____ Abrasiones _____
Quemaduras. _____

Lesiones de mucosas: Si _ No _____ Región anatómica: _____ Olor _____ Agradable _____

9. NECESIDAD DE EVITAR RIESGOS Y PEGROS DEL ENTORNO

RIESGOS EN EL ENTORNO INTRAHOSPITALARIO.

a) Factores biológicos: Vacunas, microorganismos, Bacterias

b) Factores humano: _____

c) Factores físicos: A la luz de la fototerapia que dañan la retina si no se cubre los ojos

c) Factores materiales: _____

RIESGOS EN EL ENTORNO EXTRAHOSPITALARIO

a) Factores biológicos: _____

b) Factores psicosociales/cultural: _____

c) Factores económicos: _____

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Actitud ante el entorno: Irritable _____ Somnoliento: _____

Visita hospitalaria / responsable del cuidado (hogar): Madre X Padre _____ ambos _____

Interaccionan con bebe (le hablan, lo tocan): No ___ Si X Frecuencia Dos veces al día.

Participan en el cuidado de su recién nacido: No _____ Si X

Frecuencia con la que carga a su neonato: A la hora de visita

¿La enfermera le habla por su nombre? Si X No _____

11. NECESIDAD DE VIVIR SUS PROPIAS VALORES Y CREENCIAS

¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? Si X No

Por qué Describa _____

¿Que representa para Usted la hospitalización de su hijo Tristeza

¿Hay aspectos de sus creencias sobre la vida o su religión que le ayudan a enfrentar su situación actual? _____

¿Profesa alguna religión? Si: X No _____ No aplica
Cual Católica

¿Su religión le prohíbe aceptar los procedimientos y técnicas para el tratamiento de su hijo? Si _____ No X

Datos subjetivos: Explorar y observar coherencia entre lo que la persona dice, cree o practica y lo que realmente hace.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

¿Siente que en su vida ha realizado lo que usted se ha trazado o planteado? _____

Ocupación. Mamá Hogar Papá _____ Numero de hijo Uno actual.

Embarazo planeado Si x No _____

¿Que representa el nacimiento de su hijo? Felicidad.

Horas empleadas al trabajo. Mamá: _____ Papá: _____

Horas asignadas a la familia. Mamá: _____ Papá: _____

¿Quién y de qué forma le apoyan (económico, social)? _____

¿Cómo interfiere la hospitalización de su hijo en su dinámica familiar? Tiempo, Dinero

13. NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Cuál es su estado de ánimo y actitud actual? (Mamá, Papá):

Llanto _____ Sonrisa _____ Tranquilidad _____ Apatía _____ Serenidad _____ Alegría _____
Tristeza X Euforia _____ Agresividad _____ Agitación _____ Confusión _____
Impotencia _____ Miedo _____ Optimismo X Pesimismo _____

Existen factores que interfieren con la recreación hacia su bebe Si _____ No X

Le han proporcionado información sobre la estimulación de su hijo: Si X No _____

¿De qué tipo? Que lo cargué, que platique con el etc.

Conoce la importancia de la estimulación: Si X No _____

14. NECESIDAD DE APRENDER Y DESCUBRIR.

Escolaridad materna Primaria Escolaridad Paterna _____ ¿Sabe Leer?
¿Sabe Escribir? Integridad de los sentidos: Vista x Oído X Habla Si

¿Tiene dudas acerca del cuidado de su recién nacido? Si X No _____ ¿Cuáles? En darle de comer, como cuidarlo etc..

¿Tiene dudas acerca del estado de salud de su hijo? Si _____ No X ¿Cuáles? Los médicos me dan información acerca de su bebé

¿Conoce usted los lineamientos para visitar a su recién nacido? Si X No _____

Fecha de la valoración: 05/07/2010 Hora: 8:00 am N° de expediente. 200709.

Diagnóstico médico. Taquipnea transitoria del Recién nacido, Peso bajo para edad gestacional, Hijo de madre con Hipertensión crónica y pre eclampsia agregada y Hiperbilirrubinemia multifactorial en manejo.

Servicio: UCIREN Nombre de la Enfermera: Herrera Díaz Marisol.

ANEXOS. Con BH con 13400 leucos, neutrofilos 7638 sin bandas pq 193 mil, O positivo, Reticulocitos 6.8 CD Negativos. Neurológico con USG Transfontanelar normal.

