



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”**



“Estudio de caso a un recién nacido de 33 SDG con alteración en la necesidad de oxigenación”

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

Presenta:

Lic. Enf. Mixcoatl Domínguez Erendira Guadalupe

Asesor:

Mtra. Miroslava Carrasco González

Mayo 2014





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.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a todas a aquellas personas que me han acompañado en mi lucha constante; a mi padre, familia, amigos, compañeros, maestros, y a todas aquellas personas que día con día luchan por ser mejores seres humanos, “porque muchas veces el camino no es fácil”.

“Solo recuerda que después de una gran tormenta,
Siempre se escuchara el bello canto de un ave.
Solo detente un momento en tu realidad,
Para sentir ese bello resplandor de sol,
Que vienen junto con ese hermoso canto de paz”.

Mixcoatl Domínguez E. Gpe.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a dios por haberme puesto en el aquí y en el ahora, por no desampararme y siempre estar conmigo, por darme fuerzas para seguir adelante y por darme todas las herramientas necesarias para realizar cada uno de mis sueños.

Le agradezco a mi padre Eloy Mixcoatl Herrera todo su apoyo, su amor y su profunda dedicación que tiene día con día hacia mí. Gracias papito por ser mi mejor amigo, mi compañero, mi fuerza, mi fe y mi inspiración.

A una de mis mejores compañeras en este proyecto, a la Mtra. Miroslava Carrasco González, gracias maestra por sus consejos y por toda su dedicación para que hoy este proyecto se esté cumpliendo.

A toda mi familia; tíos, primos, y a mi viejita bonita “mi abuelita Nila Herrera”, porque todos y cada uno de ustedes han puesto su granito de arena para que hoy yo esté en donde estoy. Gracias por sus enseñanzas, sus consejos y por siempre estar ahí cuando más los he necesitado.

A todos y cada uno de mis amigos, porque muchas veces ustedes le han dado fuerza a mis alas para seguir volando, gracias Gabriela Rodríguez por ser más que una amiga para mi, por disfrutar conmigo mis triunfos y por acompañarme siempre en cada momento de mi vida.

Finalmente quisiera agradecerle a un ser maravilloso su llegada a mi vida, porque se ha convertido en alguien muy importante para mí, porque gracias a ti mi amor hoy sigo soñando, “gracias Saymon Estrada Cruz” por todo lo que me enseñas y me inspiras día con día.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| OBJETIVOS | 3 |
| 1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | 4 |
| 1.1 Antecedentes (Estudios relacionados) | 4 |
| 1.2 Proceso de Atención de Enfermería (PAE) | 19 |
| • Valoración del PAE. | 20 |
| • Diagnósticos del PAE. | 20 |
| • Planeación del PAE. | 22 |
| • Ejecución del PAE. | 22 |
| • Evaluación del PAE | 23 |
| 1.3 Propuesta filosófica de Virginia Henderson | 24 |
| 1.4 Consideraciones Éticas de Cuidado | 29 |
| • Principios éticos. | 31 |
| • Consentimiento informado. | 33 |
| • Derechos de los pacientes. | 33 |
| • Declaración de los derechos de los niños. | 34 |
| • Derechos de los pacientes neonatales. | 35 |
| 1.5 Factor de dependencia “Síndrome de dificultad respiratoria”. | 36 |
| • Epidemiología. | 36 |
| • Etiología. | 38 |
| • Cuadro clínico. | 38 |
| • Tratamiento. | 40 |
| 2. METODOLOGÍA | 45 |
| 2.1. Métodos e Instrumentos | 45 |
| 2.2. Descripción del caso en estudio | 47 |

| | |
|---|-----|
| 2.3 Proceso de Valoración | 49 |
| • Exploración física. | 49 |
| • Valoración de enfermería por necesidades. | 51 |
| 2.4. Proceso de Diagnóstico | 57 |
| • Jerarquización de las necesidades. | 57 |
| • Diagnósticos de enfermería. | 59 |
| 2.5. Proceso de Planeación | 61 |
| 2.6. Proceso de Ejecución y Evaluación | 63 |
| • Necesidad de oxigenación. | 63 |
| • Necesidad de termorregulación. | 72 |
| • Necesidad de nutrición. | 78 |
| • Necesidad de eliminación. | 82 |
| • Necesidad de descanso y sueño. | 85 |
| • Necesidad de movimiento y postura. | 89 |
| • Necesidad de seguridad y protección. | 92 |
| • Necesidad de higiene de la piel y tegumentos. | 95 |
| • Necesidad de autorrealización. | 98 |
| • Necesidad de comunicación. | 100 |
| • Necesidad de creencias y valores. | 103 |
| • Necesidad de aprendizaje. | 105 |
| 2.7. Plan de Alta | 107 |
| | |
| 3.CONCLUSIONES | 110 |
| | |
| 4. BIBLIOGRAFÍA | 111 |
| | |
| 5. ANEXOS | 122 |
| • Anexo 1: Guía de valoración. | 122 |
| • Anexo 2: Familiograma. | 130 |
| • Anexo 3: Consentimiento informado. | 132 |

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Pese a esta amplia definición, la salud a menudo se evalúa tomando en consideración la mortalidad (muerte) y morbilidad (enfermedad) durante un período de tiempo.

El nacimiento prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y constituye un reto terapéutico para todo el personal de salud. El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima entre 6 y 10%. Después de las 28 semanas de gestación, las tasas de mortalidad prenatal y neonatal se haya estrechamente ligadas con la incidencia de prematuridad. Los recién nacidos, con edad gestacional inferior a las 32 semanas y especialmente los recién nacidos prematuros extremos que nacen antes de la semana 28 de edad gestacional presentan alta morbilidad y mortalidad. El recién nacido prematuro sano requiere una serie de procedimientos y cuidados rutinarios y una valoración cuidadosa de su estado general y de la correcta instauración de todas las medidas médicas y de enfermería para su adecuada atención y vigilancia a corto y largo plazo. Estas incluyen alimentación, control térmico, monitoreo metabólico y respiratorio, valoración del estado neurológico, identificación y tratamiento de las complicaciones a diversos órganos, orientación y adiestramiento a los padres al momento del egreso.

Por ello el enfoque principal de este trabajo está orientado en la aplicación de la propuesta filosófica de Virginia Henderson en un paciente neonato, la cual, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continua, y cuando esto no es posible debido a falta de fuerza, conocimiento o voluntad, aparece una dependencia.

A continuación se analizara específicamente al recién nacido de 33 SDG con alteración en la necesidad de oxigenación apoyándolo en su proceso de adaptación, para que tanto su entorno como su cuidador principal estén aptos para proporcionarle los medios necesarios para cubrir sus necesidades básicas. El propósito principal está orientado a conocer más la intervención y cuidado de cada una de las necesidades alteradas, viendo a la persona desde un enfoque bio-psico-social, espiritual y cultural, ya que es importante tener en cuenta todos los factores que influyen en la satisfacción de la necesidad.

OBETIVOS

➤ **GENERAL**

Brindar cuidado especializado a través del proceso atención de enfermería a un neonato de 33 semanas de gestación con alteración en la necesidad de oxigenación.

➤ **ESPECIFICOS:**

Mejorar el estado de salud del neonato de 33 semanas de gestación , mediante la valoración de las 14 necesidades básicas de la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

Conocer el hábitus interno y externo que influye potencialmente en la alteración de las necesidades del recién nacido prematuro.

1.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1.- ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Para la fundamentación teórica se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica de estudios relacionados bajo el concepto de “proceso de atención de enfermería”, encontrándose de forma más relevante para el estudio de caso siete artículos y una tesis:

Rivas AV.¹ Realizó un ensayo con el objetivo de mostrar los elementos para la aplicación clínica de un proceso que guíe y mejore la práctica de enfermería para diseñar una atención de cuidado estructurada, organizada y enfocada al cuidado del paciente con el potencial para incrementar la eficiencia y la efectividad además de otros beneficios. En este trabajo, la autora advierte que el proceso de implementación es complejo y extenso, pero que los resultados esperados suelen ser benéficos. Además enfatiza en que el éxito de la implementación del modelo requiere la presencia de múltiples condiciones positivas y el uso de una variedad de estrategias y procesos para apoyar el cambio además del apoyo y el reconocimiento de definir el rol de enfermería en la organización, entre otros factores incluyen reconocer: la educación; la selección del modelo; el compromiso y apoyo; la visión; el proceso de cambio y los factores del ambiente.

Reina GN.² Presentó un artículo sobre el proceso de enfermería y algunas reflexiones sobre su relevancia para la disciplina profesional de Enfermería, exponiendo en primer momento las etapas de dicho proceso, luego su estrecha relación con la academia y la ciencia, reconociendo el Proceso de Enfermería como instrumento vital de cuidado. Terminando con la presentación de la importancia de estandarizar el proceso en las instituciones de salud, apoyado en diferentes herramientas electrónicas como los software con plataformas que contengan los diagnósticos, las intervenciones y resultados esperados de Enfermería, al igual que con el compromiso de los profesionales de Enfermería en

todos los contextos, especialmente con quienes asumen cargos directivos, administrativos y de gestión en las organizaciones e instituciones para contribuir de cierta manera a mejorar el estatus profesional, laboral y social de Enfermería.

Rojas JG y Pastor DP.³ Elaboraron un artículo sobre la aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos, con el objetivo de describir los factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería (PAE) y las taxonomías de diagnósticos, intervenciones y resultados esperados, en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) de Medellín. El estudio fue descriptivo de corte transversal, se realizó en una muestra de 65 profesionales de enfermería de 12 UCI en el 2007.

Se exploraron variables sociodemográficas y laborales, metodologías para el cuidado, aplicación del PAE y nivel de aptitud clínica; además del tipo de institución y existencia de registros de enfermería estructurados. Los resultados arrojaron que los profesionales son mujeres jóvenes con poca experiencia que cuidan realizando la valoración, planean con base en el diagnóstico médico y siguen los protocolos establecidos en las UCI. Manifestaron no aplicar el PAE—sin embargo, valoran, planean e intervienen y en menor medida formulan diagnósticos y evalúa. Los autores concluyen que los profesionales de enfermería otorgan importancia al PAE como elemento que da identidad profesional, no obstante, no lo incorporan como metodología para el cuidado.

Pecina LR.⁴ Realiza un estudio cualitativo sobre las experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria, con el objetivo de conocer las experiencias de los estudiantes de quinto semestre de la carrera de licenciatura en enfermería en la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria. El estudio cualitativo se realizó en un hospital público de segundo nivel, con una población de 31 estudiantes con la que se alcanzó la saturación de datos.

Se recolectó la información a través de técnicas como: observación participante, entrevista semiestructurada y a través de un registro anecdótico de los cuidados proporcionados al paciente. En los resultados se encontraron que las experiencias sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria en estudiantes estuvieron limitadas porque hicieron falta conocimientos, organización del tiempo y experiencia en la aplicación de las diferentes etapas del proceso enfermero; además hubo exceso de actividades.

En las conclusiones se encontró que las experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero fueron regulares. Por lo que la autora refiere que este resultado reduce la posibilidad de que el alumno, durante su formación y en su futura vida profesional, utilice esta herramienta científica como método de trabajo para brindar cuidado de enfermería, debido a la falta de conocimientos y de tiempo para realizar el proceso enfermero, y también debido al exceso de trabajo en los servicios.

Pecina LR.⁵ En otro de sus artículos nos dice que en la formación de profesionales en enfermería se cuenta con el proceso enfermero que permite fundamentar los conocimientos teórico - prácticos que adquiere el alumno durante su formación. Realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, y transversal. Con una muestra a conveniencia de 54 alumnos del tercer año de la carrera de licenciatura en enfermería. Donde se aplicó un cuestionario con una confiabilidad de 0.87. El análisis de los datos se realizó por medio de estadística descriptiva.

En los resultados se obtuvo que el 64% de la muestra cuenta con un nivel de conocimientos suficientes sobre el proceso enfermero y la media de calificación fue de 8.3. En cuanto a la percepción de autoeficacia en la aplicación del proceso enfermero los alumnos refieren que se sienten seguros de aplicarlo ante situaciones reales según el 72% y completamente seguros el 22%. En el área hospitalaria el 67% de los alumnos expresan que los docentes facilitaron el aprendizaje del proceso enfermero, un 31% expresa que ese aprendizaje lo

obtuvieron con ayuda de compañeros y un 2% manifiesta que el personal de enfermería contribuyo en la enseñanza del proceso enfermero.

Como conclusiones se muestra que el nivel de conocimientos en el alumno es suficiente sobre el proceso enfermero, en relación a la percepción de autoeficacia para la aplicación del proceso enfermero los alumnos se sienten seguros. Los profesores si contribuyen en el aprendizaje de esta herramienta en el área hospitalaria, pero existen diversos factores que limitan la aplicación del proceso enfermero en los ámbitos hospitalarios, entre ellos se encuentran el exceso de pacientes y falta de tiempo. Por lo que podemos deducir que la efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero aún no logra el efecto esperado en las áreas hospitalarias.

López MM, y cols.⁶ Mostraron un artículo sobre la aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardiaca. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un programa de cuidados de enfermería en pacientes incluidos en la unidad de insuficiencia cardiaca. El estudio prospectivo contaba con la implementación de un plan de cuidados de los pacientes conformado por tres sesiones estandarizadas de educación verbal con soporte escrito, intervenciones individualizadas y consulta. En los resultados se muestra que los diagnósticos de enfermería fueron; intolerancia a la actividad, alteración de la nutrición y exceso de volumen de líquidos en el 96% de los pacientes.

Como conclusión se obtuvo que con la implantación del plan de cuidados de enfermería en la insuficiencia cardiaca se consiguiera mejorar el conocimiento, la adquisición de hábitos higiénicos saludables, el manejo del régimen terapéutico y el autocuidado familiar.

Morales MN y Domínguez FE.⁷ Elaboran una tesis sobre el conocimiento y aplicación del proceso de atención de enfermería en un hospital de segundo nivel, cuyo objetivo fue identificar el conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en el personal que labora en este tipo de hospitales. El tipo de estudio fue

exploratorio, y la muestra estuvo constituida por 40 profesionales de enfermería, el muestreo fue por conveniencia y para la recolección de los datos se utilizó un instrumento diseñado por los autores.

Los resultados arrojaron que el 82.5% de los profesionales tenían una antigüedad de 0-10 años, el nivel de conocimiento del proceso de enfermería fue bajo en el 60% de los profesionales, el 40% de los casos refiere aplicar siempre el proceso de enfermería aunque no se encontró evidencia en las hojas de enfermería. Como conclusión observan desventajas como la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo.

Continuando con la búsqueda y revisión bibliográfica de estudios relacionados, se encontraron seis artículos y un estudio de caso bajo el concepto de la teórica "Virginia Henderson":

Santos RS y cols.⁸ Revelaron en su artículo; modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas, cuyo objetivo fue; identificar el modelo teórico de enfermería que los estudiantes dicen utilizar durante las prácticas, la motivación para su elección, y la escuela universitaria donde estaban cursando sus estudios. Los autores mencionan que; la motivación para elegir un modelo o metodología se resumió en tres causas: la orientación (conocimiento), el dominio (facilidad de aplicación) y la adecuación (características del propio modelo o metodología).

Fue un estudio descriptivo en el que participaron 105 estudiantes, durante el curso 2006-2007 de dos escuelas públicas y una privada. Las variables de estudio fueron los modelos teóricos enfermeros, las razones de la elección y variables socio demográficas. Como resultados obtuvieron que el modelo elegido principalmente fue el de Virginia Henderson. Las motivaciones para la elección, según los estudiantes, son su uso en la enseñanza universitaria y la facilidad de

ejecución del modelo. Se evidenció confusión entre los términos “modelo conceptual y/o teórico” y “metodología enfermera”.

Suso G A y cols.⁹ Desarrollan un sistema de valoración con un formato de registro, tomando como referencia teórica el modelo de Virginia Henderson. En el trabajo se parte de las razones que se han considerado para optar por este modelo y se relacionan modelo de cuidados y proceso de enfermería, concretando esta relación en la etapa de valoración, en la que se especifica el significado de los fenómenos de la estructura teórica.

Carreño RA.¹⁰ Realizo un artículo con el objetivo de identificar las necesidades alteradas y determinar los cuidados específicos del paciente con Síndrome de Ventrículo Izquierdo Hipoplásico (SVIH) con base en la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) y las Guías de Práctica Clínica Cardiovascular del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCICH). El PAE se aplicó a un paciente pediátrico masculino de 34 días de edad, hospitalizado en el servicio de cardiopediatría en el área de aislados del INCICH, utilizando el formato de valoración elaborado con base en el modelo de Virginia Henderson e implementado por la dirección de enfermería de este instituto.

Las variables de estudio fueron las 14 necesidades, se identificaron las más alteradas y posteriormente se formularon los diagnósticos en el formato: problema, etiología, signos y síntomas (PESS), así como etiquetas diagnósticas de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), se plantearon cuidados con base en las guías de práctica clínica cardiovascular.

Ángel JG y cols.¹¹ Realizaron un estudio que tuvo como objetivo aplicar en el servicio hospitalario de ginecobstetricia de la clínica universitaria Bolivariana un modelo de cuidado centrado en el paciente y la enfermería. Mediante un estudio descriptivo se hizo un diagnóstico inicial del cuidado profesional, fundamentación, sistematización, documentación, continuidad, cercanía, interdisciplinariedad,

coordinación, diferenciación, visibilidad y calidad. Se concluyó que existen campos del cuidado que necesitan intervenir.

En la fase de documentación se estudiaron los principios de varias teorías de enfermería para determinar su grado de aplicabilidad en el ámbito clínico, así mismo, una serie de experiencias de integración teórico-prácticas. Se eligieron los fundamentos teóricos de Virginia Henderson para orientar los cuidados, porque el grupo se identificó con su filosofía y conceptos.

Reyes LJ, Jara CP, Merino EJ.¹² Realizaron un estudio cuasiexperimental que describe la adherencia de enfermeras hospitalarias a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería, medida por la actitud y conducta hacia: valoración, planificación del cuidado, conocimiento de modelos teóricos e importancia a realizar la primera etapa del proceso en base a un modelo teórico. Una vez que el grupo experimental se capacitó en relación a modelos y teorías de enfermería y participó activamente en la elaboración de un instrumento de valoración, la adherencia se midió a través de las escalas de actitud y de conducta en salud de Miller, adaptadas por los autores, y por la evidencia escrita en los registros.

Para el análisis de los datos se usó la estadística inferencial mediante t de Student. Los resultados mostraron que la adherencia medida por la actitud fue aceptada con una asociación estadística significativa; en cambio la adherencia medida por la conducta, no mostró diferencias, resultados que fueron respaldados por la evidencia en los registros de enfermería de sólo un 11% de adherencia. Los autores observaron que los resultados fueron positivos y concluyeron que los profesionales de enfermería, en términos de conductas adherentes, no evidenciaron cambios significativos antes y después del estudio, pero se obtuvieron resultados positivos en términos cognitivos, ya que manifestaron una actitud adherente a trabajar con un modelo teórico lo que fue muy positivo para la

profesión y es, por tanto, la motivación necesaria para lograr los cambios en el nuevo marco de la gestión del cuidado en enfermería.⁷

Calderon LM.¹³ En su estudio de caso: cuidado especializado de un recién nacido con alteración en la necesidad de oxigenación, aplica el proceso de atención de enfermería, y tiene como objetivo utilizar un modelo de cuidados basado en las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson para garantizar la calidad del cuidado que se le ofrece al niño. Con relación a la patología de base del presente estudio de caso, se encontraron nueve artículos acerca del síndrome de dificultad respiratoria.

García FJ, y cols.¹⁴ En su artículo; supervivencia del recién nacido ventilado, realizaron un estudio a 12, 735 pacientes, nacidos vivos en el Hospital General de la Habana, dentro del período de 1999 al 2004. Del total de casos 529 casos(4,2 %) necesitaron ser ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Se tomó como muestra a 151 recién nacidos que necesitaron ventilación asistida. La información fue tomada de los registros de partos, libro de ingresos a la unidad de cuidados intensivos neonatales, libro de registro de pacientes ventilados, estadísticas y de los protocolos de necropsias del departamento de anatomía patológica.

La recolección de los datos, procesamiento y análisis estadístico se realizó de forma manual. Entre sus resultados, destacaron que los neonatos que presentaron dificultad respiratoria fueron 365 de los pacientes ingresados (69,0 %). Fueron ventilados el 28,5 % y la supervivencia fue del 81,5 %. Las enfermedades que requirieron ventilación en mayor medida destacan las dificultades respiratorias y dentro de estas, la enfermedad de la membrana hialina. Se analizó como variables dependiente; la ventilación e independientes: la edad de inicio de la ventilación medida en horas (con menos de 6 h de nacido, 6 a 24 y más de 24).

El tiempo de ventilación (se dividió en menos de 72 h, de 72 h a 5 días, y más de 5 días), y se relacionó con la supervivencia, considerando dentro de la misma: la patología por la que se ventiló y las complicaciones presentadas. Asimismo, la edad gestacional y el peso en gramos y se relacionaron con la supervivencia. Concluyendo finalmente que mientras más temprano se ventile y más rápido se desconecte y a mayor peso o edad gestacional mayor será la supervivencia.

López DF, Meritano J, Da Repercentacao C, y cols.¹⁵ Presentaron un artículo titulado, síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en un recién nacido a término. Donde el objetivo principal fue comparar la prevalencia del síndrome de dificultad respiratoria en neonatos nacidos por parto vaginal vs cesárea electiva, realizado en la Ciudad de Buenos Aires, en el 2005. Fue un estudio observacional, prospectivo, tipo cohorte, en el cual su grupo de estudio fueron los recién nacidos mayores o igual a 37 semanas de edad gestacional; de embarazo único, sin malformaciones y sin patología fetal nacidos por cesárea programada.

El grupo control fueron aquellos recién nacidos de igual características nacidos inmediatamente posteriores por vía vaginal no instrumental. Se excluyeron los embarazos dobles, menores de 37 semanas, malformaciones y con patología fetal. Dentro de los resultados se destacaron un total de 221 casos de estudio (grupo cesárea) y 221 casos control (Grupo vaginal), en el grupo de estudio hubo 14 casos que presentaron síndrome de dificultad respiratorio y en el grupo control solo se presentaron 4 casos. Los autores concluyeron que los recién nacidos a término nacidos por cesárea programada tuvieron mayor riesgo de síndrome de dificultad respiratoria que los nacidos por parto vaginal.

Castro LF, y cols.¹⁶ En el año 2007 escribieron un artículo sobre; factores de riesgo del Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) de origen pulmonar en el recién nacido; en el cual opinan que el síndrome constituye una de las afecciones más frecuentes en el recién nacido y se comporta como uno de los principales

indicadores de morbilidad y mortalidad. Su objetivo dentro del estudio fue caracterizar las causas más frecuentes de dificultad respiratoria de origen pulmonar en los neonatos.

