



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN RECIÉN NACIDO
BASADO EN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

SABRINA SÁNCHEZ NORIEGA.

NÚMERO DE CUENTA: 09713043-3

DIRECTORA DEL TRABAJO

MTRA. SANDRA SOTOMAYOR SÁNCHEZ.





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.

MÉXICO, DF 2011.

ÍNDICE.

MÉXICO, DF 2011.

ÍNDICE.

	INTRODUCCIÓN	6
I	JUSTIFICACIÓN	8
II	OBJETIVOS	10
III	METODOLOGIA	11
IV	MARCO TEORICO	12
4.1	Concepto de Enfermería	12
4.2	Antecedentes históricos de la enfermería	12
	Origen y evolución de la enfermería	12
	La enfermería moderna	13
	La enfermería hoy	13
4.3	Etapas históricas del cuidado	14
	Etapa doméstica	14
	Etapa vocacional	15
	Etapa técnica	16
	Etapa profesional	17
4.4	Teorías en enfermería	17
	Definición	18
	Objetivo	19
	Clasificación de las teorías	19
	Ventajas de los modelos teóricos	19
	Relación entre teoría, el proceso enfermero y las necesidades del paciente	20
4.5	Generalidades de la teoría de Virginia Henderson.	21
	Concepto de enfermería	21
	Postulados	22
	Valores	22
	Supuestos principales	23
	Asunciones científicas	24
	Asunciones filosóficas	24
	Elementos fundamentales	25
	Conceptos básicos	26
	Necesidades fundamentales	28

4.6	El cuidado como objeto de estudio	29
	Orígenes del cuidado	29
	El pensamiento de Collière	30
	Tipos de cuidado	32
	Cuidados enfermeros	33
	Características de la persona cuidada	33
4.7	Escuelas del pensamiento	34
	Escuela de las necesidades	34
	Escuela de la interacción	35
	Escuela de los efectos deseables	36
	Escuela de la promoción de la salud	36
	Escuela del ser humano unitario	36
	Escuela del caring	37
4.8	Construcción disciplinaria	37
	Enfermería como disciplina	38
	Paradigma de la categorización	39
	Paradigma de la interacción	40
	Paradigma de la transformación	41
	Identidad profesional	41
	Metaparadigma	42
4.9	Concepto y características del Proceso de Atención de Enfermería	44
4.10	Antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería	45
4.11	Características de cada etapa del Proceso de Atención de Enfermería	47
	Valoración	47
	Diagnóstico	48
	Planificación	50
	Ejecución	55
	Evaluación	56
4.12	Características del neonato	57
	Recién Nacido Prematuro	57
	Etiología	59
	Anomalías de la edad gestacional	60
	Fisiología y consideraciones respiratorias	60
	Fisiología y consideraciones cardiovasculares	61
	Termorregulación	61
	Nutrición: Fisiología digestiva, métodos de alimentación	62
	Fisiología renal	65
	Necesidades de líquidos	66
	Fisiología y consideraciones hepáticas	67
	Fisiología y consideraciones inmunológicas	67
	Períodos de reactividad y estados de conducta	68
	Fisiología y consideraciones del SNC	68
	Necesidades y resultados a largo plazo	68

V	APLICACIÓN DEL PAE A UN RN BAJO EL ENFOQUE DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON	69
5.1	Valoración	69
	Datos generales	69
	Historia perinatal	69
	Datos del niño al nacer	69
	Padecimiento actual	70
	Exploración física	70
	Valoración de las 14 necesidades de V. Henderson	71
	Análisis e interpretación de los datos	74
5.2	Planeación de los cuidados	76
	Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería	
5.3	Ejecución de los cuidados	110
	Registro de los cuidados	110
5.4	Evaluación de las respuestas	113
VI	CONCLUSIONES	116
VII	GLOSARIO	117
VIII	BIBLIOGRAFÍA	121
IX	ANEXOS	

INTRODUCCIÓN.

La enfermería es la disciplina que tiene como misión proporcionar los cuidados necesarios a los individuos, grupos o comunidades que en interacción con su entorno viven experiencias de salud; manteniendo la dignidad de estos y respetando sus diferencias.

La práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas; requiere de agudeza intelectual, basada en la aplicación de conocimientos científicos así como el ejercicio de un juicio clínico, que lleva a la realización de intervenciones sustentadas en acciones pensadas y reflexionadas que responden a las necesidades particulares de las personas que están a nuestro cuidado.

Como disciplina requiere de un método propio que le sirva de guía y de referencia para la adecuada aplicación de los cuidados de la enfermería. El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la metodología de la ciencia enfermera. La aplicación de un modelo conceptual de enfermería contribuye para lograr la autonomía profesional y fortalecer la identidad disciplinaria, porque orienta las funciones asistenciales, docentes y de investigación. El personal de enfermería ha desarrollado instrumentos para una valoración sistemática, categorías para el diagnóstico y mejores estrategias para la implementación. Paulatinamente la enfermera esta aprendiendo a aplicar los marcos teóricos de referencia a los procesos de atención de enfermería; estos procedimientos teóricos representan la base de la aplicación de los procesos científicos. Teorías, marcos de referencia y modelos conceptuales son dirigidos a los procesos de atención de enfermería y guían la selección de estrategias de implementación¹.

El Proceso de Atención de Enfermería es el instrumento propio de la disciplina que nos permite ejecutar acciones intencionadas de forma racional, lógica, sistemática e individual para responder y resolver las necesidades específicas de las personas que se les brinda el cuidado. Los cuidados de enfermería comprenden la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos científicos, el juicio clínico y la intuición haciendo del cuidado enfermero un acto comprometido, personal y sobre todo profesional.

1. Janet W Griffith. Proceso de Atención de Enfermería; aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno. 1ª edición. 1980. México.

El Proceso de Atención de Enfermería es un sistema de planificación, en la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto de cinco pasos sucesivos y que se relacionan entre sí y son los siguientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Hay que recalcar el Proceso de Atención de Enfermería tiene como finalidad brindar cuidados de calidad y contribuir al avance de la profesión.

En las siguientes páginas se evidenciara un Proceso de Atención de Enfermería que se implemento en el cuidado de un recién nacido, que se encontraba hospitalizado en el cunero del nosocomio que lleva por nombre Hospital General De Zona Troncoso. El paciente es procedente de la UTQ del antes mencionado y cuenta con dos días de vida.

El texto que se presenta se divide en tres secciones. La primera presenta la evolución histórica de la enfermería y las teorías de su desarrollo. Se describen varios marcos de referencia y modelos conceptuales de enfermería y las diferentes escuelas del pensamiento enfermero, la construcción disciplinaria y el metaparadigma de enfermería. La segunda parte describe características del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), los antecedentes históricos de este la descripción detallada de las diferentes etapas del PAE y generalidades del neonato. La tercera parte es propiamente la aplicación del proceso a un RN basándonos en las catorce necesidades de V. Henderson.

Deseo expresar mi gratitud primeramente a Dios por permitirme culminar este proyecto a mis padres por darme su amor y las bases necesarias para conformar el ser humano que hoy en día soy, a mi amado esposo y a mi adorada hija por su amor, estímulo y comprensión; a mis hermanos, por su apoyo incondicional y deseo mostrar mi aprecio y reconocimiento a la Mtra. Sandra Sotomayor Sánchez por su cooperación, apoyo y esfuerzo durante el tiempo que duró la elaboración del manuscrito.

I. JUSTIFICACIÓN.

La enfermería en México y en el mundo ha ido evolucionando, ha ido adquiriendo su propia identidad disciplinaria; basándose en un método propio llamado proceso de atención de enfermería (PAE). La aplicación del proceso nos delimita y fundamenta el campo de acción de la profesión. Es un instrumento efectivo y eficaz para la enfermera profesional.

El PAE es el instrumento metodológico propio de la disciplina, que nos permite ejecutar acciones intencionadas en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona necesitada de cuidados de salud reciba el mejor cuidado de enfermería posible.

A través del proceso se justifica nuestra práctica autónoma y claramente diferenciada pero estrechamente relacionada con el ejercicio de la medicina. Es decir **la aplicación del PAE nos da el carácter disciplinario que nos fortalece como profesión.**

El proceso fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos con el equipo interdisciplinario y con el propio paciente, lo que da como resultado un plan de cuidados integral. El uso del proceso, permite crear un plan de cuidados enfocado a tratar respuestas humanas individualizadas, frente a una alteración real o potencial de salud.

La aplicación del proceso en la práctica asistencial diaria, permite mejorar la continuidad y aumenta la calidad de los cuidados, ya que es menos probable que se produzcan omisiones o duplicaciones en la atención del paciente. Al seguir un método organizado y sistemático en la administración de los cuidados enfermeros, la enfermera puede realizar sus actividades de forma eficiente y dirigida a objetivos previamente determinados. Esto reduce la frustración que conlleva intentar proporcionar cuidados según un enfoque fortuito y desorganizado. Las enfermeras que ponen en práctica el proceso como directriz de sus actividades tienen la satisfacción de ver resultados tras la ejecución de sus acciones de salud; además de marcar la diferencia en la vida de sus pacientes mejorando la calidad de vida de estos.

El proceso nos permite encausar a la enfermera en su etapa de formación, a integrar los conocimientos teóricos con bases científicas, en la planeación ideal de la atención de los pacientes en sus diferentes etapas de vida en la práctica diaria. Logrando así crear

nuestro propio plan de atención, para brindar cuidados enfermeros con profesionalismo, ética y empatía que nos caracteriza; con el fin primordial de ofrecer cuidados de calidad y lograr una aproximación a la salud.

El PAE ubica a la licenciada no solo como cuidadora sino como investigadora de la salud, al planear y organizar de forma sistemática los cuidados requeridos por el ser humano que tiene afecciones de salud.

Por todo lo anterior se elige presentar un Proceso de Atención de Enfermería como opción para la titulación, ya que es una forma de fomentar el pensamiento crítico y analítico de la enfermera en su etapa de formación y del personal profesional día con día, para de esta forma contribuir a construir bases sólidas del profesionalismo enfermero.

II. OBJETIVOS

- 1) Profundizar, analizar y poner en práctica los elementos teóricos, metodológicos y tecnológicos del proceso de enfermería en la administración de los cuidados a un recién nacido para satisfacer de forma eficaz y eficiente sus necesidades.
- 2) Aplicar el proceso de atención de enfermería basado en un modelo de atención para la resolución de necesidades específicas del recién nacido de manera sistemática, organizada, intencionada, específica y sobre todo científica, holística y humanística.
- 3) Proporcionar cuidados de enfermería de alta calidad para mejorar la vida del paciente.
- 4) Elaborar y aplicar el proceso de atención de enfermería a un recién nacido para otorgar cuidados específicos de acuerdo a una valoración enfermera.
- 5) Desarrollar habilidades y destrezas en la realización de todas y cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería.
- 6) Evidenciar el pensamiento crítico y analítico que caracteriza al personal profesional de enfermería.

III. METODOLOGÍA.

Este proceso se realizará a un paciente con alteración en las necesidades fundamentales; para el cual se selecciona a un recién nacido pretérmino. Se entrevista a la madre y se le solicita autorización verbal, se hace otra cita para realizar el interrogatorio a cerca del embarazo y parto; paralelamente se consultan otras fuentes de información como el expediente clínico del paciente y bibliografía diversa como apoyo durante el tiempo que se desarrollara el proceso.

Posteriormente se hace la valoración del recién nacido, recavando los datos necesarios para la historia clínica ordenándolos y haciendo el análisis de los datos obtenidos. Finalmente se elabora el plan de intervenciones y la evaluación de los cuidados y de esta manera se podrá determinar el cumplimiento de los objetivos.

IV. MARCO TEORICO.

4.1. Concepto de enfermería.

Enfermería es la disciplina profesional que tiene por objeto proporcionar cuidados a los individuos, familias, grupos o comunidades sanos o enfermos para contribuir a mantener o recuperar su salud. Se busca la satisfacción de las necesidades fundamentales del paciente y su pronta independencia y reintegración a la sociedad.

La función específica de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo, en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios para realizarlas; y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible².

4.2. Antecedentes históricos de la enfermería.

4.2.1. Origen y evolución de la enfermería.

En siglos pasados los cuidados de enfermería eran ofrecidos por voluntarios con escasa formación, por lo general, mujeres de distintas órdenes religiosas. Durante las cruzadas, por ejemplo, algunas órdenes militares de caballeros también ofrecían enfermeras, y la más famosa era la de los Caballeros Hospitalarios (también conocida por los Caballeros de San Juan de Jerusalén). En países budistas los miembros de la orden religiosa Shanga han sido tradicionalmente los encargados de los cuidados sanitarios. En Europa, y sobre todo tras la Reforma, la enfermería fue considerada con frecuencia como una ocupación de bajo estatus adecuada solo para quienes no pudieran encontrar un trabajo mejor, debido a su relación con la enfermedad y la muerte, y la escasa calidad de los cuidados médicos de la época.

2. Kéroauc Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. 1ª edición. 2002. Barcelona España. Pag. 115.

4.2.2. La enfermería moderna comenzó a mediados del siglo XXI.

Uno de los primeros programas oficiales de formación para las enfermeras comenzó en 1836, en Alemania, a cargo del pastor protestante Theodor Fliedner. Por aquel tiempo otras órdenes religiosas fueron ofreciendo también formación de enfermería de manera reglamentada en Europa, pero la escuela de Fliedner es digna de mención por haberse formado en ella la reformadora de la enfermería británica Florence Nightingale. Su experiencia le brindó el ímpetu para organizar la enfermería en los campos de batalla de Crimen y, más tarde, establecer el programa de formación de enfermería en el hospital Saint Thomas de Londres. La llegada de las escuelas de enfermería de Nightingale y los heroicos esfuerzos y reputación de esta mujer transformaron la concepción de la enfermería en Europa y establecieron las bases de su carácter moderno como profesión formalmente reconocida.

Con la explosión del conocimiento técnico en el campo de la salud después de la II Guerra Mundial, el personal de enfermería ha comenzado también a especializarse en áreas particulares de asistencia sanitaria. Éstas incluyen áreas quirúrgicas, dentales, maternidad, psiquiatría y salud comunitaria. Dentro de cada una de estas especialidades se puede optar por una nueva especialización.³

4.2.3. La enfermería hoy.

La enfermería se ocupa de los cuidados del enfermo y otros trabajos relacionados con la prevención y la salud pública. Esto abarca las funciones y los deberes a cargo de quienes han recibido formación y preparación en el arte y la ciencia de la enfermería, por lo general en la ayuda a los médicos y otros profesionales sanitarios. En la mayoría de los países se considera la enfermería como profesión calificada para la que se precisa un programa de formación previa al reconocimiento académico.

La formación en la mayoría de los países, dura tres años y comprende formación general en medicina y experiencia práctica trabajando con pacientes bajo la supervisión

3. Catalina Gracia y María L. Martínez. Historia de Enfermería. Editorial Harcourt. 2001, Madrid España.

de enfermeras y enfermeros veteranos. El nivel de la educación sanitaria requerida para una enfermera varía según los países. Al final de la formación, y antes de recibir la diplomatura o título, el estudiante de enfermería tiene exámenes ante los organismos sanitarios o consejos de enfermería, dependiendo de cada país. Una vez obtenido el título se es libre de ejercer la profesión en cualquier país que reconozca las titulaciones, aunque muchos sólo reconocen las propias.

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como de proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentren enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Se caracteriza por centrarse en respuestas humanas de forma científica, holística, humanística y empática. Tiene un instrumento metodológico propio (PAE), Tiene funciones asistenciales, docentes, administrativas y de investigación en pro del fortalecimiento de la identidad profesional.

4.3. Etapas históricas de la enfermería.

Etapas históricas del cuidado enfermero (según Catalina García y María Luisa Martínez) las dividen en cuatro etapas.⁴

1. Etapa doméstica.
2. Etapa vocacional.
3. Etapa técnica.
4. Etapa profesional.

4. García Martínez C. Martínez Martín M.L., Edditorial Hort Court Internacional, Impreso en España.

4.3.1. Etapa doméstica.

De acuerdo a los estudios antropológicos y arqueológicos desde el inicio de la civilización el concepto de ayuda esta presente; lo que no está muy claro es que el concepto de enfermería aparezca con el hombre ya que en esta época se entremezclaban distintas formas de cuidar que a través del tiempo dieron lugar a diferentes disciplinas. De tal forma que en ese tiempo los cuidados se desarrollaban formando parte de la historia de la atención de la salud de la época, que comprendía desde las primeras civilizaciones hasta la caída del imperio romano.

Se denomino etapa doméstica por que la mujer en cada hogar se encargaba de dar los cuidados, y el objetivo prioritario de atención de la mujer cuidandera era el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio donde se encontraba; la mujer en la familia ya practicaba los rituales para asegurar la vida, su promoción y continuidad. Utilizaba los elementos naturales como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y aceites para su alimentación y las manos las utilizaban para el contacto maternal así como para transmitir bienestar.

Así pues, desde esa época los cuidados están encaminados al mantenimiento y conservación de la vida haciendo énfasis en la promoción de la higiene, la alimentación, el vestido y todas las medidas que hacen la vida más agradable y lo que actualmente se le denominan cuidados básicos.

4.3.2. Etapa vocacional.

En esta etapa el cuidar lo asocian con el nacimiento de la religiosidad de tal manera que durante el cristianismo la salud y la enfermedad la atribuían a los designios de Dios, y se concebían que el que enfermaba era por gracia del todo poderoso y el que sufría era un elegido de Dios.

Durante éste período las personas que se dedicaban al cuidado, debían tener actitudes consistentes, en hacer de la obediencia y sumisión una forma de vida y actuar en nombre de Dios en todo momento; permanecer en el seno de la iglesia, reconfortar por

medio del consejo moral y utilizar el cuidado como medio de salvación y comunicación con Dios. Como resultado de la expansión y florecimiento del cristianismo en el mundo occidental surgen las órdenes monásticas, religiosas y tuvo un gran auge el cuidado por los constantes problemas bélicos como las cruzadas.

Durante la época vocacional los conocimientos para dedicarse a la enfermería eran nulos, los procedimientos eran muy simples; lo que importaba era la actitud que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos o necesitados.

Desde ese punto de vista la práctica de enfermería no requería preparación en esta área únicamente necesitaba la formación religiosa; la enfermería se describía como una actividad ejercida por las personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. Esta etapa abarca desde el nacimiento del cristianismo hasta finalizar la edad moderna la historia universal.

4.3.3. Etapa Técnica.

En este periodo la salud es entendida como ausencia de enfermedad. Hubo la necesidad de adquirir mayor conocimiento sobre las causas de la enfermedad y tratamiento enfocado a la persona como sujeto de la enfermedad. Hubo mayor tecnología, aparatos más sofisticados y la atención se enfocó a la fase diagnóstica y curativa.

Se hizo necesario otro personal para realizar algunas tareas que hacían los médicos, análisis, pruebas diagnósticas y a estas personas encargadas del cuidado del enfermo se les llamó personal auxiliar o paramédico.