VII.- NECESIDADES BÁSICAS

NECESIDAD	FUNDAMENTACIÓN
1. - Oxigenación.	El aparato respiratorio se encarga del intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la atmósfera y la sangre circulante.
2. -Nutrición e Hidratación.	Todas las células del organismo necesitamos nutrientes para poder realizar las diferentes funciones así mismo se necesitan para reconstrucción de células y tejidos.
3. -Eliminación.	Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentren en el conducto gastrointestinal, que se elimine la orina y que las sustancias tóxicas que se forman en el organismo se desetoxifiquen o se eliminen.
4.- Termorregulación.	Existe una fluctuación precisa de la temperatura corporal, dentro de la cual las células funcionan eficazmente y la actividad enzimática es adecuada.
5. -Moverse y Mantener buena postura.	El aparato neuromusculoesquelético es un medio de locomoción. El mantener buena postura ayuda a evitar algún padecimiento en las articulaciones como una lumbalgia hasta llegar a una artrosis.
6. -Descanso y sueño.	Las células del organismo necesitan de disminución de la actividad durante de las cuales puedan restablecerse.
7. -Higiene y protección de la piel.	La higiene corporal es una de las formas más sencillas de conservar la salud. Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
8. -Evitar peligros.	Enfermera: Mantener un medio sano, enseñanza frente: prevención de accidentes, infecciones, enfermedades a tener medios de expansión, utilización de mecanismos de defensa según las situaciones.

GRADO DE DEPENDENCIA Y DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA, SI ES EL CASO, POR NECESIDAD.

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1. Necesidad De oxigenación.	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón respiratorio ineficaz relacionado con Disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios manifestado por aleteo nasal discreto, tiraje intercostal y quejido frecuencia cardiaca 70x. - Limpieza ineficaz de las vías aéreas, Vía aérea artificial manifestado por secreciones blancas espesas en regular cantidad, sialorrea abundante.
2.-Necesidad de Nutrición e Hidratación.	Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado con factores biológicos (prematurez) y ayuno. - Patrón de alimentación de lactante relacionado con prematurez manifestado por ayuno.
3.-Necesidad de eliminación.	Independiente	
4.-Necesidad de Movilidad y postura.	Independiente-dependiente	
5.-Necesidad de Descanso y sueño.	Independiente	
6.-Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.	Dependiente	.

7.-Necesidad de Termorregulación	Dependiente	
----------------------------------	-------------	--

8.- Necesidad de Higiene y Protección de la piel.	Dependiente	Ictericia neonatal relacionada con la posible lesión hepática (metabólica) Manifestada por piel amarilla con bilirrubinas totales de 8.80.
9. -Necesidad de Evitar Riesgos y Peligros en el entorno.	Dependiente	Ictericia neonatal relacionada con la posible lesión hepática (metabólica) Manifestada por piel amarilla con bilirrubinas totales de 8.80.
10.- Necesidad de comunicación.	N/A	
11. -Necesidad de vivir sus propias valores y creencias.	N/A	
12. -Necesidad de trabajar y realizarse.	N/A	
13. -Necesidad de jugar y participar en actividades	N/A	

Recreativas.		
14. -Necesidad de aprender y descubrir.	N/A	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

VIII. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios y prematuridad manifestado por aleteo nasal discreto, tiraje intercostal y quejido y frecuencia respiratoria de 70x min.

Objetivo: Restablecer el patrón respiratorio adecuado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Monitorización periódica y valoración de signos vitales. Identificar causas posibles de los cambios de signos vitales.	Los signos vitales son las manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en forma constante como la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial y que su modificación puede indicar alteración orgánica.
Monitorización respiratoria. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.	La monitorización respiratoria debe realizarse ya que cada célula del organismo necesita oxígeno y nutrientes para el mantenimiento de la vida la respiración es un proceso de inspirar y espirar aire a los pulmones para introducir oxígeno y eliminar dióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación a través de los mismos.
Vigilar el movimiento torácico la simetría, y la utilización de los músculos accesorios.	Verificar la función metabólica mediante la inspiración y espirar el aire del pulmón para observar su saturación de oxígeno y eliminar el bióxido de carbono, agua y otros productos de oxidación.

Vigilar la Saturación de Oxígeno.	El oxígeno es esencial para la vida, y el cuerpo no tiene reserva de gas. Se recurre frecuentemente a su administración cuando el aparato cardiopulmonar funciona inadecuadamente, por trastornos en el aparato circulatorio, pulmonar o ambos.
Valorar la presencia de las secreciones bucales y nasales.	Valorar la necesidad de aspiración si hay dificultad respiratoria evitar complicaciones por hipoxia o bronco aspiración.
Cambios de posición: Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.	Es la manipulación suave, el alineamiento corporal o flexionar las extremidades para estimular las fibras nerviosas y aferentes y producir la relajación muscular y aliviar el espasmo muscular.
Colocar en la posición terapéutica específica para el alivio de la disnea (semifowler).	Favorece a la respiración, es la más aconsejable para personas con problemas respiratorios. En esta posición la fuerza de gravedad empuja al diafragma hacia abajo, lo que permite una mayor expansión pulmonar y con ello se mejora la ventilación.