El estudio retrospectivo de corte transversal, descriptivo, se aplicó en un grupo de pacientes con este diagnóstico en la Habana Cuba, en el 2006. El universo lo constituyeron los Recién Nacidos (RN) que ingresaron en el servicio de neonatología con dificultad respiratoria en el período en que se enmarca la investigación. La muestra seleccionada estuvo constituida por todos los RN con diagnóstico de SDR de causa pulmonar que ingresaron en el departamento de neonatología. Se excluyeron aquellos RN que se trasladaron a otra institución, presentaron algún tipo de malformación congénita y distrés respiratorio asociado a otras afecciones extrapulmonares.

Dentro de los resultados obtenidos se registraron 133 neonatos con dificultades respiratorias de origen pulmonar (4,7 %). La mayor parte de los pacientes estudiados nacieron por cesárea (61,7 %) y el factor de riesgo materno más frecuente fue la ruptura prematura de membrana (18 %). Los recién nacidos a término (55,6 %) y con sexo masculino (65,4 %) fueron los que mayor morbilidad presentaron. La taquipnea transitoria fue la afección respiratoria que más se diagnosticó, con un total de 92 casos para el 69,2 % y la mayoría de los pacientes evolucionaron favorablemente.

La enfermedad de la membrana hialina fue la entidad respiratoria que más complicaciones reportó. El índice de ventilación fue el 18,8 % y la neumonía postnatal fue la complicación que más se observó con 8 casos (6,1 %). La tasa de mortalidad en este grupo fue el 1,7 por cada 1000 nacidos vivos. Los autores concluyen en que el papel de la enfermera en los servicios de neonatología, se ha desarrollado a medida que se ha incrementado la necesidad de los cuidados especializados en los neonatos de riesgo.

El reconocimiento de la necesidad de ampliar las funciones de enfermería para responder a las demandas de los cuidados de salud de estos neonatos ha permitido que esta ocupe un importante espacio en esta especialidad, pero se debe sistematizar la capacitación del personal de las UCIN para lograr una atención óptima en los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria y estandarizar las acciones de enfermería, donde se registre un protocolo oficial, sobre los cuidados que se deben aplicar a los recién nacidos con Síndrome de dificultad respiratoria y que sirva de consulta tanto para pregrado, posgrado como para los enfermeros asistenciales.¹⁰

Lopez-Candiani C, Santamaria-Arza C, Macias-Aviles H, y Cruz-Galicia J.¹⁷ En su artículo; dificultad respiratoria por deficiencia de surfactante en un hospital público de tercer nivel sin maternidad. Para los factores asociados a la mortalidad, opinan que la deficiencia de surfactante causa frecuentemente dificultad respiratoria en prematuros; y realizan este trabajo para conocer los factores asociados a la mortalidad por esta causa. En su estudio se analizaron 257 casos. Se obtuvieron datos demográficos, antecedentes, enfermedades asociadas, uso de surfactante y desenlace.

Se compararon las variables independientes entre sobrevivientes y fallecidos. A los recién nacidos de 1500g de peso se subdividió en busca de diferencias. Dentro de los resultados obtenidos encontraron que el 60% fueron varones, el peso promedio fue de 1666 g y el promedio de semanas de gestación fue de 31. En 9% hubo inducción de madurez pulmonar. Falleció el 30%. Se encontró diferencia estadística entre vivos y fallecidos en el promedio de peso. Los factores de riesgo asociados a defunción estadísticamente significativos fueron diabetes materna y amenaza de aborto.

No hubo diferencia significativa entre los que se les aplicó surfactante y los que no, ni entre los que se aplicó antes o después de 3,6 o 12 horas. Los autores mostraron en sus conclusiones que la mortalidad por deficiencia de surfactante

aún es alta, principalmente entre los más pequeños, y por lo menos en este estudio el surfactante no disminuyó la mortalidad.

En el año 2010 Meritano J y cols.¹⁸ Realizaron un artículo titulado; síndrome de dificultad respiratoria asociada a líquido amniótico meconial en recién nacidos de término y postérmino: incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad, en el cual opinan que el líquido amniótico meconial se presenta en 5 a 30% en recién nacidos de término y postérmino, entre el 2 al 10% desarrollan síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial. La mortalidad asociada es del 4 al 40%. Los factores de riesgo para la aparición de síndrome de aspiración de líquido meconial son: el aumento en la consistencia del líquido amniótico meconial, alteraciones en el monitoreo fetal, las cesáreas, menos de 5 controles prenatales, el sexo masculino, score de Apgar menor a 7 y el oligoamnios.

Dentro de los objetivos de su estudio fue: estimar la incidencia de líquido amniótico meconial y síndrome de aspiración de líquido meconial en recién nacidos de término o postérmino, de igual manera comparar el riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos con líquido amniótico meconial con aquellos recién nacidos con líquido amniótico claro y analizar los factores de riesgos asociados. Su principal hipótesis fue que el líquido amniótico meconial aumenta el riesgo de dificultad respiratoria en recién nacidos a término y postérmino. En los resultados se encontró sobre un total de 10,332 partos registrados durante el período de estudio, 1.150 presentaron líquido amniótico meconial, que corresponde a una incidencia del 11,1%, se observó una mayor asociación de Síndrome de Aspiración de Líquido Amniótico Meconial (SALAM) a mayor edad gestacional.

La incidencia de SALAM fue del 3,9% y la presencia de SDR en RN con líquido amniótico claro fue del 1,3%. En presencia de líquido amniótico meconial se evidenció síndrome de dificultad respiratoria con más severidad, más presencia de escapes de aire, menor puntaje de Apgar y mayor mortalidad. El riesgo de

desarrollar distress respiratorio en pacientes con líquido amniótico meconial es 2.5 veces mayor que para aquellos pacientes nacidos con líquido amniótico claro. La incidencia de síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial es del 3.9%. En relación a la gravedad del distress respiratorio producida por la aspiración de líquido amniótico meconial, existe una tendencia, a presentar mayor mortalidad, escapes de aire y menor puntaje de Apgar.

Fehlmann E y cols.¹⁹ Reportaron un artículo multicéntrico en Sudamérica, cuyo objetivo fue analizar la incidencia, factores de riesgo, morbilidad relevante, empleo de recursos y mortalidad, en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento (<1500 g) con síndrome de dificultad respiratoria. Fue un estudio observacional y analítico. Se incluyeron 5,991 recién nacidos vivos <1500 g de las 20 unidades de la Red Sudamericana de Neonatología entre 2002 y 2007. Los datos se ingresaron prospectivamente en fichas electrónicas en línea en el sitio web.

Como resultados se mostró que la edad gestacional (media) fue de 29,1 semanas y el peso de nacimiento (medio) de 1100,5 g. La incidencia de síndrome de dificultad respiratoria fue del 74%. El principal factor de riesgo para el síndrome de dificultad respiratoria fue la menor edad gestacional, mientras que la administración prenatal de corticoides, sexo femenino y rotura prematura de membranas constituyeron factores protectores. En los recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria, el empleo prenatal de corticoides se asoció a menor mortalidad.

El uso de recursos fue mayor en el grupo con síndrome de dificultad respiratoria, con más empleo de surfactante, de ventilación mecánica, más días de oxigenoterapia y de hospitalización. Los autores concluyeron que el síndrome de dificultad respiratoria tuvo una elevada incidencia en recién nacidos menor 1500 g y produjo un aumento en la mortalidad, morbilidad y en el empleo de recursos.

González C y González N.²⁰ En su publicación acerca del síndrome de dificultad respiratoria por ácidos biliares en recién nacidos de término, describen las características clínicas de un recién nacido a término que presentó síndrome de dificultad respiratoria aguda. La madre del recién nacido cursó una colestasis intrahepática del embarazo y por la severidad del cuadro se indicó asistencia respiratoria mecánica y se administró surfactante y por los antecedentes maternos se sugiere el diagnóstico de dificultad respiratoria aguda por ácidos biliares. Los autores en sus conclusiones sugieren tener en cuenta el diagnóstico de dificultad respiratoria aguda por ácidos biliares en todo neonato a término, nacidos de una madre con colestasis intrahepática del embarazo.

En el año 2009 Reyna OI y cols.²¹ Elaboran un trabajo con el objetivo de determinar la prevalencia de la morbilidad respiratoria en recién nacidos por vía cesárea. En su estudio se revisaron los expedientes clínicos de los recién nacidos y las pacientes a quienes se les practicó cesárea electiva durante el año 2009 en Monterrey; se incluyeron todos los productos cuya edad gestacional osciló entre las 37 a las 40 semanas de gestación.

Se excluyeron madres con enfermedades previas que suelen ser perjudiciales en el embarazo (hipertensión arterial crónica; diabetes gestacional; preclampsia/eclampsia; enfermedad pulmonar, cardíaca o renal; lupus eritematoso sistémico, entre otras), así como productos que presentaron malformaciones congénitas mayores, restricción del crecimiento intrauterino, productos de embarazos múltiples.

Fue un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal. Dentro del universo se analizaron los expedientes de las pacientes con embarazos de bajo riesgo y de los productos nacidos entre el periodo de enero a noviembre del año 2009. Se calculó un total de 242 casos para cada grupo de estudio A y B respectivamente, el grupo A fueron todas aquellas cesáreas electivas realizadas entre las 37 a las 38.4 semanas de gestación, y grupo B se consideraron todas las cesáreas electivas realizadas entre las 38.5 a las 40 semanas de gestación. Los

autores en sus resultados muestran que los nacimientos por cesárea electiva al término de un embarazo de bajo riesgo se asocian con una mayor morbilidad respiratoria neonatal e ingreso a UCIN en forma inversa a la edad gestacional.

Carrillo ER y Hernández RA.²² Realizan su artículo; posición prona para el manejo del paciente con SDRA, con el objetivo de valorar el efecto de la posición de decúbito prono en la oxigenación de enfermos con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA). Su investigación fue un estudio clínico, experimental, y abierto, que se realizó en la terapia intensiva de un hospital de tercer nivel de México. Se estudiaron 5 pacientes con SIRA secundario a infección (4 pacientes) y pancreatitis (1 paciente). Todos presentaban índice de Kirby < 200 e índice de Murray > 2.5 y fracción inspirada de oxígeno > 80%, antes de la posición de decúbito prono.

Los enfermos fueron colocados en posición de decúbito prono sin modificación del patrón ventilatorio inicial, evaluándose gasometrías e índice de Kirby. Se les practicaron radiografía y tomografía axial computada de tórax antes del procedimiento y a las 24 y 48 h, para valorar extensión y evolución de los infiltrados y condensación alveolar. Los resultados arrojados fueron que los 5 enfermos respondieron al decúbito prono con incremento estadísticamente significativo del índice de oxigenación, que se asoció a disminución y redistribución de los infiltrados y condensación alveolar.

La mejoría en el índice de oxigenación fue rápida y sostenida, manteniéndose al volver al decúbito supino. Todos los enfermos sobrevivieron. Finalmente los autores concluyeron en que la posición de decúbito prono mejora la oxigenación, limita el daño pulmonar y además de redistribuir y limitar la condensación alveolar en pacientes con SIRA cuando se utiliza de manera temprana.

Esto permite que se evidencie la necesidad de continuar aplicando todas las etapas del proceso atención de enfermería en el cuidado de los pacientes.

1.2 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La definición del Proceso Atención de Enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados que se le demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.²³

El proceso de enfermería exige que se posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas. Esta base de conocimientos incluye conceptos básicos de anatomía, fisiología, química, nutrición, microbiología, psicología y sociología. Estos componentes le permitirán valorar el estado fisiológico y psicológico del paciente. Las habilidades para ejecutar el proceso enfermero pueden ser de naturaleza técnica o interpersonal. En sentido profesional, el proceso enfermero define el alcance de la práctica de enfermería e identifica las directrices de la asistencia de enfermería. El uso del proceso enfermero en la práctica tiene consecuencias para la profesión de enfermería, para el cliente y para cada profesional de enfermería en particular.¹

El PAE permite a la enfermera(o) prestar cuidados especializados y sistematizados, realizando actividades asistenciales, docentes, gestoras, investigadoras y preventivas, permitiéndonos realizar nuestra tarea de forma más completa y eficaz.²⁴

El Proceso de enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.²⁵

VALORACIÓN DEL PAE

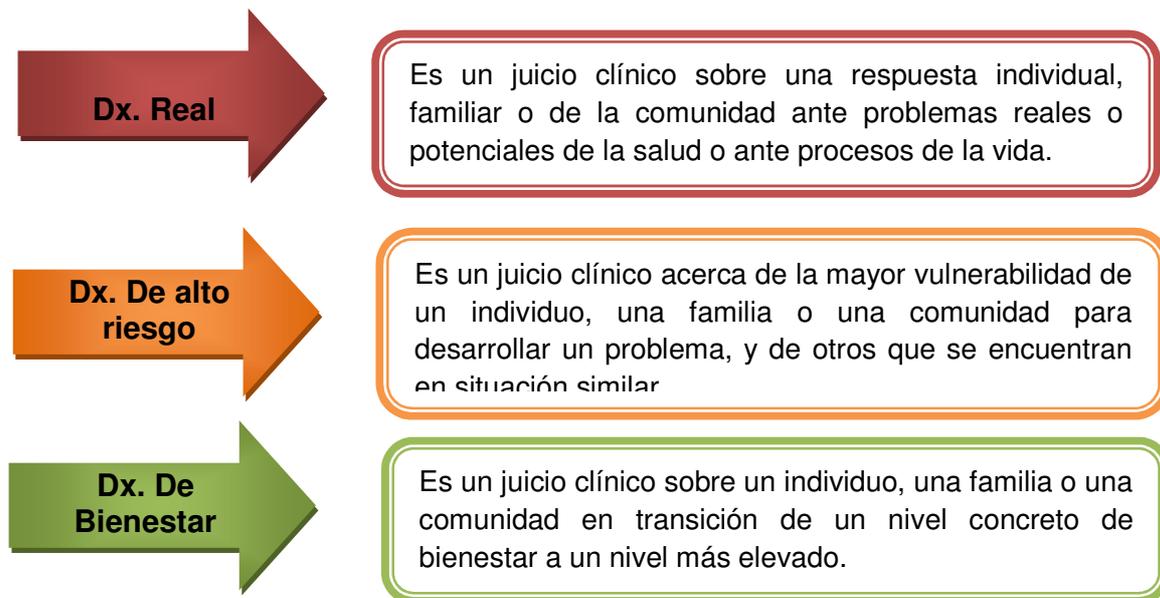
La primera etapa, es la valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera-sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.²⁵

DIAGNOSTICOS DEL PAE

En esta etapa podemos ver que el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en la que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel como los negativos; asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el diagnóstico, de forma general, como un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención de enfermería. El diagnosticar debe entenderse como una función establecida e independiente propia del personal de enfermería. Se requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios inteligentes; por lo tanto, el diagnóstico enfermero preciso constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera.²⁶

Así mismo, la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ²⁶ ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería; reales, de alto riesgo y de bienestar, los cuales se definen del siguiente modo en la figura No.1

Figura No.1 Diagnósticos de enfermería



Elaborado por: Mixcoatl Domínguez Erendira Guadalupe (Alumna de la especialidad de Enfermería del Neonato de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM, con sede en HIM FG).

Cada uno de estos diagnósticos en base al formato PES de Maryori Gordon²⁷ esta constituidos por tres componentes esenciales Problema , Etiología y Signos y síntomas, que se van a conectar cada uno de ellos con los conectores relacionados con (R/C) y manifestado por (M/P):

- Diagnóstico Real: Etiqueta diagnostica R/C Factor relacionado M/P Manifestaciones (PES).
- Diagnóstico de Riesgo: Etiqueta diagnostica R/C Factor relacionado.
- Diagnóstico de salud o bienestar: Etiqueta diagnostica M/P Manifestaciones.

PLANEACIÓN DEL PAE:

La Planeación consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.²

La planeación del cuidado a la persona incluye tres etapas:

- ◆ El establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería.
- ◆ Determinación de objetivos de comportamiento o metas esperadas.
- ◆ Formulación de intervenciones de enfermería.²⁸

EJECUCIÓN EL PAE:

La cuarta etapa, la de Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de enfermería.²

Se ejecutan las intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por lo tanto, podemos señalar que se trata de la fase del proceso enfermero orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente.

Asimismo, durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo de

salud, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades para estos cuidados al personal de salud de acuerdo con la preparación y posibilidades de cada uno de sus miembros.²⁹

EVALUACIÓN DEL PAE:

En esta última etapa es la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de enfermería.²

Por lo tanto, se ha considerado a la evaluación como la actividad intelectual que completa las otras fases del proceso, pues indica el grado en que el diagnóstico y las intervenciones de enfermería correspondientes han sido correctos. En este sentido, y como objetivo de esta actividad, el profesional de enfermería determina si el plan de cuidados es adecuado, realista, actual o si necesita revisión.²⁹

Es por ello que la práctica clínica de enfermería debe hacer uso de estas herramientas y apoyarse en modelos teóricos para aplicar sus conceptos y satisfacer una necesidad, un déficit o resolver situaciones concretas en la persona que cuida.

Una de las teorías utilizadas con mayor frecuencia es la de Virginia Henderson por la facilidad que representa insertar sus conceptos y aportaciones a la práctica.

1.3 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson desarrollo su interés por la enfermería durante la primera guerra mundial y en 1948 llevo a cabo un trabajo de investigación comparando métodos de asepsia y utilizándolos en los cuidados enfermeros.²⁹

La propuesta filosófica de Virginia Henderson define la enfermería como un arte y una ciencia, que tiene un papel estelar tanto en la prevención como en el restablecimiento de la salud, así como evitar al paciente padecimientos a la hora de su muerte. Se puede decir que la función de la enfermera consiste en asistir a la persona en aquellas actividades que contribuyen a su salud y a su independencia. La enfermera como parte de un grupo interdisciplinar, en el cual hay una colaboración mutua y cuyo centro de atención es la persona a la que asisten. Virginia Henderson muestra estas actividades, que en si son los componentes básicos de los cuidados enfermeros, como 14 necesidades. Donde de forma sencilla son las necesidades fundamentales de cada persona, que son comunes a todos los individuos y a todas las edades. El estilo es descriptivo y de fácil lectura, definido en términos de lenguaje común. Sus ideas las expone de forma clara, lógica y amena, pero a la vez de gran complejidad, pues cada una de ellas encierra muchas variables y diversas relaciones aclaratorias y descriptivas.³⁰

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y donde la persona y su familia son considerados como una unidad. Al cliente de enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica, considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de enfermería, estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades, cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de

satisfacción es distinto para cada persona aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales:³¹

1. Necesidad de respirar normalmente.
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías.
4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura.
5. Necesidad de dormir y descansar.
6. Necesidad de seleccionar la ropa adecuada, a vestirse y desvestirse.
7. Necesidad de mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales.
8. Necesidad de mantenerse limpio, aseado y proteger la piel.
9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y los daños a otras personas.
10. Necesidad de comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, o “sensaciones”.
11. Necesidad de practicar su religión.
12. Necesidad de trabajar en algo que de la sensación de utilidad.
13. Necesidad de jugar o participar en diversas formas de recreo.
14. Necesidad de aprender a satisfacer la curiosidad, afán que conduce al desarrollo normal de la salud.³¹

Según Virginia Henderson lograr la independencia de un individuo en forma continua (satisfacción de las 14 necesidades fundamentales) lleva al óptimo estado de salud, de no hacerlo, se presenta un estado de dependencia o enfermedad causado por diversos factores de riesgo.

Para establecer el grado de dependencia existe una tabla de niveles llamados continuum independencia-dependencia según criterios de Phaneuf (ver cuadro1). De estos seis niveles que marcan el continuum, el grado 1 y 2 pertenecen a la independencia y los niveles 3, 4, 5 y 6 enuncian el grado de dependencia.³²

CUADRO 1 Continuum Dependencia - Independencia

| | | | | | | | | |
|--|---|----------|--|--|---|---|----------|--------------------|
| INDEPENDENCIA | Responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable, lo que le permite asegurar su homeostasis física y psicológica. | | Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o dispositivo de sostén o prótesis | 3 | 4 | 5 | 6 | DEPENDENCIA |
| | 1 | 2 | Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y para controlar si lo hace bien; debe ser asistido aunque sea ligeramente. | Necesita asistencia para utilizar un aparato, dispositivo de sostén, o una prótesis. | Debe contar con otro, para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo. | Debe confiar enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades. | | |
| Tomado de: Sánchez LV. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enferm. IMSS. 2001;9 (2): 91-96 | | | | | | | | |

La dependencia de una persona debe ser considerada no solo en su intensidad sino también en su duración. El grado de dependencia puede deberse a una causa de dificultad que son los obstáculos, limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus necesidades (ver figura 2)

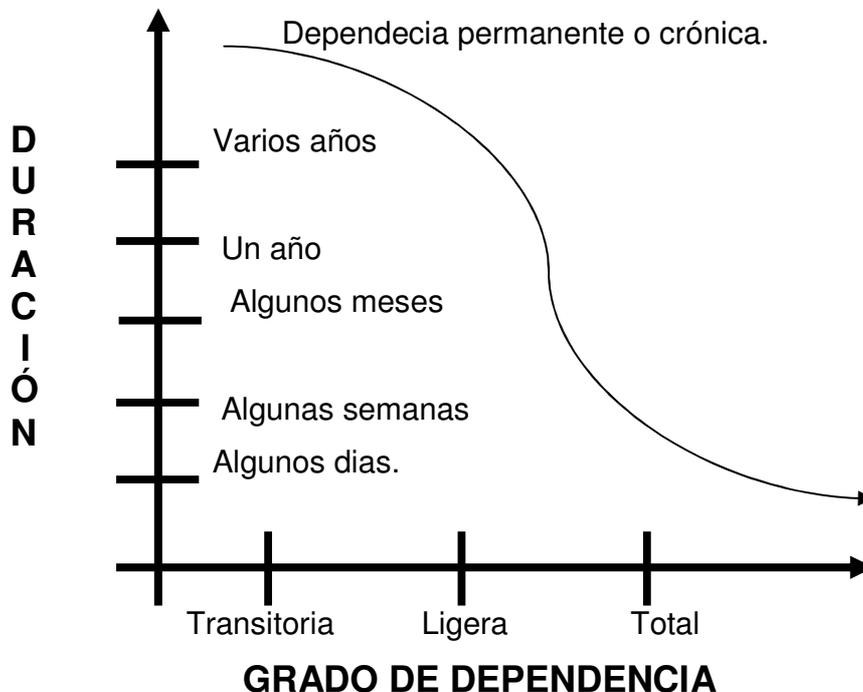
Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible, dentro de sus postulados nos define como fuentes de dificultad a aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad:

- Fuerza: Se entiende por ésta, no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para

llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

- Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.³¹

Figura 2: Duración y grado de dependencia.



Tomado de: Phaneuf M. Cuidados de Enfermería. El proceso de atención de enfermería. Interamericana-Mc Graw Hill. España. 1997:32.