Esta etapa se inicia a mediados del siglo XIX con el advertimiento de los que Collière denomina “mujer enfermera auxiliar del médico”.⁵

La aparición de la enfermera técnica y la separación de los poderes político y religioso dieron paso al inicio de las enfermeras en vías de la profesionalización, y esto se le atribuye a Florence Nightingale.

5. Colliere, M. F. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill. 1993. Madrid España. Pag. 87.

4.3.4. Etapa Profesional.

En el mundo tan cambiante donde la salud es uno de los términos que posiblemente ha sido transformado de acuerdo a la evolución de la comunidad humana en lo económico, social y político; anteriormente se concebía la salud como ausencia de la enfermedad y actualmente se entiende por salud como un proceso integral y no como un estado.

En la actualidad la atención de la salud, no se hace de una forma aislada sino que interviene el equipo multidisciplinario para entender de forma eficaz y autónoma las diferentes actividades, para el mayor bienestar físico y una mejor adaptación de los individuos con su entorno.

En este período cambia la orientación del cuidado enfermero, entendiéndose como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual utilizando una metodología de trabajo propia de la disciplina. La enfermería se desprende de otras disciplinas para obtener identidad profesional y la enseñanza se incluye en la universidad.

4.4. Teorías en enfermería.

4.4.1. Definición.

Teoría es el 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.

Las obras teóricas en enfermería se organizan en tres grupos según las características que predominan en su enfoque teórico:

1. Filosofías
2. Modelos conceptuales.
3. Teorías.

Filosofías.

Las filosofías fueron los primeros trabajos en la enfermería los cuales se basaban en el análisis, el razonamiento y los argumentos lógicos para identificar los fenómenos y los conceptos teóricos, dentro de los años 80's y 90's resurgió una filosofía de la enfermería humanística, su visión de enfermería como una combinación de ciencia y arte se han agrupado a: Nightingale, Wiedenabach, Henderson, Abdellach, Hallm, Watson y Benner.

Modelos Conceptuales.

Las grandes teorías suelen incluir en sus modelos conceptuales de enfermería distintos aspectos del ser humano, el entorno y la salud. Su propuesta de modelos conceptuales enfocados al desarrollo directo de las teorías y en estos modelos se agrupan los trabajos de: Orem, Levine, Rogers, Honson, Roy, Neuman, Kingy el grupo de Roper, Logan y Tierney.

Teorías de Enfermería.

Las teorías de enfermería son una comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de enfermería con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería.⁶

El desarrollo de la teoría es considerado por muchas enfermeras como una de las labores más cruciales a las que se enfrenta la profesión hoy en día. La implementación de un marco teórico o modelo conceptual, es una forma de enfocar (conceptualizar) una disciplina de manera inequívoca, que implica un lenguaje común y comunicable a otros. Un marco conceptual de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar predecir y/o prescribir un cuidado enfermero; ofrece a las enfermeras una perspectiva para considerar las situaciones del cliente, una forma de

6. Mirriner Tomey Ann(1999), Introducción al análisis de las teorías de enfermería 4ª edición, Editorial Harcourt, Madrid España.

organizar los datos, y un método para analizar e interpretar la información; permite a la enfermera planificar y poner en práctica los cuidados, con una finalidad concreta. La aplicación de la teoría enfermera a la práctica, depende de los conocimientos enfermeros de la enfermera, y de los modelos teóricos interdisciplinarios (Fernández, 2000).

Una teoría, al igual que un modelo conceptual, se constituye con conceptos y proposiciones, aunque explica con mucho más detalle todos los fenómenos a los que se refiere. El proceso enfermero hay que recalcar no es una teoría.

4.4.2. Objetivo.

El primer objetivo de la teoría es generar conocimientos en un determinado campo; mientras que el marco conceptual representa el método a seguir en lo asistencial, educativo y de investigación (Kozier, 1993).

4.4.3. Clasificación.

Las teorías se clasifican en tres categorías: Normativas, Axiomáticas y Causales.

Normativas. Estas utilizan conjuntos de leyes en un enfoque inductivo los cuales tratan de descubrir patrones de comportamiento en los resultados de las investigaciones. Los resultados se seleccionan y clasifican, según el grado de respaldo empírico que demuestran en leyes, generalizaciones empíricas e hipótesis.

Axiomáticas. El método axiomático se basa en un sistema lógico interrelacionado de conceptos, definiciones y enunciados de relaciones estructurados de forma jerárquica.

Causal. Permite ampliar el conocimiento de los fenómenos a través de enunciados que determinan las relaciones causales entre variables dependientes y las independientes.

Todavía se siguen desarrollando las teorías de enfermería, ya que no se ha llegado a un consenso sobre su naturaleza y estructura. Cada teoría recibe el nombre de la persona que ha desarrollado y refleja sus ideas. Algunas bien conocidas son:

- Virginia Henderson (1966): Modelo complementario-suplementario (Escuela de las necesidades).
- Dorotea E. Orem (1980): Modelo del autocuidado (Escuela de las necesidades).
- Myra Levine (1973): Teoría de la conservación (Escuela de los efectos deseables).
- Dorothy E. Jhonson (1980): Modelo de sistemas de conducta (Escuela de los efectos deseables).
- Betty Neuman (1982): Modelo de sistemas de asistencia sanitaria (Escuela de los efectos deseables).
- Callista Roy (1976): Modelo de adaptación (Escuela de los efectos deseables).
- Imogene King (1981): Teorías de sistemas abiertos y de interacción (Escuela de la interacción).
- Madeleine Leininger (1984): Teoría de los cuidados transculturales (Escuela del caring).
- Martha Rogers (1970-1980): Teoría del proceso vital; ciencia de los seres humanos unitarios (Escuela del ser unitario).
- Rosamarie Parse (1987): Modelo de salud de los seres vivos (Escuela del ser humano unitario).⁷

4.4.4. Ventajas de los modelos teóricos enfermeros.

- Ofrecer los conocimientos para mejorar la administración, la práctica, la administración y la investigación enfermera.
- Guiar la investigación para establecer una base empírica de conocimientos enfermeros.
- Identificar el área que debe estudiarse.
- Identificar las técnicas y herramientas de investigación que tienen que utilizarse para validar las intervenciones enfermeras.

7. Kéroac Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. 1ª edición. 2002. Barcelona España. Pag. 125.

- Identificar la naturaleza de la contribución que la investigación hará al avance del conocimiento.
- Formular la legislación que controle la práctica, la investigación y la educación enfermera.
- Formular reglamentos que interpreten la legislación sobre la práctica enfermera, de manera que las enfermeras y otras personas entiendan mejor las leyes.
- Desarrollar planes de estudio de la educación enfermera.
- Establecer los criterios para medir la calidad del cuidado, la educación y la investigación enfermera.
- Guiar el desarrollo del sistema de prestación de servicios enfermeros.
- Desarrollar una estructura y un fundamento sistemático para las actividades enfermeras.

4.4.5. Relación entre teoría, el proceso enfermero y las necesidades del paciente.

La teoría es la generación de conocimientos enfermeros para su uso en la práctica. El proceso es el método para aplicar la teoría o los conocimientos. La integración de la teoría y el proceso es la base de la enfermería profesional. El proceso enfermero es una herramienta para la práctica enfermera y es la estructura básica para organizar los cuidados enfermeros. El proceso es adaptable a los distintos clientes y establecimientos sanitarios.⁸

4.5. Generalidades del modelo de Virginia Henderson.

4.5.1. Concepto de enfermería.

“La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de sus actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda si

8. Muron Aguilar Victoria. Modelos de Enfermería. Editorial Trillas. 1ª edición 2000. México.

tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible.”⁹

En el concepto anterior, el objetivo de la acción de enfermería en la conservación o la recuperación de la salud es: asistir al paciente y su familia en la satisfacción de sus necesidades en que demuestren dependencia y tratar de hacerlos independientes a la mayor brevedad. Desarrollando un plan de acción según las necesidades en que se detecta la dependencia y las causas de ésta (falta de fuerza, voluntad o conocimiento).

Virginia Henderson afirma que la enfermera es, y debe ser legalmente, un profesional independiente, capaz de hacer juicios independientes. Considera a la enfermera como la mayor autoridad en los cuidados básicos en 14 componentes, o necesidades básicas de la persona, que abarcan todas las posibles funciones de la enfermera.

4.5.2. Postulados.

- ✓ Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea.
- ✓ El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales.
- ✓ Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está “completo”, “entero”, “independiente”.

4.5.3. Valores que fundamentan el modelo de V. Henderson.

- ✓ La enfermera tiene funciones que le son propias.
- ✓ Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado.
- ✓ La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar.

9. Kéroac Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. 1ª edición. 2002. Barcelona España. Pag. 91.

4.5.4. Supuestos principales.

Henderson no cita directamente lo que cree que constituyera sus supuestos fundamentales. Los siguientes supuestos han sido adaptados a partir de las publicaciones de Henderson.

Enfermería:

- ✓ La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- ✓ La enfermera actúa como un miembro de un equipo sanitario.
- ✓ La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan. Henderson subrayaba que la enfermera, como la comadrona, pueda actuar independientemente y debe de hacerlo así; es la persona sanitaria mejor preparada para proporcionar cuidados. La enfermera puede diagnosticar y aplicar un tratamiento cuando la situación así lo requiera.
- ✓ Una enfermera debe tener nociones tanto de biología como de sociología.
- ✓ Una enfermera puede valorar las necesidades humanas básicas.
- ✓ Los 14 componentes del cuidado de enfermería abarcan todas las funciones posibles de enfermería.

Persona:

- ✓ Las personas deben mantener el equilibrio fisiológico y emocional.
- ✓ El cuerpo y la mente de una persona no se pueden separar.
- ✓ El paciente requiere ayuda para conseguir su independencia.
- ✓ El paciente y su familia constituyen una unidad.
- ✓ Las necesidades del paciente están incluidas en las 14 componentes de enfermería.

Salud:

- ✓ La salud es la calidad de vida.
- ✓ La salud es fundamental para el funcionamiento humano.
- ✓ La salud requiere independencia e interdependencia.

- ✓ Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo.
- ✓ Toda persona conseguirá estar sana o mantendrá un buen estado de salud si tiene la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.

Entorno:

- ✓ Las personas sanas pueden controlar su entorno pero la enfermedad puede interferir en dicha capacidad.
- ✓ La enfermera debe formarse en cuestiones de seguridad.
- ✓ Las enfermeras deben proteger a los pacientes de las lesiones mecánicas.
- ✓ Las enfermeras deberán reducir al mínimo la posibilidad de accidentes a través de consejos en cuanto a la construcción de edificios, adquisiciones de equipo y mantenimiento.
- ✓ Los médicos se sirven de la observación y valoraciones de las enfermeras en las que basan sus prescripciones para aparatos de protección.
- ✓ Las enfermeras deben conocer las costumbres sociales y las prácticas religiosas para valorar los riesgos.¹⁰

4.5.5. Asunciones científicas:

- ✓ La persona es un todo complejo con 14 necesidades básicas.
- ✓ La persona quiere la independencia y se esfuerza para lograrla.
- ✓ Cuando una necesidad no esta satisfecha la persona no es un todo.

Estas tres asunciones se refieren al concepto de persona, por el interés de Henderson por destacar una visión integral del ser humano.

4.5.6. Asunciones filosóficas.

- ✓ La enfermera tiene una función propia, aunque comparta actividades con otros profesionales.
- ✓ Cuando la enfermera asume el papel del médico abandona su función propia.

10. Fernández Fermín C. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, Barcelona España, 2003.

- ✓ La sociedad espera un servicio de la enfermera que ningún otro profesional puede darle.

Las asunciones filosóficas hacen referencia al rol profesional, donde intenta marcar los límites que separan las áreas de competencia médica y enfermera.

4.5.7. Elementos fundamentales:

El modelo incluye las siguientes conceptualizaciones: objetivo de los cuidados, usuario del servicio, rol profesional, fuente de dificultad, intervención de la enfermera y consecuencias de la intervención.

El objetivo de los cuidados consiste en ayudar a la persona a satisfacer sus necesidades básicas.

El usuario del servicio es la persona que presenta un déficit, real o potencial, en la satisfacción de sus necesidades básicas o que sin presentarlo, tiene un potencial que desarrollar.

El rol profesional consiste en suplir la autonomía de la persona (hacer por ella) o ayudar a lograr la independencia (hacer con ella), desarrollando su fuerza, conocimientos y voluntad para que utilice de forma óptima sus recursos internos y externos.

La fuente de dificultad o área de dependencia alude a la falta de conocimientos, de fuerza o de voluntad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas.

La intervención de la enfermera incluye dos elementos que son el centro de la intervención y los modos de intervención:

- 1) Centro de intervención: Son las áreas de dependencia de la persona, es decir, la falta de conocimientos (saber que hacer y como hacerlo), de fuerza (por qué y para qué hacerlo) o de voluntad (querer hacer).

- 2) Modos de intervención. Se dirigirán a aumentar, completar, reforzar o sustituir la fuerza, el conocimiento o la voluntad.

La voluntad puede reforzarse, aumentarse o completarse, pero no puede sustituirse.

Las consecuencias de la intervención son la satisfacción de las necesidades básicas, ya sea supliendo la autonomía o desarrollando los conocimientos, la fuerza y la voluntad de la persona, en función de su situación específica.

4.5.8. Conceptos básicos.

Es necesario definir los conceptos de necesidades básicas, cuidados básicos, independencia, autonomía, agente de autonomía asistida, datos de independencia y datos que deben considerarse.¹¹

Necesidades básicas:

Son requisitos fundamentales indispensables para mantener la integridad, entendida como la armonía de todos los aspectos del ser humano, su satisfacción esta condicionada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de la persona, interrelacionándose las 14 necesidades básicas.

Cuidados básicos:

Es el conjunto de intervenciones terapéuticas, reflexionadas y deliberadas, basadas en un juicio profesional y dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de la persona. Es cualquier cuidado enfermero que la persona requiera para alcanzar su independencia o ser suplida en su autonomía, sea cual sea su grado de dificultad.

Independencia:

Es el nivel óptimo de desarrollo de potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida. El término “situación de vida” se refiere al aquí y ahora de la persona, considerando aspectos biofisiológicos, socioculturales y espirituales.

11. García González Ma. De Jesús et al. El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica enfermera. 1ª edición. 2000 México.

Dependencia:

Es el desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida, a causa de falta de fuerza, conocimientos o voluntad.

Autonomía:

Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma. La definición de fuerza hace referencia a la capacidad física y psíquica para realizar las acciones necesarias con la finalidad de satisfacer las necesidades básicas.

Agente de autonomía asistida:

Es la persona que, cuando el usuario carece de autonomía, hace por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer aquellas necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia: en las necesidades básicas.

Manifestaciones de independencia:

Conductas de la persona adecuadas para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su situación de vida. Por conducta debe entenderse acciones o reacciones sobre las que la persona puede incidir de forma voluntaria.

Manifestaciones de dependencia:

Son conductas de la persona que resultan incorrectas, inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a la situación de vida.

Conducta incorrecta. Si resulta perjudicial para la salud de cualquier persona.

Conducta inadecuada aquella que es perjudicial o contraproducente en el caso que nos ocupa.

Conducta insuficiente. Es la que siendo adecuada no alcanza el grado deseado.

Funciones de enfermería independientes:

Las que la enfermera está capacitada para atender y están incluidas en el campo del diagnóstico y tratamiento de enfermería.

Funciones de enfermería interdependientes:

Son las que desarrolla mediante una labor de equipo.

Funciones de enfermería dependiente:

Son las actividades que la enfermera desarrolla de acuerdo con las prescripciones médicas.

Henderson identificó tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

1. La enfermera como sustituto del paciente.
2. La enfermera como ayuda del paciente.
3. La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

La enfermera como sustituto del paciente. En estado de enfermedad grave, la enfermera puede considerarse como un sustituto de lo que le hace falta al paciente para sentirse completo o independiente.

La enfermera como ayuda del paciente. Para recuperar su independencia.

La enfermera como compañera y orientadora del paciente. Imparte educación sobre la salud, al paciente y familia, y junto con el paciente y la familia, formulan juntos el plan de cuidados, lo ejecutan y lo evalúan.¹²

4.5.9. Necesidades fundamentales.

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.

12. Luis Rodrigo Ma, et al. De la teoría a la práctica del pensamiento de Virginia Henderson. Editorial Mason. 2ª edición. 2002 Barcelona España.

8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros.
10. Comunicarse.
11. Vivir según creencias y valores.
12. Realización y autoestima.
13. Recrearse.
14. Aprender.¹³

4.6. El cuidado como objeto de estudio de la enfermería.

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud. Según la definición elaborada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la «ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual». La enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Podríamos definir enfermería como una disciplina cuya función principal es brindar **cuidados** a individuos, familia y comunidad. La enfermería tiene un cuerpo de conocimientos propios que sustentan una serie de acciones. También hay que tener actitudes como **saber ser y saber estar** a la hora de llevar a cabo esas intervenciones.

La enfermería utiliza el término cuidar y cuidados desde hace más de un siglo y medio.

Aún no se ha llegado a un acuerdo sobre la definición de “cuidados”.

4.6.1. Orígenes del cuidado.

Morfosintácticamente, cuidar es un verbo que denota acción, deriva en un sustantivo: cuidado, que denota resultado o intervenciones, el adjetivo cuidado denota cualidad. El término cuidar es polisémico.

13. Fernández Fermín C. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, Barcelona España, 2003. Pag. 124

Para llevar a cabo esta acción necesitamos saber: saber hacer y saber ser/estar.

La acción de cuidar es un hecho humano, está enraizada en la vida misma, realizada por los seres humanos con fines variados.

Aún siendo una acción humana y pudiendo dirigirse a diferentes aspectos, en el ámbito sanitario es personal, teniendo en cuenta la integridad, la pluridimensionalidad, la singularidad, y el hecho de que la persona es metafísica.

Cuidar y curar no son sinónimos, pero tampoco excluyentes.

4.6.2. El pensamiento de Collière

Ha profundizado en los cuidados y el cuidar. En sus escritos habla de que las enfermeras deben aprender a pasar de un oficio a una profesión.

La enfermera **F. Collière** define **cuidar** como:

Mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables que son diversas en sus manifestaciones.

El ser humano está creado para cuidar y ser cuidado. Necesita cuidar a otro para desarrollarse a en el sentido ético, también necesita ser cuidado en diferentes etapas para poder hacer frente a las barreras de la vida y alcanzar la plenitud.

Collière define **cuidados** como:

Conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Los cuidados son tan antiguos como el hombre.

La historia de los cuidados se origina alrededor de dos ejes:

- Asegurar la continuidad de la vida.
- Enfrentarse a la muerte.

Asegurar la continuidad de la vida

Se inscribe en los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de unas necesidades básicas, como proteger recursos, territorio, alimentarse...