Evaluación: La paciente presenta condiciones respiratorias favorables paulatinamente, manteniendo campos pulmonares ventilados con frecuencia rítmica.

Diagnóstico de Enfermería: Limpieza ineficaz de las vías y mantenimiento de vía aérea artificial manifestado por secreciones blancas espesas en regular cantidad, sialorrea abundante y presencia de CPAP.

Objetivo: Obtener una vía aérea permeable.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas.</p> <p>Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.</p>	<p>La aspiración es la succión de secreciones a través de una sonda elástica o un catéter de polietileno conectado a una maquina de aspiración a o una toma de la pared.</p> <p>La aspiración de las vías respiratorias altas está indicada para cuando el paciente: a) es incapaz de toser, b) es incapaz de tragar y c) hace un burbujeo ligero, sonido respiratorio que se señala la acumulación de secreciones.</p> <p>Los propósitos de la aspiración son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Mover las secreciones que obstruyen la vía aérea. Favorecer la ventilación respiratoria. Obtener secreciones con propósitos diagnósticos. Prevenir la infección que pueda resultar de la acumulación de secreciones. <p>Cualquier trastorno que impida el drenaje normal de los bronquios predispone al acumulo de secreciones.</p>

<p>Monitorización de signos vitales.</p>	<p>Detectar oportunamente las acciones en los signos vitales para orientar las acciones diagnósticas del paciente, con el fin de lograr la pronta estabilidad y mejorar sus funciones vitales, que le conduzcan a la recuperación de la salud.</p>
<p>Inmediatamente antes, durante y después de la succión. Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO₂ y SvO₂).</p>	<p>Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno.</p> <p>Suministros de oxígeno que es un elemento esencial para la vida, con los métodos y las cantidades adecuadas para asegurar el funcionamiento del corazón, el cerebro y todas las células del organismo.</p>
<p>Fisioterapia Pulmonar.</p> <p>1.-Drenaje Postural:</p> <p>A) Colocar al niño de manera que saque al máximo provecho de la técnica.</p> <p>B) El drenaje se realiza de 3 a 4 veces al día y es más eficaz cuando sigue otra terapéutica respiratoria.</p> <p>C) El procedimiento se realiza por lo general, antes de la comida para minimizar la probabilidad del vómito.</p> <p>D) La duración del tratamiento depende de la</p>	<p>Conjunto de técnicas que ayudan a eliminar las secreciones en las vías aéreas:</p> <p>Drenaje postural: Es la colocación del tórax en posiciones específicas que favorezcan la expulsión por acción de gravedad y el flujo aéreo para liberar la pared alveolar de las secreciones acumuladas y facilita el intercambio gaseoso.</p>

enfermedad y el nivel de tolerancia del niño.

E) A los neonatos y lactantes se les puede colocar almohadas o en el regazo o en las piernas de la terapeuta.

El drenaje postural es una técnica para aflojar la mucosidad en la vía aérea para que se la pueda toser y expulsar del organismo



Existen dos tipos:

ACTIVO: Para el niño que puede adoptar activamente diferentes posiciones.

PASIVO: Para el niño debilitado, cuando la posición se consigue levantando la cama o sosteniéndolo en diferentes posiciones.

<p>2.- Percusión torácica y colocar en posición de drenaje postural.</p> <p>A).- Poner una camisa ligera y colocar en posición de drenaje postural.</p> <p>B).- Golpear ligera, pero firmemente la pared torácica con la mano ahuecada. Para los lactantes existen dispositivos especiales para percutir zona pequeña, el resultado debe ser un sonido seco.</p> <p>C).- Cuando emplee vibrador sobre la pared torácica. Haga de ser posible que el niño realice una inspiración profunda.</p> <p>Posteriormente durante la espiración aplique el vibrador sobre la pared del tórax. Ejecutar esta operación unas cinco veces en espiraciones sucesivas.</p>	<p>Percusión torácica y vibraciones: Consiste en la producción de ondas intratorácicas que favorezcan el desprendimiento y movilización de las secreciones y se usa con mayor frecuencia en combinación con el drenaje.</p> <p>Ejercicios Respiratorios: Se realizan para eliminar secreciones pulmonares, estos ejercicios son útiles en el tratamiento de las enfermedades respiratorias.</p> <p>En el lactante la pared torácica es delgada y con musculatura escasa y la parilla costal es muy suave y flexible.</p>
<p>Control de líquidos: Registrar ingresos y egresos.</p>	<p>El ser humano requiere un equilibrio fisiológico y homeostático para su funcionamiento renal, sanguíneo y elimina desechos. Un buen estado hídrico permite fluir las secreciones y con ello facilita su eliminación.</p>

Evaluación: Se mantiene la vía aérea libre de secreciones y con ello mejora la respiración.