La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e

individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico, donde la enfermera tiene el rol de:

- Enfermera sustituto: aquella que realiza completamente la satisfacción de las necesidades básicas de la vida humana.
- Enfermera como ayuda: donde el rol de la enfermera es colaborar con el paciente para que este realice sus necesidades con el apoyo de enfermería, sin depender de ella para llevarlas a cabo.
- Enfermera compañera: en esta relación muestra al paciente como una persona con potencialidades y recursos capaces de idear junto con ella su propio plan de cuidados.³⁰

Así mismo debe tenerse presente por el profesional de enfermería las bases éticas y bioéticas del cuidado para cumplir con los derechos humanos.

1.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS DE CUIDADO

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde. En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación del personal de enfermería se adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.³³

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del *deber ser* para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.³³

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue. Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.³³

Es imposible pensar que un ser humano pueda actuar sin una conciencia ética, pues el estar carente de ella sería como pensar sin capacidad de raciocinar, de reflexionar, de retener en la memoria de un modo vivo el pasado, de proyectar el futuro, de indagar el sentido de la vida, y de proyectar el futuro. Por la importancia de lo que es la ética en cada una de las profesiones, retomamos su definición, y podemos ver que, “Ética” proviene del vocablo “éthos”, que significa “carácter”, “modo de ser”, similar a otra palabra griega que se traduce por “hábito” o “costumbre”. Entonces, ética sería el modo de ser que la persona adquiere para sí misma, a lo largo de su vida, asociada a determinadas acciones con características de hábitos.³⁴

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la

profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.³³

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias. Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad.

Para fines específicos, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.³⁵

PRINCIPIOS ETICOS:

Beneficencia y no maleficencia: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.³⁶

Justicia: en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo,

social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.³⁷

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones. El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.³⁵

Igualdad: Todas las personas merecen respecto, sin ningún tipo de discriminación; este principio se aplica a las personas que reciben cuidado de enfermería y a los cuidadores.³³

Respeto a la dignidad de la persona: la confianza, el respeto mutuo, la sinceridad, el afecto, el amor al otro, son la base de la convivencia humana y de la humanización del cuidado de enfermería. Por tanto, la enfermera empleará todos los medios a su alcance para evitar cualquier tipo de violencia o maltrato a la persona que recibe los cuidados de enfermería y también a los cuidadores de la salud.³⁶

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y

control. El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.³⁵

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento del paciente se define como el acto de autorización al médico para poner en práctica un tratamiento específico que previamente le explicó a su paciente. Es el acto mediante el cual se informa de manera clara, precisa y real al paciente a efecto de que decida y autorice los procedimientos médicos.

Características del consentimiento:

- ❖ Se dará después de recibir la información y con libertad.
- ❖ Invariablemente es revocable por la libertad.
- ❖ No es válido en menores de edad ni en discapacitados.
- ❖ No es válido un consentimiento universal.
- ❖ No es válido para realizar actos contra la ley, el orden público y las buenas costumbres.
- ❖ No hace que desaparezca la responsabilidad del médico, sino que hace que la responsabilidad se comparta.
- ❖ En situaciones de urgencia y cuando no sea posible la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas responsables de él, dos médicos realizarán la valoración y llevarán a cabo el procedimiento terapéutico.³⁸

DERECHOS DE LOS PACIENTES

El Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006 de México y el Programa Nacional de Salud, destacan la importancia de hacer explícitos los derechos de los pacientes

para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de estos.

En 1946 se proclamó el Código Nüremberg, que estableció un decálogo de principios que debería ser respetados cuando se afectara la dignidad humana, como en los casos de la experimentación medica sobre seres humanos, para lo cual se estableció como requisito obligatorio la documentación del consentimiento informado de manera libre y voluntaria. En el mismo año, la Organización Mundial de la Salud hizo universal el concepto del derecho a la salud. A finales de 1948 se promulgo la Declaración de los Derechos Humanos, que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud.

Posteriormente se dio a conocer la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes que tienen fundamento legal y jurídico, los cuales se exponen a continuación:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se informe por la atención medica recibida.

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

En 1989 la Organización de las Naciones Unidas firmo la convención de los derechos del niño, que sigue vigente hasta el día de hoy. La Asamblea General proclamo la Declaración de Derechos del Niño, a fin de que este pueda tener una

infancia feliz y gozar en su propio bien y en bien de la sociedad. Los derechos y libertados que en ella se enuncian invita a los padres, hombres y mujeres individualmente, organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan estos y luchen para su observancia, con medidas legislativas adoptadas y plasmados en 10 principios.

DERECHOS DE LOS PACIENTES NEONATALES

En el 5to Congreso Mundial de Medicina Perinatal realizado en el 2001 en Barcelona, se habla de los derechos del paciente neonatal y las responsabilidades de los padres.

Los derechos que se trataron fueron:

1. Atención médica.
2. Alivio del dolor.
3. Separación mínima.
4. consentimiento informado.
5. Apoyo emocional.
6. Identidad.
7. Ambiente seguro.
8. Reglas y reglamentos de la facilidad de tratamiento médico.
9. Directiva avanzada.

1.5 FACTOR DE DEPENDENCIA

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El término de dificultad respiratoria comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria. En conjunto, esta patología constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos. Para el diagnóstico suele ser de gran ayuda, con frecuencia definitiva, el estudio radiológico del tórax, en relación con los antecedentes y la exploración clínica.³⁹

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso. Se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado.⁴⁰

EPIDEMIOLOGÍA

Los avances en el cuidado neonatal han tenido un impacto significativo en la tasa de mortalidad infantil en el presente siglo. La tasa de mortalidad en los neonatos ha disminuido dramáticamente de 165 por 1000 nacidos vivos en el año 1900 a 8 por 1000 nacidos vivos en 1994. A través de este periodo los neonatos de bajo peso han logrado una supervivencia en mayor grado.⁴⁰

A partir de 1949 la información de bajo peso fue adicionada en los certificados de nacimiento. Desde entonces las estadísticas relacionadas con la supervivencia de los RN de bajo peso se han logrado recoger sistemáticamente. Aproximadamente 7% de todos los nacidos vivos son neonatos de peso inferior a 2500 gr. y

aproximadamente 1.5% son neonatos con un peso inferior de 1500 gr. Estas tasas han permanecidos estables a través de varias décadas. En relación con la mortalidad neonatal se encuentra que en 1950, el 75% correspondía a prematuros; y en 1961 al 50%. Para 1990, la tasa de sobrevivida ha mejorado substancialmente, disminuyendo al 10%. En la segunda mitad de este siglo; los cuales han tenido influencia directa en los mejores resultados de la sobrevivencia del RNPT de bajo peso.³⁷ Los avances en el uso de oxígeno y de incubadoras en los años 40 y 50; los mejoramientos en la termorregulación en los 60; el desarrollo de cuidados intensivos neonatales y ventiladores de alta frecuencia, el surfactante y el cuidado individualizado en los años 80 y 90 han tenido una gran importancia en los cambios de sobrevivencia del neonato prematuro.⁴¹

Los Recién Nacidos Prematuros (RNP) con enfermedad respiratoria constituyen un grupo de paciente que ocupa en alto porcentaje las unidades de cuidado intensivo neonatal. Una encuesta realizada por TheNationalInstitute of ChildHealth and Human Development Neonatal Network en Estados Unidos de Norteamérica reporto que de noviembre de 1989 a octubre de 1990 nacieron aproximadamente 470 mil recién nacidos en forma prematura. De los cuales el 30% desarrollaron síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), y en la mayoría de los casos necesitaron intubación endotraqueal, ventilación mecánica y administración de surfactante. El SDR se presenta tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados, son una frecuencia que varía del 15 al 50%. La diferencia en las tasas de morbilidad y mortalidad, es consecuencia de la gran diversidad de tratamientos que existen entre los diferentes centros hospitalarios.⁴²

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que

han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.⁴³

El Instituto Nacional de Salud de México, en el 2004 sugiere una incidencia de aproximadamente 75 por cada 100,000 habitantes aproximadamente con una mortalidad de aproximadamente de 40-60 %, sobre la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria.⁴⁴

ETIOLOGÍA

Las causas que pueden provocar un cuadro de dificultad respiratoria en el neonato a término son muy variadas y se resumen en el cuadro 2. Sin embargo, las de mayor frecuencia son taquipnea transitoria, síndrome de aspiración meconial, síndrome de escape aéreo (enfisema intersticial, neumotórax, neumomediastino), neumonía perinatal, e hipertensión pulmonar persistente.⁴⁵

CUADRO CLÍNICO

En la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio. Los primeros síntomas se inician al nacer o en las primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo entre algunos de estos, dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente.⁴³

Durante las primeras 12 a 24 horas después de la lesión, el paciente parece estable con signos y síntomas muy leves, y pocos hallazgos radiológicos. Sin embargo, puede hallarse un infiltrado radiológico si es causado por neumonía o por aspiración de contenido gástrico. El primer síntoma es la taquipnea asociada con hipoxemia refractaria.⁴⁴

Cuadro 2: Causas de distrés respiratorio en el neonato a termino

| | |
|--|--|
| <p>*Causas respiratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distrés respiratorio leve. -Taquipnea transitoria del RN. -Aspiración meconial. -Neumotórax/neumomediastino. -Neumonía perinatal. -Hipertensión pulmonar persistente. -Hemorragia pulmonar. <p>*Malformaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hernia diafragmática. - Atresia de esófago. - Enfisema lobar congénito. - Malformación quística adenomatoidea. <p>*Obstrucción de vía aérea superior:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atresia de coanas. <p>S. de Pierre-Robin.</p> | <p>*Causas cardiovasculares:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatías congénitas. - Arritmia cardiaca. - Miocardiopatía. <p>*Causas infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sepsis/meningitis neonatal. <p>*Causas metabólicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acidosis metabólica. - Hipoglucemias. - Hipotermia/hipertermia. <p>*Causas hematológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anemia. - Hiperviscosidad. <p>*Causas neurológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asfixia. - Lesión difusa del SNC. - S. de abstinencia a droga. |
|--|--|

Fuente: Tomado de Coto CG, López SJ, Fernández CB, García LN y Campuzano MS. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. 2011; 32 (1): 257- 273.

Después de 1 a 5 días de iniciados los síntomas, se escuchan estertores y aparecen hallazgos radiológicos que son infiltrados alveolares con broncogramas aéreos. El cuadro clínico es similar al que se presenta en la falla cardiaca congestiva, debido a los signos y síntomas de carácter respiratorio, como taquipnea, disnea, cianosis. Sin embargo, este diagnóstico se excluye debido a que en la falla cardiaca congestiva, existe la presencia de una presión capilar pulmonar menor o dentro del rango normal < 15 mmHg, mientras que en el SIRA se eleva la presión capilar pulmonar.⁴³

Entre 3 y 7 días del comienzo de síntomas, la consolidación radiológica se vuelve menos confluyente y se observa una imagen en vidrio despulido, con infiltrados a medida que el pulmón se transforma de un pulmón edematoso a un pulmón fibroso. Debido a esta fibrosis, el pulmón se vuelve rígido disminuyendo su distensibilidad. Generalmente estos pacientes se encuentran con asistencia

ventilatoria que está asociada con barotrauma, pudiendo desarrollarse neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo, etc. La superinfección y la disfunción multiorgánica son a menudo la causa de la muerte.⁴⁴

TRATAMIENTO

Está encaminado fundamentalmente a conseguir una buena función pulmonar y un adecuado intercambio gaseoso, recurriendo a la terapia ventilatoria y farmacológica, para evitar complicaciones como el enfisema intersticial, el neumotórax y la enfermedad pulmonar crónica.⁴³

Ventilación Mecánica

En relación a la ventilación del paciente, se ha suscitado una gran controversia sobre el volumen corriente que se le debe administrar a un paciente. Se han hecho una serie de estudios en donde se ha comprobado que la mortalidad se ha reducido en 22% y el número de días sin el uso del ventilador ha aumentado en aquellos pacientes que fueron tratados con volúmenes tradicionales.⁴⁷

El objetivo principal de la ventilación mecánica en este tipo de lesión es proporcionar un intercambio gaseoso suficiente y llevar al mínimo las lesiones pulmonares, para esto es importante vigilar una serie de variables. Las decisiones se basan siempre en cuatro factores claves y son pH arterial, PaO₂, distensibilidad pulmonar y la exposición al oxígeno.⁴⁴

En relación al oxígeno se intenta mantener esta concentración por debajo de 6, sin embargo no se conoce la FiO₂ exacta en la que el oxígeno se torna tóxico. El uso de la ventilación apoyada por presión es el más recomendable en este tipo de lesión, ya que de esta manera se controlan las presiones que se generan en el pulmón, cosa que no sucedería con una ventilación apoyada por volumen ya que las presiones generadas en el pulmón se convertirían en variables independientes, y aunque se aseguraría un volumen total (V_t) se produciría con mayor facilidad

una sobredistensión de los alvéolos sanos. Los volúmenes tradicionales que son de aproximadamente 12 mL/kg pueden aumentar la lesión pulmonar.⁴⁷

El método más apropiado de ventilación mecánica es de 6 mL/kg, con presión positiva al final de la espiración (PEEP), sólo por 24 a 72 horas. La razón para aplicar PEEP es evitar un re-colapso subsiguiente. Los alvéolos reclutados proporcionan varios beneficios en el tratamiento del paciente. Primero los alvéolos reclutados mejoran la relación V/Q y el intercambio de gases y segundo los alvéolos que están participando en todo el ciclo respiratorio tienen menos riesgo de lesión debido al esfuerzo de rompimiento ocasionado por abrirse y cerrarse. Y tercero la PEEP previene la formación de monocapas inestables de agente tensoactivo en los alvéolos, por lo tanto mejora la distensibilidad pulmonar.⁴⁴

La PEEP puede ser perjudicial ya que puede ocasionar una lesión por sobredistensión, por tanto optimizar la PEEP es parte fundamental en el tratamiento de este síndrome, y se dice que optimizamos la PEEP cuando obtenemos un equilibrio entre los alvéolos incorporables de las zonas enfermas sin sobre distender a los alvéolos de zonas más sanas que ya están reclutados. Otro efecto perjudicial de la PEEP es que aumenta la presión intratorácica promedio, y esto afecta el llenado cardíaco en los pacientes sensibles. En general los márgenes operativos de la PEEP en este tipo de lesión pulmonar son de 8 a 25 cmH₂O. No obstante algunos autores opinan que en la fase inicial este margen puede ser mayor y que se deben realizar maniobras de reclutamiento.⁴⁴

La presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) puede aplicarse precozmente para evitar el colapso pulmonar, ya que favorece la síntesis de surfactante y puede modificar el curso del SDR. También permite una extubación rápida después de la instilación traqueal de surfactante, o después de un periodo prolongado de ventilación mecánica disminuye el fracaso de la extubación. Se aplica de forma no invasiva mediante cánulas, preferentemente binasales.⁴³

Terapia farmacológica

La comprensión de los procesos fisiopatológicos de la lesión pulmonar han llevado a buscar nuevas terapias para contrarrestar los efectos nocivos de la respuesta inflamatoria desencadenada a nivel pulmonar, inclusive la medición de estos mediadores inflamatorios y su cantidad en el torrente sanguíneo tratan de tomarse como factores predictores en la evolución y tratamiento de esta patología. En recientes trabajos se demostró que el equilibrio entre los mediadores de la lesión celular con los anti-inflamatorios como el glutatión, son determinantes para montar una respuesta adecuada al desequilibrio entre la proinflamación y la respuesta contrainflamatoria puede derivar en la muerte del paciente.⁴⁶

Algunos de los medicamentos utilizados para el tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria que aún están en investigados son:

- Corticoesteroides. En la fase inicial de la lesión pulmonar no es útil para disminuir la gravedad de la respuesta inflamatoria, ni tampoco es útil en pacientes sépticos en los cuales la lesión pulmonar se desarrolla a pesar de la corticoterapia, solamente se ha demostrado su utilidad en pacientes con neumonía por pneumocistiscarini en los cuales la administración de corticoides disminuye la incidencia de SDR, también es útil su uso en la tercera fase de la lesión pulmonar donde la proliferación fibroblástica es la responsable de la lesión pulmonar cicatrizal.⁴⁶
- Pentoxifilina. Este fármaco es un derivado de las xantinas que tiene varias acciones a nivel de la circulación pulmonar pues disminuye la resistencia de la arteria pulmonar, inhibe los radicales libres de oxígeno, el factor activador de plaquetas y por ende la agregación plaquetaria y la fagocitosis además de su conocido efecto homeorético en los glóbulos rojos. Este fármaco puede ser útil para el manejo de esta patología, actualmente se encuentra en estudio una nueva molécula que es la lisofilina que podría ser de mayor utilidad.⁴⁶

- Terapia génica. Se encuentra en etapa de experimentación la aplicación de genes para la producción de alfa 1 antitripsina, MnSOD y prostaglandina G/H sintetasa, y se está probando como activar y desactivar estos genes y su administración pulmonar.⁴⁶

Factor Surfactante

El tratamiento con surfactante pulmonar en el pretérmino con SDR es una práctica habitual en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Su utilización en este campo ha sido probablemente el tratamiento más estudiado. Numerosos estudios controlados y aleatorizados han probado su eficacia.⁴⁸

La administración intratraqueal de surfactante produce una mejoría de la función pulmonar, aumentando la capacidad residual funcional (CRF) y la distensibilidad pulmonar. Esto supone una disminución significativa de las necesidades de oxígeno (O₂) y de otros parámetros de ventilación mecánica.⁴⁹

Los surfactantes de origen animal contienen proteínas asociadas al surfactante que favorecen su expansión y adsorción en la superficie alveolar, lo que les confiere mayor rapidez de acción, a diferencia de los de origen sintético, que carecen de ellas. Sin embargo, se siguen investigando nuevos productos sintéticos, de manera que si a estos preparados se les añadieran polipéptidos de síntesis que emularan la actividad de las proteínas asociadas al surfactante, su efectividad podría mejorar, evitando por otra parte las posibles consecuencias inmunológicas o riesgos infecciosos inherentes a los productos de origen animal.⁴⁹

Para la administración de surfactante se han evaluado dos estrategias, una consiste en administrar el surfactante al recién nacido de alto riesgo para el SDR inmediatamente después del nacimiento (tratamiento profiláctico). La otra difiere el inicio del tratamiento hasta que el diagnóstico de SDR ha sido establecido (tratamiento de rescate).

La única complicación grave del tratamiento con surfactante es la aparición ocasional (< 3%) de hemorragia pulmonar. Esta alteración es más frecuente en los recién nacidos de menor peso y edad gestacional. El riesgo disminuye si se ha administrado corticoterapia prenatal y si se realiza tratamiento precoz con inhibidores de las prostaglandinas, ya que la hemorragia pulmonar no es más que un grado máximo de edema pulmonar que se asocia a la presencia de un ductus arterioso sintomático con cortocircuito izquierda-derecha, con el consiguiente aumento de la presión vascular pulmonar. Esta complicación no siempre ocurre en el momento de la administración del surfactante y puede acontecer horas más tarde, empeorando significativamente la función pulmonar.⁵⁰

Otras complicaciones que pueden aparecer durante la administración de surfactante, como hipoxia, bradicardia e hipotensión, pueden minimizarse con la administración más lenta y sin retirar la ventilación mecánica, hecho posible gracias a los tubos endotraqueal de doble luz.⁵¹

Posición Prona

Desde hace más de 25 años que se comenzó a discutir el rol del decúbito prono en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, siendo Bryan⁵² quien publica sobre la utilidad de la posición prona en la mejoría de la oxigenación en los pacientes con SDRA, seguido de los trabajos de Piehl⁵³ y Douglas⁵⁴, quienes corroboran esta observación al verse una importante mejoría de la oxigenación sin alterar la remoción de CO₂, al pasar de supino a prono.

Diferentes mecanismos, no del todo claro aún el que predomina, se han postulado para explicar la mejoría observada en la oxigenación:

1. Una distribución más uniforme de las gradientes de presiones pleurales.
2. Redistribución de la relación ventilación perfusión.
3. Menor peso de las estructuras mediastínicas.
4. Cambios en la movilidad regional diafragmática.
5. Mejor movilización de secreciones.⁵⁵

2. METODOLOGÍA

2.1 MÉTODOS E INSTRUMENTOS

El abordaje para este estudio de caso comenzó a través de la elaboración de un marco teórico, donde se hizo una investigación hemerográfica sobre; el proceso enfermero, la propuesta filosófica de Virginia Henderson, y el neonato.

Una vez seleccionado el paciente, se utilizó el proceso atención de enfermería basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson y aplicando el método clínico se empleó una guía de valoración, previamente elaborada por las alumnas del Posgrado en Neonatología (ver anexo 1), donde se recabaron datos del estado de salud, ficha de identificación materna y neonatal, valoración del riesgo materno, perinatal y neonatal, familiograma (ver anexo 2), exploración física y cuestionario por necesidades basado en la propuesta filosófica de Virginia Henderson.

Para un buen manejo de la información se pidió autorización de la jefe del Servicio para la elaboración del caso, con la finalidad de llevar un seguimiento al paciente, y de igual manera se solicitó un consentimiento informado a la madre del recién nacido (ver anexo 3), donde autoriza el estudio de caso y se le explican todos los aspectos que este conlleva y se resuelven sus dudas.

La recolección de datos, se realizó a través de fuentes primarias donde se recabo información directamente del paciente a través de una exploración física donde por medio de la observación, la auscultación, y la palpación se logra aplicar la guía de valoración neonatal para valorar las necesidades básicas del recién nacido. Del mismo modo se obtuvo información del cuidador principal a través de una entrevista. Este contacto directo con el neonato y con la familia, nos permitió recabar datos para iniciar una búsqueda artículos relacionados con la patología del recién nacido en la base de datos de Ebsco, donde se utilizaron como palabras claves: neonatos, síndrome, y respiratorio.

Posteriormente se utilizaron las fuentes secundarias para seguir consiguiendo información relevante para este caso de estudio, por lo que se recurrió al expediente clínico para conocer su historia clínica, la evolución de su estado de salud, estudios de laboratorio, radiografías, etc. Se entrevistó a los cuidadores secundarios y para finalizar esta etapa se recabaron datos epidemiológicos de relevancia tanto de la UCIN como del hospital de Ecatepec las Américas.

Para la elaboración de diagnósticos se recurrió a el formato PES (Problema + Etiología + Signos y síntomas), observando en cada uno de estos su nivel de prioridad, el grado y duración de la dependencia para posteriormente jerarquizarlos y así por nivel de prioridad elaborar un plan de cuidados especializados y fundamentado en cada acción para satisfacer las necesidades alteradas, que fue llevado a cabo durante la práctica.

Finalmente el proceso de evaluación se llevó a cabo mediante el nivel de dependencia de acuerdo al continuum dependencia –independencia.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La selección del paciente fue en el Hospital General de Ecatepec “Las Américas”, durante la práctica clínica, al rotar por el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), en donde se tuvo el primer contacto con el paciente. Se conoció su estado de salud y con base a este, se tomó como caso clínico para su estudio.

Se trata de un recién nacido pretérmino de 33 semanas de gestación, teniendo como antecedentes heredofamiliares, madre de 36 años de edad, el padre de 26 años de edad, trabaja como obrero, percibe el salario mínimo. La casa cuenta con todos los servicios sanitarios, viven en la casa de los padres maternos (ver Familiograma anexo 2).