Son necesarios para que la vida continúe: cuidados de la mujer, niños, muertos, recursos...

Todas estas actividades crean en el grupo unos ritos y creencias que constituyen un patrimonio. Al atribuir estas actividades a hombres y mujeres, nace la primera división sexual en el trabajo.

Los cuidados desde la perspectiva de asegurar la vida, corren a cargo de la mujer.

Enfrentarse a la muerte.

Asegurar la supervivencia es algo difícil, para asegurar la vida hay que enfrentarse a la muerte.

Dentro de los grupos se separa lo que ocurre en bueno o malo para la vida.

El mal se relaciona con el mal y con la muerte, dentro de los grupos encargan a chamanes o sacerdotes el llevar a cabo estos ritos para reconciliar las fuerzas del bien y del mal; también son las personas encargadas de identificar a los portadores del mal y dicen como hay que tratar a estas personas.

En la evolución del papel del chamán, aparece el sucesor, que es el médico, un nuevo descriptor del mal, es un especialista mediador entre los signos y síntomas del enfermo.

Con la aparición de los hospitales se genera la posibilidad de experimentar nuevas técnicas y buscar el foco del mal se convierte en la principal preocupación del médico, así nace la clínica.

Con el avance de las tecnologías el médico es capaz también de determinar lo que la persona tiene que hacer.

Los cuidados médicos son los únicos que se consideran científicos, los de asegurar la vida pierden auge. Se empieza relacionar el cuidado con tratar la enfermedad.

Los cuidados enfermeros son la profesionalización de la actividad humana de cuidar; son todo aquello que ayuda y permite asistir a la persona.¹⁴

4.6.3. Tipos de cuidados.

- *De estimulación*

Centrados en despertar las capacidades de la persona (oír, respirar, hablar...) relacionados con el desarrollo psicomotriz.

- *De confirmación.*

Dan seguridad a la persona. Favorecen la integración de las experiencias vividas.

- *De conservación de la vida.*

Mantener las capacidades adquiridas, para desarrollar las actividades cotidianas

- *Autoimagen.*

Contribuyen a constituir y valorar la imagen física. Ligados con la comunicación verbal y no verbal (vestir, higiene...)

- *De compensación.*

Suplen a las capacidades no adquiridas todavía o pérdidas de forma total o parcial.

- *De sosiego.*

Liberan las tensiones, aportan tranquilidad y eliminan o sosiegan el dolor.

Todas estas finalidades están interrelacionadas. La prevalencia de unos sobre otros viene determinada por la pluridimensionalidad, totalidad y situación de vida de la persona.

14. Colliere, M. F. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill. 1993. Madrid España. Pag. 125

4.6.4. Cuidados enfermeros integrales.

Cuidar de forma integral es compadecerse de la persona, ponerse en su lugar: establecer una relación empática y saber lo que realmente necesita.

Cuidar como suplencia es poner al abasto todos los recursos para que pueda cuidarse por sí mismo o mediante algún familiar.

Cuidar como transferencia es invitar a la persona a que transfiera su angustia, que deposite su confianza en la persona que lo cuida.

Cuidar como disponibilidad es ponerse al servicio de la persona, convertirlo en el centro de la atención.

Cuidar de una persona no es arrastrarla a un sitio establecido ni privarle de libertad, es acompañar a la persona a su ritmo, sin marcarlo.

Es ayudarla a constituir su proyecto de vida son someterle a pautas de conducta predeterminadas, es estar presente con la persona, establecer una relación de presencia continua, que la persona te sienta como un recurso.

Cuidar a alguien es singularizarlo, llamarlo por su nombre.

4.6.5. Características de la persona cuidada.

- Pluridimensionalidad.

Nos referimos a la persona como una estructura con dimensiones biofisiológicas, socioculturales, espirituales y psicológicas. Esto hace a la persona distinta, estas dimensiones están interrelacionadas.

Se entiende a la persona como un sistema abierto en interacción con el entorno; este sistema está compuesto por subsistemas también interrelacionados entre ellos.

Los **cuidados enfermeros** tienen en cuenta a la **persona** al **entorno** y a la **salud**; estos son los fenómenos nucleares de la disciplina enfermera. Es el **metaparadigma**.

4.7. Escuelas del pensamiento.

Los modelos conceptuales reflejan la riqueza del pensamiento enfermero que esta continuamente en evolución. Los trabajos de las enfermeras teorizadoras permiten, precisar lo esencial de la disciplina enfermera. Estos modelos conceptuales sirven de guía para la práctica, formación investigación y gestión de los cuidados enfermeros. Orientan la práctica de la enfermera proporcionándole una descripción, por ejemplo; de la meta que ella sigue, de su rol y de sus actividades de cuidados. Estos modelos también sirven para precisar los elementos esenciales en la formación de las enfermeras, los fenómenos de interés para la investigación enfermera así como las actividades de cuidados y las consecuencias que de éstas se esperan para la gestión de los cuidados y enfermeros. Seis de las escuelas prevalecen actualmente:

- Escuela de las necesidades.
- Escuela de la interacción.
- Escuela de los efectos deseables.
- Escuela de la promoción de la salud.
- Escuela del ser humano unitario.
- Escuela del caring.

4.7.1. Escuela de las necesidades.

Los modelos de la escuela de las necesidades han intentado responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado esta centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de las necesidades fundamentales o en su capacidad para llevar a cabo los autocuidados. La enfermera remplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con la salud, y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades, o en la realización de sus autocuidados.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas del desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. La persona es concebida con necesidades jerárquicas las

cuales al irse satisfaciendo surgen otras de nivel más elevado. Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorotea Orem y Faye Abdellah.

4.7.2. Escuela de la interacción.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo?

Según la escuela de la interacción, el cuidado es un proceso interactivo entre la persona que tiene necesidades de ayuda y otra capaz de ofrecer ayuda. Con el fin de poder ayudar a una persona, la enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.

El cuidado es una acción humanitaria y no mecánica. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería planificar una intervención.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Peterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Ernestina Wiedenbach e Imogene King.

4.7.3. Escuela de los efectos deseables.

La escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que hacen? Sin ignorar el qué y el cómo, este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasis o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.

La escuela de los efectos deseables propone objetivos amplios y ambiciosos, para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Jhonson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Newman.

4.7.4. Escuela de la promoción de la salud.

La escuela de la promoción de la salud responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centrada sobre el qué de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?.

Según la escuela de la promoción de la salud, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

La filosofía de los cuidados de salud y la teoría del aprendizaje social de Bandura son las fuentes explícitas subyacentes en esta concepción.

Moyra Allen desarrollo un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia.

4.7.5. Escuela del ser humano unitario.

La escuela del ser humano unitario se sitúa en el contexto de la orientación de la apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Es gracias a la escuela del ser humano unitario que el holismo ha conseguido todo su significado. Las fuentes filosóficas son el existencialismo, la fenomenología y la teoría general de los sistemas de Bertalanffy.

Sus principales exponentes son Martha Rogers, Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parse.

4.7.6. Escuela del caring.

Centrándose en el cuidado esta escuela intenta responder de nuevo a la pregunta ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen? Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura, y se integran conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Las teorizadoras son Jean Watson, Madeleine Leiniger.¹⁵

4.8. Construcción disciplinaria.

Una disciplina como ciencia debe de pensarse y de construirse desde la historia, desde la práctica profesional, desde la filosofía de la ciencia, desde la historia comparada de las ciencias, las orientaciones que configuran el contenido de los estadios del proceso de la identidad profesional y construcción disciplinar son:

1. Religioso-vocacional: centrados en el dolor y el sufrimiento e implican una conducta moral de la enfermera; derivados de la tradición de servir y de la salvación eterna a través del cuidado de los más necesitados.
2. Laico-laboral: centrados en el auxilio social, la enfermedad y la técnica; derivados del cambio de status de la mujer y la ampliación de su campo laboral.
3. Auxiliar de medicina: centrados en la enfermedad y la técnica; derivados del avance de las tecnologías y de las tareas delegadas de la medicina.
4. Prestación de un servicio enfermero-científico-social propio: centrados en el concepto holístico del hombre y en proposiciones de carácter científico relacionadas con los cuidados de enfermería; derivados del planteamiento teórico-científico de los cuidados enfermeros y de una identidad profesional y disciplinar.

15. Kéroac Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. 1ª edición. 2002. Barcelona España. Pag. 56

Así pues, las concepciones teóricas enfermeras del siglo XX surgen de la necesidad histórica de proporcionar a la enfermería un estatuto disciplinar, desde las prescripciones de la filosofía de la ciencia.

4.8.1. Enfermería como disciplina.

La filosofía es una disciplina por derecho propio; pero al mismo tiempo la filosofía de una disciplina tiene que ver con los valores que gobiernan su desarrollo científico y la justificación de la misma. Es la filosofía la que proporciona un marco acerca de los conceptos nucleares de la disciplina y la que genera las asunciones filosóficas que guían la construcción teórica.

Una disciplina es un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o por una manera distinta de examinar los fenómenos (Kerouac, 1996) Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidados al lado de las personas provenientes de diversos lugares.

La disciplina de enfermería; según Carper (1978), incluye el contenido de cuatro patrones de conocimiento diferenciados e íntimamente relacionados entre sí; conocimiento empírico (ciencia enfermera), conocimiento ético (conocimiento moral), conocimiento estético (el arte de la enfermería) y el conocimiento personal (autoconocimiento).

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido que los conceptos; cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera. Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas “paradigmas”; son utilizados para significar las conexiones entre ciencia, filosofía y teoría que acepta una disciplina (Fernández, 2000).

La disciplina enfermera está influida por tres grandes corrientes filosóficas del pensamiento: la corriente de la categorización, la corriente de la integración o totalidad hombre/entorno y la corriente de la transformación o simultaneidad hombre/entorno, las cuales determinan diferentes puntos de vista para contemplar y analizar los fenómenos nucleares de la disciplina (persona, entorno, salud y rol profesional), así como para establecer las relaciones lógicas entre ellos.¹⁶

4.8.2. Paradigma de la categorización.

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Un cambio es un fenómeno, es una consecuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones lineales y causales. El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera: orientación hacia la salud pública y orientación hacia la enfermedad.

Orientación hacia la salud pública; desde el siglo XVIII hasta el XIX, se ha visto la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios; estas son las motivaciones espirituales y humanitarias que influenciaron profundamente los cuidados enfermeros de la época. Considera a la persona según los componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como, por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Determinados factores como el aire, el agua, la luz, etc.; son factores del entorno, válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos”: El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal (Kerouac, 1996).

Orientación hacia la enfermedad: La orientación hacia la enfermedad se sitúa hacia finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas

16. Dossier Erb. Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y prácticas. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 4ª edición. España.

quirúrgicas; la erradicación de las enfermedades transmisibles. La salud es concebida como la ausencia de la enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única, el factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores personales o ambientales. El cuidado está enfocado hacia los problemas, el déficit o las incapacidades de la persona. La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es concebible e independiente; empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte. El entorno es un elemento separado de la persona, es físico, social y cultural, debe ser manipulado y controlado (Kerouac, 19996).

4.8.3. Paradigma de la integración.

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización, reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. El contexto en el que se encuentra una persona en el momento en el que aparece una infección influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento, este paradigma ha inspirado la orientación hacia la persona.

Orientación hacia la persona.

En América del Norte, se sitúa la orientación hacia la persona hacia 1950 y 1975; marcada por dos hechos: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas; los componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales están relacionados. La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica; la salud es un ideal que se ha conseguido y esta influenciada por el contexto en el que la persona vive. El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político etc.) en el que la persona vive, las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacción de adaptación.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta a una disciplina médica; como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone.

4.8.4. Paradigma de la transformación.

En el paradigma de la transformación, la interacción de los fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica; se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Es la base de una apertura hacia el mundo.

Apertura hacia el mundo.

Esta apertura tiene lugar en la mitad de la década de los años setenta, marcada por la apertura de las fronteras, en la cultura, en la economía y finalmente en la política; destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad; éste ser entero y único es indisociable de su universo. La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad del ser humano-entorno; la salud se integra en la vida misma del individuo, la familia los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular. El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define, intervenir significa estar con la persona en un cuidado individualizado, apoyado en el potencial de la persona. El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte; evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre el entorno y el ser humano.¹⁷

4.8.5. Identidad profesional.

El complejo entramado histórico que desde la segunda mitad del siglo XIX ha vivido la enfermería, nos presenta un panorama de hechos que, de forma vertiginosa y

17. Kéroac Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. 1ª edición. 2002. Barcelona España. Pag. 132.

simultánea, han cristalizado durante las últimas décadas la identidad profesional. El reto es constituirse como disciplina científica en el seno de las universidades.

La enseñanza superior consiste en el profesionalismo e investigación, y estará integrada por tres funciones:

- Transmisión de la cultura.
- Enseñanza de las profesiones.
- Investigación científica y educación de nuevos hombres de ciencia.

La formación universitaria se inicia en el caminar interrogativo, obliga al cuestionamiento y a la argumentación, permitiendo la adquisición del dominio del pensamiento escrito.

La enfermería, como disciplina desde la enseñanza superior, debe interiorizar los postulados vigentes en el seno de la universidad, considerando su situación paradigmática como punto de partida, y estableciendo estructuras de pensamiento y de acción que obliguen al cuestionamiento y la argumentación de su objeto de estudio.

4.8.6. Metaparadigma.

Es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio, de tal forma que no abarquen los objetos de estudio de otras disciplinas.

El metaparadigma de la enfermería se constituye por cuatro componentes principales:

- Persona.
- Ambiente.
- Salud.
- Enfermería.

Persona:

Es la unidad esencial humana del cuerpo y el espíritu como ser individual, se sabe como un ser que posee espiritualidad y se comprende así mismo; cotidianamente piensa, siente, quiere, desea, tiene objetivos y planes, alegrías y tristezas y a través de todo experimenta su “yo” como algo determinado y concreto, como ser personal radicalmente único y singular, que destaca de todos los hombres por extraños o familiares lejanos o cercanos que le puedan resultar, es así como la persona se considera única y particular, lo que determina necesidades propias las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería.

Ambiente:

Se concibe como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes, que influye sobre la vida y el comportamiento del propio ser, de tal manera que esta representa para el individuo un espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en cualquier momento.

Salud:

Es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, es principio y motor de la vida y no puede ser absoluta porque es inseparable del ambiente social y ecológico de la comunidad, el cual es esencialmente variable debido a la actividad del hombre.

Enfermería:

Es una disciplina cuyo objeto de estudio es la salud de la persona sana o enferma, en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potenciales para la vida.

4.9. Concepto y características del proceso de atención de enfermería.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de enfermería de forma humanística, centrado en el logro de objetivos basados en la identificación de problemas reales o potenciales de salud de un individuo, familia o comunidad.¹⁸

Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera que le permite organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; sistemático por estar conformado por cinco etapas con un orden lógico que conduce al logro de resultados.

Entre otras características se menciona el ser intencionado porque se centra en el logro de objetivos, que permitiría guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir factores de riesgo. Es dinámico porque está sujeto a cambios por la naturaleza del hombre. Es flexible porque puede adaptarse a la práctica de enfermería en cualquier lugar o área especializada. Interactivo porque permite la interacción con los usuarios y los demás profesionales de salud para lograr objetivos comunes.

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente define el campo del ejercicio profesional y consolida la identidad profesional, el cliente se ve beneficiado ya que recibe atención continua y de calidad y para el personal enfermero profesional produce satisfacción al alcanzar los objetivos que se estableció, además de que marca la diferencia en la vida de sus pacientes mejorando su calidad de vida.

Beneficios de utilizar el Proceso de Atención de Enfermería.

- ✓ Impide omisiones y repeticiones innecesarias.
- ✓ Aumenta la calidad y la continuidad de la atención de enfermería.
- ✓ Fomenta el establecimiento de objetivos mutuos.
- ✓ Permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas.

18. Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Editorial Masson. 2ª edición. 2003. Barcelona España.

- ✓ Estimula la participación del paciente.
- ✓ Evidencia el pensamiento crítico y analítico del personal profesional.
- ✓ Contribuye para lograr la autonomía profesional.
- ✓ Fortalece la identidad disciplinaria.

El Proceso de Atención de Enfermería consta de cinco etapas que se relacionan entre sí y son las siguientes:

- 1) Valoración.
- 2) Diagnóstico.
- 3) Planificación o planeación.
- 4) Ejecución o actuación.
- 5) Evaluación

4.10. Antecedentes históricos del Proceso de Atención de Enfermería.

Hoy día es muy utilizado el término proceso de atención de enfermería pero este término se introdujo de forma reciente en el Reino Unido en 1980; sin embargo, quince años antes, la idea de proceso de enfermería ya era usada en la literatura de Estados Unidos por teóricos de la enfermería que desarrollaban esquemas conceptuales para esta disciplina. Las enfermeras británicas tomaron con recelo la idea del proceso el cual al introducirse, encontró resistencias considerables. A pesar de la resistencia inicial, se reconoció muy rápido al proceso de enfermería a nivel formal; en 1977 el cuerpo de registro profesional del Reino Unido (entonces El General Nursing Council, ahora United Kingdom Central Council) decretó que “el cuidado de enfermería de los pacientes debe estudiarse y practicarse en la secuencia del proceso de enfermería” (Dickson, 1982). El desarrollo del proceso en términos prácticos tuvo un gran ímpetu cuando la oficina regional de la OMS decidió incorporarlo al Programa Europeo de términos medios para enfermería/parttería y cierto número de países de la región europea de la OMS, inclusive el Reino Unido, colaboraron en este estudio multinacional que comenzó en 1983. Los informes que surgieron de esa empresa se publicaron en un sumario de la OMS con registros separados del trabajo que realizó cada país específico. Este ambicioso programa estimuló mucho la discusión y la comunicación de ideas acerca del proceso de enfermería a nivel internacional.