Diagnóstico de Enfermería: Riesgo de desequilibrio nutricional relacionado con factores biológicos (prematurez) y ayuno.

Objetivo: Restablecer una adecuada nutrición.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Obtener una vía endovenosa Verificar si se cuenta con catéter percutáneo.	Contar con una vía permeable para administrar nutrientes, líquidos, electrolitos, fármacos, sangre y sus derivados. El torrente circulatorio es un buen vehículo para el transporte de soluciones y o el ser humano requiere un equilibrio fisiológico y homeostático para su funcionamiento renal, sanguíneo y elimina desechos.
Administrar NPT 172.8 ml de solución pasando en infusión continua 7.2 mililitros por hora.	La nutrición parenteral es aquella modalidad en la cual las soluciones nutritivas artificiales se administran por vía endovenosa.
Cuidados de NPT: Verificar el goteo y cantidad de solución.	Una importante función de la enfermera es regular el ritmo de una función intravenosa. Los problemas que pueden resultar de una regulación incorrecta de las infusiones incluyen la hipervolemia y hipovolemia.
Utilizar una bomba de infusión para el aporte.	Es un mecanismo regulador en una bomba de infusión la enfermera que administra la infusión intravenosa tiene que regular manualmente las gotas por minuto utilizando el cierre prescrita de solución será infundida en el período de tiempo correcto.
Mantener un índice de flujo constante de solución de NPT.	Constituye el medio de abastecer aminoácidos, hidratos de carbono, lípidos y micronutrientes a los pacientes incapaces de asimilar la nutrición por vía digestiva.

Control de líquidos: Restablecer ingresos y egresos.	El ser humano requiere un equilibrio fisiológico y homeostático para su funcionamiento renal, sanguíneo y elimina desechos.
Vigilar peso	El peso es un indicador de asimilación de nutrientes además de que permite evaluar si los egresos de líquidos correspondan a los ingresos.

Evaluación: El paciente ya no está en ayuno, ha iniciado vía oral por succión cada tres horas leche humana o leche especial para prematuros de 24 Kcal 17.5ml.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de lesión de la mucosa gástrica relacionada con prescripción de ayuno.

Objetivo: Quitar o minimizar lesión gástrica.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Instalación y Vigilancia de sonda orogastrica.	La acumulación de jugo gástrico en la cavidad puede lesionar la mucosa por su capacidad abrasiva al mantener al paciente en ayuno, por ello la sonda orogastrica permite drenar el jugo gástrico.

<p>Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda orogástrica que se ha de insertar.</p> <p>Instalar de forma :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Lavado de manos. 2.-Integración y traslado del equipo a la unidad del paciente. 3.-Introducir el equipo de alimentación forzada por el área limpia de la incubadora (cabecera). 4.-Colocar el riñón en la sonda, el guante, la jeringa y gasa estéril. 5.-Se vierte la solución salina en el vaso de plástico se calza el guante en la mano derecha y con la ayuda de la gasa estéril <p>La sonda orogastrica se mide de la punta de la boca al lóbulo de la oreja y el apéndice xifoide que corresponde de forma aproximada con distancia al estomago.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.-Se marca la medida de la sonda hasta donde se va a introducir. 	<p>Es de suma importancia el tamaño de la sonda Nelatón para evitar lecciones en la mucosa gástrica.</p> <p>El objetivo de lavarse las manos es la eliminación de microorganismos transitorios.</p> <p>Sondas orogástricas N 0 6, 8, 10 y 12 Fr. [de gran utilidad por sus múltiples aplicaciones: Con la 12 puede aspirar nariz, boca e hipofaringe del bebé cuando hay meconio espeso en el momento en que nace la cabeza, con la 6 (para menores de 1.500 gr.) y la 8 (para todos los demás) puede aspirar boca y nariz, sin excederse en presión negativa, cuando realiza el primer paso de la adaptación o reanimación y no hay pera de succión.</p> <p>Para evitar introducir más de la cuenta con lo que se podría lesionar la mucosa gástrica.</p>
--	--

<p>8.-Se introduce la sonda hasta llegar a la marca.</p> <p>9.-Se corrobora que la sonda está en la cavidad gástrica.</p> <p>11.-Fijar la sonda con tensoplas o micropore por arriba del labio superior.</p> <p>12.-Colocar en el extremo proximal de la sonda la bolsa colectora.</p> <p>13.-Retirar el equipo por el área sucia de la incubadora (piecera).</p> <p>14.-Dejar cómodo al paciente.</p> <p>15.-Darle los cuidados posteriores a uso del equipo.</p> <p>16.-Realizar anotaciones correspondientes en la hoja de registros clínicos.</p>	<p>Se corrobora que la sonda este en la cavidad gástrica. La aspiración del contenido gástrico indica que la sonda se encuentra en el estómago con ello se asegura evitar otro tipo de complicaciones.</p> <p>Lesión de piel seria una fuente de entrada a microorganismos. Evita mover y que se caiga.</p>
---	---