Con antecedentes ginecoobstetricos de Gesta II, Para I, Cesárea I, con un periodo Intergenésico de 11 años, la madre cursa durante el embarazo infección de vías urinarias a partir de las 24 semanas de gestación (evolución de dos meses aproximadamente.) por lo que recibe tratamiento (no especificado). Presenta ruptura prematura de membranas por lo que acude a la Unidad Hospitalaria para ser examinada el día 24 de noviembre a las 13:30 horas. A su llegada se aplica medicamento para revertir el trabajo de parto, sin embargo el día 26 de noviembre se realiza cesárea de urgencia después de 59 horas de la ruptura de membranas debido a la corioamniotitis que presentaba.

Se obtiene producto único, masculino de 33 SDG por Capurro, pesando 1400 gr., y con calificación de Apgar 8/9, y Silverman de 2 por presentar tiros intercostales y retracción xifoidea. Sin embargo se le realizan las maniobras básicas de reanimación en cuna radiante y se queda en observación después del nacimiento para observar su evolución. Se le coloca catéter umbilical y debido a los antecedentes se empieza doble esquema de antibiótico ampicilina y amikacina.

Estudio de caso a un recién nacido de 33 SDG con alteración en la necesidad de oxigenación.

Posteriormente se observa dificultad respiratoria por lo que se colocan puntas nasales, al no haber mejoría de la necesidad de oxigenación y debido a la alcalosis respiratoria se coloca CPAP.

2.3 PROCESO DE VALORACIÓN

La valoración se realizó el día 28 de noviembre del 2012, a un recién nacido de 33.2 semanas de gestación corregidas, con diagnóstico actual de Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), Peso Bajo para Edad Gestacional (PBEG), y neumonía in útero.

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO

TEXTURA GENERAL DE LA PIEL: Piel muy delgada y transparente con mínimo tejido adiposo. Integra, con escasas de grasa parda y con venas visibles. Color rosada.

CABEZA:PC: 28 cm. Cabeza redonda, con presencia de suturas cefálicas aun no bien amoldadas, sobrepuestas. Fontanela anterior en forma de rombo de 2 cm de tamaño, fontanela posterior de forma triangular aún abierta; normotensas. Pelo sedoso, fino y escaso.

CARA:

Ojos: Simétricos, espaciados adecuadamente, sin presencia de secreción. Presente reflejo de parpadeo aunque aun ausente la presencia de lágrimas. Ojos negros, la mayor parte del tiempo permanecen cerrados y cuando se le habla no fija la mirada. Cornea y cristalino transparente. Esclerótica y conjuntiva blancas. Párpados completamente cerrados, sin edema.

Oídos: Pabellón auriculares implantados en la línea que se traza en sentido horizontal desde el canto externo del ojo por arriba de este. Pabellón auricular blando y no incurvado totalmente, con poco cartílago. Permeables.

Nariz: Se encuentra en la línea media, con puente plano y amplio. Permeable con presencia de secreciones nasofaríngeas. Con presencia de millium.

Boca: Se encuentra húmeda, de coloración sonrosada, con escasas de la producción de saliva. Movimientos simétricos, reflejo de succión y deglución muy

débiles. Labios intactos e íntegros, lengua móvil, paladar integro, reflejo de búsqueda y reflejo nauseoso presentes pero débiles. Ausencia de llanto.

CUELLO: Cuello corto, en línea media, con cabeza sostenida también en línea media, líneas normales de movimiento y sin dolor al movimiento, incapacidad para sostener la cabeza, tráquea en línea media, sin presencia de cuerpos anormales. Pulsos presentes.

TORAX: Tórax simétrico, de forma redonda, con presencia de electrodos. Tetillas simétricas, la izquierda aun no bien formada, de diámetro menor a 7.5 mm, areola lisa. La glándula mamaria es palpable menor de 5 mm. Movimientos intercostales rítmicos, con aumento de la frecuencia de esta, presencia de retracción xifoidea.

Pulmón: FR: 79 respiraciones por minuto. Ruidos respiratorios claros y bilaterales, sin presencia de secreciones en el área pulmonar.

Corazón: FC: 144 latidos por minuto. Ruidos cardíacos con buena frecuencia e intensidad, con aceleración al movimiento, rítmicos, sincrónicos, sin soplos.

ABDOMEN: Abdomen blando, redondo y depresible. Ruidos intestinales hipoactivos, hígado palpable 1 cm por debajo del borde costal izquierdo. Presencia de cordón umbilical en proceso de momificación, seco y limpio, con presencia de catéter umbilical permeable.

GENITALES: Genitales masculinos, con presencia de pene con prepucio intacto cubriendo al glande, meato ubicado en el centro del glande en la punta del pene. Escroto resplandeciente y pequeño, sin presencia de arrugas, testículos aun no descendidos.

EXTREMIDADES: Talla: 39 cm. Postura de los brazos y piernas en flexión cuando está en reposo, movimientos simétricos, con tono muscular débil. Pulsos humeral y radial palpables.

Manos: Dedos flexionados en reposo, reflejo de prensión presente pero débil. Movimientos simétricos de las manos. Pliegues palmares múltiples, presencia de cinco dedos en flexión pero separados y rectos, uñas delgadas y bien formadas, reflejo del moro débil.

Piernas: Tono muscular débil, piernas en posición de flexión cuando está en

reposito, pulsos femorales palpables. Pliegues de la planta de los pies mal definidas en la mitad anterior, tobillo móvil con arco completo de movimiento. Pulsos medios palpables. Presencia de cinco dedos de los pies con uñas desarrolladas pero delgadas.

ESPALDA: Dorso, recto y columna vertebral intacta, postura de flexión, pliegues glúteos simétricos. Ano permeable sin presencia de evacuaciones.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR NECESIDAD

1. Respirar normalmente:

El recién nacido se encuentra con esta necesidad alterada, presentando un factor de dependencia de 4 ya que depende CPAC nasal con presión de 5 cm y flujo de 5 litros por minuto para mantener una saturación de oxígeno adecuada (97%). Su FR es de 79 respiraciones por minuto, presentando una FC de 144 latidos por minuto, su coloración de la piel es con un poco de tinte icterico. Presenta polipnea, disnea, tiraje intercostal, campos pulmonares con estertores basales, y retracción xifoidea durante el turno. Su pH se encontraba en acidosis respiratoria.

| SIGNOS VITALES | | | | |
|----------------|--------|------|------|------|
| | T.C. | F.R. | F.C. | SAT. |
| 8 | 36.8°C | 79 | 194 | 85% |
| 9 | 36.8°C | 49 | 136 | |
| 10 | 36°C | 84 | 138 | 100% |
| 11 | 36°C | 87 | 144 | |
| 12 | 36.3°C | 84 | 145 | 93% |
| 13 | 36.7°C | 65 | 152 | |
| 14 | 36.8°C | 87 | 148 | 94% |

VALORES GASOMETRICOS:

pH: 7.18

pCO₂: 60 mmHg.

pO₂: 39 mmHg.

HCO₃: 22.4 mmol/L

2. Comer y bebe de forma adecuada:

Esta necesidad se encuentra en dependencia, dentro de los datos mas relevante obtenidos en la valoración encontramos que el recién nacido pesa 1.420 Kg, está en ayuno terapéutico, y los reflejos de succión y deglución están presentes pero muy débiles. La sondaorogástrica se encuentra a derivación, la coloración de la piel es un poco icterica, sin embargo hay buena hidratación de las mucosas, las fontanela están normotensas.

El día de hoy se tuvo un balance total de líquidos negativo de - 0.2

SOLUCIONES 90/0/0/200

| | |
|----------------------------|---------|
| Sol.Glucosa 10% | 34 ml. |
| Gluconato de Calcio | 0.9 ml. |
| ABD | 7.1 ml. |

Total: 42 ml pp a 5.2 ml por hora.

QUIMICA SANGUINEA

| | | |
|----------------|------|-------|
| Glucosa | 89.0 | mg/dL |
| BUN | 13.0 | mg/dL |

| | | |
|-------------------|--------|--------|
| Creatinina | 0.8 | mg/dL |
| Sodio | 142.0 | mmol/L |
| Potasio | 3.9 | mmol/L |
| Cloro | *108.0 | mmol/L |
| Magnesio | 2.2 | mg/dL |
| Calcio | 7.8 | mg/dL |
| Fosforo | *5.5 | mg/dL |

3. Eliminar por todas las vías:

El recién nacido no presentó evacuaciones fecales durante el turno, micción en 9 ocasiones con un volumen total de 140 ml, con una uresis parcial 2.6 ml/Kg, la orina es color claro sin olor. La peristalsis se encuentra disminuida, y se reporta un perímetro abdominal entre 19-19.5 cm.

| BILIRRUBINAS | |
|------------------------------|-------------|
| Bilirrubina directa | 0.20 mg/dL. |
| Bilirrubina total | 7.40 mg/dL. |
| Bilirrubina indirecta | 7.20 mg/dL. |

4. Moverse y mantener una postura adecuada:

Podemos ver que los reflejos se encuentran presentes pero muy débiles, entre ellos encontramos el reflejo del moro, nauseoso, tracción de piernas, succión, deglución, Babinski, tónico de cuello, presión palmar y plantar, y extensión

cruzada. Hay poco tono muscular y el recién nacido se encuentra hipoactivo, con postura la mayor parte del tiempo en extensión, por lo tanto podemos observar un factor de dependencia de 3 en esta necesidad.

5. Dormir y descansar:

Los diversos procedimientos que se le realizan al neonato evitan un sueño continuo, por lo que se observa de 1-2 horas de sueño interrumpidas, y el sueño es ligero. El personal de enfermería trata de realizar la mínima manipulación para dejarlo descansar la mayor parte del tiempo. De igual manera se maneja hora de penumbra para favorecer el descanso.

6. Elegir ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

Debido a su estancia hospitalaria su vestimenta es solo pañal. Se trata de mantener un ambiente neutro adecuado, por lo que podemos observar en independencia al neonato en esta necesidad.

7. Mantener la temperatura corporal:

El recién nacido aun no regula por sí mismo la temperatura, depende de medios externos para su termorregulación como lo es la incubadora. Sin embargo podemos ver que también existen otros factores que influyen para controlar la temperatura en el neonato, como la propia rutina del hospital, donde se realiza el baño cada tercer día, es decir, lunes, miércoles y viernes. El día de hoy se bañó el neonato sin una previa valoración de su estado de salud por lo que presentó durante el turno temperaturas de 36°C. Se observa un nivel de dependencia de la necesidad de 5 ya que necesita de la incubadora cerrada y humedad para mantener su termorregulación.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Por rutina del propio servicio el baño se realiza cada tercer día, y se utiliza el jabón y crema que los propios padres le traen a su recién nacido, De igual manera se trata de no lubricar la piel del recién nacido ya que esta con fototerapia y esto puede ocasionar quemaduras en la piel del neonato.

9. Evitar los peligros del entorno:

La casa cuenta con una adecuada vivienda, su dinámica familiar es extensa, tiene un espacio adecuado para su estancia del recién nacido en su domicilio. Sin embargo por las el estado de salud que presenta el neonato, podemos observar que por las cuestiones propias del ambiente hospitalario presenta algunos riesgos, ya que tiene un acceso intravascular, multipunciones y hay factores del entorno externo que lo pueden poner en peligro. Los padres cuentan con su esquema de vacunación completo, el recién nacido aun no ha iniciado esquema de vacunación y solo cuenta con su aplicación de vitamina K y aplicación de cloranfenicol profiláctico al nacimiento.

BIOMETRIA HEMATICA

| | |
|--------------------|-------|
| Leucocitos | *11.6 |
| Eritrocitos | *5.69 |
| Hemoglobina | *20.2 |
| Hematocrito | *55.4 |
| Plaquetas | 200 |

10. Comunicarse con los demás:

El recién nacido no presenta llanto vigoroso, sin embargo se sabe identificar sus necesidades mediante sus rasgos físicos o por medio de las alteraciones en sus

signos vitales. Durante la estancia de los padres en la UCIN, se observa que ellos se comunican con el neonato, interactúan con él a través del tacto, el arrullo y el canto.

11. Actuar de acuerdo con la propia fe.

Las actividades religiosas son favorables para el recién nacido, la religión que practican sus padres es cristiana y durante la estancia en la UCIN los padres le rezan, planean llevarlo a su iglesia para presentarlo ante dios, reconocen cuales son las tradiciones en su religión y planean realizarlas cuando él bebe salga del hospital.

12. Llevar a cabo actividades con un sentido de autorrealización:

Debido a la estancia hospitalaria el apego con los padres no es total, sin embargo durante las visitas se fomenta que los padres lo toquen para que el neonato sienta el contacto con sus padres, de igual manera le hablan y cantan.

13. Actuar en actividades recreativas:

A pesar de que no se cuenta con ningún medio para su creación, se le platica al recién nacido cuando está despierto y se le estimula sin perder de vista la mínima manipulación para no alterar su salud.

14. Aprender:

El recién nacido a aprendido a adaptarse a la estancia hospitalaria y encuentra autoconsuelo, se tranquiliza cuando se le habla. Por parte del personal de enfermería se trata de mantener el mínimo ruido e iluminación, aunque se cuenta constantemente con la alarma de los monitores y el neonato tiene fototerapia continua. El cuidador principal es la madre, se muestra interesada por aprender conocimientos relacionados con el cuidado de su hijo.

2.4 PROCESO DE DIAGNÓSTICOS

Los diagnósticos de enfermería se elaboraron mediante el análisis de los datos obtenidos en la valoración de las necesidades básicas, y para una mejor identificación de las necesidades alteradas, se realizó una jerarquización de las necesidades donde se evalúa el grado de dependencia e independencia, la casusa de la dificultad ya sea falta de fuerza, conocimiento o voluntad, y la interacción con la necesidad principal.

Observando los datos objetivos y subjetivos se construyeron los diagnósticos reales, de riesgo y salud. La formulación de los diagnósticos fue mediante la taxonomía de la NANDA.

JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

Nombre: Lima Perea RN Servicio: UCIN
 Edad: 2/30 Dx médico: RNPT 33SDG + PBEG Fecha: 28-11-12

| Necesidad | Grado | | Causa de la dificultad | | | Interacciona con la necesidad principal | |
|--------------------------|----------|-------|------------------------|-----|-----|---|----|
| | Independ | Depen | F.F | F.C | F.V | Si | No |
| 1. Oxigenación. | | X | X | | | X | |
| 2. Termorregulación. | | X | X | | | X | |
| 3. Nutrición. | | X | X | | | X | |
| 4. Eliminación. | | X | X | | | X | |
| 5. Descanso y sueño. | | X | X | | | X | |
| 6. Movimiento y postura. | | X | X | | | X | |
| 7. Seguridad y | | X | X | | | X | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|---|---|
| protección. | | | | | | | |
| 8. Higiene de la piel y tegumentos. | | X | X | X | | X | |
| 9. Autorrealización | | X | X | | | | X |
| 10. Comunicación. | X | | | | | | X |
| 11. Vestido y desvestido. | X | | | | | | X |
| 12. Creencias y valores. | X | | | | | | X |
| 13. Recreación. | X | | | | | | X |
| 14. Aprendizaje. | X | | | | | | X |

| Fortalezas del paciente y su familia | Debilidades del paciente y su familia |
|---|---|
| <p>*Autoconsuelo y adaptación del neonato</p> <p>*Disponibilidad de la mamá para fomentar los cuidados para mantener y lograr la independencia de las necesidades del recién nacido.</p> <p>*Disponibilidad de la mamá para aprender nuevos conocimientos.</p> <p>*Amabilidad.</p> <p>*Apoyo familiar.</p> <p>*Fomento por parte de los padres de acciones favorables para el recién nacido.</p> <p>*Apego familiar a la religión.</p> | <p>*Recién nacido pretérmino.</p> <p>*Edad de la madre.</p> <p>*Rutinas hospitalarias.</p> <p>*Falta de capacitación del personal de salud en el área neonatal.</p> |

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

| FECHA | DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | FECHA DE RESOLUCIÓN |
|----------|---|---------------------|
| 28-11-12 | Alteración en la necesidad de oxigenación R/C cambios en la membrana alveolo capilar M/P acidosis respiratoria, disnea y polipnea. | ----- |
| 28-11-12 | Alteración en la necesidad de termorregulación R/C exposición a un entorno frío M/P temperatura corporal de 36°C. | 29-11-12 |
| 28-11-12 | Alteración en la necesidad de nutrición R/C prematuridad y ayuno terapéutico M/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración. | 29-11-12 |
| 28-11-12 | Alteración en la necesidad de eliminación R/C Inmadurez M/P ausencia de heces fecales y peristaltismo disminuido. | 29-11-12 |
| 28-11-12 | Alteración en la necesidad de descanso y sueño R/C interrupciones (procedimientos) M/P pocas horas de sueño. | 28-11-12 |
| 28-11-12 | Alteración en la necesidad de movimiento y postura R/C debilidad muscular M/P reflejos primarios disminuidos. | 28-11-12 |
| 28-11-12 | Riesgo de alteración en la necesidad de evitar peligros R/C procedimientos invasivos. | 28-11-12 |
| 28-11-12 | Riesgo de alteración en la necesidad de higiene y protección de la piel R/C inmovilidad física y fototerapia. | 28-11-12 |

| | | |
|----------|---|----------|
| 28-11-12 | Riesgo de alteración en la necesidad de realización de los padres R/C estancia hospitalaria. | 28-11-12 |
| 28-11-12 | Independencia en la necesidad de comunicación efectiva de los padres al neonato, MP presencia de la plática con el recién nacido durante la visita, arrullos, tacto, canto. | 28-11-12 |
| 28-11-12 | Independencia en la necesidad de creencias y valores MP rezos por parte de los padres. | 28-11-12 |
| 28-11-12 | Independencia en la necesidad de aprendizaje de los padres, MP interés en conocer más sobre los cuidados al recién nacido. | 28-11-12 |

2.5 PROCESO DE PLANEACIÓN (JERARQUIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS)

Para la planeación se formularon objetivos específicos para promover el bienestar e independencia en cada una de las necesidades en el recién nacido de 33 semanas de gestación. Se identificó el grado de dependencia y las fuentes de dificultad así como el grado de prioridad de la necesidad, posteriormente se determinaron las intervenciones y actividades de enfermería.

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVO DEL PLAN DE ATENCIÓN |
|--|---|
| Alteración de la necesidad de oxigenación R/C cambios en la membrana alveolo capilar M/P acidosis respiratoria, disnea y polipnea. | El recién nacido mejorara el intercambio gaseoso a través de un tratamiento de oxigenoterapia durante su estancia hospitalaria. |
| Alteración en la necesidad de termorregulación R/C exposición a un entorno frío M/P temperatura corporal de 36°C. | Se mantendrá la temperatura corporal del neonato pretérmino entre 36.5- 37.5 durante el turno, mediante las intervenciones de enfermería especializadas. |
| Alteración en la necesidad de nutrición R/C prematuridad y ayuno terapéutico M/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y la respiración. | El paciente mantendrá los requerimientos nutricionales adecuados durante su hospitalización, a través de un buen aporte de nutrientes. |
| Alteración en la necesidad de eliminación R/C Inmadurez M/P ausencia de heces fecales y peristaltismo disminuido. | El recién nacido mejorara la eliminación gastrointestinal mediante las acciones de enfermería realizadas durante su estancia en la UCIN. |
| Alteración en la necesidad de descanso y sueño R/C interrupciones (procedimientos) M/P pocas horas de sueño. | El paciente dormirá mínimo dos horas continuas cada tres horas a través de la eliminación de factores que alteren esta necesidad durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. |
| Alteración en la necesidad de movimiento y postura R/C debilidad | Se mejorara la alineación corporal en el neonato durante su hospitalización por medio |

| | |
|--|---|
| muscular M/P reflejos primarios disminuidos | del uso de técnicas especiales. |
| Riesgo de alteración en la necesidad de evitar peligros R/C procedimientos invasivos. | Se evitara la presencia de infección en el recién nacido mediante el buen manejo de los mecanismos invasivos durante la estancia hospitalaria. |
| Riesgo de alteración en la necesidad de higiene y protección de la piel R/C inmovilidad física y fototerapia. | Se disminuirán los factores de riesgo que ponen en peligro la integridad de la piel en el recién nacido durante la estancia en la UCIN. |
| Riesgo de alteración de la necesidad de realización de los padres R/C estancia hospitalaria. | Se favorecerá la autorrealización de los padres por medio del apoyo y orientación del personal de enfermería mientras se encuentren en el hospital. |
| Independencia en la necesidad de comunicación M/P presencia de la plática con el recién nacido durante la visita, arrullos, tacto, canto. | Los padres logran una interacción con el recién nacido que favorezca la comunicación a través de medidas especiales. |
| Independencia en la necesidad de creencias y valores M/P rezos por parte de los padres. | Los cuidadores primarios reforzaran sus creencias religiosas mediante prácticas espirituales adecuadas durante la estancia hospitalaria. |
| Independencia en la necesidad de aprendizaje de los padres, MP interés en conocer más sobre los cuidados al recién nacido. | Se favorecerá el aprendizaje en la familia a través de un programa aplicado por el personal de enfermería durante su hospitalización. |

2.6 PROCESO DE EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

La ejecución se llevó a cabo mediante la realización de las intervenciones planeadas para posteriormente evaluar las respuestas obtenidas y poder reestructurar nuevas intervenciones de enfermería para el recién nacido y su familia.