De hecho las ideas principales no son nuevas, aun si se considera al término “proceso de enfermería” como tal, una “buena enfermera” las usó siempre. Sin embargo, las enfermeras no analizan o explican lo que hacían, según un proceso con varias fases, como tampoco apoyaron la información en forma ordenada y comprensible. Esta falta de explicación o registro de su labor eliminaba, para el espectador, la evidencia del aspecto intelectual del proceso. Así para el observador o aprendiz era difícil apreciar y comprender la actividad mental que a menudo se desarrolla en forma rápida y que determina las experimentadas acciones de la enfermera. El proceso implícito no se explicaba o se registraba y con frecuencia, los resultados de las tareas de la enfermera no eran evidentes o no se evaluaban de forma sistemática. Por tanto, visualizar al proceso de enfermería como algo nuevo, aún después de reconocer que la “buena enfermera” siempre se ha esforzado por dar una atención individualizada y sistemática, radica en el énfasis que se pone en reforzar la evaluación y hacer explícito tanto el componente intelectual de la enfermería como su componente conductual.¹⁹

Desde hace muchos años existen problemas y malentendidos sobre el proceso de enfermería; la publicación de cartas y artículos de enfermería lo comprueban. La preocupación no se limita al ámbito de las enfermeras; en una fase del debate, se manifestó de manera pública el escepticismo y la hostilidad de algunos médicos hacia el proceso de enfermería; la manifestación más notable se presentó en una revista importante por parte de un profesor de medicina (Mitchell, 1984), aunque muchas de sus críticas fueron rebatidas (Tierney, 1984). Incluso dentro de la enfermería y entre quienes aceptan el proceso, se piensa que la forma en que se introdujo el concepto, al menos en el Reino Unido (de prisa y a partir de una estrategia de cambio “de la cima hacia abajo” o “con poder coercitivo” según Watson, 1986), condujo a muchos de los malentendidos y dificultades que aún prevalecen. A pesar de una aceptación más general, la presencia de los problemas es notoria en el informe del UK Nursing Process Evaluation Working Group (Hayward, 1987) que admite:

“los problemas que se observan se produjeron por falta de comprensión hacia el proceso de enfermería por parte de algunos administradores de la misma, educadores y personal de otras disciplinas, así como por su rápida introducción en una fuerza de trabajo sin preparación”.

19. Roper Logan Tierney. Modelos de enfermería. Editorial Interamericana. 3ª edición. 1993

En los últimos años, una preocupación constante es promover la comprensión del proceso de enfermería, ya que se relaciona con los modelos de la misma. A veces por error se escribe el proceso como un modelo de enfermería. Pero por supuesto, el proceso por sí mismo está vacío; tiene que usarse en el contexto de un esquema conceptual.

4.11. Características de cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería identifica la secuencia de acontecimientos, dividida en 5 partes, que las enfermeras realizan con cada paciente en el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas. Valoración, Diagnóstico, Planificación, Intervención y Evaluación son las actividades comprendidas en el proceso de enfermería.²⁰

4.11.1 Valoración.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería en el cual incluye la recogida de datos, la validación de datos y el registro de estos.

La recogida de datos se considera un proceso planificado, sistemático y completo que permite reunir información específica sobre el usuario.

La validación de datos consiste en asegurarse que la información es veraz y completa, a fin de evitar errores en el diagnóstico y planificación de acciones.

El registro de datos es plasmar por escrito toda la información obtenida y es de vital importancia para formular los diagnósticos y las acciones que ejecutara el personal de enfermería.

Para llevar a cabo la valoración se requiere una base de datos que nos sirvan como referencia y estos pueden ser la historia clínica, la exploración médica, la exploración de

20. Beare/ Myer. Enfermería Principios y Práctica. Editorial Mc Graw Hill 2000. España.

enfermería, así como la información recopilada de otros profesionales, de un familiar o del propio paciente cuando se encuentra en posibilidad de hacerlo.

Para la recopilación de los datos necesarios y para planear el cuidado del paciente recurrimos a varias fuentes y las obtenemos de las siguientes maneras:

- A) Entrevista.
- B) Examen físico.
- C) Observación.
- D) Revisión de informes, diagnósticos e historias clínicas.
- E) Colaboración de otros profesionales.

La valoración tiene la finalidad de identificar en cada paciente lo siguiente:

- ✓ Estado de salud pasado y presente.
- ✓ Respuesta a las acciones médicas y de enfermería.

La valoración permite a la enfermera detectar, verificar y documentar los datos objetivos y subjetivos, que le ayuden a elaborar un plan de cuidados acorde a las necesidades individuales de cada persona de una forma sistematizada; priorizando y jerarquizando necesidades y tratando de resolver problemas de salud reales y potenciales.

4.11.2. Diagnóstico.

Es la segunda etapa del proceso, 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).

Para la Nanda (1990) el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud/ proceso de la vida. Aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que las enfermeras son responsables.

Diagnóstico de enfermería es un juicio, conclusión que emite una enfermera después de hacer una valoración (Ibid).

Un problema de salud es una condición o situación en la que el paciente requiere ayuda para mantener o alcanzar su nivel de salud o bien para tener buena calidad de muerte (muerte digna).

El diagnóstico es un proceso de análisis y síntesis. El análisis es la separación en componentes es decir, la fragmentación del todo en sus partes; y la síntesis es la reunión de las partes para hacer un todo.

El diagnóstico en enfermería se relaciona con las actividades independientes de la enfermera, que son aquellas áreas del cuidado de la salud que le pertenecen y que son diferentes a las que le competen al médico, y que puede y debe ejecutar sin que las indique el médico.

Las técnicas cognoscitivas que se requieren para analizar y sintetizar la información son:

- ✓ Objetividad.
- ✓ Pensamiento crítico
- ✓ Toma de decisiones.
- ✓ Razonamiento inductivo y deductivo.

Los diagnósticos pueden ser reales, potenciales o posibles y estos describen el estado actual del diagnóstico y cada categoría tiene un enunciado, una definición y características propias.

Los criterios que lo definen son los criterios clínicos que representan el diagnóstico; los que son reales son aquellos que involucran los signos y síntomas actuales del paciente; los potenciales son los que se relacionan con factores de riesgo que predisponen al individuo a presentar un hecho morboso mientras que los posibles son los que se pueden presentar pero que se requieren de datos adicionales para confirmarlos o descartarlos.

4.11.3. Planificación.

Es el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del paciente que se han identificado durante el diagnóstico.

La fase de planificación incluye cuatro etapas que son:

- 1) Establecer o jerarquizar prioridades.
- 2) Planteamiento de objetivos.
- 3) Elaboración de las actuaciones de enfermería.
- 4) Documentación y registro.

Determinación o jerarquización de prioridades.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente. Daremos preferencia a problemas de carácter biofisiológico (que pongan en peligro la vida del paciente) y las complicaciones reales o potenciales que conlleven estos.

Posteriormente se ayudara a los pacientes a detectar sus deficiencias de salud, para que potencialice sus recursos para satisfacer sus necesidades humanas. Son de gran importancia las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida de los individuos que están bajo el cuidado enfermero.

Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.

Una vez priorizado los problemas a tratar se deben definir los objetivos que se proponen con respecto a cada problema, Teniendo en cuenta que los objetivos sirven para:

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

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer que se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Las normas para la descripción de los objetivos son las siguientes:

- Escribir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se derivará de un solo diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar el objetivo.

Los objetivos pueden ser para el paciente (criterios de resultados) o para la enfermera (criterios del proceso).

Los objetivos de enfermería dirigen las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A que el paciente encuentre sus puntos fuertes, es decir ayudar a identificar sus fortalezas y oportunidades para potenciarlas.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.
- A que el paciente reconozca su estilo de vida y ayudar a este a modificarlo, sino fuera competente para cambiarlo, tratar de disminuir los recursos que son perjudiciales para su salud.

Los objetivos de enfermería no se suelen escribir en el plan de cuidados a excepción de que sea para los alumnos, en cualquier caso deben responder a preguntas sobre: capacidades, limitaciones y recursos del individuo que se puede fomentar, disminuir o potencializar según se requiera.

La enfermera al reconocer las fortalezas del paciente y sus familiares, comprende los cambios fisiopatológicos que sufre el paciente y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del individuo frente al proceso morboso, plantea la posibilidad de modificar la calidad de vida del paciente a través de acciones fundamentas.

Los objetivos del paciente son los resultados que se esperan obtener tras las acciones de enfermería. Los objetivos del paciente se anotan en términos de lo que se espera que haga el paciente, esto es, conductas esperadas.

Las principales características de los objetivos del paciente son:

- Deben de ser alcanzables.
- Deben ser medibles, se describen con verbos medibles del tipo de afirmar, toser, caminar, beber, etc.
- Deben ser específicos en cuanto a contenido y a sus modificaciones (quién, cómo, cuándo, dónde) así el verbo se le añade las preferencias e individualidades.

Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a corto, mediano y largo plazo.

- A corto plazo: Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- A mediano plazo: Para un tiempo intermedio, sirven para reconocer los avances del paciente y mantener la motivación.
- A largo plazo: Requieren un largo tiempo. Existen dos tipos, uno abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro; y otro se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

En resumen los objetivos son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal forma que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del paciente; así como los cuidados proporcionados. Hay que mantener siempre presente que deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables y realistas, y tener en cuenta los recursos disponibles. Se deben fijar a corto o largo plazo; y es

importante que se decidan y se planteen de acuerdo con el paciente para que se establezca un compromiso entre ambas partes (paciente- enfermera).

Elaboración de las actuaciones de enfermería.

Es la determinación de las actividades de enfermería, que deben de estar especificadas en el plan de atención. Estas acciones se consideran instrucciones enfermeras que han de llevar a cabo todo personal que tiene responsabilidades en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y debe especificar que hay que hacer, cuándo, dónde y quién debe de hacerlo.

Las actividades de enfermería pueden ser dependientes que son las relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas; interdependientes que son las que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud o independientes que son las que lleva a cabo de forma autónoma no requieren de una orden médica.

Las características de las acciones de enfermería son las siguientes:

- ✓ Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- ✓ Estarán basados en principios científicos. Tomando en consideración los paradigmas de salud, interpretativo y socio crítico; estos fundamentarán las decisiones y actuaciones enfermeras.
- ✓ Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los otros, aunque tengan diagnóstico enfermero y médico iguales o similares.
- ✓ Se empleará para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- ✓ Van acompañados de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- ✓ Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Áreas de aplicación de las actuaciones enfermeras:

- Promoción de la salud.
- Prevención de la enfermedad.

- Restablecimiento de la salud.
- Acompañamiento en estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Las acciones más habituales de la planificación entorno a los diferentes tipos de diagnóstico enfermero y a los problemas interdependientes son:

- Para el diagnóstico enfermero real: reducir o eliminar factores contribuyentes. Promover mayor nivel de bienestar, controlar el estado de salud.
- Para el diagnóstico enfermero de alto riesgo son: reducir o eliminar los factores de riesgo. Prevenir que se produzca el problema, controlar el inicio del problema.

Las directrices para plantear los cuidados de enfermería son los siguientes:

- La fecha
- El verbo con los calificativos que indiquen claramente la acción.
- Especificando quien realizará la acción.
- Describiendo qué, cómo, cuándo y cuánto hará el sujeto a realizar la acción.

Documentación y registro.

Las normas de trabajo que Iyer (1989) establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

- ✓ Deben de estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios de valor y opiniones profesionales, también hay que anotar (entre comillas) la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
- ✓ Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- ✓ Se debe evitar las generalizaciones y los términos vagos como “normal”, “regular”, etc.
- ✓ Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.

- ✓ Se describirá de forma legible y con tinta indeleble. Se deberá trazar una línea sobre los errores.
- ✓ Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramáticamente.
- ✓ Se usarán solo las abreviaturas o nomenclaturas de uso común.
- ✓ Deben tener la hora, el nombre y la firma de la persona que realizo los cuidados de enfermería.

Las razones que justifican la documentación de registro de las acciones de enfermería se citan a continuación.

- Constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo.
- Facilita continuidad en los cuidados.
- Permite una evaluación por gestión de los servicios enfermeros, incluida la gestión de calidad.
- Es una prueba de carácter legal.
- Permite la investigación de enfermería.
- Permite la formación de pregrado y posgrado.²¹

4.11.4. Ejecución.

Cuarta etapa del proceso de enfermería la cual consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enunciadas en el plan de cuidados.

De cierta manera en esta etapa es cuando se hace tangible el proceso, porque se mantiene una comunicación continúa con la persona a quien se le otorga el cuidado, además la interrelación que se forma con el usuario y sus familiares nos permite conseguir los objetivos deseados, así como cubrir las necesidades en las cinco esferas del paciente: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.

Los pasos de la ejecución son:

- ✓ Preparación.
- ✓ Intervención.

21. Rodríguez S Bertha. Proceso Enfermero. Ediciones Cuellar. 2002. México.

- ✓ Documentación.

Preparación: Antes de llevar a cabo el plan de cuidados debemos revisar que las acciones estén de acuerdo con las características del usuario. Hacer un análisis si se tienen los conocimientos y habilidades necesarias para realizar la actividad. Tener en mente las complicaciones que se puedan presentar al delegar los cuidados.

Intervención: Llevar a cabo las acciones planeadas, ir revalorando para estar seguro que las intervenciones de enfermería son las apropiadas.

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

4.11.5. Evaluación.

Es la quinta etapa y última parte del proceso y consiste en valorar (juzgar) el grado en que se han alcanzado los objetivos.

La evaluación es una actividad organizada que tiene como finalidad, determinar que tan eficaces han sido nuestras acciones. A través de esta etapa las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras, con el fin de obtener mejores resultados que se vean reflejados en la mejoría del paciente.

Etapas de la evaluación:

- ✓ Identificar criterios de resultados, medidas que se utilizarán para determinar el grado de alcance de los objetivos.
- ✓ Recoger los datos en relación con los criterios establecidos.
- ✓ Comparar los datos de criterios identificados y juzgar si los objetivos se han cumplido.
- ✓ Relacionar las actividades de enfermería con los resultados.
- ✓ Analizar el plan de cuidados.
- ✓ Modificar el plan de cuidados.

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería, con esto no queremos decir que ya término, sino que es un ciclo continuo, que nos ayuda a mejorar los cuidados que otorgamos; sobre todo a efectuar un trabajo de calidad y nos conduce a ser mejores cada día.²²

4.12. Características del neonato.

4.12.1. Recién Nacido Prematuro o pretérmino.

Un neonato se considera que tuvo un nacimiento pretérmino cuando este ocurre de la 21 a las 36 SDG, que fue de término cuando se presenta de la semana 37-42 SDG y que es de posttérmino cuando el nacimiento ocurre de la semana 42 en adelante.

De acuerdo a la clasificación de la organización mundial de la salud (OMS) los recién nacidos pretérmino son aquellos que nacen antes de las 37 SDG tomando en cuenta a partir del primer día de la última menstruación y de acuerdo al peso al nacimiento a los menores de 2,500 gramos se les considera como recién nacidos de bajo peso.

Lula Lubchenco clasifica la prematurez en tres estadios:

- ☞ Prematuro extremo: RN que tiene entre 26 y 30 SDG.
- ☞ Prematuro intermedio: RN que nace entre la semana 30-34 de gestación.
- ☞ Prematuro límite: RN que nace de la semana 34-36 de gestación.

Para definir si el recién nacido es pretérmino se toman en cuenta tres aspectos:

1. Edad gestacional.
2. Peso al nacimiento.
3. Características somáticas y funcionales.

22. Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Editorial Masson. 2ª edición. 2003. Barcelona España. Pag 32

Hay otra clasificación de Lula Lubchenco y Jurado García en la cual se dividen a los recién nacidos en nueve grupos y tres por cada edad gestacional.

Prematuro: Menor de 37 SDG o 259 días.

Término: De 37 SDG o 259 a 294 días.

Postérmino: Mayor de 42 SDG o más de 294 días.

Hipertrófico.

Prematuro: Eutrófico.

Hipotrófico

Hipertrófico.

Término: Eutrófico.

Hipotrófico

Hipertrófico.

Posmaduro: Eutrófico.

Hipotrófico

Hipertrófico es el RN que tiene un peso mayor al de la edad gestacional.

Eutrófico es aquel que tiene un peso adecuado para su edad gestacional.

Hipotrófico es el que tiene un peso inferior al correspondiente para su edad gestacional.

El RN pequeño para su edad gestacional es el que tienen peso al nacer por debajo del décimo percentil.

El neonato grande para la edad gestacional es el que pesa por arriba del nonagésimo percentil.

Actualmente a pesar de todas las medidas de prevención que existen para la mujer embarazada; la incidencia de neonatos pretérmino es alta, en México alrededor del 13% de los nacimientos son prematuros, aunado a esto se suma el bajo peso al nacer y a mayor prematuridad y a mayor frecuencia de patologías y complicaciones, aumentando la mortalidad a comparación al RN a término.

4.12.2. Etiología:

La literatura refiere que se puede deber a condiciones maternas o fetales que puedan correlacionarse con el desencadenamiento del parto pretérmino; sin embargo solamente en una pequeña proporción de los nacimientos prematuros puede documentarse su etiología, algunas de estas condiciones son las siguientes:

Malformaciones uterinas: se refiere a que pueden existir úteros dobles.

Incompatibilidad de grupos sanguíneos: incompatibilidad de los grupos ABO y Rh entre las madres y los fetos, puede presentarse muerte fetal o desencadenamiento de parto prematuro.

Ruptura prematura de membranas (RPM): se relaciona principalmente con infecciones bacterianas.

Gestación múltiple: generalmente los embarazos gemelares tienen su término alrededor de la 30ª SDG debido a una hiper extensión del útero lo que se reconoce como signo de madurez del producto, por lo que se inicia el trabajo de parto.

Medio socioeconómico: por las deficiencias en la nutrición de la madre, la falta de información y control prenatal, son uno de los tantos factores que afectan al gran grueso de nuestra población.

Fumar o ingerir bebidas alcohólicas u otras drogas: provocan bajo peso al nacer, malformaciones o hasta la muerte fetal.

Edad materna: el ser madre en los dos extremos de la vida reproductiva de la mujer es un factor importante para desarrollar o no un embarazo normal y con un desenlace favorable.

La prematurez esta estrechamente relacionada con la muerte neonatal.²³

23. Pediatría Médica Instituto Nacional de Pediatría. Editorial Trillas. 1ª reimpresión 1996. México.

4.12.3. Anomalías de la edad gestacional:

4.12.3.1. Fisiología y consideraciones respiratorias.

El lactante nacido antes del término está en peligro de sufrir problemas respiratorios, por que sus pulmones no han madurado por completo ni están listos para hacerse cargo del proceso del intercambio gaseoso hasta que cumple 37-38 SDG esto se debe a que hay una producción deficiente de agente tensoactivo ya que este es el que impide el colapso alveolar cuando al lactante exhala aire e incrementa la adaptabilidad del pulmón. También en los prematuros el número de sacos alveolares es insuficiente y estos son importantes ya que son los encargados del intercambio gaseoso propiamente dicho. Por lo tanto el niño está expuesto a sufrir SIR, hipoxemia, desequilibrios metabólicos, tensión por frío. Cuanto más inmaduro este el lactante, más devastadoras serán las complicaciones que presente.

4.12.3.2 Fisiología y consideraciones cardiovasculares.

Al nacer ocurren diversos cambios en el aparato cardiovascular. En primer lugar la pérdida del flujo sanguíneo por la placenta incrementa la resistencia vascular general. Esto a su vez eleva la presión aórtica lo mismo que las presiones del ventrículo y la aurícula izquierdas, lo que da por resultado el cierre de la ventana oval. En segundo lugar, al ampliarse los pulmones disminuyen la resistencia de los vasos pulmonares y empieza a pasar sangre por el circuito pulmonar. Debido al aumento de la resistencia general y de la disminución de la resistencia pulmonar, ya no pasa sangre de la arteria pulmonar hacia la aorta por el conducto arterioso. Este flujo de sangre se invierte y se convierte en derivación desde la izquierda hacia la derecha (desde la aorta hasta la arteria pulmonar). Bajo la influencia de la sangre mejor oxigenada el conducto arterioso empieza a experimentar constricción gradual y se convierte en un ligamento del hígado.