Observar periódicamente la cantidad, el color y la consistencia del contenido gastrointestinal.	Para conservar el equilibrio hídrico del organismo son esenciales volúmenes suficientes de agua. Es de suma importancia llevar un control de cuanto drena la sonda orogastrica para llevar un control de líquidos (perdidas) y reconsiderar su reposición.
Control de líquidos: Registrar ingresos y egresos.	El bebé está perdiendo líquidos al aspirar o drenar contenido gástrico condición que debe de valorar y reponer si es necesario, está perdida.

Evaluación: Evitar una lesión de la mucosa gástrica, se retira la sonda orogastrica y ya no está en ayuno.

Diagnóstico de Enfermería: Ictericia neonatal relacionada con posible lesión hepática (metabólica) manifestada por piel amarilla con bilirrubinas de totales de 8.80.

Objetivo: Restablecer la Bilirrubina del paciente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Instalación y vigilancia de fototerapia. El recién nacido debe de estar desnudo durante el tratamiento de la fototerapia.	Durante el tratamiento con fototerapia debe exponerse la luz fluorescente toda la superficie corporal.

<p>Colocar las luces de fototerapia encima del bebé a una altura adecuada. Distancia de 40 /50 cm del recién nacido.</p>	<p>La fototerapia se usa para tratar la ictericia (color amarillo en la piel) el recién nacido, la exposición de los neonatos ictericos a la luz solar, de espectro completo baja los niveles de bilirrubina que es la sustancia que produce esta coloración.</p>
<p>Colocar protecciones oculares con un antifaz de tamaño adecuado a la cara del recién nacido.</p> <p>Cambio de antifaz cada 12hrs.</p>	<p>Debido a que en la fototerapia se utilizan lámparas blancas o fluorescentes de una determinada onda para romper la bilirrubina en el torrente circulatorio es necesario protecciones oculares, para prevenir lesiones oculares ya que este tipo de luces pueden provocar infección y alteración en la retina.</p>
<p>Aseo ocular c 3-4 hrs con solución Cloruro de Sodio 0.9%.</p>	<p>Realizar aseo ocular con solución fisiológica, con el fin de prevenir conjuntivitis, observando estado de la conjuntiva y presencia de secreción ocular.</p>

Solicitar los niveles de bilirrubina.

El control frecuente permite determinar la necesidad de tratamiento con fototerapia a fin de prevenir la toxicidad de la bilirrubina y el Kernicterus.

Guía para el uso de fototerapia y exanguinotransfusión en recién nacidos prematuros, basada en la edad gestacional.

Edad gestacional (sem.)	Nivel de bilirrubina total(mg-dl(μ mol/l))		
	Fototerapia	Exanguineotransfusión	
		Enfermo*	Sano
36	14.6(250)	17.5(300)	20.5(350)
32	8.8(150)	14.6(250)	17.5 (300)
28	5.8(100)	11.7(200)	14.6(250)
24	4.7(80)	8.8(150)	11.7(200)

*Incompatibilidad Rh, asfixia, acidosis, hipercapnia.

Toma, registro y valoración periódica de presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio.

Debido al riesgo de hipotermia o de hipertermia se debe monitorizar la temperatura.

Los signos vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores que son del estado funcional del paciente.

<p>Observar si hay signos de deshidratación (depresión de fontanelas, mala turgencia de la piel, perdida peso).</p> <p>Vigilar micciones y evacuaciones.</p>	<p>El aumento de la pérdida insensible de agua, que se produce al estar expuesto a la fototerapia. Puede haber deshidratación.</p>
<p>Cambio de pañal.</p>	<p>La fototerapia acelera el tránsito intestinal, razón por la cual se debe realizar aseo genital para evitar dermatitis.</p> <p>La bilirrubina y forma productos solubles que se eliminan por las heces fecales y la orina.</p>
<p>Cambios de posición cada 4 hrs.</p>	<p>Para exponer todas las zonas del cuerpo a la luz.</p>
<p>Control de líquidos:</p> <p>Registro ingresos y egresos.</p> <p>Vigilar peso.</p>	<p>Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentren en conducto gastrointestinal que se elimina en la orina y en las sustancias toxicas que se forman en el organismo se destoxifiquen o se eliminen. El cuerpo aprovecha muy diversos materiales en cantidades distintas y elimina desechos y excesos, como resultado de la actuación de complejos mecanismos químicos</p>
<p>No colocar ninguna clase de lubricante en la piel del recién nacido.</p>	<p>Con la luz de la fototerapia puede provocar lesión una quemadura de primer grado en la piel del bebé</p>

Evaluación: Disminuyeron las bilirrubinas y se retira la fototerapia.