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|--|--|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Oxigenación | Alta | FF | DTemp ND 4 | Ayuda |
| Dx | Alteración en la necesidad de oxigenación R/C cambios en la membrana alveolo capilar M/P acidosis respiratoria, disnea y polipnea. | | | | |
| Objetivo | El recién nacido mejorara el intercambio gaseoso a través de un tratamiento de oxigenoterapia durante su estancia hospitalaria. | | | | |
| Intervención: Oxigenoterapia | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Administrar oxígeno al recién nacido mediante CPAP durante el turno. | | Presión positiva continúa en la vía aérea o CPAP: Consiste en el mantenimiento de una presión supra-atmosférica (o presión positiva) durante la expiración en un paciente que respira espontáneamente. Aun cuando la presión positiva se aplica en forma continua tanto durante la inspiración como durante la expiración, el efecto de mantener una presión transpulmonar elevada se realiza durante la espiración. ⁵⁶ | | | |
| ➤ Calentar y | | Se debe administrar O2 húmedo al 30 - 40% porque los | | | |

| | |
|--|--|
| <p>humedecer el aporte de oxígeno.</p> | <p>gases irritan las vías aéreas y aumentan las pérdidas insensibles por agua. El O₂ debe calentarse a T° de 31 - 34°C para prevenir el stress por frío.⁵⁷</p> |
| <p>➤ Tomar signos vitales cada 2 horas.</p> | <p>Los signos vitales son medidas de varias estadísticas fisiológicas que revelan las funciones básicas del organismo. La frecuencia respiratoria es el número de respiraciones que efectúa un ser vivo en un lapso de un minuto y su trazo muestra los ciclos de oscilación regular de inspiración y espiración, controlados por impulsos neuronales transmitidos entre los músculos inspiratorios del tórax y los centros respiratorios del encéfalo.⁵⁸</p> <p>Frecuencia cardíaca (FC): Se espera encontrar entre 120 a 160 latidos por minuto. Oscila con los cambios de actividad del recién nacido siendo mayor cuando está llorando o en movimiento.</p> <p>Bradycardia: FC menor de 120 latidos x minuto. Puede ser producida por obstrucción de la vía aérea, apnea, hipoxia prolongada, choque en fase tardía, reflejo vagal (causado por sonda de succión o de alimentación o por tubos orotraqueales), vómito, hipotermia severa, convulsiones o drogas como el gluconato de calcio.</p> <p>Taquicardia: FC mayor de 160 latidos por minuto. Puede deberse a hipoxia, dolor, estrés, irritabilidad, hipertoniá, hipotensión, hipovolemia, deshidratación y drogas.⁵⁹</p> <p>La variación del estado respiratorio facilita la detección precoz de complicaciones, entre los datos de alarma que podemos observar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Respiración periódica: Actividad respiratoria durante 10 a 15 segundos seguida de apnea otros 5 a 10 segundos, sin modificación de la frecuencia cardíaca ni del color de la |

| | |
|--|---|
| | <p>piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apnea: Cese de la respiración por más o menos de 20 segundos acompañada de bradicardia y/o modificación del color. • Bradipnea: Por prematurez, infección, hipotermia, hipoxia, sueño profundo, hipoglucemia, enfermedad de membrana hialina. • Taquipnea: Hipertermia, dolor, irritabilidad, incomodidad, SDR, cardiopatía, infección.⁵⁹ |
| ➤ Valorar Silverman Anderson | <p>En neonatología, la prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria, siendo a mayor calificación mayor grado de dificultad respiratoria.⁵⁷</p> |
| ➤ Valorar la presencia de cianosis o palidez de tegumentos. | <p>El color de la piel y las mucosas nos dan importantes datos sobre el estado de oxigenación, perfusión y eventualmente sobre temperatura. El neonato se puede encontrar: rosado, pálido, rubicundo, cianótico icterico, terroso, moteado, acrocianótico, con petequias, con edema, con escleredema, lo cual nos proporciona otro mecanismo por el cual el oxígeno puede causar daño a través de la vasoconstricción que resulta de la PaO₂ aumentada. Este mecanismo protege los tejidos contra demasiado oxígeno, pero puede ser dañino cuando interfiere con la liberación adecuada de importantes sustratos como la glucosa y los aminoácidos.⁵⁹</p> |
| ➤ Realizar gasometría de control por turno. | <p>La concentración de oxígeno inspirado debe individualizarse, midiendo los gases arteriales y administrar el O₂ necesario para mantener la PaO₂ entre 45 - 60 torr y la saturación entre 85 - 92% en los niños</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>menores de 1000 gramos y una saturación entre 90 - 97% en los niños > 36 semanas. Este es un indicador predictivo para el tratamiento del paciente con oxigenoterapia o ventilación mecánica en sus diferentes fases.⁵⁹</p> |
| <p>➤ Monitorizar cada 2 horas la saturación de oxígeno.</p> | <p>Se han realizado estudios sobre los efectos del oxígeno en el pulmón, en los ojos y en el cerebro. Después de cinco horas de exposición de oxígeno al 100% se observa adelgazamiento y vacuolización del endotelio de los capilares. Después de dos días hay edema alveolar e intersticial seguido de descamación alveolar y reemplazo de las células tipo I por células tipo II. Después de cinco días de exposición el epitelio es totalmente destruido y se presenta hemorragia alveolar y formación de membrana hialina. Si la exposición del oxígeno al 100% continúa, aparecen atelectasia enfisema y fibrosis intersticial. En los ojos del recién nacido el primer cambio proliferativo es en el tejido vasculogénico, seguido de un engrosamiento de la línea de demarcación. Usualmente estos cambios retinales se detienen y regresan sin dejar secuelas. Sin embargo, los procesos pueden avanzar hasta la retina misma. La similitud de la circulación retinal y cerebral con respecto a origen embriológico, morfología y fisiología han originado la especulación de que la hiperoxemia podría causar alteraciones.⁶⁰</p> |
| <p>➤ Mantener un ambiente térmico neutro óptimo durante el turno.</p> | <p>El ambiente térmico neutro permite al recién nacido mantener su temperatura corporal con un mínimo consumo de oxígeno y menor gasto metabólico. El control térmico ideal es aquel en el cual la temperatura corporal se mantiene estable permitiendo un aumento de peso adecuado del recién nacido. Algunos factores pueden alterar este equilibrio, por ej.: procedimientos, estrés,</p> |

| | |
|---|---|
| | agitación, uso de fototerapia. ⁶¹ |
| ➤ Eliminar las secreciones a través de la aspiración de secreciones por razón necesaria. | Los cilios que recubren la vía respiratoria son los responsables de que exista un aporte continuo de moco hacia la laringe donde es deglutido. Este mecanismo de limpieza se vuelve ineficaz en las enfermedades broncopulmonares caracterizadas por una hipersecreción mucosa y por el deterioro del mecanismo de aclaramiento mucociliar con lo que la función pulmonar se ve comprometida. Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones o hay un aumento en la producción de secreciones ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal. ⁶² |
| ➤ Mantener durante el turno ayuno terapéutico para mejorar la función respiratoria. | El ayuno es una práctica pediátrica común, su uso profiláctico en los recién nacidos diagnosticados con asfixia perinatal aparentemente tiene dos objetivos: uno; prevenir o disminuir la incidencia de enterocolitis necrosante, y dos; disminuir el riesgo de broncoaspiración y otros eventos adversos asociados a la alimentación por vía oral de un recién nacido con alteraciones neurológicas. ⁵⁹ |
| ➤ Colocar al neonato en posición semifowler o prona. | La posición semifowler disminuye la tensión de los músculos abdominales, permitiendo así una mejoría en la respiración de los pacientes inmóviles. Diversos estudios experimentales han mostrado que la mejoría en la oxigenación en la posición de decúbito prono es secundaria a: • Incremento en la capacidad funcional residual debido a un mayor reclutamiento alveolar secundario a redistribución de los infiltrados y una mejor distribución del volumen corriente y de la presión positiva al final de la |

| | |
|--|---|
| | <p>espiración.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejoría en la movilidad diafragmática, con menor desplazamiento cefálico, debido a que las vísceras abdominales no ejercen compresión sobre el diafragma. • Redistribución del flujo sanguíneo a zonas mejor ventiladas, con mejoría en la relación ventilación-perfusión y disminución del corto circuito intrapulmonar. • Mejoría del gasto cardiaco con incremento en la presión de oxígeno de la sangre venosa mezclada. • Cambios en el gradiente gravitacional en la presión pleural en relación a desplazamiento cardiaco y diafragmático, lo cual favorece mejor reclutamiento de las unidades alveolares colapsadas. • Mejor drenaje de secreción bronquial. <p>El decúbito prono disminuye el daño inducido por ventilador al evitar el atelectrauma y el efecto tóxico de fracciones inspiradas altas de oxígeno, lo cual asociado a las técnicas ventilatorias de protección alveolar mejora la recuperación y la sobrevida del paciente.⁶³</p> |
| <p>➤ Administrar antibióticos:</p> <p>Ampicilina 70 mg IV c/ 12 hrs.</p> <p>Amikacina 25 mg IV c/ 24 hrs.</p> | <p>Los antibióticos generalmente ayudan a las defensas de un individuo hasta que las respuestas locales sean suficientes para controlar la infección. Un antibiótico es bacteriostático si impide el crecimiento de los gérmenes, y bactericida si los destruye, pudiendo generar también ambos efectos, según los casos.⁶⁴</p> <p>Las bacterias viven en regiones del tracto respiratorio superior y son inhalados a los alvéolos. Una vez en los alvéolos, las bacterias viajan a los espacios entre una célula y la otra e incluso a otros alvéolos por medio de poros. La invasión estimula al sistema inmune a que responda enviando glóbulos blancos responsables del</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>ataque de microorganismos en los pulmones. Los neutrófilos rodean con su membrana citoplasmática a las bacterias invasoras. Al mismo tiempo, liberan citoquinas que activan al sistema inmune general produciendo reacción. La combinación de los neutrófilos, bacterias y líquido proveniente de los vasos sanguíneos circunvecinos se acumulan en el alvéolo —un efecto conocido como consolidación y resulta en un intercambio de oxígeno deficiente. Los microorganismos provenientes de la circulación sanguínea o que desde los pulmones migren a la circulación sistémica pueden con frecuencia causar enfermedades serias como el shock séptico que causa una disminución en la presión arterial que conlleva a daños en diversos órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro, riñón y el corazón.⁶⁵</p> |
| <p>➤ Realizar fisioterapia pulmonar mediante técnicas de vibración.</p> | <p>La fisioterapia pulmonar está dedicada a la prevención, tratamiento y estabilización de las disfunciones o alteraciones respiratorias, cuyo objetivo general es mejorar la ventilación regional pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida relacionada con la salud. Está constituida por una serie de técnicas y procedimientos especializados de valoración diagnóstica funcional del sistema respiratorio y por técnicas de intervención terapéutica de desobstrucción de las vías aéreas, de reeducación respiratoria y de re-adaptación al esfuerzo. La vibración se realiza aplicando sacudidas suaves sobre el tórax del RN. Esto impulsa las secreciones de la pequeña vía aérea a los bronquios de mayor calibre. Puede ser reemplazado por un cepillo dental eléctrico cubierto con una gasa suave. Debe</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>realizarse desde los segmentos periféricos hacia la tráquea aproximadamente durante 30 segundos. Normalmente no es requerida en las primeras 24 a 48 horas de vida. Está indicada en recién nacidos menores de 1500 gr. reciben vibración únicamente. Los RN mayores de 1500 gr. pueden recibir vibración y además fisioterapia según sus condiciones. La frecuencia de la vibración debe estar basada en las condiciones y necesidades del niño para no producir deterioro clínico.⁶⁶</p> |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | <p>Durante el turno se mantener un aporte adecuado de oxígeno, la saturación de oxígeno se mantuvo entre 85-95%, con una frecuencia cardiaca entre 103-179 y una frecuencia respiratoria entre 31-82. Se corrigió un poco la acidosis respiratoria sin embargo no se logra tener cifras normales de los gases arteriales. Mantuvo su nivel de dependencia en 4.</p> <p>VALORES DE GASOMETRIA: Ph: 7.28 pCO₂: 45 HCO₃: 21.1</p> <p>Por la noche presento periodos de desaturación, con una gasometría arterial de: pH 7.13, pO₂ 58, pCO₂ 74, HCO₃ 19.3; por lo que se realiza intubación endotraqueal. Nivel de dependencia 6.</p> |
| 29-11-12 | <p>Se recibe recién nacido de 33.3 semanas de gestación corregidas, con apoyo ventilatorio en modo de SIMV, con un FiO₂ 55%, FR 60, PEEP 4, Presión 18. Los campos pulmonares se encuentran con estertores finos, la frecuencia cardiaca se mantuvo entre 154-158 latidos por minuto, frecuencia respiratoria entre 49-90 x'. Se mejoró el aporte de oxígeno mejorando los valores gasométricos.</p> <p>VALORES DE GASOMETRIA: Ph 7.30, pO₂31, pCo₂ 42, HCO₃ 20.7.El nivel de dependencia se mantuvo en 6.</p> |

| | |
|-----------------|--|
| 30-11-12 | <p>Neonato cursando su 4 día de vida extrauterina, con apoyo ventilatorio con modo SIMV, saturando al 94%, con frecuencia cardiaca entre 113-176 latidos por minuto y frecuencia respiratoria entre 34-89 x'. Se obtiene una gasometría arterial elevada por lo que se bajan parámetros gasométricos para mejorar los gases arteriales.</p> <p>GASOMETRIA ARTERIAL:</p> <p>Ph: 7.47, pCO₂ 17, pO₂ 117, HCO₃ 12.4.</p> <p>Nivel de dependencia en 5 debido a que ya se cambiaron parámetros ventilatorios y se observa automatismo en el paciente</p> |
|-----------------|--|

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|--|---|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Termorregulación | Alta | FF | Dtemp ND 5 | Suplencia |
| Dx | Alteración en la necesidad de termorregulación R/C exposición a un entorno frío M/P temperatura corporal de 36°C. | | | | |
| Objetivo | Se mantendrá la temperatura corporal del neonato pretérmino entre 36.5-37.5 durante el turno, mediante las intervenciones de enfermería especializadas. | | | | |
| Intervención: Regulación de la temperatura | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| <p>➤ Evaluar los factores que alteran la temperatura del recién nacido cada hora.</p> | | <p>Después del nacimiento los recién nacidos deben adaptarse al medio ambiente relativamente frío mediante la producción metabólica de calor, ya que no son capaces de generar una respuesta muscular adecuada (tiritar). Los neonatos a término tienen una fuente de termogénesis en la grasa parda, que se encuentra altamente vascularizada e inervada por terminaciones simpáticas. Cuando estos niños se enfrentan a estrés por frío, los niveles de noradrenalina aumentan y actúan sobre la grasa parda para estimular la lipólisis. La mayoría de los ácidos grasos libres se reesterifican o se oxidan; ambas reacciones producen calor. Sin embargo, los recién nacidos pretérminos carecen de grasa parda,</p> | | | |

| | |
|---|---|
| | <p>por lo que presentan un riesgo importante de perder calor.⁶⁷</p> <p>El recién nacido tienen gran facilidad para enfriarse porque tiene más pérdidas de calor por unidad de que peso y por la limitación en la producción de calor. El recién nacido pierde calor por cuatro mecanismos conducción, convección, radiación y evaporación. Existe una mayor relación superficie/volumen corporal: 2,7 veces mayor que en el adulto (3,5 o más veces en menores de 1500 grs). El escaso aislamiento cutáneo: a menor peso y edad gestacional, menor grasa subcutánea y piel más fina. La baja constricción produce un aumento de la gradiente interna (al bajar la temperatura cutánea) y una disminución de la gradiente externa, produciéndose una menor pérdida de calor, sin embargo este proceso, está limitado en los recién nacidos prematuros.⁶⁸</p> |
| <p>➤ Tomar cada 2 horas los signos vitales (temperatura corporal, frecuencia cardiaca y respiratoria).</p> | <p>Cuando el ambiente térmico ha superado la capacidad de termorregulación del recién nacido baja su temperatura corporal y clínicamente puede producir quejido y dificultad respiratoria, apnea, disminución de la actividad, dificultad para alimentarse, hipoglucemia y acidosis.⁶⁹</p> |
| <p>➤ Utilizar un dispositivo de monitorización de temperatura central durante todo el turno.</p> | <p>Modo control paciente o servocontrol; en este sistema el operador establece un valor de referencia de la temperatura deseada en el neonato; de este modo el sistema de calentamiento estará en operación hasta que el paciente alcance la temperatura deseada programada por el operador (temperatura de equilibrio). Para conseguir esto, la incubadora necesita medir</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>constantemente la temperatura real del paciente, mediante la colocación de un sensor de temperatura corporal; esta monitorización continua es Lafuente de información que retroalimenta al sistema para que dirija el funcionamiento del calefactor.⁷⁰</p> |
| <p>➤ Mantener al neonato en incubadora cerrada durante el turno.</p> | <p>El medio más eficaz para mantener el nivel de temperatura deseado en el neonato desnudo es un panel calefactor o incubadora controlada de forma automática, que se ajustan en respuesta a las señales de un sensor térmico fijado a la piel del abdomen. Una incubadora para prematuros o neonatos es un equipo fundamental de una unidad de tratamiento intensivo neonatal. Consiste en una cámara cerrada de material transparente que incluye una acolchado esterilizado para acostar al bebé, con calefacción por convección, filtro de aires exterior, ventanas para manipular al paciente, y diversos y sofisticados sistemas de monitoreo que incluyen control de peso, respiración, cardíaco y de actividad cerebral.⁷¹</p> <p>La incubadora consta de dos partes fundamentales; la cúpula y el chasis. La cúpula es esencial para mantener los medios necesarios para el neonato. La cubierta o cúpula es la responsable de aislar al neonato y crear una barrera entre el ambiente externo y el microambiente generado por la incubadora; esto significa que lo protege de situaciones como corrientes de aire, bajas temperaturas, etc. El chasis es la base de la incubadora, en el se encuentran los diferentes sensores y la fuente de poder. La incubadora transfiera calor al paciente por convección, es decir, la transferencia de calor se realiza por medio de un fluido</p> |

| | |
|--|--|
| | (aire) en movimiento. ⁷² |
| <p>➤ Mantener un ambiente térmico neutro durante todo el turno.</p> | <p>La posibilidad de supervivencia de los neonatos aumenta mucho si se previene la pérdida excesiva de calor. Para lograr este propósito el recién nacido debe mantenerse en un medio térmico neutro. Este se define como el rango de temperatura externa dentro del cual el índice metabólico y por ende el consumo de oxígeno se encuentran en el mínimo mientras el recién nacido mantiene la temperatura corporal normal. La temperatura cutánea normal en el neonato es de 36-36.5 °C mientras que la temperatura central (rectal) normal es de 36.5-37.5 °C. La temperatura axilar puede ser 0.5-1°C más baja. Una temperatura corporal normal implica el equilibrio entre la producción de calor y su pérdida.⁶⁷</p> |
| <p>➤ Evitar el baño del recién nacido hasta que este mejore su salud.</p> | <p>Un baño inicial con jabón suave se puede dar una vez que la temperatura del R.N. se haya estabilizado. Sin embargo, autores recomiendan una valoración del estado del paciente previo al baño, ya que la pérdida de calor aumenta el metabolismo y favorecería a la pérdida de peso. La piel del neonato presenta ciertas características que el prematuro carece, por lo cual se contraindica el baño en este tipo de pacientes porque la termorregulación se limita. No es necesario limpiar todo el vérnix ya que tiene, según algunos autores, una función protectora frente a las infecciones y nutritiva de la piel, y favorece la curación de lesiones cutáneas. En el recién nacido pretérmino hay que evitar los agentes de limpieza durante las dos primeras semanas y limpiar la piel suavemente sólo con agua tibia.⁷³</p> |
| <p>➤ Observar datos de</p> | <p>La termorregulación es controlada por el hipotálamo.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>alarma asociados con la hipotermia durante el turno.</p> | <p>Los estímulos térmicos que proporcionan información al hipotálamo provienen de la piel, de receptores térmicos profundos, por lo que podemos observar datos clínicos como cianosis en el recién nacido. La temperatura corporal se modifica, ya sea para producir o perder calor por alteraciones metabólicas, actividad, tono muscular y actividad vasomotora.⁷⁴</p> |
| <p>➤ Cuidar la posición del neonata a través de una buena técnica de contención.</p> | <p>Los recién nacidos prematuros están expuestos durante largo tiempo a factores en las unidades de cuidados intensivos neonatales que alteran su temperatura y su confort. Por ello, los profesionales que están en contacto con ellos utilizan sus estrategias para disminuir tanto el estrés como posibles problemas secundarios a la mala posición, como el cuidado postural. El cuidado postural también colabora con los demás tratamientos ya que disminuye el gasto de energía por parte de estos pacientes y, por tanto, la pérdida de calor.⁷⁵</p> |
| <p>EVALUACIÓN</p> | |
| <p>28-11-12</p> | <p>Se recibió al recién nacido con una temperatura corporal de 36.8°C, FC 144 y FR de 79, sin embargo a las 10:00 am por rutinas del propio servicio se realizó el baño del neonato sin una previa valoración por el personal, lo que provoco un descenso en la temperatura del neonato hasta 36°C. Se activaron las medidas necesarias para mejorar la temperatura logrando llegar a parámetros normales hasta las 13:00 horas. Se mantiene su nivel de dependencia en 5, ya que no se logra que el paciente controle por sí mismo la temperatura y se requiere de una incubadora cerrada para su termorregulación.</p> |
| <p>29-11-12</p> | <p>Durante el turno se mantuvo una temperatura mínima de 37.4°C y máxima de 37.8°C., FC entre 161 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria de 72. Solo se realizó aseo del neonato, evitando</p> |

| | |
|-----------------|---|
| | alteraciones importantes en la temperatura del recién nacido. |
| 30-11-12 | Se mantuvo la temperatura entre 36.9-37.3°C, con una frecuencia cardiaca de 143-176 latidos por minuto y una frecuencia respiratoria entre 34-89 por minuto. Por rutina hoy trataron de bañar al recién nacido, sin embargo se fundamentó y justifico el evitar el baño el día de hoy material hemerográfico, por lo que se realiza una valoración del estado de salud y se decide no bañarse durante el turno. |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|--|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Nutrición | Alta | FF | Dtemp ND 5 | Suplencia |
| Dx | Alteración de la necesidad de nutrición R/C prematuridad y ayuno terapéutico M/P incapacidad para coordinar la succión y deglución. | | | | |
| Objetivo | El paciente mantendrá los requerimientos nutricionales adecuados durante su hospitalización, a través de un buen aporte de nutrientes. | | | | |
| Intervención: Monitorización nutricional | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| <p>➤ Administrar electrolitos y nutrientes adecuados para el recién nacido durante el turno.</p> <p>SG 10% 39 ml.</p> <p>Glu Ca 0.9 ml.</p> <p>ABD 7.1 ml</p> <p>Total: 42 ml.</p> | | <p>Después del nacimiento, el recién nacido pretérmino (RNPT) puede recibir soluciones glucosadas endovenosas a dosis iniciales de 4 – 6 mg/Kg/minuto. La dosis de mantenimiento puede ser de hasta 12 mg/Kg/minuto, con incrementos de 0.7 – 1.0 mg/Kg/minuto cada 24 horas. Las dosis pueden ser reajustadas en cualquier momento mediante determinaciones regulares de la Glucosa sérica. Una vez estabilizado el niño, se puede comenzar el aporte de aminoácidos a razón de 0.5 – 1.0 g/Kg/día.⁷⁶</p> <p>La volemia en los recién nacidos camina de acuerdo con la edad gestacional; en promedio es de 70 a 86 ml/Kg de peso, siendo mayor en los recién nacidos pretérmino que en los de término. En los RNP menores de 1,200 gramos, el 85 al 90 % de su peso corporal es agua, y en los RNT el 70 al 83 % del peso es agua, por lo que administración de soluciones intravenosas en los pacientes graves es de</p> | | | |