En el lactante nacido antes de término es incompleto el desarrollo de la túnica muscular y de las arteriolas pulmonares. Este factor incrementa la derivación de la sangre hacia la derecha a través del conducto arterioso, lo que incrementa el flujo retrógrado de sangre hacia los pulmones.

4.12.3.3. Termorregulación:

La producción de calor en el lactante nacido antes del término es primordialmente resultado de las funciones metabólicas normales. Dos factores limitantes de la producción de calor son: disponibilidad de glucógeno en el hígado y la cantidad de grasa parda disponible para el metabolismo. Una de las amenazas más graves para el recién nacido pretérmino es la pérdida de calor. Esta se produce como resultado de diversos factores fisiológicos y anatómicos.

1. La proporción entre superficie corporal y el peso corporal es mucho mayor en el lactante nacido antes de término. Esto significa que la capacidad del lactante para producir calor (peso corporal) es mucho menor que su potencial para perderlo (área de superficie).
2. El lactante nacido antes de término tiene muy poca grasa subcutánea, que constituye el sistema de aislamiento del cuerpo humano. Sin aislamiento suficiente se conduce calor fácilmente desde la parte central del cuerpo (temperatura más elevada hacia la superficie del mismo; temperatura más fría). Se pierde calor del cuerpo cuando los vasos sanguíneos transportan sangre desde el centro del organismo hacia los tejidos subcutáneos. En el lactante nacido antes de término los vasos sanguíneos se encuentran cerca de la superficie cutánea y sin aislamiento suficiente (grasa) emitirá más calor al circular la sangre por todo el organismo.
3. Otro factor importante que influye en la pérdida de calor es la postura del lactante nacido antes de término. La flexión de las extremidades disminuye el área de superficie expuesta al ambiente, y hasta la 36 SDG manifiesta una flexión importante.

En resumen cuanto más prematuro sea el lactante menos capaz será de conservar el equilibrio calórico a causa de la desproporción del área de la superficie corporal, la disminución de la grasa subcutánea y el aumento de la pérdida de calor por la postura corporal. Una de las acciones de enfermería es evitar la pérdida de calor y esto lo podemos hacer mediante un ambiente térmico neutro (incubadora).

4.12.3.4. Nutrición y necesidades de líquidos.

Fisiología digestiva y actividad enzimática.

Al principio de la gestación se forma la estructura básica del tubo digestivo, lo que permite al lactante muy prematuro ingerir una nutrición adecuada, la maduración de los procesos digestivos y absorción se produce durante la etapa tardía de la gestación.

Estos neonatos tienen una capacidad limitada para convertir ciertos aminoácidos esenciales en otros que no lo son, por la falta de enzimas necesarias para lograr esta tarea. Los aminoácidos esenciales para los lactantes nacidos antes del término pero que no lo son para los que nacen a término son: histidina, tirosina, cistina y taurina. Por lo tanto deben incluirse estos en la fórmula para los prematuros.

Otro factor de la composición proteínica es la proporción entre suero y caseína. A causa de la inmadurez de sus riñones el prematuro no puede afrontar el incremento de la carga de los solutos de una proteína rica en caseína. El lactante requerirá una proteína rica en el suero.

Los azúcares más simples se absorben bien en el intestino del prematuro y no plantean problemas para la digestión.

Entre los problemas inherentes al proceso de la alimentación están los siguientes:

1. Peligro notable de aspiración y sus complicaciones acompañantes a causa del reflejo faríngeo mal desarrollado, el esfínter esofágico inferior (cardias) insuficiente y los reflejos pobres de succión y deglución del lactante.
2. Capacidad gástrica pequeña con grandes necesidades de calorías. Esto limita la cantidad de líquido que se puede introducir para satisfacer las necesidades calóricas.
3. Disminución de la absorción de nutrientes esenciales a causa de inmadurez, mala absorción y pérdida nutricional acompañados de vómitos y diarrea.
4. Fatiga causada por la succión, que puede incrementar el metabolismo basal y las necesidades de oxígeno con sus secuelas y sus complicaciones.

5. Intolerancia a los alimentos y enterocolitis necrosante debido a la disminución de riego sanguíneo hacia el intestino a causa de choque o hipoxia prolongada al nacer.

Métodos de alimentación:

Se recurre a diversos métodos de alimentación según la edad gestacional, el grado de salud, el estado físico y neurológico.

Alimentación con vasito: Se recurre a este tipo de alimentación en los lactantes de 32-34 SDG y que tienen los reflejos de succión y deglución coordinados, o en los lactantes que manifiestan aumento persistente de peso (20-30 gr al día) debido a que la succión requiere energía extra.

El lactante se alimenta semi sentado y se le ayuda a expulsar suavemente el aire y se le coloca sobre su lado.

Responsabilidad de la enfermera:

Valorar capacidad de succión, observar signos de tensión, insuficiencia respiratoria o hipotermia. Durante la alimentación se observará al lactante en busca de signos de dificultad para alimentarse. Una vez terminado el alimento se le ayuda a sacar el aire y se le coloca sobre su lado.

Alimentación por sonda: Se recurre al método de alimentación por sonda en los lactantes nacidos antes de término que carecen de reflejos coordinados de succión y deglución. Se emplea también cuando no pueden alimentarse con vasito a causa de un trastorno neurológico.

Método: Se hace pasar una sonda nasogástrica hasta el estómago del lactante. Se verifica su colocación correcta y se introduce alimento a través de ella.

Responsabilidad de enfermería

Garantizar que el procedimiento se efectúe con suavidad. Insertar la sonda con precisión en el estómago. Dar posición al paciente. Vigilar que la fórmula pase sin complicaciones y cambiar la sonda cada tercer día.

Alimentación traspilórica, nasoyeyunal o nasoduodenal: Se recurre a este tipo de alimentación en lactantes que son muy pequeños y que dependen de un aparato de ventilación o que están taquipneicos, tienen una enfermedad pulmonar crónica, experimentan aspiración frecuente o tienen residuos repetidos con otros métodos de alimentación.

Método: La alimentación traspilórica nasoyeyunal o nasoduodenal requiere de administración continua de fórmula en el duodeno o en el yeyuno del lactante. Se hace pasar una sonda permanente de alimentación a través de la ventana nasal hacia el estómago y el intestino delgado. Se verifica la colocación a través de rayos "x". Se emplea una bomba de administración constante para suministrar cantidades pequeñas de fórmula de manera continua. La sonda se cambia cada tres días.

Riesgos potenciales: Perforación intestinal, introducción accidental masiva de fórmula con la bomba.

Responsabilidad de enfermería:

La enfermera ayuda a introducir la sonda y observa los signos vitales del lactante y la ocurrencia de la intolerancia al procedimiento. Medir la circunferencia abdominal cada 2 o 3 horas para descubrir distensión, Verificar los residuos gástricos cada 2 o 3 horas, observar y anotar el ritmo de la administración, asegurarse que la dosis sea correcta, cambiar el equipo cada 8 horas, verificar todas las evacuaciones en busca de sangre y sustancias reductoras.

Nutrición parenteral: Se emplea nutrición parenteral total (NPT) en situaciones en las que esta contraindicado administrar alimentos al lactante por tubo digestivo, como

anomalías digestivas que requieran intervención quirúrgica, enterocolitis necrosante, intolerancia a los alimentos y prematurez extrema.

Método: La NPT es por IV. Se administra por vía central o periférica.

Responsabilidad de enfermería:

Vigilar glicemia capilar durante la NPT. Verificar densidad y glucosa en orina cada 8 horas. Se observara cada hora la vía de entrada para verificar que no se infiltre la vena. Llevar control estricto de líquidos.

Cualquiera que sea el método seleccionado para la alimentación del lactante, la enfermera debe vigilar con cuidado la aparición de signos de intolerancia a los alimentos, que son los siguientes:

1. Aumento del residuo gástrico.
2. Distensión abdominal.
3. Presencia de sustancias reductoras en el excremento.
4. Vómitos.
5. Diarrea.

4.12.3.5 Fisiología renal.

La filtración glomerular (FG) es menor debido a la disminución del riego sanguíneo renal. Puede observarse anuria u oliguria. Los riñones del prematuro tienen la capacidad limitada para concentrar la orina o para excretar las cantidades excesivas de líquido. Esto indica que si se administran líquidos en exceso, el lactante se encontrará en peligro de retenerlos y de experimentar sobre hidratación. Si son muy pocos los que se le administran se deshidratarán a causa de su incapacidad para retener líquidos en cantidad suficiente.

El riñón del prematuro empieza a excretar glucosa (glucosuria) a una concentración sérica menor a la del adulto.

La capacidad amortiguadora del riñón es menor, lo que predispone al lactante a acidosis metabólica. Excreta bicarbonato a una concentración sérica más baja y es más lenta la excreción del ácido. Por tanto después de períodos de hipoxia y otros tipos de lesiones los riñones requieren de un tiempo mayor para excretar el ácido láctico que se acumula. A menudo se requiere de bicarbonato de sodio para tratar la acidosis metabólica.

La inmadurez del sistema renal afecta también la capacidad del lactante para excretar fármacos. Como su tiempo de excreción es mayor, los fármacos se administran con menor frecuencia por lo regular los medicamentos se administran cada 12 horas, ya que en este tipo de lactantes los fármacos se pueden volver tóxicos con mayor rapidez.

4.12.3.6 Necesidades de líquidos.

El prematuro pierde más líquido por la piel a causa de la disminución de la grasa aislante, lo mismo que los vasos sanguíneos cercanos a la superficie. Además se puede incrementar estas pérdidas hasta en un 50% más debido a la temperatura ambiental más elevada (fototerapia y calentadores radiantes).

Las recomendaciones para el tratamiento son 80 a 100 ml/kg/día durante el 1° día de vida, 100 a 120 ml/kg/día durante el 2° día de vida y 120-140 ml/kg/día el tercer día de vida. Esas cantidades pueden incrementarse hasta 200 ml/kg/día si el lactante es pequeño, esta recibiendo fototerapia o se encuentra bajo un calentador radiante. El lactante puede requerir menos líquidos si esta en un ambiente húmedo, o se le esta administrando oxígeno húmedo.

Los aspectos que indican ingestión suficiente de líquidos y alimentos en el lactante nacido antes del término son:

1. Orina
 - Volumen de 1 a 3 ml/kg/hr.
 - Densidad de 1.006 a 1.013
 - Ausencia de glucosuria con las pruebas de clinitest.

2. Estado normoglucémico.

- Ausencia de hipoglucemia (-45 mg/dl) o de síntomas clínicos.
- Ausencia de hiperglucemia (+130 mg/dl)
- Aumento continuo de peso de 20 a 30 gr al día.
- pH sanguíneo normal (+7.35)

Enfermería valora el estado general de hidratación por lo que debe de pesar a los lactantes una vez al día para conocer su equilibrio hídrico. Debe de llevar un control estricto de líquidos.

4.12.3.7 Fisiología y consideraciones hepáticas.

El prematuro tiene disminución de las reservas de glucógeno por lo que esta en peligro de hipoglucemia y sus secuelas. En el hígado se almacena también el hierro y su cantidad se incrementa a medida que avanza el embarazo y como el prematuro no puede incrementarlo esta susceptible de presentar hemorragias y por ende anemia. Por eso mucho de los prematuros requieren transfusiones de concentrados eritrocíticos para restituir la sangre que pierden cuando se les toman muestras.

Las concentraciones de bilirrubina se incrementan con mayor rapidez y a un nivel más elevado que en el nacido a término.

4.12.3.8 Fisiología y consideraciones inmunológicas.

Durante la vida intrauterina el lactante recibe a través de la placenta inmunidad pasiva contra las infecciones. La mayor parte de esta inmunidad se adquiere durante el último trimestre de embarazo, como este no logra alcanzar los niveles máximos de Ig esta menos protegido y esto contribuye a que enferme más que el nacido a término.

Otra defensa alterada contra las infecciones es la superficie cutánea. En los lactantes muy pequeños la piel experimenta excoiación con facilidad produciendo una vía de entrada para los agentes patógenos.

4.12.3.9 Períodos de reactividad y estado de la conducta.

Los períodos de reactividad del prematuro están alterados. Tienen ciclos más desordenados del sueño y de la vigilia y, además, no pueden prestar atención a la cara humana y a los objetos del ambiente. Desde el punto de vista neurológico sus reacciones son más débiles (succión, deglución, tono muscular, estados de vigilia) que los que nacen a término.

4.12.3.10 Fisiología y consideraciones del SNC.

Tanto el cerebro como el SNC son inmaduros al nacer. La actividad refleja que se encuentra al nacer (Moro, marcha, empuñadura) es primordialmente función del tallo cerebral y médula espinal, con poco control cerebral sobre estas actividades. Las anomalías de las reacciones reflejas pueden ser resultado de disfunción cortical del tallo cerebral y por tanto es difícil localizarlas.

Las conexiones polisinápticas se encuentran en sus etapas incipientes del desarrollo y es incompleta la mielinización de las células nerviosas. La inmadurez cerebral contribuye a experimentar patrones respiratorios irregulares.

4.12.3.11 Necesidades y resultados a largo plazo.

Los problemas más comunes a largo plazo son:

1. Pérdida auditiva sensorioneural.
2. Defectos del lenguaje.
3. Parálisis cerebral.
4. Hidrocefalia.
5. Convulsiones.
6. Incapacidad para aprender.
7. Coeficiente intelectual menor al normal.²⁴

24. Rodríguez Weber Miguel Ángel. Neonatología Clínica. Editorial Mac Graw Hill. 2003. México.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1. Valoración.

5.1.1. Datos generales de la persona.

Ficha de identificación:

Fecha de nacimiento: 10 de abril del 2004.

Fecha de ingreso al servicio: 10 de abril del 2004.

Nombre: RN Castaño Valle Nancy.

No. De afiliación: 4297813391F1980OR.

Domicilio: Cafetal 1424 colonia Granjas México.

5.1.2. Historia perinatal:

Madre de 23 años de edad con control perinatal, GI, PI, A--, C--, O--.

Primigrávida con 36 semanas de amenorrea. Llega al servicio de admisión debido a hipomotilidad fetal, se encuentra producto único vivo, cefálico, avocado; con una FC de 130X', con oligohidramnios por lo que se decide pasarla a la sala de labor para prepararla y realizarle una cesárea. En el quirófano se realiza cesárea de tipo Kerr de la cual se obtiene un producto único, vivo de sexo masculino.

5.1.3. Datos del niño al nacer:

Fecha de nacimiento: 10 de abril del 2004 8:00hrs.

Producto único, vivo de sexo masculino.

Peso al nacer 2,350 Kg.

Talla: 41cm.

PA: 30.5cm.

PC: 28 cm.

Apgar: 8/8.

Silverman de 1/3.

Capurro: 36 SDG.

5.1.4. Padecimiento Actual:

Se recibe a un RN de sexo masculino procedente de UTQ completo, íntegro y bien formado. Con una FC de 130X', FR de 69X'; bien hidratado con acrocianosis, tiro respiratorio, retracción xifoidea y discreto aleteo nasal. Discreta ictericia. Se canaliza con solución glucosada al 10%.

5.1.5. Exploración física:

Signos vitales:

FC 138X', FR 72X', Destrostix 80 mg/dl y Temperatura de 36° C.

Somatometría:

Peso al nacer: 2,350 Kg.

Talla: 41cm.

PA: 30.5cm.

PC: 28 cm.

Longitud del pie: 6 cm.

Segmento superior: 25 cm.

Segmento inferior: 16 cm.

Muñón umbilical a 4 cm del pubis.

RN hipotérmico en incubadora, con discreta ictericia activo y reactivo con respuesta a estímulos táctiles.

Exploración céfalo caudal.

- Cabeza: Normocefála con huesos del cráneo bien conformados, blandos, fontanela anterior de 3x2 cm se comunica con la posterior, ambas abiertas, sin endosmosis ni exostosis a la palpación; cabello delgado y abundante.
- Maxilo facial: Cara simétrica; con ojos alineados con respecto del pabellón auricular, el cual es delgado fino con surcos poco profundos plegables; pupilas isocóricas y normorreflexicas, conjuntivas sin alteraciones. Tabique nasal alineado, fosas nasales permeables, mucosas hidratadas y presenta discreto

aleteo nasal. Boca simétrica íntegra, con paladar íntegro y mucosas hidratadas. Reflejos de succión y deglución presentes y coordinados.

- Cuello: Delgado, tráquea central y móvil no dolorosa a la palpación, sin presencia de adenomegalias.
- Tórax: Simétrico. Rs Cs normales y sin agregados. Cs Ps limpios sin fenómenos esteto acústicos agregados. Tiro intercostal leve, retracción xifoidea. Mamas con areola no se palpa nódulos mamarios.
- Miembros torácicos: Simétricos, completos e íntegros, con exceso de lanugo, piel delgada, turgente, delgada y laxa con adecuado tono muscular. Ligera acrocianosis.
- Abdomen: Blando, depresible, sin hepato o esplenomegalias, muñón umbilical limpio ubicado a 4 cm del pubis.
- Pelvis: Maniobras de Ortalani y Barlow sin datos de luxación congénita de cadera, meato anal permeable.
- Genitales: Pene pequeño flácido recubierto por el prepucio, testículos descendidos, escroto liso.
- Miembros pélvicos: Simétricos, completos e íntegros, con exceso de lanugo, piel turgente, delgada y laxa con adecuado tono muscular, presencia de pliegues plantares, ligera cianosis ungueal.

5.1.6. Valoración de las catorce necesidades de Virginia Henderson.

1. Respirar: RNP con FR 69 X' con tiraje intercostal, retracción xifoidea y discreto aleteo nasal. Movimientos de amplexión y amplexación adecuados.
2. Comer y beber: Peso al ingreso 2350 Kg, reflejos de succión y deglución presentes y coordinados. Capacidad gástrica pequeña con grandes necesidades calóricas. Pérdidas insensibles de agua mayores a las normales debido a la desproporción entre masa y superficie corporal y la exposición a calentadores radiantes.
3. Eliminar: Orina clara de color pajizo sin olor. Ausencia de signos de edema, de proteinuria y glucosuria, el pH es de 7.5. De 3-4 deposiciones meconiales al día de 15 a 20 gr cada una.