IX ANEXOS

9.1.- TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIEN NACIDO.

Se caracteriza por edema pulmonar transitorio, resultado del retardo de aclaramiento del líquido pulmonar. Puede ocurrir tanto en el recién nacido prematuros como de término. El pulmón fetal contiene un volumen del líquido semejante a la capacidad residual funcional (20 a 30 ml hr de peso corporal). 2 a 3 días antes del nacimiento, el pulmón inicia el aclaramiento del líquido pulmonar.

Se caracteriza por FR > 60 min poco después del nacimiento, puede acompañarse, puede acompañarse de quejido, aleteo nasal, tiros intercostales y de cianosis. La enfermedad dura aproximadamente 3 a 7 días. Los factores de riesgo asociados a TTRN incluyen: nacimiento por cesárea, sexo masculino, macrosomía, excesiva sedación materna, parto prolongado y Apgar bajo. Los hallazgos radiológicos característicos son: región hiliar prominente (1), cardiomegalia mínima a moderada (2), abatimiento diafragmático e hiperaereación, líquido en la cisura, menor (3) y en ocasiones líquido en el espacio pleural.

TRATAMIENTO GENERAL

- 1.-Oxigenación: iniciar con FiO₂ en campana cefálica, si no responde, cambiar a CPAP nasal y si no hay respuesta, pasar a ventilación mecánica.
- 2.-Alimentación: El paciente debe de mantenerse en ayuno si la frecuencia respiratoria es menor de 80 min, si la FR se encuentra entre 60 – 80 x y la oxigenación es estable, se alimenta por SOG.
- 3.-Descartar otras causas de insuficiencia respiratoria como neumonía congénita y cardiopatía.

COMPLICACIONES:

Hipertensión arterial pulmonar.

9.2.- CPAP

Presión positiva continua a la vía aérea en el recién nacido pretérmino.

La CPAP fue utilizada primero como método de soporte de la respiración del RN pretérmino por Gregory y cols en 1971. Desde entonces, varias formas de aplicación han sido probadas, pero hoy en día la binasal es la más comúnmente utilizada. Los efectos fisiológicos de la CPAP incluyen : 1) mejora la oxigenación, 2) mantenimiento de la capacidad funcional residual , 3) disminución de la resistencia de la vía aérea, 4) reducción de la apnea obstructiva, 5) conservación del surfactante y 6) regulación del patrón respiratorio de RN , entre otras.

Definición: Forma de ventilación no invasiva (puntas nasales= que implica la aplicación de presión positiva a la vía aérea del neonato que respira espontáneamente a través de todo el ciclo respiratorio.

Objetivo: Proporcionar distensión de baja presión a los pulmones, y prevenir el colapso alveolar y de la vía aérea durante la espiración.

Este efecto mejora el problema respiratorio de la siguiente manera:

- a) Incrementar la capacidad residual funcional y preservar volumen pulmonar.
- b) Reduce la resistencia de la vía aérea superior y por lo tanto, la oclusión de la misma.
- c) Reduce los cortos circuitos de derecha a izquierda mejorando la oxigenación.
- d) Preserva surfactante pulmonar.
- e) Estabiliza pared torácica.
- f) Reduce la presencia de apneas, tanto obstructivas, como centrales.
- g) Estimula el crecimiento pulmonar.

Indicaciones: Neonatos tanto prematuros como de término, que presenten alguno de los siguientes problemas respiratorios;

Aumento de trabajo respiratorio evidenciando por uno o más de los siguientes datos : quejido , incremento de frecuencia respiratoria (> 80 respiraciones minuto), tiraje intercostal , disociación tóraco –abdominal y o mayores requerimientos de fracción inspirada de oxígeno (Síndrome de dificultad respiratoria , taquipnea transitoria del recién nacido , neumonía , aspiración de meconio , etc.).

Apneas del prematuro.

Atelectasias.

Anormalidades que predisponen al colapso de la vía aérea como traqueomalacia.

Soporte respiratorio posterior a extubación.

Parálisis del nervio frénico.

Material:

- 1.- Puntas nasales de silicón (preferentemente curvas) adecuadas al peso del recién nacido.
- 2.-Sonda orogástrica.
- 3.-Tubos corrugados de inhalación y exhalación.
- 4.-Mezclador de oxígeno (blender) y flujómetro.
- 5.-Humidificador con termostato para vías aéreas con temperatura 36 – 40 oC (graduación en equipo equivalente a 5 – 6 puntos).
- 6.- Manómetro (opcional).
- 7.- Frasco con agua estéril con un nivel de agua no > 7 cm graduado en centímetros considerando el 0 a nivel de agua.
- 8.- Introducción del tubo corrugado 5 cm.
- 9.- Material de fijación y sellado: gorro, velcro, tegaderm, ligas, seguros, parche de duoderm fino.