| | |
|---|--|
| | suma importancia para mantener un nivel óptimo de los líquidos corporales en los recién nacidos. ⁷⁷ |
| ➤ Valorar signos de deshidratación cada 2 horas. | La gran permeabilidad de la piel del recién nacido prematuro favorece las pérdidas insensibles de agua y contribuye a la dificultad para mantener la temperatura corporal. Los signos de deshidratación que se observan en los recién nacidos son: piel seca, saliva filante, llanto sin lágrimas, fontanelas deprimidas. ⁷⁸ |
| ➤ Realizar ejercicios de estimulación para la succión y deglución dos veces por turno. | En los niños prematuros la inmadurez de los reflejos de succión y deglución impide que puedan satisfacer inicialmente sus necesidades de líquidos y nutrientes. La estimulación es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo. Estas acciones van a permitir el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento y la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos. Favorece también el desarrollo de las funciones, entre ellos, los reflejos bucales, cuyo objetivo es sentir las zonas bucales en acción antes de comer. ⁷⁸ |
| ➤ Vigilar los parámetros normales en sangre de los nutrientes en el recién nacido diariamente. | El aumento o disminución de algunos nutrientes puede llegar a causar alteraciones importantes que se verán reflejados en el estado hemodinámico del recién nacido. Híper o hipoglucemia: esto puede causar convulsiones, daño cerebral, deshidratación, hipercapnia. Hiperlipidemias: en estos casos se disminuyen los niveles de PaO ₂ y genera hidroperóxidos tóxicos. Trastornos electrolíticos pueden provocar oliguria, convulsiones, hipertensión o alcalosis. Los lípidos por vía intravenosa ayudan a reducir la carga de glucosa y la |

| | |
|--|---|
| | producción de CO ₂ , ya que 1 mol de grasa oxidada produce 0.7 moles de CO ₂ consumido, y 1 mol de carbohidratos produce 1 mol de CO ₂ por mol de O ₂ consumido. ⁷⁹ |
| ➤ Monitorizar el peso diario y la ganancia ponderal del recién nacido. | La mayoría de los estudios que evalúan el estado nutricional de un recién nacido se refieren a un parámetro antropométrico: el peso, o relacionan el peso, talla y perímetro cefálico con la edad gestacional, identificando el momento en que se afecta el crecimiento fetal y la etiología de los diferentes tipos de retardo de crecimiento intrauterino. Sin embargo, existen otros parámetros antropométricos que valoran en el recién nacido los compartimientos graso y proteico, que permiten detectar eventos que ocurrieron en el último trimestre del embarazo, y que al llegar a término ocasionan una disminución del flujo uterino y por ende menor entrega de nutrientes y de oxígeno al feto. ⁸⁰ |
| ➤ Mantener la temperatura del neonato entre 36.5-37.5°C durante el turno para evitar que se acelere la tasa metabólica. | Cuando la temperatura corporal se incrementa o cae fuera del rango normal de 36.5 a 37.5, tasa metabólica y el consumo de oxígeno se incrementan. Si la hipotermia es progresiva, el neonato presentara un deterioro en el nivel de conciencia, hipoventilación, bradicardia, hipotensión y disminución de peso como consecuencia del gasto energético al cual está siendo sometido. La tasa metabólica aumentada se traduce en un aumento en la utilización de oxígeno y glucosa. ⁵⁷ |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | Se mantuvo un aporte de electrolitos y nutrientes adecuado en el recién nacido, manteniendo una glucosa en 89 mg/dL y un sodio de 142 mmol/L, potasio 3.9 mmol/L, cloro 108.0 mmol/L, calcio 7.8 mmol/L (normales). Se mantiene el ayuno terapéutico y el peso que |

| | |
|-----------------|--|
| | <p>hoy se registro fue de 1,420 gramos (se encuentra dentro de la percentil 10).</p> <p>Hoy por la noche, debido a la alteración en el estado de salud del recién nacido, se aumentan electrolitos y nutrientes intravenosos con un volumen total de 47 ml.</p> <p>Se obtuvo un balance total negativo de -0.2</p> |
| 29-11-12 | <p>Se recibe recién nacido de 33.3 semanas de gestación corregidas con un peso de 1,400 gramos, observando una disminución en este. Continua en ayuno, sin embargo sus soluciones intravenosas han aumentado:</p> <p>SG 10% 27 ml. SF 0.9% 13 ml. KCL 0.4 ml. Glu Ca 1 ml. Mg 0.8 ml. Oligoelementos 0.2 ml. MVI 1 ml. ABD 0.6 ml. Total: 44 ml.</p> <p>La glucosa se mantiene entre 99-135 mg/dL, y el día de hoy se obtiene un balance muy positivo de 36.5.</p> |
| 30-11-12 | <p>El día de hoy se observa un aumento de peso del recién nacido (1,440 gramos), presenta buen estado hídrico, las soluciones se siguen reajustando de acuerdo a las necesidades del recién nacido, ya que el día de hoy presento hiperglucemia de 201 mg/dL, pero al ajustar las soluciones para lograr una glucosa en sangre normal (98 mg/dL). Se continúa con ayuno médico.</p> |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|--|--|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Eliminación | Alta | FF | Dtemp ND 6 | Ayuda |
| Dx | Alteración de la necesidad de eliminación R/C Inmadurez M/P ausencia de heces fecales y peristaltismo disminuido. | | | | |
| Objetivo | El recién nacido mejorara la eliminación gastrointestinal mediante las acciones de enfermería realizadas durante su estancia en la UCIN. | | | | |
| Intervención: Aumentar la motilidad intestinal | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Medir cada dos horas el perímetro abdominal. | | El vaciamiento gástrico es lento en el recién nacido de bajo peso, por la motilidad intestinal lenta, debido a la inmadurez muscular de las paredes intestinales, a la perístalsis incordinada y a la disminución de hormonas y enzimas gastrointestinales. ⁸¹ | | | |
| ➤ Valorar el peristaltismo en el recién nacido cada 4 horas. | | La función motora en niños pretérmino se refleja por la propulsión menos eficiente de nutrientes del estómago al colon. La menor eficiencia del vaciamiento gástrico que surge en los niños pretérmino, también puede reflejar inmadurez de la función motora del duodeno y ausencia de actividad coordinada entre el antro y dicho órgano. La actividad motora duodenal es inmadura y a menudo no tiene coordinación en el producto pretérmino, razón por la que tampoco hay coordinación entre las actividades del antro y del duodeno. El tránsito intestinal también es más lento en los niños pretérmino que en los de termino, varía | | | |

| | |
|---|--|
| | de 8 a 96 horas en comparación con 4 a 12 horas del recién nacido a término. En niños menores de 36 semanas de gestación, 66% tienen una respuesta inmadura, 10% una respuesta indeterminada y 25% una respuesta madura. ⁸² |
| ➤ Masaje en la región abdominal. | <p>Cuando las deposiciones del bebé escasean, primero hay que descartar la posibilidad de alguna patología.</p> <p>Un beneficio para tránsito intestinal del recién nacido son los masajes, ya que estos estimulan la evacuación en el recién nacido. Se puede flexionar las piernas del pequeño sobre el abdomen, haciendo movimientos circulares o dar masaje en la espalda del bebé, con movimientos de arriba abajo, esto también puede ayudar a la evacuación.⁸²</p> |
| ➤ Realizar estimulación rectal en el neonato cada 4 horas. | <p>Durante los primeros días de vida, tanto la coordinación entre los movimientos de su intestino así como la relajación del esfínter de su ano, no es muy eficiente o no ha madurado lo suficiente. La primera evacuación del bebe es una masa verde negruzca de consistencia viscosa. Estas heces se llaman meconio y se forman en el intestino antes de nacer. Para el segundo o tercer día las heces comienzan a variar dependiendo de la alimentación, pero en los primeros días de vida el recién nacido debe evacuar por lo menos tres veces al día. El meconio puede tardar hasta 48 horas en ser expulsado por el neonato, después las deposiciones serán más sólidas y de color amarillo. Si el recién nacido no realiza sus evacuaciones fecales tras ese periodo, se debe acudir utilizar otras medidas para lograr la eliminación del meconio.⁸²</p> |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | Se realizaron las medidas necesarias para mejorar la motilidad intestinal, sin embargo, el día de hoy solo se presentó una |

| | |
|-----------------|--|
| | evacuación de olor verdosa pastosa (meconio) en escasa cantidad y el peristaltismo se encuentra disminuido. Continua en un nivel de dependencia en 6, ya que se necesita de medidas accesorias para su eliminación |
| 29-11-12 | El día de hoy se registraron dos evacuaciones durante el turno de aproximadamente 10 ml cada una con realización de estimulación recta y masaje abdominal, y se observa mejoría del peristaltismo intestinal. Pasa a un nivel de dependencia de 3. |
| 30-11-12 | Se escuchan adecuados movimientos intestinales en el recién nacido, y durante el turno se registraron dos evacuaciones fecales de 10 y 20 ml respectivamente sin presencia de estimulación rectal, solo se realiza masaje colonico. El color verdoso en las heces empieza a disminuir y la cantidad es escasa por el mismo ayuno terapéutico que presenta el paciente. Muestra un nivel de dependencia de 2 ya para su eliminación intestinal solo requiere de masaje abdominal. |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|---|--|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Descanso y sueño | Media | FF | DParcial ND 5 | Ayuda |
| Dx | Alteración en la necesidad de descanso y sueño R/C interrupciones (procedimientos) M/P pocas horas de sueño. | | | | |
| Objetivo | El paciente dormirá mínimo dos horas continuas cada tres horas a través de la eliminación de factores que alteren esta necesidad durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos. | | | | |
| Intervención: Fomento del sueño | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| <p>➤ Llevar a cabo un programa de manejo mínimo durante todo el turno.</p> | | <p>La mínima manipulación, se lleva a cabo programando las actividades a través de una monitorización estrecha para favorecer el descanso y sueño del neonato hospitalizado. La interrupción del sueño equivale a una agresión que provoca alteración fisiológica y psíquica, y que demanda tiempo, oxígeno y calorías para su recuperación, por eso es muy importante la intervención de un número reducido de personas en su atención. Las intervenciones de enfermería, realizadas de manera correcta, permiten reducir el riesgo potencial de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del prematuro, así como las complicaciones inmediatas y mediatas relacionadas con su internamiento desde la etapa prenatal hasta su estancia en la UCIN. Múltiples investigaciones a nivel internacional han comprobado sus beneficios y ventajas en la atención del</p> | | | |

| | |
|---|---|
| | <p>neonato prematuro considerando el gran impacto en su desarrollo a largo plazo, por lo que se han propuesto medidas que permiten reducir el estrés del entorno del neonato, el dolor asociado a pruebas diagnósticas y el manipuleo excesivo mediante estrategias como cargado y presencia de la madre, haciendo partícipes a los padres del cuidado en la UCIN.⁷⁶</p> |
| <p>➤ Disminuir el ruido en el ambiente externo del recién nacido</p> | <p>La disminución de ruidos innecesarios (niveles de ruido altos aprox. 50-90 Decibeles) provocados por alarmas, motores de incubadora, monitores, bombas de infusión, ruido ambiental, conversaciones del personal, generan estrés en el prematuro y alteración del sueño o periodo de vigilia en el recién nacido. De igual manera se han observado problemas auditivos posteriores detectados mediante emisiones otoacústicas, por lo que la enfermera debe estar alerta para minimizarlos.⁸³</p> |
| <p>➤ Eliminar las situaciones estresantes durante el turno.</p> | <p>Un estímulo sensitivo intenso puede provocar de inmediato un estado de alerta en el recién nacido. Los neonatos intentan hacer frente a la estimulación del medio ambiente externo exhibiendo conductas defensivas que corresponden a signos de estrés y autorregulación. Cuando el sistema nervioso central es incapaz de regular la estimulación el neonato comienza a estar hiperactivo, mas despierto y muestra signos de autorregulación como; aversión a fijar la mirada, succión intensa para calmarse en forma permanente buscando contacto, cubrir los ojos y oídos con sus manos y brazos, presentar “hipo”, y se observa movimientos permanentes de las manos hacia la boca.⁸⁴</p> |
| <p>➤ Realizar medidas agradables</p> | <p>El feto dentro del útero está expuesto continuamente a estímulos táctiles, dado que los movimientos de la madre</p> |

| | |
|---|--|
| <p>(caricias) en el recién nacido.</p> | <p>producen masaje suave de presión profunda. Esta experiencia sensorial aplicada al recién nacido pretérmino suele tener efectos tranquilizantes. Los niños en las Unidades de Neonatología tienen pocas oportunidades de recibir experiencias sensoriales vestibulares que sean suaves y rítmicas, más bien, los movimientos que experimentan son impredecibles y repentinos, por lo que este sistema vestibular frágil es fácilmente sobrepasado, produciendo la aparición de efectos autonómicos. Es por eso que eliminar estos efectos favoreciendo las experiencias sensoriales suaves favorece al confort del recién nacido pretérmino.⁸⁵</p> |
| <p>➤ Aplicar el programa de penumbra en el neonato de 10:00 a 12:00 horas.</p> | <p>El ruido, la iluminación excesiva y las manipulaciones permanentes del recién nacido interrumpen los estados de sueño y determinan que el neonato utilice la energía necesaria para su crecimiento y desarrollo en hacer frente a los estímulos deletéreos. El ambiente intrauterino es líquido, caliente, oscuro, se mueve rítmicamente, emite sonidos monótonos y amortiguados y proporciona sostén adecuado para adquirir la posición de flexión, por lo que es importante adoptar medidas en las que se le proporcionen al recién nacido pretérmino un ambiente externo lo más parecido al intrauterino para favorecer a su propia adaptación y confort.⁸⁶</p> |
| <p>EVALUACIÓN</p> | |
| <p>28-11-12</p> | <p>Durante el turno se observó un sueño superficial en el recién nacido logrando solo un descanso de 1 hora seguidas de dos horas de interrupciones y agitación en él, ya que presenta varios factores estresantes como CPAP, ruido, intervenciones, etc. Durante el turno solo se logró que el recién nacido durmiera tres horas. Se encuentra en un nivel de dependencia de 5.</p> |

| | |
|-----------------|--|
| 29-11-12 | Se adoptaron mejor las medidas de manipulación mínima, los periodos de penumbra y se limitaron los factores estresantes logrando que el recién nacido aumentara su periodo de sueño. Se logró que descansara dos horas continuas de sueños continuadas de una hora de manipulación. Durante el turno se lograron descansar 6 horas, logrando mejor su nivel de dependencia a 2. |
| 30-11-12 | Continúa descansando dos horas continuas seguidas de una hora de manipulación. Las actividades se siguen programando y se sigue aplicando el programa de penumbra logrando mantener el periodo de 6 horas de sueño durante el turno. Se mantiene en nivel 2 de dependencia ya que por lo factores a los que está sometido en recién nacido no se puede lograr una independencia en esta necesidad. |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|---|--|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Movimiento y postura | Medio | FF | Dtemp ND 5 | Ayuda |
| Dx | Alteración en la necesidad de movimiento y postura R/C debilidad muscular M/P reflejos primarios disminuidos | | | | |
| Objetivo | Se mejorara la alineación corporal en el neonato durante su hospitalización por medio del uso de técnicas especiales. | | | | |
| Intervención: Cuidados posturales | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| <p>➤ Realizar cambios de posición cada dos horas</p> | | <p>La deformación en el recién nacido pretérmino resulta de una posición persistente en él. Los niños muy prematuros, de menos de 28 semanas de gestación, son muy vulnerables a la deformación mecánica debido a la plasticidad de su esqueleto, la hipotonía y debilidad de sus músculos y a la rapidez con que están creciendo. Una de las deformaciones más habituales en los recién nacidos que permanecen en la incubadora es la escafocefalia (elongación del diámetro anteroposterior del cráneo debido al decúbito lateral de la cabeza). Por otro lado, la posición extensora y asimétrica entre cuello y tronco, la disminución del diámetro anteroposterior del tórax por una posición prolongada en supino, la rotación externa de caderas y la aducción de hombros pueden producir alteraciones posteriores en la marcha, dificultad para mantener la alineación corporal y dificultad para llevarse la mano hacia</p> | | | |

| | |
|---|---|
| | la boca. ⁸⁷ |
| ➤ Utilizar medios de contención para favorecer la posición en flexión del recién nacido. | Los recién nacidos tienen tendencia a permanecer en la posición que los hemos colocado, aunque ésta sea desagradable, lo que puede conducir a modificaciones en la extensión y elasticidad de los músculos así como contracturas musculares. En esta situación no se produce equilibrio entre la flexión y la extensión lo que puede conducir a un retraso en el desarrollo motor normal y a la aparición de varias alteraciones. Algunos de los dispositivos que podemos emplear para dar una adecuada posición son: nidos para el balance entre las posturas de flexión y extensión, rollos para contener en flexión, colchones de gel y almohadas que pueden ayudar a aliviar los puntos de presión, cojines en forma de cuña. ⁷⁶ |
| ➤ Utilizar la posición supina prona en el recién nacido. | La posición prona es la ideal ya que permite la flexión, facilita el encuentro con la línea media, estabiliza la vía aérea, facilita la normotermia, ya que la superficie expuesta es menor, y evita la presión intracraneal, semejando la posición in útero. ⁷⁶ |
| ➤ Mantener al recién nacido en posición de flexión durante el turno. | Cuando un neonato nace prematuramente los músculos no han adquirido el tono adecuado y por ello la acción de la gravedad les hace adoptar una postura de extensión que es absolutamente contraria a la que ellos hubieran adquirido de haber continuado dentro del útero. El mantenerse en posición de flexión va a favorecer a la evolución motora evitando la hipertonía de miembros inferiores y el trastorno de estos mismos. ⁸⁸ |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | Se mejoró inmediatamente la postura en el recién nacido, favoreciendo a la flexión y a una adecuada alineación corporal. Los cambios posturales se realizaron cada dos horas evitando la |

| | |
|-----------------|--|
| | presencia de malformaciones en el neonato. Su nivel de dependencia se mantuvo en 5 ya que se necesitaron de instrumentos como la sabana y el nido para darle una adecuada posición al paciente. |
| 29-11-12 | Durante el turno se mantuvo una adecuada postura sin embargo el recién nacido se mantenía en el mismo nivel de dependencia ya que no se observó autonomía para mantener una adecuada postura. |
| 30-11-12 | Se continua favoreciendo la buena postura en el recién nacido aplicando las medidas de enfermería antes mencionadas, sin embargo el paciente sigue con un tono muscular débil, por lo que su nivel de dependencia continua en 5. |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|--|--|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Seguridad y protección | Media | FF | Dtemp ND 3 | Ayuda |
| Dx | Riesgo de alteración en la necesidad de evitar peligros R/C procedimientos invasivos. | | | | |
| Objetivo | Se evitara la presencia de infección en el recién nacido mediante el buen manejo de los mecanismos invasivos durante la estancia hospitalaria. | | | | |
| Intervención: Vigilancia de la piel | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Mantener el área periumbilical limpia y seca. | | La piel es la primera barrera que poseen los recién nacidos para hacer frente a factores nocivos y agentes del medio ambiente, para adecuarse de la vida intrauterina segura y protegida al mundo exterior. En el recién nacido pretérmino el estrato corneo está constituido por queratinocitos con bajo contenido de agua. Estas características hacen que a piel tenga un aspecto gelatinoso, transparente y que aumente la permeabilidad de la piel en la formación del manto ácido, o sea la superficie cutánea con pH menor de 5. ⁷⁴ | | | |
| ➤ Realizar curación de catéter y cambio de fijaciones cada que sea necesario. | | El estafilococo coagulasa negativa ha sido identificado como la mayor causa de infección nosocomial. El bajo peso al nacer, la múltiple gestación y la prolongada hospitalización son factores significativos para infección nosocomial. Esta infección es también asociada con la colonización de catéteres vasculares, asistencia | | | |

| | |
|---|--|
| | ventilatoria y enterocolitis necrotizante. ⁷⁶ |
| ➤ Proporcionar al recién nacido un aporte nutricional adecuado durante el turno. | Alteraciones en la nutrición, como estados deficitarios de proteínas, de vitamina C, de oligoelementos como hierro, cobre y el zinc que producen una demora en la epitalización y retracción de la herida. ⁸⁹ |
| ➤ Valorar cada dos horas las características del área periumbilical. | Las infecciones en la piel se pueden dar por varios factores pero se puede valorar el sitio de infección mediante la observación del color rojo, inflamación y dolor en el área. A veces puede tener pus u otras supuraciones. Pueden evolucionar a impétigo, que se convierte en una costra en la piel, o celulitis, una zona enrojecida e inflamada de la piel que se siente caliente al tacto. ⁹⁰ |
| ➤ Aplicar los cinco momentos del lavado de manos en el recién nacido durante el turno. | Las epidemias en las salas de R.N. pueden ser causadas por Grampositivo o un gramnegativa u organismos vírales porque ellos tienen la capacidad de transmitirse persona a persona por el contacto con las manos y las características que siguen existiendo en las manos del personal y en fluidos o en objetos inanimados, incluyendo fluidos intravenosos, equipos de soporte respiratorio, soluciones usadas para medicamentos, desinfectantes y bancos de leche materna. Por ello, la mejor manera de prevenir las infecciones por estafilococo es mantener limpias las heridas y lavarse las manos. ⁷⁶ |
| ➤ Evaluar hemodinámica-mente al recién nacido durante el turno | Algunos datos clínicos de infección que se pueden llegar a observar en los recién nacidos problemas con la termorregulación (inestabilidad en la temperatura usualmente hipotermia), anormalidades respiratorias como apnea, retracciones, quejido espiratorio, cianosis, taquipnea. También se observan alteración de la piel |

| | |
|-------------------|--|
| | (ictericia, rash, pústulas, palidez, petequias), y algunos signos gastrointestinales, entre ellos; pobre alimentación y succión, distensión abdominal, diarrea, incremento de los residuos. Dentro de las manifestaciones neurológicas se lleva a observar letargia o irritabilidad, hipotonía o hipertonía, y las manifestaciones cardiovasculares se caracterizan por presencia de taquicardia, arritmias, hipotensión o hipertensión, disminución de la perfusión periférica. ⁷⁶ |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | Se mantuvo la zona periumbilical si presencia de infección, la zona se encuentra de buen color, sin presencia de eritema o alteraciones dérmicas y sin salida de líquido. Continua en un nivel de dependencia de 3 ya que debido a su estancia hospitalaria el recién nacido no presenta total independencia de esta necesidad. |
| 29-11-12 | Continuamos con un buen manejo de la zona de catéter, sin presencia de datos de infección. Nivel de dependencia 3. |
| 30-11-12 | Se mantiene una buena coloración del área periumbilical, sin presencia de infección. Continuamos en nivel de dependencia en 3. |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|---|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Higiene de la piel y tegumentos | Medio | FF y FC | Dtemp ND 2 | Ayuda |
| Dx | Riesgo de alteración en la necesidad de higiene y protección de la piel R/C inmovilidad física y fototerapia. | | | | |
| Objetivo | Se disminuirán los factores de riesgo que ponen en peligro la integridad de la piel en el recién nacido durante la estancia en la UCIN. | | | | |
| Intervención: Manejo postural | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Evitar la presencia de zonas de presión en el neonato. | | Las úlceras por presión son zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos; la presión externa prolongada y constante sobre una prominencia ósea y un plano duro origina isquemia de la membrana vascular, lo que ocasiona vasodilatación de la zona (aspecto enrojecido), presión de líquidos e infiltración celular. Si la presión no disminuye, se produce una isquemia local intensa en los tejidos subyacentes, trombosis venosa y alteraciones degenerativas, que desembocan en necrosis y ulceración. ⁹¹ | | | |
| ➤ Mantener al recién nacido en posiciones fisiológicas | | La posición más favorable para el neonato pretérmino es la flexión fisiológica simétrica, con ligera flexión del cuello no mayor de 30° hombros retraídos, pelvis elevada y las manos cerca de la cara en línea media. Algunas posiciones son más funcionales que otras, unos minutos de contención | | | |