4. Moverse y mantener una buena postura: Adecuado tono muscular. Posición de flexión con movimientos espontáneos.
5. Dormir y descansar: Las horas de sueño se le interrumpen por la manipulación frecuente para proporcionarle su alimentación y el ruido de los equipos electromédicos. Por lo tanto los períodos de vigilia y sueño están desordenados.
6. Vestirse y desvestirse: En el servicio se requiere que los RN estén descubiertos a excepción de su pañal debido a que es más fácil la observación y la pronta intervención.
7. Mantener la temperatura corporal: El RNP es menos capaz de mantener el equilibrio calórico debido a la desproporción de la superficie y la masa corporal, disminución del panículo adiposo y el aumento de las pérdidas insensibles de calor por la postura corporal, más la exposición a calentadores radiantes. La temperatura al ingreso del servicio es de 36^a C y posteriormente llega a 36.5^a C.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel: Piel turgente, laxa, delgada y con exceso de vérnix y lanugo y escaso panículo adiposo. Se mantiene limpio y seco. Hay mayor riesgo de pérdida de la continuidad de la piel debido a que su piel es muy delgada y se encuentra canalizado lo que implica el uso de telas adhesivas para fijar la venoclisis.
9. Evitar peligros: RNP expuesto a presentar hipo e hipertermia, a sufrir lesiones por quemaduras, a esto le sumamos que es un RNP por lo que es propenso a desarrollar infecciones nosocomiales, ya que tiene un déficit de IgG ya que estas se adquieren principalmente en el último trimestre de gestación. Y su primera barrera de defensa es muy frágil debido a su prematurez.
10. Comunicarse: La madre no puede acariciar al RN debido a que éste se encuentra en incubadora; pero le habla desde el momento en que llega establece contacto ocular con el RN, esta con él tanto como se le permite y bajo las normas de seguridad e higiene para el RN, esta consciente del estado de salud de su hijo. A pesar de eso la interacción entre el RN y sus padres se encuentra alterada debido a que las horas de visita son muy cortas y pocas. La comunicación con el personal de enfermería con respecto al RN es por medio del contacto ocular, el tacto y del lenguaje mientras se le realizan los cuidados pertinentes.
11. Vivir según sus creencias y valores: La madre es de religión cristiana, esta con el RN y ora por la pronta recuperación de su hijo. Se le permite hacer sus oraciones

ya que lo hace de forma silenciosa, ordenada y respetuosa. No requiere ni solicita ninguna imagen religiosa para el RN.

12. Realización y autoestima: Por la corta edad del paciente no es aplicable este punto de la valoración.
13. Recrearse: Por la corta edad del paciente no es aplicable este punto de la valoración.
14. Aprender: La madre es administradora de empresas y el padre es abogado. Tienen conocimiento del porqué su hijo se encuentra en un servicio separado al de la madre, de su padecimiento, evolución y tratamientos de éste. Se le ha explicado en que consiste su padecimiento y el tratamiento al que se le esta sometiendo al RN.

Análisis e interpretación de datos.

NECESIDAD	SATISFECHA/ INSATISFECHA.	PROBLEMA
1. Respirar	INSATISFECHA.	Patrón respiratorio ineficaz.
2. Alimentarse e hidratarse.	INSATISFECHA	Alteración de la nutrición.
3. Eliminar	SATISFECHA	
4. Moverse y mantener una buena postura	SATISFECHA	
5. Dormir y descansar.	INSATISFECHA.	Trastornos del patrón del sueño.
6. Vestirse y desvestirse	INSATISFECHA.	Dificultades para vestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.	INSATISFECHA.	Riesgo de alteración de la temperatura
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.	SATISFECHA	
9. Evitar peligros	INSATISFECHA.	Riesgo de infección.
10. Comunicarse.	INSATISFECHA.	Separación prolongada entre el RN y sus padres.
11. Vivir según creencias y valores.	NO VALORABLE.	
12. Realización y autoestima.	NO VALORABLE.	
13. Recrearse.	NO VALORABLE.	
14. Aprender.	NO VALORABLE.	

5.2. Planeación de los cuidados.

5.2.1. Diagnósticos, objetivos e intervenciones de enfermería.

Diagnóstico Real.

Necesidad de respirar.

Insatisfecha por fuerza.

1º Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado a inmadurez pulmonar manifestado por insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, retracción xifoidea, tiraje intercostal y disnea).²⁵

Planeación de intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Contribuir a mejorar el patrón respiratorio del RN.

Objetivo del paciente:

El RN mejorara su patrón respiratorio.

25. Nanda Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. Editorial Harcourt 2001-2002.

Intervenciones de Enfermería:	Fundamentación científica.	Ejecución.
<p>1. Observar, registrar y reportar signos y síntomas de insuficiencia respiratoria.</p> <p>2. Mantener las vías aéreas permeables por medio de la aspiración de secreciones.</p>	<p>-El profesional de enfermería tiene como responsabilidad observar y reportar sus observaciones con exactitud ya que de sus reportes se desprenden el plan de cuidados a seguir. Sus observaciones son indispensables para planear los cuidados pero solamente son útiles si son exactas y completas. De dichos reportes no solo se beneficia el personal de enfermería sino también el resto del equipo multidisciplinario que tiene bajo su cuidado al paciente.</p> <p>-La aspiración de secreciones es fundamental para mantener limpias y permeables las vías respiratorias y permitir un buen intercambio gaseoso.</p> <p>-Aspirar las secreciones estancadas es muy importante para la prevención de enfermedades respiratorias.</p> <p>-La aspiración de secreciones es un método efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones.</p> <p>-La hipoxia puede provocar lesión neurológica.</p>	<p>-Se observo, registro y reporto los signos de insuficiencia respiratoria que presento el RN.</p> <p>-Se aspiraron secreciones de las cuales se obtuvo secreciones de consistencia mucoide y de color verde.</p>

<p>3. Proporcionar oxígeno con puntas nasales antes y después de la aspiración con 100% de oxígeno para evitar atelectasia.</p>	<p>-Los efectos negativos de la aspiración incluyen: hipoxemia, cambios en la FC, en la TA, la presión intracraneana y neumotórax; los riesgos se reducen al mínimo mediante preoxigenación o con hiperventilación continua de oxígeno. - El oxígeno suplementario antes y después del proceso previene arritmias.</p>	<p>-Se administra oxígeno pre y pos ejecutar el procedimiento de aspiración de secreciones.</p>
<p>4. Observar y describir la tolerancia del lactante al procedimiento.</p>	<p>-Las observaciones de la enfermera deben dirigirse a los cambios visibles que note en el cuerpo y en las actitudes mentales del paciente.</p>	<p>-Se registran signos y síntomas tras procedimiento.</p>
<p>5. Observar y describir la cantidad, color y características de las secreciones.</p>	<p>-La descripción correcta nos permite actuar de forma rápida y efectiva; ya que podemos adelantarnos a los acontecimientos.</p>	<p>-Se registran datos solicitados de las secreciones obtenidas.</p>
<p>6. Administrar oxígeno por medio de casco cefálico pos aspiración a razón de cinco litros por minuto.</p>	<p>-Los riesgos de hipoxemia son prevenibles con las medidas terapéuticas pertinentes.</p>	<p>-Se administra oxígeno por casco cefálico a razón de 5lt x'.</p>

<p>7. Cambiar al RN de posición cada dos horas y utilizar un drenado postural para la movilización de las secreciones.</p>	<p>-La movilización frecuente y la aplicación de una posición correcta previenen lesiones neuromusculoesqueléticas y formación de úlceras por presión. El reposo prolongado en cama ocasiona rigidez articular, atrofia muscular, complicaciones tromboticas, infecciones hipostáticas en pulmones o vías urinarias. La movilización periódica influye en la circulación, respiración, eliminación, apetito y estado de ánimo.</p>	<p>-Se da posición de Rosierre y se le da cambio de posición cada dos horas.</p>
<p>8. Proporcionar fisioterapia pulmonar (palmo y puño percusión).</p>	<p>- El drenaje postural elimina las secreciones bronquiales y de cualquier otra cavidad y se consigue colocando al paciente de tal manera que la gravedad permita el drenaje del lóbulo o lóbulos particulares del pulmón afectado. La posición favorece la tos originando la expectoración de gran cantidad de esputo. Se recomienda llevarla acabo de 5 a 10 minutos por la mañana y por la tarde. Es importante recalcar que el procedimiento no se debe de realizar después de las comidas a fin de evitar asfixia.</p> <p>Las técnicas de drenaje de las secreciones respiratorias son</p>	<p>-Se proporciona fisioterapia pulmonar (palmo y puño percusión).</p>

	<p>procedimientos para facilitar la expulsión del moco y fluidos de los pulmones utilizando las técnicas clínicas de percusión y vibración para movilizar las secreciones (fisioterapia pulmonar).</p> <p>La percusión se practica golpeando los segmentos afectados de los bronquios o pulmones de forma rítmica con las manos formando una copa. Se empieza con un golpeteo suave y se va aumentando tanto como pueda tolerar el paciente. La vibración se realiza colocando las manos sobre la zona a afectada y golpeando en dirección a los hombros hasta provocar sobre el tórax del paciente una sensación similar a la tiritona (temblor) que acompaña a la fiebre.</p> <p>Nunca debe realizarse el golpeteo sobre el tejido mamario. Tras practicar el drenaje postural con el paciente cabeza abajo mediante percusión y vibración, se le ayuda a colocarse en una postura que le permita toser y se le indica que respire profundamente al menos tres veces y que tosa al menos dos.</p>	
--	---	--

<p>9. Mantener al RN bien hidratado para favorecer la licuefacción de secreciones.</p>	<p>- Resulta difícil eliminar la mucosidad espesa de los bronquios, bronquiolos y alvéolos por lo que se recomienda una adecuada ingesta de líquidos para favorecer la licuefacción de secreciones. La percusión y la vibración unidas al drenaje postural pueden facilitar enormemente la salida de las secreciones. El paciente puede respirar con mayor profundidad y menor esfuerzo y disminuye el riesgo de atelectasia y neumonía.</p>	<p>- Se mantiene al RN bien hidratado ya que se encuentra canalizado con una solución fisiológica de 500 ml.</p>
--	--	--

Evaluación.

El RN tiene las vías aéreas permeables libre de secreciones, sus signos de acrocianosis, aleteo nasal y retracción xifoidea han desaparecido por lo que se decide retirarle el casco cefálico. El RN al inicio de este proceso se deterioraba cuando se le aspiraban secreciones ya que se marcaban aún más sus signos de dificultad respiratoria a partir del día 13 de abril ya toleraba perfectamente bien el procedimiento ya no presenta ningún signo de insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico Real.

Necesidad de alimentarse e hidratarse.

Insatisfecha por fuerza.

2º Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la nutrición menor, de los requerimientos corporales relacionado con el gasto calórico mayor al consumo.²⁶

Planeación de las intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Administrar requerimientos nutricionales de acuerdo a su edad y peso para favorecer el crecimiento armónico.

Objetivo del paciente:

El RN incrementará su peso de forma constante.

26. Nanda Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. Editorial Harcourt 2001-2002.

Intervenciones de enfermería:	Fundamentación científica.	Ejecución:
<p>1. Realizar el control del peso diario.</p>	<p>-El peso diario nos permite valorar tanto el crecimiento como una posible retención de líquidos. Se valora el crecimiento con respecto al aumento de peso, de longitud y de las proporciones corporales.</p> <p>La somatometría es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo; sus objetivos son: valorar el crecimiento del individuo, su estado de salud-enfermedad y ayuda a determinar el diagnóstico médico y de enfermería.</p> <p>La pérdida o aumento de peso en un paciente que no esta de acuerdo a su talla y edad implica trastornos de su estado de salud.</p> <p>El registro del peso es ideal realizarlo cuando el paciente se encuentra en ayunas o han pasado tres horas después de que a ingerido alimento para evitar errores en la medición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se toman signos vitales, peso y talla diariamente.

<p>2. Proporcionar un consumo de 20 a 30 ml de leche materna cada tres horas por medio de un vasito.</p>	<p>- Los requerimientos calóricos del RN son mayores a su capacidad gástrica.</p> <p>Debido a la pequeña capacidad gástrica del RN lo más recomendable es proporcionar su dieta en pequeñas cantidades pero en repetidas ocasiones para garantizar los requerimientos calóricos que necesita para realizar todas y cada una de sus funciones fisiológicas.</p> <p>Se recurre a alimentos pequeños frecuentes con fórmula rica en calorías por su capacidad gástrica limitada y la disminución del vaciamiento gástrico. La ingestión nutricional y de líquidos suficiente fomenta el crecimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona la dieta por medio de vasito a razón de 20 a 30 ml de leche materna cada tres horas.
<p>3. Valorar reflejos de succión y deglución.</p>	<p>-Los reflejos de succión deglución es el primer paso para garantizar una dieta exitosa.</p> <p>Es importante que los reflejos de succión y deglución sean coordinados para evitar la broncoaspiración.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se valoran reflejos de succión y deglución.
<p>4. Medir PA preprandial y posprandial.</p>	<p>- La medición del PA nos permite valorar problemas como la distensión (intolerancia a la lactosa).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mide PA pre y posprandial.

<p>5. Tomar destrostix cada turno.</p>	<p>El PA nos permite valorar si hay problemas gástricos y lo podemos observar mediante la distensión abdominal.</p> <p>- Los signos de intolerancia a los alimentos son: la distensión abdominal, aumento del residuo gástrico, presencia de sustancias reductoras en el excremento, vomitos y diarrea.</p> <p>-El clinitest nos permite valorar la glucosuria con lo que podríamos sospechar de una mala absorción de los carbohidratos.</p> <p>El destrostix nos permite valorar los niveles de glicemia con lo que determinamos si hay una hipoglicemia, que se puede compensar proporcionando alimento o administrando una solución glucosada; o una hiperglicemia que podría ser un signo de alguna patología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se toman destrostix una vez por turno.
<p>6. Observar y registrar patrones de defecación.</p>	<p>-El profesional de enfermería tiene como responsabilidad observar y reportar sus observaciones con exactitud ya que de sus reportes depende el plan de cuidados a seguir. Las observaciones de la enfermera deben dirigirse a los cambios visibles que note en el cuerpo y en las actitudes mentales del</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se cuantifican líquidos, orina y evacuaciones. • Se pesa la ropa de cama de la

<p>7. Permitir que los padres participen en el plan de alimentación.</p>	<p>paciente. Sus observaciones son indispensables para planear los cuidados pero solamente son útiles si son exactas y completas. De dichos reportes no solo se beneficia el personal de enfermería sino también el resto del equipo multidisciplinario que tiene bajo su cuidado al paciente.</p> <p>- Un ambiente social y emotivo favorece la nutrición.</p>	<p>incubadora y se mantiene seca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observan y registran patrones de defecación. • Los padres no pueden participar en la administración de la dieta por el corto tiempo de las visitas.
<p>8. Observar y registrar signos de insuficiencia respiratoria.</p>	<p>- El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico certero.</p>	<p>Se observan y registran signos de insuficiencia respiratoria.</p>

Evaluación:

El RN tolera su alimentación al 100%, se incrementa su peso en 300 gr. Los padres no pueden participar en el plan de la dieta debido a que los períodos de visita son muy cortos y no coinciden con los horarios de alimentación.

Diagnóstico Real.

Necesidad de dormir y descansar.

Insatisfecha por fuerza.

3º Diagnóstico de enfermería:

Trastornos del patrón del sueño relacionado con ruidos desconocidos e interrupciones para la valoración.²⁷

Planeación de las intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Propiciar el sueño y descanso del RN hasta completar de 12 a 14 horas diarias.

Objetivo del paciente:

El RN dormirá y descansará las horas requeridas para su edad.

27. Nanda Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. Editorial Harcourt 2001-2002.

Intervenciones de enfermería:	Fundamentación científica.	Ejecución:
<p>1. Organizar los cuidados para no interrumpir el sueño.</p> <p>2. Bajar el volumen de las alarmas de respiradores, monitores y cunas térmicas.</p> <p>3. Reducir la intensidad de la luz</p>	<p>-El sueño tiene como función reponer la energía pérdida durante el día y mantener el funcionamiento físico y mental en condiciones óptimas. Las horas del sueño requeridas dependen de la edad, las características fisiopatológicas y del ambiente del individuo.</p> <p>-La reducción de estímulos favorece el sueño. La disposición de un ambiente en óptimas condiciones de limpieza, iluminación tenue, eliminación de ruidos e interrupciones innecesarias favorece el descanso y sueño.</p> <p>La integración y colocación ordenada del equipo, previa realización del procedimiento evita o disminuye pérdida de tiempo y energía.</p> <p>-Modificar los factores ambientales beneficia o perjudica el descanso y sueño de los seres vivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los cuidados se otorgan según horarios preestablecidos por la institución. • El volumen de los monitores, alarmas e incubadoras no se puede bajar por seguridad del propio paciente (ya que si el sonido no fuera el adecuado podría pasar desapercibida alguna eventualidad que sufra el paciente). • No se pueden apagar las luces ya que el personal no

<p>o apagarlas por áreas donde no se utilizan.</p> <p>4. Bajar el tono de voz para no despertar al neonato.</p> <p>5. Reducir el número de interrupciones innecesarias cuando duerma.</p>	<p>- El sueño es una necesidad fisiológica tan esencial para la supervivencia como el hambre y la sed. Nadie puede vivir sin un mínimo de sueño.</p> <p>- El descanso y sueño ayudan a reforzar el sistema inmune ante las posibles enfermedades.</p>	<p>lo permite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se habla en voz baja o se guarda silencio cuando el RN duerme. <p>No es posible reducir el número de interrupciones innecesarias ya que el personal médico y sus estudiantes manipulan constantemente al paciente con fines educativos.</p>
---	---	--

Evaluación:

La respuesta no es favorable no se logra que el paciente duerma de 10 a 14 horas diarias.

Diagnóstico Real.

Necesidad de vestirse y desvestirse.

Insatisfecha por fuerza.

4º Diagnóstico de enfermería:

Dificultad para vestirse o desvestirse relacionado con la inmadurez manifestado por la disminución de fuerzas musculares.²⁸

Planeación de las intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Vestir con las prendas apropiadas al RN de acuerdo al entorno donde se encuentre.

Objetivo del paciente:

El RN se mantendrá vestido de acuerdo a sus necesidades.