Método de instalación:

- ∨ Tener conectado el sistema previamente, en el diafragma.
- ∨ Estabilización de acuerdo al programa de reanimación neonatal.
- ∨ Evaluación temprana de presencia de datos de dificultad respiratoria y colocación de CPAP .Idealmente dentro de los primeros 5 a 10 minutos de vida.
- ∨ Colocación en posición supina con un pequeño rollo de tela debajo de los hombros para evitar oclusión de la vía aérea.
- ∨ Colocación del gorro.
- ∨ Colocación de 2 bandas de la parte suave del velcro en los extremos de la cánula nasal.
- ∨ Colocación de bigotera o semi bigotera a final de sucro nasogeniano, con la contraparte del delco y previa protección con micropore.
- ∨ Previa lubricación con solución salina, colocación de puntas nasales de acuerdo al peso del paciente de acuerdo al peso del paciente.
- ∨ Verificar que la cánula de CPAP nasal no toque el septum para evitar quemaduras y lesiones por presión.
- ∨ Fijar tubos corrugados al gorrito con seguros y ligas.
- ∨ En caso de fuga por fosas nasales, valorar colocación de duoderm para mejorar sello hermético.
- ∨ Regular flujo hasta tener borboteo continuo en el frasco.
- ∨ Verificar adecuada introducción y fijación de tubo corrugado exhalatorio 5cm a partir del nivel de agua.
- ∨ Verificar que se ausculte al borboteo en campos pulmonares, de no ser audible, verificar fugas en el sistema.
- ∨ Colocar sonda orogastrica a derivación.
- ∨ Considerar toma de radiografía de tórax, para evaluar patología pulmonar y volumen pulmonar.

Mantenimiento y Vigilancia:

Monitorización electrónica continua de los signos vitales.

Manipulación mínima necesaria.

Succión gentil de cavidades nasales, boca, faringe y estómago por razón necesaria con sog k31 y k32.

Vigilancia periódica del sistema (temperatura en el sistema, borboteo del agua, nivel del agua del frasco, nivel de introducción de tubo exhalatorio,

condensación de agua dentro del circuito (se puede evitar con un vaporizador térmico también opcional).

Cambios de posición periódicos (supina, prona) y comodidad del paciente.

Cambio de circuito de CPAP una vez por semana.

Vigilancia continua de integridad de septum y fosas nasales del paciente.

Vigilancia de estado hemodinámico del paciente (presión arterial, diuresis, perfusión tisular, balance hídrico).

Evaluación gasométrica periódica de acuerdo a evolución clínica.

Criterios para retiro:

No es necesario disminuir la presión del sistema para retirarlo, debe permanecer entre 4 y 5 cmH₂O.

Reducción de fracción inspirada de oxígeno hasta 21 % (manteniendo saturaciones por oxímetro de pulso entre 88 -92%).

Frecuencias respiratorias normales (< 60 respiraciones min).

Radiografía de tórax con 9 espacios intercostales.

No existe un límite de tiempo para uso de CPAP si se cuida en todo momento la integridad anatómica de la nariz.

Criterios de falla:

1.-Necesidad de incrementar presión en el sistema más allá de 5 cm H₂O.

2.-Hipoxemia que no mejora a pesar de tener fracciones inspiradas de oxígeno de 80% habiendo verificado la instalación adecuada del sistema de CPAP y aspiración de secreciones.

3.-Acidosis respiratoria persistente que no mejora con el CPAP.

Contraindicaciones:

1.-Evidencia de inestabilidad hemodinámica (choque séptico, cardiogénico, hipovolémico).

2.-Atresia de coanas.

3.-Fistula traqueoesofágica.

4.-Labio y paladar hendido.

5.-Enterocolitis necrosante.

Complicaciones:

Erosión o necrosis de septum nasal.

Quemaduras por colocación inadecuada de cánula nasal.

Distensión abdominal.

Síndrome de fuga aérea.

Formas de uso:

Las diversas formas de utilización de la presión positiva continua de distensión a la vía aérea son:

Postextubación: Uno de los mayores usos de esta maniobra terapéutica, está en la fase postextubación para tratar de disminuir la falla a la extubación en donde se han establecido varias formas de aplicación como son: a través de puntas nasales o nasofaríngeas.

Los pacientes extubados directamente a CPAP nasal (puntas nasales) vs casco cefálico, muestran una reducción en la frecuencia de efectos clínicos adversos, en la necesidad de apoyo ventilatorio adicional a través del tubo endotraqueal (RR 0.49 IC 95% 0.49, 0.91), especialmente cuando la extubación se realizaba antes de 14 días.