| | |
|---|---|
| <p>durante el turno.</p> | <p>manual pueden ayudar al neonato a reorganizarse.</p> <p>La posición prona y de lado, con apoyo de nido, es de las posiciones preferidas para dormir.</p> <p>Prono: es la posición más cómoda para el prematuro, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y la oxigenación.</p> <p>Lateral: facilita la flexión, favorece la actividad de la mano en la boca y evita la posición de arqueo.</p> <p>Supino: necesaria para intervenciones médicas y de enfermería, con esta postura se dificulta la flexión y se facilita la extensión.⁹²</p> |
| <p>➤ Realizar cambios posturales cada dos horas en el recién nacido.</p> | <p>Los recién nacidos prematuros están expuestos durante largo tiempo a factores estresantes en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Una de sus estrategias para disminuir tanto el estrés como posibles problemas secundarios a la mala posición, es el cuidado postural. La adecuada posición de un bebé prematuro en la incubadora favorece su adaptación al medio, le permite obtener límites que ayudan a su autorregulación y a su vez a la organización de la conducta, favorece su termorregulación, disminuye los movimientos antigravitatorios y ayuda a prevenir lesiones en la piel. Por tanto, le ayuda a optimizar la energía que es necesaria para mantener sus funciones vitales.⁹³</p> |
| <p>Intervención: Cuidados de la piel.</p> | |
| <p>➤ Vigilar el estado de hidratación de la piel en el neonato</p> | <p>La fototerapia convencional puede producir un cambio agudo en el entorno térmico del recién nacido, lo cual puede generar un aumento en el flujo de sangre periférica y un aumento en las pérdidas de agua provocando deshidratación en el recién nacido.⁹⁴</p> |
| <p>Intervención: Cuidados de los ojos.</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>➤ Colocar protección ocular en el recién nacido durante la fototerapia</p> | <p>La cantidad de luz visible emitida en la fototerapia es tan pequeña que los reflejos no funcionan. La retinopatía del prematuro es una alteración proliferativa de los vasos sanguíneos de la retina que afecta especialmente al recién nacido pretérmino de muy bajo peso y de acuerdo a su severidad puede provocar daño visual severo. La fototerapia puede dañar la membrana de los glóbulos rojos, aumentando su sensibilidad a peroxidación lipídica y hemolisis.⁹⁰</p> |
| <p>➤ Realizar aseo ocular cada 8 horas en el neonato</p> | <p>Se ha observado que una de las principales efectos secundarios de la fototerapia es la conjuntivitis, por lo que han optados medidas necesarias para prevenir la resequead de la conjuntiva al estar expuesta continuamente a la luz, como es la hidratación de la conjuntiva ocular.⁹⁰</p> |
| <p>Intervención: Control de la temperatura.</p> | |
| <p>➤ Vigilar la temperatura en el recién nacido cada 2 horas.</p> | <p>Algunas unidades de fototerapia pueden causar un aumento significativo de la temperatura del cuerpo en el recién nacido, y esto está relacionado a que la fototerapia dirigida sobre la incubadora, causa fluctuaciones inmediatas y sostenidas que aumentan el ambiente térmico externo del neonato.⁹⁴</p> |
| <p>EVALUACIÓN</p> | |
| <p>28-11-12</p> | <p>Se logra mantener la integridad cutánea en el recién nacido. Manteniéndose en un nivel de dependencia de 2 ya que su higiene y protección de la piel no es total debido a su estancia hospitalaria.</p> |
| <p>29-11-12</p> | <p>La piel del recién nacido continua integra adoptando las medidas necesarias para conservarla así.</p> |
| <p>30-11-12</p> | <p>Se continua en el mismo nivel de dependencia ya que la piel del recién nacido no ha presentado alteraciones.</p> |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|--|---|--|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Autorrealización | Media | FF | Dtemp ND 2 | Ayuda |
| Dx | Riesgo de alteración en la necesidad de realización de los padres R/C estancia hospitalaria. | | | | |
| Objetivo | Se favorecerá la autorrealización de los padres por medio del apoyo y orientación del personal de enfermería mientras se encuentren en el hospital. | | | | |
| Intervención: Fortalecimiento del vínculo afectivo | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Motivar el vínculo madre-hijo durante la estancia hospitalaria | | Durante el transcurso del primer año de vida, el recién nacido desarrolla un relación con sus padres a través del proceso de interacción entre la madre e hijo, favoreciendo al vínculo entre ambos. El principal proceso interactivo que contribuye al desarrollo de estos vínculos son los procesos de socialización, siendo dos de los más importantes el llanto y la risa. ⁹⁵ | | | |
| ➤ Identificar en los padres las conductas necesarias para el desarrollo de roles. | | Los roles median entre los requerimientos del ambiente social y las contribuciones del individuo, crean patrones de comportamientos e interacción social predecibles. Tanto los roles como los hábitos de la persona organizan, regulan y mantienen el comportamiento para satisfacer los estándares aprobados socialmente y permiten adaptarse al medio ambiente. ⁹⁶ | | | |
| ➤ Enseñar nuevas conductas en los | | Las demandas y limitaciones ambientales influyen en el desarrollo de hábitos y roles. Según el modelo de la | | | |

| | |
|--|---|
| <p>padres para cubrir un rol de cuidador.</p> | <p>Ocupación Humana, habiendo internalizado los roles, actuamos en formas que reflejan nuestro estado de rol; adoptamos una identidad, un perfil y acciones que pertenezcan al rol. El modelo propone la existencia de guiones de roles que anticipen que tipo de interacción o acciones deben ocurrir.⁹⁷</p> |
| <p>EVALUACIÓN</p> | |
| <p>28-11-12</p> | <p>Los padres se sienten realizados en sus roles de padre y madre, cuidador, aprendiz y esposo (a); aunque la preocupación por la salud de su hijo está presente. Se mantienen en un nivel de dependencia de 2 ya que por la propia hospitalización del recién nacido no es posible la total independencia de esta necesidad.</p> |
| <p>29-11-12</p> | <p>Continuamos en el mismo nivel de dependencia y la autorrealización de los padres se sigue fomentando.</p> |
| <p>30-11-12</p> | <p>La autorrealización de los padres se sigue dando favorablemente, a través de las acciones de enfermería. Nivel de dependencia 2.</p> |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|---|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Comunicación | Baja | | Dparcial ND 2 | Acomp. |
| Dx | Independencia en la necesidad de comunicación, MP presencia de la plática con el recién nacido durante la visita, arrullos, tacto, canto. | | | | |
| Objetivo | Los padres logran una interacción con el recién nacido que favorezca la comunicación a través de medidas especiales. | | | | |
| Intervención: Escucha activa | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Favorecer el interés de los padres hacia el neonato durante la visita. | | Se debe considerar que la hospitalización de un lactante es particularmente dramática en la medida que interrumpe una relación afectiva muy intensa. El recién nacido pierde contacto con los elementos que le eran conocidos: tono de voz, los ritmos de su madre y se sumergen en un ambiente ajeno y extraño. A su estado previo de unión con su madre se sucede una separación por las manipulaciones que es objeto y por la diversidad del personal que toma contacto con él, el neonato entra en un estado mental de estupefacción extrema. ⁹⁸ | | | |
| ➤ Favorecer los lazos afectivos de los padres con el neonato durante la visita. | | El sentido auditivo se encuentra desarrollado entre las 20 28 semanas de gestación y distingue sonidos como el habla normal, hacerles escuchar música suave o cantarle puede estimular su oído lo cual le ayuda en su crecimiento y desarrollo. Desde sus primeros instantes de vida extrauterina, el neonato posee una rica capacidad de | | | |

| | |
|---|---|
| | <p>comunicación afectiva e invariablemente despierta en su entorno emociones muy variadas e intensas. El recién nacido apela a los sentimientos del adulto para su sobrevivencia, despierta sus funciones parentales de protección y evoca en el significado ya efectos de su propia niñez. Así mismo, suele provocar ansiedades de carácter persecutorio en sus cuidadores, evidenciados en sus sentimientos de temor y rechazo hacia el recién nacido. Estos mecanismos se acentúan en el caso del niño prematuro y enfermo donde su fragilidad en el ámbito de lo biológico y su vulnerabilidad en el campo de lo mental son más presentes.⁹⁹</p> |
| <p>➤ Resolver las dudas de los padres acerca del estado de salud del neonato</p> | <p>La estrategia más disponible para la adaptación a un acontecimiento amenazante es el conocimiento. Es necesario, compartir con la familia la información concreta antes del nacimiento sobre el estado del feto (cuando existe la perspectiva de anomalía, enfermedad o muerte fetal) y después del nacimiento sobre los riesgos del neonato y los sistemas de apoyo y las habilidades disponibles para el manejo de los problemas.⁷⁶</p> |
| <p>➤ Identificar la expresión de las necesidades en el recién nacido.</p> | <p>En la ausencia de llanto el RN presenta una “fascie de llanto” que es característica del dolor. La expresión facial en respuesta a la función del talón se ha mostrado en forma diferente a la respuesta por otro estímulo táctil. El RN sano presenta movimientos vigorosos ante un estímulo doloroso; pero el RN críticamente enfermo o prematuro pueden llegar a presentar respuestas de flacidez a estímulos nocivos. El RN despierto e inactivo pero atento muestra una respuesta comportamental fuerte al estímulo. La ausencia o sobrerrespuesta al estímulo doloroso no necesariamente indica falta de percepción del dolor. Las</p> |

| | |
|-------------------|--|
| | <p>respuestas al estímulo doloroso pueden ser demoradas o acumulativas. El RN puede aparentemente tolerar bien los procedimientos fuertes. La agitación es un término comúnmente usado para describir el exceso de movimientos motores gruesos y el llanto. La agitación en el RN enfermo puede ser quebrantada por procesos fisiológicos. Es difícil interpretar el comportamiento verbal del RN, ya que su agitación puede presentarse por procesos fisiológicos o por otra causa. Excesivos movimientos motores gruesos y el llanto ocurre frecuentemente en los RN de la UCIN con insuficiencia respiratoria.⁷⁶</p> |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | <p>Se mantuvo una adecuada comunicación de los padres hacia el recién nacido, ya que se observó plática, arrullos y cantos a los cuales el recién nacido correspondió con un estado de tranquilidad. Ambos padres acudieron a las visitas. Se mantiene en un nivel de dependencia de 2.</p> |
| 29-11-12 | <p>Por la gravedad del estado de salud del recién nacido, el día de hoy se observa muy agotado, teniendo poca expresión hacia sus padres en la visita, sin embargo ellos continúan expresándose con él. Se resuelven las dudas acerca de la manipulación del neonato permitiéndose solo el tacto. El nivel de dependencia aumento a 5, ya que el recién nacido no se comunicada adecuadamente debido al apoyo ventilatorio y a su propio agotamiento que no le permite corresponder a los estímulos de sus padres.</p> |
| 30-11-12 | <p>En la visita se continua observando comunicación entre padre-madre-hijo. Se observan rezos, caricias y muestras de amor hacia el recién nacido por parte de los padres. Hoy se observa el neonato más reactivo y corresponde a los estímulos de sus padres, pero continúa con apoyo ventilatorio dificultando aun su comunicación. Nivel de dependencia a 4.</p> |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|---|--|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Creencias y valores | Baja | | Dparcial ND 1 | Acomp |
| Dx | Independencia en la necesidad de creencias y valores MP rezos por parte de los padres. | | | | |
| Objetivo | Los cuidadores primarios reforzaran sus creencias religiosas mediante prácticas espirituales adecuadas durante la estancia hospitalaria. | | | | |
| Intervención: Fomento espiritual | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Realizar rezos al recién nacido durante la visita por los padres. | | La religión es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas. ¹⁰⁰ | | | |
| ➤ Mantener la fe y la esperanza en los padres durante las visitas. | | La fe es creer en lo que no se puede ver, es guardar la calma cuando todo es turbulento, la fe no es pasiva, ¡es poner las creencias en práctica!, tener fe es pedir lo que se necesita, la fe es oír lo imperceptible, creer lo increíble y recibir lo imposible, la fe va en contra de las expectativas y condiciones naturales, tener fe es crear un vacío en el corazón para que lo llene Dios, tener fe no es simplemente que Dios pueda hacer algo, sino que lo hará, con fe la respuesta no sorprende, ya se sabía que sucedería, tener fe es permanecer en tu puesto cuando todos los demás desertan, es quemar las naves para no | | | |

| | |
|-------------------|---|
| | <p>volver atrás, es estar dispuesto a pagar cualquier precio, es hacer lo que Dios pide hoy y creer que Él hará mañana lo que ha prometido, la fe es lo contrario del temor, tener fe es elegir a Dios a pesar de las demás posibilidades, es confiar en la palabra de Dios no en lo que te dicen tus sentidos, es estar dispuesto a morir confiando, esa es la clase de fe con la que se puede obrar curaciones y milagros, la fe es como un músculo que se vuelve fuerte y flexible al ejercitarlo, la fe se edifica con el estudio fiel de la palabra de Dios.¹⁰⁰</p> |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | Se mantuvo la religiosidad entre los padres y el recién nacido favoreciendo a la libre expresión y ejercicio de sus creencias. Se continúa en el nivel de dependencia 1. |
| 29-11-12 | Continuamos favoreciendo las prácticas religiosas en la familia, manteniendo el nivel de dependencia. |
| 30-11-12 | Los padres continúan rezándole al neonato y llevando satisfactoriamente su religiosidad. Nivel de dependencia 1. |

|  | | PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON | | | |
|--|---|---|------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Fecha | Necesidad | Prioridad | Falta de la dificultad | Grado y duración de la dependencia | Función de enfermería |
| 28/11/12 | Aprendizaje | Baja | | Dparcial ND 1 | Acomp |
| Dx | Independencia en la necesidad de aprendizaje de los padres, MP interés en conocer más sobre los cuidados al recién nacido. | | | | |
| Objetivo | Se favorecerá el aprendizaje en la familia a través de un programa aplicado por el personal de enfermería durante su hospitalización. | | | | |
| Intervención: Fomento del aprendizaje | | | | | |
| Acciones de enfermería | | Fundamento | | | |
| ➤ Incluir a los padres en los cuidados del recién nacido durante la visita. | | El nacimiento de un hijo supone para los padres una fuente de incertidumbre acerca de su propia capacidad de ser padres, las reacciones normales o anormales del niño. A lo que hay que añadir el gran gasto emocional, humano y económico que contribuye para las familias las hospitalizaciones prolongadas. Por otro lado, hay que tener en cuenta, que los padres tienen que asumir y aceptar que su hijo, es muy susceptible de presentar a medio y largo plazo algún déficit en su desarrollo neurosensorial. Es por ello, que los padres se enfrentan a un nuevo proceso de aceptación y aprendizaje. ¹⁰¹ | | | |
| ➤ Favorecer a la empatía con los padres del neonato. | | La práctica de enfermería exige que la relación de ayuda en todos los aspectos entre la enfermera y el cliente, implique una actitud empática que predispone a la enfermera a captar los sentimientos, deseos, intereses y necesidades de la persona que cuida, para vivir en cierto | | | |

| | |
|---|---|
| | modo su experiencia. Demostrar preocupación y empatía hacia la persona que se cuida, genera confianza en el profesional de enfermería. ¹⁰² |
| ➤ Proponer a los padres respuestas alternativas a las situaciones que se presenten durante la estancia hospitalaria. | La inserción de los padres en el cuidado hospitalario del neonato prematuro implica planeamiento de estrategias y acciones para lograr el establecimiento y continuidad del vínculo madre/padre- hijo como base del crecimiento y desarrollo óptimos de acuerdo a la situación particular de cada niño. ¹⁰³ |
| EVALUACIÓN | |
| 28-11-12 | Se mantiene un adecuado aprendizaje de los padres. Hoy se les enseñó lavado de manos, manejo para manipular al recién nacido, medidas para expresar su cariño, se resolvieron dudas sobre la sonda nasogástrica y el ayuno del paciente, y se planearon nuevas medidas para traerle música al recién nacido. Se mantiene un nivel de dependencia de 1 ya que se están aprendiendo y comprendiendo por parte de los padres todas las medidas y procedimientos aplicados en el neonato para mejorar su salud. |
| 29-11-12 | Continuamos capacitando a los padres sobre los cuidados y medidas para el recién nacido en casa. Comprendió el nuevo estado de salud del neonato y adopto nuevas medidas para no alterarlo. Se dio plática sobre lactancia materna. Continuamos en nivel de dependencia 1. |
| 30-11-12 | Los padres siguen aprendiendo sobre los cuidados al recién nacido, y se resuelven dudas sobre los cuidados al cordón umbilical. Se informa sobre la cartilla de vacunación y se mantiene una adecuada empatía con los padres. Nivel de dependencia 1. |

2.7 PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: Lima Perea RN

Sexo: Masculino

Edad: 2/30 Fecha de ingreso: 26-11-12

Fecha de alta: -----

Nombre del responsable o tutor: Guadalupe Lima Perea

El profesional de salud dará orientación sobre:

1. Lactancia materna o alimentación con fórmula, lo cual comprende tipo de fórmula, cantidad y frecuencia:

Esta plática no fue posible darse ya que el recién nacido se encuentra en ayuno por diversos factores relacionados a su estado de salud. Sin embargo se le explico a la madre la importancia y propiedades de la leche materna.

2. Cuidados específicos en la alimentación:

El recién nacido se encuentra en ayuno, pero se le explica a la madre el motivo de esta prescripción médica. Esto ayudara a entender y resolver algunas dudas de los padres de familia.

3. Higiene en la alimentación

A través de una plática se le hace conocer a la madre los cuidados que se tienen que tener al alimentar al recién nacido ya en casa, ya que durante la estancia hospitalaria el neonato esta en ayuno. De igual manera se le hacen saber los cuidados que se tienen para llevar a cabo una buena higiene en la alimentación dentro del hospital, donde participa el equipo de dietología para su preparación y el equipo de enfermería para su administración.

4. Higiene en el hogar que especifique la frecuencia y condiciones para realizar el baño, así como el tipo de jabón a utilizar.

Se le explica a la madre la frecuencia del baño en el hospital, también se le hace saber a la madre las condiciones anatómicas y fisiológicas del neonato que lo condicionan a llevar un baño especial. Se recomienda no

utilizar ningún tipo de jabón por las condiciones de la piel del recién nacido.

5. Cuidados sobre el muñón umbilical:

Se da a conocer a la madre el proceso de momificación del cordón umbilical, de igual manera se le explica que no hace falta hacerle ninguna curación, solo hay que mantenerlo limpio y seco. Se resuelven algunas dudas y se le da a conocer los signos de alarma sobre el cordón umbilical.

6. Características del vestido y especificaciones sobre su lavado:

La ropa debe ser de algodón, la ropa de estambre no se sugiere ya que por sus propiedades puede desencadenar alergias de tipo tóxicas en el recién nacido. Se debe lavar aparte no mezclarla con la ropa de los adultos u otros niños, no usar suavizantes de telas, para evitar alergias en el futuro.

7. Precauciones para prevenir muerte súbita:

El lugar donde duerma el bebé, debe estar libre de almohadas o muñecos de peluche puedan originar asfixia y con ello la muerte del bebé. Después de que coma hay que dejarlo del lado, y jamás boca abajo si no hay alguien que lo vigile, ya puede asfixiarse.

8. Condiciones que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo

Se explicó el proceso de adaptación por el cual está pasando el recién nacido y cómo podemos favorecerlo a través de diversas acciones, como el uso de un medio de sostén, un ambiente externo óptimo, rodearlo de cariño y amor, acciones de apego, musicoterapia, etc.

9. Información sobre la cartilla de vacunación:

La cartilla la obtiene en el centro de Salud, pero es muy importante que aunque su bebé tenga las fechas atrasadas de las vacunas, vaya al área de vacunas para iniciar el esquema de vacunación, sin importar la fecha en la que le tocaban, para que el bebé tenga sus vacunas debe tener un peso mayor o igual a 2500gr.

10. Signos y síntomas de alarma:

Es muy importante que observe que cuando come el bebé se pone morado de la boca o cuando llora no es normal y debe llevarlo de inmediato al

centro de salud más cercano, tener siempre a la mano su resumen médico que le dieron cuando él bebe se dio de alta, si hay salida de sangre o secreción fétida por el cordón umbilical, si llora inconsolablemente, el abdomen se pone duro, pasaron más de tres horas y no quiere comer, fiebre mayor de 38°C, respira muy rápido o infla la nariz cuando respira, evacua más de 6 veces y éstas son líquidas.

11. Medicamentos indicados:

Se le enseñó como va dar los medicamentos vía oral, así como el horario y la importancia de no darle todos juntos ni mezclarlos con la leche.

Informó: MIXCOATL DOMINGUEZ ERENDIRA GUADALUPE.

Fecha: 28-11-12

3. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería, tiene aplicación en todas y cada una de sus etapas en el ámbito de la salud, favoreciendo la acción de enfermería en su ámbito laboral, ya que como profesional de la salud se tiene la obligación a realizar sus funciones enfermeras acorde al grado de dificultad o exigencias de cada una de las etapas de la vida y a cada estado de salud en específico.

Es un instrumento flexible que nos permite adaptarlo a cada una de las etapas de la vida en este caso se adaptó a los neonatos. Esto nos permite al profesional de salud conocer sus necesidades de cada paciente, conocer su habitus interno y externo que influye en su salud, y participar en la toma de decisiones en colaboración de un equipo multidisciplinario para mejorar la salud y su propia lesión del recién nacido. Prestando cuidados con más calidad, aumentado la eficiencia y la eficacia del cuidado, propiciando una curación más fácil y rápida.

A través de este Proceso de Atención de Enfermería se logró aplicar todos y cada uno de las etapas enfocadas a un neonato con alteración de la necesidad de oxigenación. Se realizó una valoración lo cual me permitió identificar las necesidades alteradas en el neonato y posteriormente se ejecutó un plan de cuidados que nos permitió satisfacer algunas de las necesidades del recién nacido, sin embargo en ocasiones por rutinas del propio servicio o por factores externos fue difícil satisfacer por completo todas las necesidades. Se logro conocer el habitus interno y externo que influyeron en el estado de salud y en la alteración de las necesidades del recién nacido prematuro. Se integro a la familia en el cuidado del recién nacido proporcionándole el apoyo e información necesario para disminuir sus dudas y sus miedos.