Intervenciones de enfermería	Fundamentación científica.	Ejecución:
<p>1. Colocar pañal mientras se encuentre en incubadora.</p> <p>2. Enseñar al familiar respecto a las prendas que usará el RN mientras se encuentre dentro de la incubadora.</p> <p>3. Orientar al familiar el tipo de ropa que usará el RN cuando este fuera de la</p>	<p>-El desuso de prendas innecesarias en el medio hospitalario permite una pronta intervención durante los períodos de crisis o urgencias.</p> <p>-La información tranquiliza al paciente o a los familiares de este; y permite que se le administren de una forma más efectiva los cuidados.</p> <p>-Las prendas de vestir permiten enfrentarse mucho mejor a las inclemencias del tiempo y el desuso o abuso de ellas, nos pueden provocar enfermedades como hipotermia, elevación de la temperatura, deshidratación o muerte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se le explica al familiar por que el RN solo usa pañal mientras permanece en el servicio de cuneros. • Se le orienta al familiar sobre la ropa que debe de traer para que el RN la utilice para que se pueda ir dado de alta. • Se le instruye al familiar sobre la importancia que tiene que el niño sea vestido con la ropa adecuada para cada estación

<p>incubadora.</p> <p>4. Instruir al familiar el uso de prendas necesarias durante diferentes estaciones del año.</p>	<p>- La información permite que los padres o cuidadores del RN elijan los cuidados pertinentes y de esta forma acudan oportunamente al médico o eviten visitas innecesarias.</p>	<p>del año (en verano debe vestir con ropas ligeras para evitar que se eleve la temperatura y en invierno debe de ser ropa abrigadora para evitar infecciones en las vías respiratorias).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se le pone pañal al RN y se le cambia cuanta veces es necesario. • Se realiza aseo genital después de la micción o evacuación. • Se dan instrucciones del uso y desuso de prendas de vestir del RN según cada estación del año.
---	--	---

Evaluación:

Se logra alcanzar el objetivo ya que durante toda la estancia en el servicio el RN viste como especifica el hospital. Se mantiene al RN limpio y seco. Al explicarles a los padres como debe vestir el RN ellos externan sus dudas y hacen una retroalimentación sobre el tema con lo que se logra que ellos entiendan y fundamenten el por que de la importancia del uso adecuado de prendas de vestir del RN.

Diagnóstico de Riesgo o Potencial.

Necesidad de mantener la temperatura corporal.

Insatisfecha por fuerza.

5° Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con la inmadurez del centro termorregulador.²⁹

Planeación de las intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Vigilar y controlar la temperatura por medio de la incubadora.

Objetivo del paciente:

El RN mantendrá su temperatura corporal dentro de los parámetros normales.

Intervenciones de enfermería:	Fundamentación científica.	Ejecución:
1. Tomar por turno la temperatura axilar.	<p>-La temperatura al igual que el resto de las constantes vitales nos da un panorama del estado de salud del individuo.</p> <p>-El SNC del prematuro aun es inmaduro, por lo cual su temperatura es fluctuante hay que controlarla ya que tanto la hipo como la hipertermia pueden conducir a daños irreversibles y/o la muerte del paciente.</p> <p>-La temperatura corporal fluctúa por que: la adopción de la posición extendida expone a una superficie corporal relativamente mayor con el volumen corporal. El lactante carece de grasa subcutánea para el aislamiento suficiente. Están disminuidas las reservas de grasa parda para la termogénesis química; el lactante pequeño puede perder 80 cal/kg/día por radiación de calor corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se toma la temperatura en la mañana y en la tarde de forma axilar.
2. Conservar la piel del RN seca.	<p>- La hipotermia disminuye la sustancia tensoactiva y los alvéolos pulmonares se pueden colapsar.</p> <p>- El centro de control de la temperatura es el hipotálamo.</p> <p>- Cuando los receptores de frío informan al cerebro sobre la baja de la temperatura corporal se ponen en marcha medidas para elevarla; el caudal sanguíneo baja drásticamente para que la temperatura interna no</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la piel del RN seca ya que se cambia el pañal cada que lo requiere y de ser necesario también las sábanas.

<p>3. Evitar colocar al RN sobre superficies frías como mesas, básculas o placas radiográficas.</p>	<p>se reduzca aún más.</p> <p>-Los principios físicos de los efectos de la pérdida del calor son: evaporación, convección, conducción y radiación.</p> <p>Evaporación, paso de una sustancia de estado líquido a gaseoso. El proceso se acelera por aumento de la temperatura y la disminución de la presión atmosférica.</p> <p>Convección; producción de corrientes en un líquido o gas en contacto con un cuerpo caliente.</p> <p>Conducción; proceso en el que se transfiere calor de una sustancia a otra debido a la diferencia de temperaturas existentes entre ambos.</p> <p>Radiación; emisión y difusión de rayos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se pone al RN sobre sábanas previamente entibiadas cuando se le pesa, mide o cambia.
<p>4. Almohadillar superficies frías con pañales o sábanas y emplear calentadores radiantes.</p>	<p>- El 75% de la pérdida continua de calor corresponde a la irradiación térmica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se coloca al RN sobre sábanas previamente entibiadas en todo momento.

<p>5. Vigilar y controlar la temperatura de la incubadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Las pérdidas insensibles de calor aumentan con la exposición a calentadores radiantes. -El ambiente térmico neutro requiere consumo mínimo de oxígeno para conservar la temperatura central normal. - El monitorizar constantemente los equipos evitan accidentes. - Las incubadoras funcionan con corriente eléctrica, por lo tanto hay que tener la precaución que se tiene con todos los aparatos electrónicos; toma tierra, cables no pelados, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigila y se mantiene la temperatura de la incubadora. Se mantienen cerradas las ventanillas el mayor tiempo posible; solo se abren para proporcionar los cuidados.
<p>6. Cambiar la ropa de la incubadora cuando está mojada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Un secado incompleto provoca pérdida de calor por evaporación. - La piel tiene receptores de frío y calor. - La temperatura corporal esta influenciada por la humedad del ambiente, la radiación térmica de las paredes y las corrientes de aire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene limpio y seca la incubadora.
<p>7. Entibiar los equipos que se introduzcan en la incubadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los mecanismos externos de calor son la radiación directa del sol y la irradiación de la atmósfera ya que inciden directamente sobre el cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se entibian los equipos que se introducen a la incubadora.

<p>8. Introducir el menor número de objetos a la incubadora.</p>	<p>- El calor se transfiere de un objeto a otro por la diferencia de temperaturas existentes entre ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se introducen los objetos mínimos necesarios para la atención del RN y una vez que se dejan de utilizar se sacan de la incubadora.
<p>9. Mantener cerradas las ventanillas de la incubadora durante todo el tiempo, abrirlas sólo cuando sea necesario para proporcionar los cuidados.</p>	<p>- El enfriamiento provoca aumento del consumo de oxígeno, glucosa y grasa. -El mantener abiertas las compuertas facilitan la pérdida de calor del ambiente térmico por convección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantienen cerradas las ventanillas el mayor tiempo posible; solo se abren para proporcionar los cuidados.
<p>10. Calentarse las manos antes de tocar al RN.</p>	<p>- El calor se transfiere de un objeto a otro por la diferencia de temperaturas existentes entre ellos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se calientan las manos del personal de los padres antes de tocar al RN.

<p>11. Vigilar los signos de tensión por frío.</p>	<p>- El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico certero.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se vigilan signos de tensión por frío.
<p>12. Mandar a vigilar periódicamente el funcionamiento de las incubadoras.</p>	<p>-El buen funcionamiento de los equipos permite tener registros certeros de los datos que se valoran con dicho equipo.</p> <p>- El uso o desuso de cualquier material o equipo lo deteriora y requiere un mantenimiento periódico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se mandan a vigilar el funcionamiento de las incubadoras por falta de presupuesto.

Evaluación:

Durante toda la valoración el RN logra que su temperatura corporal oscile entre 36.4° C Y 37°C. Por lo que se decide sacarlo de la incubadora para su alta.

Diagnóstico de Riesgo o Potencial.

Necesidad de evitar peligros.

Insatisfecha por fuerza.

6° Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de infección relacionado con la vulnerabilidad del RN, la falta de fauna saprófita y la pérdida de la continuidad de la piel hecha por la venopunción.³⁰

Planeación de las intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Evitar que el RN contraiga una infección nosocomial durante su estancia en el servicio.

Objetivo del paciente:

El RN estará libre de infecciones durante su estadía en el servicio.

Intervenciones de enfermería:	Fundamentación científica.	Ejecución:
<p>1. Lavado de manos antes y después de tocar al RN.</p> <p>2. Uso de cubre bocas.</p> <p>3. Llevar el registro de las fechas en que se cambian los catéteres.</p> <p>4. Evitar la multifunción.</p>	<p>El lavado de manos reduce la transmisión y diseminación de microorganismos.</p> <p>- Los guantes y cubre bocas son un método de barrera para los agentes patógenos.</p> <p>- El registro permite la valoración y actuación acelerada y que no se repitan los procedimientos.</p> <p>- La primera barrera de defensa es la piel y la pérdida de la continuidad de la piel favorece el desarrollo de las bacterias.</p> <p>- Los sistemas intravenosos proporcionan una</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se lavan las manos antes y después de tener contacto con el RN. • Se utiliza cubrebocas al manipular al RN. • Se lleva registro del cambio de equipos de venopunción y se mantienen en buen estado. • Se evita la mutipunción.

<p>5. Mantener el sitio en que se encuentra la canalización intravenosa en buena posición.</p> <p>6. Observar y registrar si se produce infiltración en el sitio de punción.</p>	<p>ruta potencial para que entren microorganismos en el sistema vascular sin pasar por los mecanismos de defensa de la piel.</p> <p>-Las venas tienen una forma anatómica que debe de respetarse para no romperlas.</p> <p>- La elección del lugar de la colocación, la adecuada técnica y la vigilancia del catéter reducen el riesgo de infiltración, multifunción e infección.</p> <p>- La infiltración produce edema además de que el medicamento ya no se esta absorbiendo de forma adecuada y provoca molestias.</p> <p>-Los registros precisos y exactos permiten proporcionar los cuidados necesarios.</p> <p>- La infiltración es la extravasación al tejido subcutáneo, de la sustancia instilada a través de un catéter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene en buena posición el sitio donde se encuentra la venopunción. • Se observan y se registran si se produce infiltración en el sitio de punción.
--	---	--

<p>7. Recanalizar al RN si es necesario.</p>	<p>- La venodisección es una técnica de urgencias en la que se asegura un acceso vascular.</p> <p>- La utilización de catéteres nos permiten administrar medicación de forma rápida y a grandes cantidades en caso de ser necesario.</p> <p>-En el medio hospitalario es necesario tener una vía de acceso rápida al torrente sanguíneo para actuar oportunamente en caso de ser necesario y de esta forma no comprometer la vida del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se recanaliza ya que el sitio de punción se encuentra en óptimas condiciones; pero si se realiza el cambio de equipo para evitar que se contamine.
--	---	---

Evaluación: Durante la ministración de cuidados no se presentan enfermedades nosocomiales.

Diagnóstico Real.

Necesidad de comunicarse.

Insatisfecha por fuerza.

7º Diagnóstico de enfermería:

Separación prolongada entre el RN y sus padres relacionada a el padecimiento y los cuidados que requiere el RN.³¹

Planeación de las intervenciones de enfermería:

Objetivo de enfermería:

Brindar bienestar psicológico a los padres y al RN mediante la facilitación del establecimiento de los lazos positivos entre padres e hijos y estimulación sensorial del segundo.

Objetivo del paciente y sus padres:

El RN fortalecerá los vínculos afectivos y establecerá una relación saludable con sus padres.

Intervenciones de Enfermería.	Fundamentación científica.	Ejecución:
<p>1. Sostener desde el punto de vista emocional, el bienestar psicológico de la familia, incluso estableciendo lazos positivos entre los padres y el RN.</p> <p>2. Incluir a los padres en la asistencia del RN y animarlos a que participen.</p>	<p>-El establecimiento de los lazos con la madre se inicia durante las primeras horas de vida o los primeros días que siguen al nacimiento del lactante.</p> <p>- Los vínculos afectivos son una necesidad que forma parte del proyecto de desarrollo de un RN.</p> <p>- El vínculo afectivo a apego le proporciona seguridad al niño.</p> <p>-El llanto es el reclamo de la figura de apego.</p> <p>-Los lactantes nacidos antes de término experimentan períodos prolongados de separación con sus padres, lo que requiere intervención para garantizar el establecimiento de lazos entre los padres y el RN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se fomenta el establecimiento de los lazos afectivos entre el RN y sus padres. • Se les explica a los padres del RN signos de alarma e infección en éste, técnicas de amamantamiento, cuidados generales al RN.

<p>3. Animar a los padres a que visiten a su hijo con frecuencia.</p>	<p>-Con la separación prolongada de los lactantes nacidos antes de término de sus madres después del parto se relaciona a un aumento en la frecuencia de descuido y abuso del niño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede integrar a los padres en la asistencia del RN debido al corto tiempo de visita.
<p>4. Brindarle a los padres oportunidades para tocar, sostener y hablarle al RN.</p>	<p>- El tacto favorece el desarrollo de los lazos emocionales entre el RN y sus padres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se habla con los padres sobre la importancia de que acudan a las visitas. • Se permite que los padres toquen y platicuen con el RN.
<p>5. Preparar al RN para el alta instruyendo a sus padres sobre aspectos como las técnicas de alimentación, el cambio de pañales e</p>	<p>-Los padres del RNP deben recibir la misma enseñanza después del parto como cualquier otro. - Las madres que tienen lactantes nacidos antes de término deben practicar la extracción manual de la leche materna, ya</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se les permite a los padres del lactante que expresen sus dudas e inquietudes y se

<p>higiene general, vigilancia de la temperatura, signos de complicaciones y patrones normales de eliminación.</p>	<p>que esta actividad permite amamantar al niño después de salir del hospital.</p> <p>- Las madres necesitan comprender los cambios que deben esperar en el color del excremento del lactante y el número de evacuaciones intestinales, además del olor del excremento del niño alimentado al seno materno, con el objeto de evitar complicaciones innecesarias.</p>	<p>resuelven en el momento.</p>
--	--	---------------------------------

Evaluación:

Se logra que el lazo afectivo se establezca con éxito. Se dan especificaciones del cuidado del RN ya que este es dado de alta el último día que estuvimos con él.

5.3. Ejecución de los cuidados.

5.3.1. Registro de los cuidados.

- Se observo, registro y reporto los signos de insuficiencia respiratoria que presento el RN.
- Se aspiraron secreciones (de las cuales se obtuvo secreciones de consistencia mucoide y de color verde).
- Se administra oxígeno pre y pos ejecutar el procedimiento de aspiración de secreciones.
- Se administra oxígeno por casco cefálico a razón de 5lt x’.
- Se da posición de Rosierre y se le da cambio de posición cada dos horas.
- Se proporciona fisioterapia pulmonar (palmo y puño percusión).
- Se toman signos vitales, peso y talla diariamente (somatometría).
- Se proporciona la dieta por medio de vasito a razón de 20 a 30 ml de leche materna cada tres horas.
- Se valoran reflejos de succión y deglución.
- Se mide PA pre y posprandial.
- Se toman destrostix una vez por turno.
- Se cuantifican líquidos, orina y evacuaciones.
- Se pesa la ropa de cama de la incubadora y se mantiene seca.
- Se observan y registran patrones de defecación.
- Se observan y registran signos de insuficiencia respiratoria.
- Los cuidados se otorgan según horarios preestablecidos por la institución.
- El volumen de los monitores, alarmas e incubadoras no se puede bajar por seguridad del propio paciente (ya que si el sonido no fuera el adecuado podría pasar desapercibida alguna eventualidad que sufra el paciente).
- No se pueden apagar las luces ya que el personal no lo permite.
- Se habla en voz baja o se guarda silencio cuando el RN duerme.
- No es posible reducir el número de interrupciones innecesarias ya que el personal médico y sus estudiantes manipulan constantemente al paciente con fines educativos.

- Se le explica al familiar por que el RN solo usa pañal mientras permanece en el servicio de cuneros.
- Se le orienta al familiar sobre la ropa que debe de traer para que el RN la utilice para que se pueda ir dado de alta.
- Se le instruye al familiar sobre la importancia que tiene que el niño sea vestido con la ropa adecuada para cada estación del año (en verano debe vestir con ropas ligeras para evitar que se eleve la temperatura y en invierno debe de ser ropa abrigadora para evitar infecciones en las vías respiratorias).
- Se le pone pañal al RN y se le cambia cuanta veces es necesario.
- Se realiza aseo genital después de la micción o evacuación.
- Se toma la temperatura en la mañana y en la tarde de forma axilar.
- Se mantiene la piel del RN seca ya que se cambia el pañal cada que lo requiere y de ser necesario también las sábanas.
- Se vigila y se mantiene la temperatura de la incubadora.
- Se entibian los equipos que se introducen a la incubadora.
- Se pone al RN sobre sábanas previamente entibiadas cuando se le pesa, mide o cambia.
- Se mantienen cerradas las ventanillas el mayor tiempo posible; solo se abren para proporcionar los cuidados.
- Se calientan las manos del personal y de los padres antes de tocar al RN.
- Se vigilan signos de tensión por frío.
- No se mandan a vigilar el funcionamiento de las incubadoras por falta de presupuesto.
- Se lavan las manos antes y después de tener contacto con el RN.
- Se utiliza cubrebocas al manipular al RN.
- Se lleva registro del cambio de equipos de venopunción y se mantienen en buen estado.
- Se evita la mutipunción.
- Se mantiene en buena posición el sitio donde se encuentra la venopunción.
- Se observan y se registran si se produce infiltración en el sitio de punción.
- No se recanaliza ya que el sitio de punción se encuentra en óptimas condiciones; pero si se realiza el cambio de equipo para evitar que se contamine.

- Se fomenta el establecimiento de los lazos afectivos entre el RN y sus padres.
- Se les explica a los padres del RN signos de alarma e infección en éste, técnicas de amamantamiento, cuidados generales al RN.
- No se puede integrar a los padres en la asistencia del RN debido al corto tiempo de visita.
- Se habla con los padres sobre la importancia de que acudan a las visitas.
- Se permite que los padres toquen y platiquen con el RN.
- Se les permite a los padres del lactante que expresen sus dudas e inquietudes y se resuelven en el momento.

5.4. Evaluación de las respuestas.

1º Diagnóstico de Enfermería:

Patrón respiratorio ineficaz relacionado a inmadurez pulmonar manifestado por insuficiencia respiratoria (aleteo nasal, retracción xifoidea, tiraje intercostal y disnea).

Objetivo de enfermería:

Contribuir a mejorar el patrón respiratorio del RN.

Evaluación:

El recién nacido al final de los cuidados proporcionados se observó que disminuyen; hasta el grado de desaparecer los signos de insuficiencia respiratoria, se mantiene las vías aéreas permeables y las secreciones ya son de color transparente y se encuentran disminuidas notablemente, el bebé ya no se deteriora tras el procedimiento de aspiración. Se retira casco cefálico. Con lo cual se logra alcanzar el objetivo trazado.

2º Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la nutrición menor, de los requerimientos corporales relacionado con el gasto calórico mayor al consumo.

Objetivo de enfermería:

Administrar requerimientos nutricionales de acuerdo a su edad y peso para favorecer el crecimiento armónico.

Evaluación:

El paciente tolera su alimentación al 100%, valorando lo anterior por la medición pre y posprandial, se incrementa el peso del RN. Se alcanza objetivo predeterminado.

3º Diagnóstico de enfermería:

Trastornos del patrón del sueño relacionado con ruidos desconocidos e i interrupciones para la valoración.

Objetivo de enfermería:

Propiciar el sueño y descanso del RN hasta completar de 12 a 14 horas diarias.

Evaluación:

La respuesta no es favorable no se logra que el paciente duerma de 10 a 14 horas diarias debido a que muchos de los factores que alteran esta necesidad no los podíamos modificar. Objetivo no alcanzado.