En relación a la presión de CPAP, los estudios han demostrado que con presiones entre 0-3 cm H₂O el efecto terapéutico, prácticamente no existe; entre 3 -6 cm H₂O se obtienen más favorables y las presiones > 6 cm H₂O se relacionan con incremento en el riesgo de sobre distensión.

También se ha descrito 2 formas de utilizar la CPAP posextubación: una considerada dentro del esquema de extubación, donde se administra por 72 horas (electiva), o de <<rescate>> utilizada en el caso de que los pacientes presenten

criterios para ser intubados ($\text{pH} < 7.25$, $\text{Pa O}_2 < 50$, con FiO_2 100%, $\text{Pa CO}_2 > 60$ mmHg y apneas o bradicardias refractarias a los tratamientos previos).

El uso de CPAP nasal y VNF postextubación, son efectivos para prevenir falla a la extubación y disminuir la necesidad de oxígeno suplementario a los 28 días de edad en los menores de 1.500gr.

CPAP (Presión Positiva Continua a la Vía Aérea)



X.-GLOSARIO

Atelectasia: Es la disminución del volumen pulmonar. Se debe a la restricción de la vía aérea (atelectasia restrictiva) o a otras causas no restrictivas (atelectasia no restrictiva) como por ejemplo pérdida de surfactante, que es una sustancia que impide el colapso de los alvéolos. Debido a la restricción bronquial, el aire no fluye al tejido pulmonar.

CPAP: presión positiva continua de la vía aérea en el recién nacido pretermino.

Hipervolemia: Se conoce como hipervolemia al trastorno hidroelectrolítico consistente en un aumento anormal del volumen del plasma en el organismo. Ésta puede ser provocada por insuficiencia renal, insuficiencia hepática, ICC, síndrome de secreción inadecuada antidiurética o por una terapia con líquidos intravenosos inadecuada.

Hipovolemia: Es una disminución del volumen circulante de sangre debido a múltiples factores como hemorragias, deshidratación, quemaduras, entre otros.

Kernicterus: Ictericia nuclear o encefalopatía neonatal bilirrubinica es una complicación neurológica grave causada por la elevación de los niveles normales de bilirrubina en la sangre del neonato.

Macrosomia: Se refiere al sobrepeso en el feto y al recién nacido, por lo general más de cuatro kilos.

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.

Taquipnea: Consiste en aumento de la frecuencia respiratoria por encima de los valores normales (> 30 inspiraciones por minuto). Se considera normal en adultos en reposo una frecuencia respiratoria de entre 15 y 20 ventilaciones por minuto, mientras que en niños suele ser mayor (alrededor de 40), donde ventilación se entiende como el complejo inspiración –expiración.

Traqueomalacia: Hace referencia a una flexibilidad incrementada de la tráquea debida a una disminución o atrofia de las fibras elásticas longitudinales de la pars membranosa de la traquea, lo que daña la integridad del cartílago y facilita el colapso de la tráquea.

XI.-BIBLIOGRAFÍAS

- 1.-Alfaro, Rosalinda. Aplicación del Proceso en enfermería. Pág. 300.
- 2.-Bulechek, M. Gloria Clasificación de intervenciones de enfermería, 5ta ed. 2009. 1991. Pág. 150.
- 3.-Francoise, Collière .Marie Promover la vida, 5ta ed. 2002.pág 395.
- 4.-Heather, Herdman. Diagnósticos Enfermeros, 2009-2011.pág 400.
- 5.-Kristine K Cuidados Post-reeanimación y Pre Transporte para Neonatos Enfermos.Pág 216.
- 6.-Kozier, Bárbara. Enfermería Fundamental, 4ta ed. Pág. 1150.
- 7.-Kozier, Bárbara Fundamentos de enfermería 3ra ed., 1999.pág 662.
- 8.-Martinez de Elorza Gustavo, Manual de Enfermería. 2daed, 1994.pág 300.
- 9.-Madelyn T Nordmark, Bases Científicas de la enfermería. 2da ed.1979.pág 711.
- 11.-Marriner Tomey Ann, Modelos y Teorías en enfermería 6ta ed.1999 pág. 796.
- 12.-Mendoza, Ibáñez E. Manejo ambiental del recién nacido pretérmino de muy bajo peso. 2000, pág. 300.
- 13.-Perez Palacios Gregorio, Normas y Procedimientos de Neonatología, 2009.pág 387
- 14.-Potter, Patricia A. Fundamentos de Enfermería, 5ta ed.2002.pág1007.
- 15.-Rodríguez Sánchez Bertha Alicia, Proceso Enfermero, 2da ed. 2001pág 500
- 16.-David Vera G H Curso Taller CPAP Nasal pág. 29.