4° Diagnóstico de enfermería:

Dificultad para vestirse o desvestirse relacionado con la inmadurez manifestado por la disminución de fuerzas musculares.

Objetivo de enfermería:

Vestir con las prendas apropiadas al RN de acuerdo al entorno donde se encuentre.

Evaluación:

Se logra alcanzar el objetivo ya que durante toda la estancia en el servicio el RN viste como especifica el hospital. Se mantiene al RN limpio y seco. Al explicarles a los padres como debe vestir el RN ellos externan sus dudas y hacen una retroalimentación sobre el tema con lo que se logra que ellos entiendan y fundamenten el por que de la importancia del uso adecuado de prendas de vestir del RN.

5° Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con la inmadurez del centro termorregulador.

Objetivo de enfermería:

Vigilar y controlar la temperatura por medio de la incubadora.

Evaluación:

Respuesta favorable. Durante toda la valoración el RN logra que su temperatura corporal oscile entre 36.4° C Y 37°C. Por lo que se decide sacarlo de la incubadora para su alta. Se logra alcanzar el objetivo

6° Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de infección relacionado con la vulnerabilidad del RN, la falta de fauna saprófita y la pérdida de la continuidad de la piel hecha por la venopunción.

Objetivo de enfermería:

Evitar que el RN contraiga una infección nosocomial durante su estancia en el servicio.

Evaluación:

El paciente respondió favorablemente, puesto que durante el período de estancia en el servicio se mantiene libre de infecciones. Se logra alcanzar el objetivo

7° Diagnóstico de enfermería:

Separación prolongada entre el RN y sus padres relacionada a el padecimiento y los cuidados que requiere el RN.

Objetivo de enfermería:

Brindar bienestar psicológico a los padres y al RN mediante la facilitación del establecimiento de los lazos positivos entre padres e hijos y estimulación sensorial del segundo.

Evaluación:

Se logra que el lazo afectivo se establezca con éxito. Se dan especificaciones del cuidado del RN ya que este es dado de alta el último día que estuvimos con él. Se logra alcanzar el objetivo

VI. Conclusiones:

Al ser la enfermería una disciplina profesional requiere de un sustento de bases teóricas, metodológicas y filosóficas que le permitan guiar y definir su propio campo de estudio; con la finalidad de construir la identidad profesional. De ahí la importancia de que el profesional de enfermería lleve a la práctica el proceso durante su formación académica y más aún en la asistencia del paciente; ya que el PAE es el método propio de la enfermería, gracias al cual, podemos planificar de forma racional y sistemática los cuidados de enfermería, con el propósito de proporcionar cuidados de calidad y fortalecer la identidad disciplinaria; al mismo tiempo que se evidencia el pensamiento crítico y analítico del profesional de enfermería.

La aplicación del proceso tiene repercusión en la profesión (consolida la identidad profesional), en el paciente (recibe cuidados de calidad y se asegura la continuidad de de estos) y en el personal enfermero (ya que nos produce satisfacción al alcanzar las metas previamente establecidas).

Es de suma importancia recalcar que el PAE es un proceso de acción, reacción e interacción con el paciente por lo tanto nos permite poner en práctica la empatía, el holismo y el humanismo que caracteriza a nuestra profesión.

VII. GLOSARIO

ACROCIANOSIS: Coloración violácea de las extremidades, a menudo se le ve cuando se las expone a bajas temperaturas.

AMENORREA: Ausencia de menstruación. Ausencia del período menstrual. Puede ser primaria en las mujeres que nunca han menstruado, o secundaria en mujeres que habiendo tenido períodos menstruales, dejan de tenerlos.

ANURIA: Ausencia de eliminación de orina. Excreción de menos de 100 ml de orina en 24 horas.

ATELECTASIA: Trastorno caracterizado por el colapso pulmonar que dificulta el intercambio gaseoso de dióxido de carbono y oxígeno.

CAPUT SUCEDANEUM: Edema depresible y localizado en el cuero cabelludo del recién nacido que puede cubrir las suturas del cráneo. Por lo general se forma durante el trabajo del parto como consecuencia de la presión circular ejercida por el cuello del útero sobre el occipucio fetal. Tras el nacimiento, la cabeza del niño presenta una deformación evidente pero ésta empieza a disminuir inmediatamente y por lo general desaparece al cabo de unos cuantos días.

COMATOSO: En estado de coma, inconsciente.

EMPATÍA: Estado mental en el que un sujeto se identifica con otro grupo o persona, compartiendo el mismo estado de ánimo. Grado de sintonía afectiva con las demás personas y el ambiente circundante. Ponerse en el lugar del otro.

ENTEROCOLITIS NECROSANTE: Inflamación aguda que suele afectar a los recién nacidos de peso inferior al normal. Se caracteriza por necrosis isquémica de la mucosa gastrointestinal que puede llevar a la peritonitis y perforación intestinal.

ESPUTO: Material expectorado de los pulmones a través de la boca, con la tos.

ESTUPOROSO: Estado de letargia y falta de respuesta que se caracteriza por que el paciente se desconecta de su entorno.

EXISTENCIALISMO: El existencialismo es un movimiento filosófico cuya temática central es directamente la existencia del ser humano, con sus vivencias y en especial su pathos. Por no decir directamente sus padecimientos como diría Heidegger: «el-ser-en-el-mundo». ...Todo lo relacionado a la manera en la que una persona experimenta su existencia, la asume, la orienta y la dirige a la comprensión de sí misma para vivir, para existir.

FACTOR SURFACTANTE: Se encuentra en los pulmones y reduce la tensión superficial del líquido situado en la superficie de las células del tracto respiratorio inferior, incrementando la elasticidad del alvéolo y los bronquiolos facilitando el intercambio gaseoso en los pulmones.

FAUNA SAPRÓFITA: Se dice de gérmenes que viven normalmente en ciertas partes del cuerpo y que está desprovisto de todo poder patógeno.

FENOMENOLOGÍA: Estudio descriptivo de un fenómeno, de la sucesión de los fenómenos o de un conjunto de fenómenos. Teoría general de vivencias. "Examen sistemático de los tipos y de las formas de experiencias internas, lo cual nos enseña la naturaleza de lo psíquico y nos hace comprender el ser de nuestra alma. Es intuitiva y no ve más que la vivencia.

HEMANGIOMAS: Tumor benigno constituido por una masa de vasos sanguíneos.

HIPERCAPNIA: En medicina se llama hipercapnia al aumento de la presión parcial de anhídrido carbónico (PaCO₂), medida en sangre arterial, por encima de 46 mmHg

HIPOXEMIA: Contenido bajo de oxígeno en sangre.

HOLISTICO: Se puede definir como un tratamiento de un tema que implica todas las partes explicitadas o latentes con sus relaciones, las obvias y las invisibles. ...

HOMEOSTASIS: Tendencia de un sistema fisiológico (ej. Neurona, sistema neural, o el cuerpo total), a mantener su ambiente interno en equilibrio estable. Un sistema abierto que se regula homeostáticamente reacciona a cada cambio en el medio ambiente, o a cada suceso que le perturbe, por medio de una serie de modificaciones de igual energía pero de dirección contraria a aquellas que crearon la perturbación. Dichas modificaciones son suficientes para mantener el equilibrio inestable de las complejas relaciones entre los elementos internos.

LANUGO: vello fino y suave (cuya cantidad puede variar) que es más frecuente en los bebés prematuros; aunque usualmente cubre toda la piel, es más abundante en los hombros y espalda del bebé.

LETARGO: Somnolencia o indiferencia.

METAPARADIGMA: El metaparadigma de una disciplina identifica los fenómenos acerca de los cuales se hacen los reclamos filosóficos y éticos. La literatura de enfermería ha identificado los conceptos de persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería, como los fenómenos de interés de la disciplina de enfermería. Perspectiva global de una disciplina.

OBJETIVO: Relativo a un fenómeno o hallazgo clínico observable. Se suele describir como un signo.

OLIGOHIDRAMNIOS: Trastorno caracterizado por una disminución marcada de líquido amniótico.

OLIGURIA: Diuresis de menos de 400 ml y de más de 100 ml de orina en 24 horas.

PARADIGMA: Una perspectiva general de interpretar al mundo. Un paradigma presenta un conjunto de supuestos filosóficos sobre el mundo, que se interrelacionan de un modo tal, que pueden resolver la complejidad del mundo real. Los paradigmas son conjuntos de suposiciones sobre un campo del conocimiento que guían e influyen en la indagación. Un paradigma está constituido por los supuestos teóricos generales, las

leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica.

PETEQUIAS: Mancha muy pequeña de color rojo o púrpura que aparece en la piel y corresponde a una hemorragia diminuta localizada en la dermis o las capas submucosas, No desaparecen por vitropresión.

POLIDACTILIA: Malformación congénita caracterizada por la presencia de un número superior al normal de dedos en las manos o pies. Este rasgo suele heredarse como un característica autosómica dominante y se suele reparar quirúrgicamente durante la lactancia.

PRIMIGRÁVIDA: Mujer embarazada por primera vez

SIGNOS: Hallazgo objetivo percibido por un explorador.

SÍNTOMAS: Índice subjetivo de una enfermedad o un cambio de estado como lo percibe un paciente.

SUBJETIVO: hechos o fenómenos que el individuo percibe como algo muy personal. Ver Síntomas.

VERNIX: Sustancia de color blanco grisáceo, constituida por secreciones de las glándulas sebáceas, lanugo y células epiteliales descamadas. Recubre la piel del feto y del recién nacido.

VIII. BIBLIOGRAFIA.

1. Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso Enfermero. Editorial Masson. 2ª edición. 2003. Barcelona España.
2. Beare/ Myer. Enfermería Principios y Práctica. Editorial Mc Graw Hill 2000. España.
3. Catalina Gracia y María L. Martínez. Historia de Enfermería. Editorial Harcourt. 2001, Madrid España.
4. Collière, M. F. Promover la vida. Editorial Mc Graw Hill. 1993. Madrid España.
5. Cuaderno de Obstetricia II. UNAM-ENEO SUA. 2003.
6. Departamento de Enfermería. Página mantenida por departamento de Enfermería última actualización. 10 junio 2002. www.enfermería21.com
7. Fernández Fermín C. El pensamiento de V. Henderson en el siglo XXI Ed. Masson, Barcelona España, 2003.
8. García González Ma. De Jesús et al. El proceso de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica enfermera. 1ª edición. 2000 México.
9. García Martínez C. Martínez Martín M.L., Editorial Hort Court Internacional, Impreso en España.
10. Janet W Griffith. Proceso de Atención de Enfermería; aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno. 1ª edición. 1980. México.
11. Juana Hernández Conesa. Historia de la Enfermería un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Editorial Interamericana. 1ª edición. 1995. España.
12. Dossier Erb. Enfermería Fundamental, conceptos, procesos y prácticas. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. 4ª edición. España.
13. Kérouac Suzanne. El pensamiento Enfermero. Editorial Masson. 1ª edición. 2002. Barcelona España.
14. Luis Rodrigo Ma, et al. De la teoría a la práctica del pensamiento de Virginia Henderson. Editorial Mason. 2ª edición. 2002 Barcelona España.
15. Marriner An. El Proceso de Atención de Enfermería un enfoque científico y moderno. 4ª reimpresión. 1995.
16. Mecanograma Proceso de Atención de Enfermería Seminario Taller UNAM-ENEO. México. 2004.
17. Mirriner Tomey Ann(1999), Introducción al análisis de las teorías de enfermería 4ª edición, Editorial Harcourt, Madrid España.
18. Muron Aguilar Victoria. Modelos de Enfermería. Editorial Trillas. 1ª edición 2000. México.
19. Nanda Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación. Editorial Harcourt 2001-2002.
20. Pediatría Médica Instituto Nacional de Pediatría. Editorial Trillas. 1ª reimpresión 1996. México.
21. Revista electrónica Semestral de Enfermería www.umes/eglobal/
22. Rodríguez S Bertha. Proceso Enfermero. Ediciones Cuellar. 2002. México.
23. Rodríguez Weber Miguel Ángel. Neonatología Clínica. Editorial Mc Graw Hill. 2003. México.
24. Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería Editorial El Manual Moderno. 3ª edición. 2004. México.
25. Diccionario Mosby

WANEXOS,

Tipo.	Parámetros.	Aspiración de secreciones.	Lavado bronquial.
VMI			
VMC CIPAP			
Otros.			

1.6. Ruidos cardiacos.

Ritmo Regular Acelerado Lento Otros
 Presencia de soplos SI NO
 Características Ubicación
 Latido apical SI NO
 Taquicardia SI NO
 Bradicardia SI NO
 Frecuencia cardiaca

2. Comer y beber.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

2.1. Pérdida de peso SI NO
 Deshidratación SI NO
 Piel Ojos Llanto

2.2. Nariz
 Permeable SI NO
 Malformaciones SI NO
 Otras

2.3. Boca
 Labios completos SI NO
 Labios incompletos SI NO
 Paladar completo SI NO
 Paladar incompleto SI NO
 Encías normales SI NO
 Encías hiperemicas SI NO
 Encías blanquecinas SI NO
 Otros

2.4. Somatometría
 Peso
 Pérdida de peso 5% 10% 15% 0 más
 Talla
 PC PA PT Longitud de Pie
 Segmentos Superior Inferior
 Relación de segmentos

2.5. Estado de hidratación
 Pérdida de peso SI NO Cuanto

Deshidratación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Turgencia de la piel	Ojos <input type="checkbox"/>	Llanto <input type="checkbox"/>	
Soluciones parenterales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Nutrición parenteral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Líquidos por vía oral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Otros
2.6. Abdomen			
Integro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ruidos peristálticos		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Características			
Cordón umbilical		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Características			
Palpación hepática	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Palpación de baso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Distensión abdominal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2.7. Sangrado de tubo digestivo			
Características del líquido gástrico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Ayuno	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Días de ayuno			
Nutrición Parenteral	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
2.8. Aspecto de la piel, cabello y uñas.			
Piel			
Cabello			
Unas			
2.9. Alimentación oral			
Sonda orogástrica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Fecha de colocación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Número de sonda			
3. Eliminar.			
3.1. Recto			
Formado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Permeable	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Evacuación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	# <input type="checkbox"/>
Características de la evacuación			
Labstix en evacuación			
3.2. Diuresis			
Características	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
3.3. Sonda orogástrica			
Cantidad de drenaje	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Características del líquido			
Fecha de cambio de bolsa colectora			

3.4. Vómitos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Características
Otros			
3.5. Genitales masculinos			
Pene	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Integro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Escroto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Características
Testículos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuantos
Descendidos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Retraídos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Hernias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Otros
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.			
4.1. Posturas			
Movilización	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Tipo
4.2. Miembros superiores			
Completos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Malformaciones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Otros			
4.3. Miembros inferiores			
Completos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Malformaciones	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Otros			
Polidactilia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Instalación de catéteres	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Número del punzocat	Angiocath	Otros	
Soluciones parenterales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuál
5. Dormir y descansar.			
5.1. Cráneo fontanelas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cuantas
Características de las fontanelas			
Huesos del cráneo		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Característica			
Cefalohematomas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Caput Sucedaneum	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Traumatismos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Ubicación
5.2. Estado mental			
Alerta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Sueño fisiológico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Conciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Inconciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Somnoliento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Estuporoso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Comatoso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Otros			

5.3. Valoración de reflejos

Valoración de Usher
<ul style="list-style-type: none"> • Cabello • Cartílago • Nódulo mamario • Características de los genitales • Pliegues plantares.

Valoración de Ballard (Madurez Física)
<ul style="list-style-type: none"> • Piel • Lanugo • Pliegues • Mamas • Orejas • Genitales masculinos

Valoración de Ballard (Madurez Neuromuscular)
<ul style="list-style-type: none"> • Postura • Ventana cuadrada • Angulo poplietal • Signo de la bufanda • Talón oreja

6. Vestirse y desvestirse.

6.1. Aspecto físico

Limpio <input type="checkbox"/>	Sucio <input type="checkbox"/>	Descuidado <input type="checkbox"/>
Esta cubierto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Ropa adecuada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Es sensible al frío	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Puede vestirse solo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Manifestación de dependencia o causa		

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

7.1. Temperatura corporal

Controla la temperatura corporal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Amerita cuna térmica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

7.2. El familiar sabe tomar la temperatura	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros datos de interés		

8. Mantener la higiene y proteger la piel.

8.1. Coloración de la piel

Cianosis	Mucosas	Uñas
Petequias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Hematomas | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Hemangiomas | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Mancha mongólica | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Piel fría | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Piel húmeda | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
- 8.2. Edema SI NO
- Sitio
- 8.3. Pelo Textura
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Alopecia | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Precisa ayuda para la higiene | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Otros datos de importancia | | |
9. Evitar peligros.
- 9.1. Es portador de alguna enfermedad SI NO
- 9.2. Nombre de la enfermedad
- 9.3. Presenta signos y/o síntomas de dolor SI NO
- 9.4. Tiene indicado medicamento para aliviar el dolor SI NO
10. Comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 10.1. Con que frecuencia lo visitan sus padres
- 10.2. Como es la comunicación de la madre con su hijo
- 10.3. Como es la comunicación del padre con su hijo
- 10.4. Como se comunica la enfermera con el niño
11. Vivir de acuerdo a sus creencias y valores.
- 11.1. Los familiares solicitan la presencia de artículos religiosos o espirituales SI NO
- 11.2. Los familiares realizan rituales SI NO
12. Ocuparse de su propia realización.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.
- 14.1. Escolaridad de la madre
- 14.2. Escolaridad del padre
- 14.3. ¿Tienen conocimientos de la hospitalización y terapéutica empleada con su hijo? SI NO
- 14.4. ¿Reciben orientación acerca de los cuidados que el recién nacido requiere? SI NO
- 14.5. ¿Tienen conocimiento del pronóstico del recién nacido? SI NO

SIGNOS DE ALARMA EN EL LACTANTE.

Casos en que los padres deben hablar o acudir al profesional de salud

1. Caso de temperatura alta (fiebre) mayor a 38° C axilar o rectal
2. Caso de temperatura por debajo de 36° C, con la ropa apropiada para la temporada o con la que usa cotidianamente.
3. Elevación o disminución continúa de las cifras mencionadas.
4. Más de un vómito intenso y abundante, o vómitos frecuentes por más de una hora.
5. Rechazo de dos o más alimentos consecutivos.
6. Letargo (indiferencia), dificultad para despertar al lactante.
7. Coloración pálida o morada (palidez o cianosis).
8. Ausencia de respiración mayor de 15 segundos (apnea).
9. Lactante que llora mucho y está inconsolable o llanto continuo y agudo (aún cuando se le trata de tranquilizar, hablándole, arrullándole, etc.).
10. Salida de secreciones o sangre por cualquier orificio.
11. Dos evacuaciones consecutivas verdes o con agua.
12. Ausencia de pañales mojados durante más de 6 horas o menos de seis pañales mojados al día.