En el aspecto neonatal aún hay mucho por trabajar, pues carecemos en las unidades hospitalarias de personal calificado en el área neonatal, y esto nos conlleva a grandes errores que pueden dificultar la mejoría del estado de salud en los neonatos susceptibles.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Rivas AV. Estrategias para la aplicación del proceso enfermero y su impacto en la calidad de atención. *Horizonte Sanitario*. 2008; 7 (1): 13-18.
2. Reina GN. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*. 2010; 5 (17): 18-23.
3. Rojas JG, Pastor DP. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010; 28 (3): 323-335.
4. Pecina LR. Experiencias de los alumnos sobre la aplicación del proceso enfermero en el área hospitalaria: Estudio cualitativo. *Enf Neurol*. 2012; 11 (1): 21-24.
5. Pecina LR. Efectividad en el aprendizaje del proceso enfermero en el área hospitalaria. *EnfNeurol*. 2010; 9 (3):111-116.
6. López MM, Ruiz MC, Martínez QM, Cortez QG y Delgado MM. Aplicación de un plan de cuidados de enfermería en un programa de insuficiencia cardiaca.
7. Morales MN y Domínguez FE. Conocimiento y aplicación del proceso de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención. Universidad Veracruzana. 2008.
8. Santos-Ruiz S, López-Parra M, Sánchez-Rueda G, Bardallo-Porras L, Fernández-Donaire L, y cols. Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas. *Educ Med* . 2011; 14 (2): 119-127
9. Suso GA, Puerta PP; y cols. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de valoración del proceso de atención. *Educare 21*[revista en internet] 2004 [acceso 16 de agosto 2013]; 9. Disponible en : <http://enfermeria21.com/educare/educare09/ensenando/ensenando4.htm>
10. Carreño RA. Proceso enfermero en lactante con síndrome de ventrículo izquierdo Hipoplásico bajo el enfoque de Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; 19 (3): 105-113.

11. Ángel JG, Echeverry UM, Castro BY, Arboleda AM y cols. Aplicación de un modelo de cuidado en el servicio de ginecobstetricia de la clínica universitaria bolivariana. *Avances de Enfermería*. 2007; 25 (1): 9-18.
12. Reyes LJ, Jara CP, Merino EJ. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería*. 2007; 13 (1): 45-57.
13. Calderón LM. Estudio de caso: Cuidado especializado de un recién nacido con alteración en la necesidad de oxigenación. *ENEO*. 2004.
14. García FY, Fernández RR, Rodríguez RM, Pérez ME. Supervivencia en el recién nacido ventilado. *Rev Cubana de Pediatr*. 2006; 78(4).
15. López DF, Meritano J, Da Representacao C, Licudis M, Romano A y cols. Síndrome de dificultad respiratoria neonatal: comparación entre cesárea programada y parto vaginal en un recién nacido a término. *Revista del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá" (Buenos Aires)*. 2006; 25 (3): 109-111.
16. Castro LF, Labarrere CY, González HG, Barrios RY. Factores de riesgo del síndrome de dificultad respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Rev Cubana Enfermer*. 2007; 23 (3): 1-15.
17. Lopez-Candiani C, Santamaria-Arza C, Macias-Aviles H, Cruz-Galicia J. Dificultad respiratoria por deficiencia de surfactante en un hospital público de tercer nivel sin maternidad. Factores asociados a la mortalidad. *Bol MedHospInfantMex*. 2010; 67: 98-107.
18. Meritano J, Abraham M, Di Prieto S, Fernández V, Gerez G. Síndrome de dificultad respiratoria asociada a líquido amniótico meconial en recién nacidos de término y postérmino: incidencia, factores de riesgo y morbimortalidad. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 2010; 29(3): 113-119.
19. Fehlmann E, Tapia J, Fernández R, Bancalari A, Fabres J, y cols. Impacto del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: estudio multicéntrico sudamericano. *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108(5):393-400.

20. González C y González N. Síndrome de dificultad aguda por ácidos biliares en un recién nacido de término. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá (Buenos Aires). 2007; 26(2): 90-93.
21. Reyna OI, Soto FG, Méndez LD, y Rangel NH. Nacimientos por cesárea electiva en embarazos de bajo riesgo: efectos sobre la morbilidad respiratoria neonatal en relación con la edad gestacional. Revista Avances (Monterrey). 2009; 8 (25).
22. Carrillo ER y Hernández RA. Posición prona para el manejo del paciente con SDRA. RevFacMed UNAM (México). 2003; 46 (1): 6-11.
23. González Sánchez Jesús. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Medicina y seguridad del trabajo. 2011; 57 (222) 15-22..
24. Vázquez Chozas, José María; Muñoz González, Asunción; El Proceso de Atención de Enfermería, Teoría y Práctica. Alcalá de Guadaíra, Sevilla: MAD.2007.
25. T. Jiménez de Esquenazi, y E. Gutiérrez De Reales. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Orion editores Ltda. Bogotá. 1997.p.17
26. Hernández C. Fundamentos de enfermería: Teorías y modelos. España: McGraw-Hill; 1999.
27. Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10 edición Elsevier Mosby. pag 10 (on line). Disponible en [http:// books. google.com.co/books](http://books.google.com.co/books)
28. Farfán BM, López GL. Aplicación del Proceso de Enfermería en la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Biblioteca Lascasas, 2006 [acceso 18 de agosto 2013]; 2 (2). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0130.php>
29. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. 1ª Ed. Suiza: Editado por el Consejo Internacional de Enfermeras; 1971.
30. Fernández M, Navarro M. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2 ed. Barcelona: Masson; 2003

31. Secretaría de Salud. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. Secretaría de salud. México, D. F. 2001. Consultado 28 de octubre 2012. Disponible en www.ssa.gob.mx
32. Sánchez LV. Cuidados básicos de un paciente con necesidad de moverse y mantener una buena postura. Rev. Enferm. IMSS. 2001;9 (2): 91-96.
33. Secretaría de Salud. Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. Secretaría de salud. México, D. F. 2001. Consultado 28 de octubre 2012. Disponible en www.ssa.gob.mx
34. Fraile DC. Ciencia, ética y enfermería. Ciencia y enfermería. 2002; 8 (1): 9-14.
35. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.
36. Beauchamp, T.L. & Childress, J. F. (1999) Principios de Ética Médica. Barcelona: Masson
37. Martínez TN. La ética y la investigación en enfermería. Revista Cubana de Enfermería. 2010; 26 (1): 18-29.
38. Vargas DA. Consentimiento informado. Rev. Cirujano General. 2011; 33 (2).
39. Coto CG, López SJ, Fernández CB, García LN y Campuzano MS. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. 2011; 32 (1): 257- 273.
40. Salazar J. Síndrome de dificultad respiratoria aguda. Rev. Soc. Bol. Ped. 2002; 41 (1): 18 – 23.
41. Arellano, Manual de Cuidados Intensivos en Pediatría Ed. Interamericana. 1998. p. 155,156, 271.
42. Campos A, Cortes CV, Domínguez AL, Estrada FJ, Galindo AA, y cols. Guía clínica: diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. Secretaría de salud de México. 2009.
43. López de Heredia GJ y Valls i Soler A. Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos diagnósticos terapéuticos de AEP: Neonatología. 2008; 31 (1): 305-310.

44. Díaz de León PM, y cols. Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. Revista de la Asociación Mexicana de medicina crítica y terapia intensiva. 2004; 18 (1): 24-33.
45. Rojas MJ, León VA, Molano M. Síndrome de dificultad respiratoria aguda en pediatría. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2010; 10 (3): 213-226.
46. Star K. G., Montes V. H. Fundación Cirena. Manual de protocolos de neonatología. 1996. 1º ed. Editorial Impresores.
47. Massachusetts Medical Society. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and The Acute Respiratory Distress Syndrome. NEJM 2000;342:1301-1308.
48. Martín RJ. Neonatal surfactant therapy. Where do we go? J Pediatrics 1991; 118:555.
49. Roman L y Valls A. Dificultad respiratoria en el recién nacido. AnPediatrContin 2003;1(2):67-70.
50. Zola EM, Gunkel JH, Chan RK, Lim MO, Knox I, Feldman BH, et al. Comparison of three dosing procedures for administration of bovine surfactant to neonates with respiratory distress syndrome. J Pediatr 1993; 122:453-9.
51. Pandit PB, Dunn MS, Colucci EA. Surfactant therapy in neonates with respiratory deterioration due to pulmonary haemorrhage. Pediatrics 1995;95:32-6.
52. Bryan AC: Comments of a devil's advocate. Am Rev Respir Dis 1974; 110: 143-4.
53. Piehl MA, Brown RS: Use of extreme position change in acute respiratory failure. Crit Care Med 1976; 4: 13-4.
54. Douglas WW, Rehder K, Beynen FM, Sessler AD, Marsh HM: Improved oxygenation in patients with acute respiratory failure: the prone position. Am Rev Respir Dis 1977; 115: 559-67.
55. Lamm WJE, Graham MM, Albert RK: Mechanism by which the prone position improves oxygenation in acute lung injury. Am J RespirCrit Care Med 1994; 150: 184-93.

56. Duc and Sinclair. Oxigen administration in: Effective care of the newborn: Infant Oxford University press.1992. p. 178-184, 180-185, 188, 190 -194.
57. Kristine K. El Programa STABLE. 5ª. Edición. USA. Schering-Plough; 2006. P: 46-50.
58. Kozier B. Valoración clínica/entrevista en la valoración. Fundamentos de enfermería. 7º ed. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 2005. Vol.1:623-673.
59. Valdés V A., Bustamante R R., Hernández R J. Ventilación mecánica en posición prona en el síndrome de dificultad respiratoria aguda. RevCubMedIntEmerg 2009; 8(2) 1561-1568.
60. Sola A., Urman J. Cuidados intensivos neonatales. Fisiopatología y terapéutica. Editorial Científica Interamericana 4ª edición. 1992. P. 173, 200, 207, 208, 209, 203, 204, 210, 211, 775, 742, 743, 142
61. Reimer J., Juc P., et all. Respiratore care of the neonate. Source Neonatal Intensive Care Policy. Manual University of California Sn Francisco. 1991; p 3-2, 9-10.
62. Potter P. Perry G. Valoración enfermera. Fundamentos de enfermería. 3º ed. Editorial Harcourt Brace, Madrid, España. 2004. Vol 1:300-305.
63. Gomela C E. Neonatología. 5a. Edición. Buenos Aires, Argentina. Panamericana; 2007. Pag: 660-661.
64. Fresno Chávez, Caridad. El diseño de nuevos antibióticos. Revista Cubana de Medicina General Integral 2001; 17 (2): pp. 196-199.
65. Ferrari C, Pirez G, Martínez A, et al. Etiología de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad en niños hospitalizados: Uruguay 1998-2004. Rev. chil. infectol. [online]. feb. 2007, vol.24, no.1 [citado 01 mayo de 2008], p.40-47. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
66. Rivera V P., Lara M P., Herrera R A., Salazar U E., Castro G I., y colaboradores. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enf Neurol. México. 2011; 10 (3): 159-162.

67. Amaya de Gamarra IC., Suárez de Betancourt Ma de J., Villamizar C B. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0023.php>
68. Mena P, Meneses R. termorregulación del recién nacido. Rev. Chil. Pediatr. [Serie en internet] 2002 [Citado 15 junio 2013] 73(2): 192-193. Disponible en: <http://www.scielo.cl>
69. Zamorano JA, Cordero GC, Flores OJ, Baptista GH. Fernández CL. Control térmico en el recién nacido pretérmino. PerinatolReprodHum [Serie en internet] 2012. [Citado 15 junio 2013] 26 (1): 43-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/>
70. Guía tecnológica No. 4 incubadora neonatal. Secretaria de Salud. Subsecretaria de innovación y calidad. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [Serie en internet] 2009 [Citado 22 junio 2013] disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>
71. Bailie, M. Clínica de Perinatología. Editorial Interamericana McGraw Hill. 1992. p. 68, 70, 71, 72.
72. Chattas G. Microclima en los más pequeños: humidificación sin riesgo. Fundasamin [Serie en internet] 2010 [Citado 25 junio 2013] 20:21-25. Disponible en: <http://www.fundasamin.org.ar/>
73. Sánchez R G., Quintero V L., Rodríguez C, Nieto S A., Rodríguez B I. Disminución del estrés del prematuro para promover su neurodesarrollo: nuevo enfoque terapéutico. Medicina Universitaria 2010; 12 (48):176-180.
74. Tamez S. control térmico. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. 3ªed. Editorial Panamericana. Madrid, España. 2006.
75. García Sánchez, P. Cuidado neonatal con atención al desarrollo. Rev. Española de pediatría. 2002; 58(01): 28-36.
76. Lago E, Martín M. Guía de cuidado de enfermería para la mínima manipulación del recién nacido prematuro extremo en la unidad de cuidados intensivos neonatal del centro policlínico del Olaya. Universidad de la Sabana. 2008.

77. Sánchez CR, Escoria C, Peñaranda D, Rivera L. Líquidos y electrolitos en el recién nacido. CCAP [Serie en internet] 9 (4). [Citado 22 enero 2013] Disponible en: <http://www.scp.com.co/>
78. Jasso L. Fisiología del recién nacido. Neonatología práctica. 7° ed. Editorial Manual moderno. 2008
79. Llanos MA, Mena NP, Uauy DR. Tendencias actuales en la nutrición del recién nacido prematuro. Rev. Chil. Pediat. [Serie en internet]. 2004 [Citado 23 de mayo 2013] 75(2): 107-121. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>
80. Zubiato TM, Doig TJ, Arias PJ, Madrid PG, Salvador YA, et al. Valoración del estado nutricional de recién nacidos a término y adecuados para su edad gestacional por el método de Metcalf en el Instituto Materno Perinatal de Lima. Revista Peruana de pediatría. [Serie en internet] 2006 [Citado 18 junio 2013] Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe>
81. Baquero HM, Velandia L. Nutrición del prematuro. CCAP [Serie en internet] 2008 [Citado 1 diciembre 2012] 9 (4) Disponible en: www.scp.com.co/
82. Lees C, Reynolds K y McCartan G. Ed. Estoy embarazada ¿Qué debo saber? Editorial Grijalbo. 2011. p. 167-189.
83. Arias JM, Solano BF, Fernández UM. Evaluación de la técnica de manipuleo mínimo en recién nacidos de pretérmino con peso inferior a 1500 gramos, Hospital Nacional de Niños 2004. Enfermería en Costa Rica [Serie en internet] 2006 [Citado 18 de julio 2013] 27(2). Disponible en <http://www.binasss.sa.cr>
84. Holsti L, Grunau RE. Extremity movements help occupational therapists identify stress responses in preterm infants in the neonatal intensive care unit. A systematic review [Serie en internet] 2007 [Citado 24 noviembre 2012] 74 (3) Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov
85. Mira OA, Bastias LR. Terapia ocupacional neonatal, una propuesta para la acción. Revista Terapia Ocupacional [Serie en internet] 2008 [Citado en 22 de noviembre 2012] Disponible en: <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl>

86. Vicente PS. Cuidados posturales del recién nacido pretérmino en UCIN de Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. *Desenvolupa*. La revista d'atenció Precoc [Serie en internet] 2009. [Citado 1 diciembre 2012] 33. Disponible en: <http://www.desenvolupa.net/>
87. Vicente PS. Cuidados posturales del recién nacido pretérmino en la UCI neonatal de Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. *La Revista d'Atenció Precoc*. [Serie en internet] 2006. [Citado 1 diciembre 2012] 12. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/>.
88. Mata MM, Salazar BM, Herrera PL. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Serie en internet] 2009. [Citado 1 diciembre 2012] 17 (1): 45-54. Disponible en <http://www.medigraphic.com/>
89. Segovia GT, Bermejo MM, García AJ. Úlceras por humedad: conocerlas mejor para poder prevenirlas. *Gerokomos* [Serie en internet] 2012 [Citado 18 junio 2013] 23 (3): 137-140. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
90. Chattas G. Cuidados de la piel del recién nacido pretérmino. *Revista de enfermería Fudasamin* [Serie en internet] 2011 [Citado 24 noviembre 2012] 3(1):10. Disponible en: www.fudasamin.org.ar/
91. Cancellor B, Leal de la Rosa, J. Relación entre posición supina para dormir de los lactantes y plagiocefalia posicional; consideración de otros factores etiológicos para su prevención y tratamiento. Grupo de trabajo por el estudio y la prevención de la muerte súbita del lactante de la Asociación Española de Pediatría. [Citado 2 junio 2007]. Disponible en <http://www.aeped.es/gepmsl/plagiocefalia.htm>
92. Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes. Normas y procedimientos de neonatología. México; 2009.
93. Pérez VR, Villalobos E, Aguayo K, Guerrero M. Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Rev cubana Pediatr*. 2006, 78 (3).
94. Nanjundaswamy S, Petrova A, Mehta R, Hegyi T. Transcutaneous bilirubinometry in preterm infants receiving phototherapy. *Am J*

- Perinatol[Serie en internet] 2005. [Citado 4 diciembre 2012] 22: 127-131. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
95. Sandurni BM, Rostan SE. Los primeros meses del recién nacido. El desarrollo de los niños, pasó a paso. 3 ed. Editorial UOC. España. 2008: 44-57.
96. Blesedell CE, Cohn ES, Boyeschel AB. Terapia ocupacional. Ocupación y salud en sociedad. Willard y Spackman. 11° ed. Editorial Panamericana. 2011.
97. Kielhofner G. Motivos, patrones y desempeño. Terapia ocupacional. Modelo de la ocupación humana: teoría y aplicación. 3°ed. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina. 2004: 20-27.
98. Jaar HE, Michea AL. Prematurez y enfermedad en el recién nacido; su impacto emocional en el equipo médico. CPM [Serie en internet] 2009 [Citado 2 diciembre 2012] 18. Disponible en: <http://centropsicoanaliticomadrid.com/>
99. Castiblanco LN, Muñoz RL. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Rev. Enferm XXIX [Serie en internet] 2011 [Citado 1 diciembre 2012] 1. Disponible en: www.enfermeria.unal.edu.co/
100. Conde HJ. La asistencia espiritual a los enfermeros terminales y a sus cuidadores. Hacia un planteamiento ponderado. LABOR HOSPITALARIA [Serie en internet] 2007. [Citado 23 junio 2013] 45. Disponible en: <http://www.bizkeliza.org/>
101. Jimenez PF, Loscertales AM, Martinez LA, Merc M, Lanzarote FD, et al. Padres de recién nacidos ingresados en UCIN, impacto emocional y familiar. Vox Paediatrica [Serie en internet] 2003. [Citado 21 junio 2012] 11 (2); 27-33. Disponible en: <http://www.sld.cu/>
102. Daza CR, Torres AM, Prieto R. Nursing care: critical analysis. IndexEnferm [Serie en internet] 2005. [Citado 23 junio 2013] 14 (48-49): 18-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>

103. Oviedo SS, Urdaneta CE, Parra FF, Marquina VM. Duelo materno por muerte perinatal. RevMexPediatr [Serie en internet] 2009. [Citado 25 enero 2013] 76 (5): 215-219. Disponible en: www.medigraphic.com



5. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO EN ENFERMERÍA DEL NEONATO
GENERACIÓN 2013-1

GUIA DE VALORACIÓN

1. DATOS DE IDENTIFICACION DEL NEONATO

Nombre RN: _____ Registro _____
Fecha de Nacimiento RN _____ Días de vida _____
Apgar _____ Capurro _____ peso _____
talla _____ PC _____ PT _____ PA _____ PIE _____ PB _____
Gpo. Y Rh _____ Edad corregida _____
Nº de cama _____ Servicio _____
Diagnóstico de Ingreso: _____
Diagnostico actual _____

2. DATOS MATERNOS

Nombre: _____ Edad: _____ Gpo. _____
Y Rh _____ Escolaridad _____
Ocupación _____ Estado civil _____
Antecedentes Ginecoobstetricos
G _____ P _____ C _____ A _____ Nº de hijos vivos _____ Emb. Múltiples _____
Intervalo Intergenésico: _____ Complicaciones obstétricas _____

Procedimientos Quirúrgicos _____

3. VALORACION DEL RIESGO

| RIESGO MATERNO DURANTE EL NACIMIENTO | | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| FACTORES DE RIESGO | BAJO | MEDIO | ALTO |
| EDAD GESTACIONAL | TERMINO | | PRETERMINO POSTERMINO |
| MOVIMIENTOS FETALES | PRESENTES | DISMINUIDOS | AUSENTES |
| LOCALIZACIÓN DEL FETO | CEFÁLICO LONGITUDINAL | CEFÁLICO OBLICUO | PÉLVICO TRANSVERSAL LONGITUDINAL |
| DURACIÓN DE LA FASE ACTIVA DE TDP | 8-10 HRS | 10-12 HRS | >12 HRS. |
| MEMBRANAS INTEGRAS | SI | | NO |
| ROTURA DE MEMBRANAS | TPFA, -1 HORA | | PREMATURA TDPFA +2HORAS |
| CARACTERÍSTICAS DE LIQUIDO AMNIÓTICO | CLARO | | MECONIO SANGUINOLENTO FÉTIDO |
| MINISTRACIÓN DE ANALGESIA | NO | SI | |
| MINISTRACIÓN DE ANESTESIA | NO | | SI |
| MINISTRACIÓN DE OXITOCINA | NO | SI <5U | SI >5U |
| FCF | 120-160LPM | 110-120LPM 160-180LPM | <110 / >180LPM |
| LUGAR DEL PARTO. | SALA DE EXPULSIÓN | SALA DE LABOR | FORTUITO |
| VIA DE PARTO | VAGINAL EUTÓCICO | CESAREA O FORCEPS PROGRAMADO | CESAREA O FORCEPS URGENTE |
| SANGRADO | 300-500ML | | >500ML |
| ACTITUD DURANTE EL TDP | TRANQUILA COOPERADORA | ANSIOSA ENOJADA | GRITA/HIPERVENTILA |
| CONTROL DEL DOLOR | ADECUADO ESCUCHA Y OBEDECE INDICACIONES | | NO ESCUCHA, GRITA, |

| RIESGO MATERNO. | | | |
|--|-------------|----------------------------|--|
| FACTORES DE RIESGO | BAJO | MEDIO | ALTO. |
| EDAD | 20-30 años. | 31-35 años. | <18 años y <input type="checkbox"/> 35 años. |
| PARIEDAD | 1-2 | 0 | 3 o mas |
| CESAREA PREVIA | No | 1 | 2 o mas |
| ANTECEDENTE DE PREECLAPSIA | no | | si |
| ABORTOS RECURRENTE O INFERTILIDAD. | no | | si |
| HEMORRAGIA POSPARTO O REMOCION MANUAL DE PLACENTA. | no | | si |
| PESO DEL RN | 2500-3500gr | 2000-2500gr 3500-4000gr | <2,000gr o <input type="checkbox"/> 4,000gr. |
| MORTALIDAD FETAL O NEONATAL TEMPRANA. | no | | si |
| CIRUGIAS GINECOLOGICAS. | no | | si |

IMC MUJERES EMBARAZADAS MEXICANAS (OMS)

| RIESGO EN EL EMBARAZO. | | | |
|------------------------------------|-----------|---------------------|--------|
| FACTORES DE RIESGO | BAJO. | MEDIO. | ALTO. |
| ENFERMEDADES INFECCIOSAS. | NO | SI. CON TRATAMIENTO | SI |
| ENFERMEDADES PROPIAS DEL EMBARAZO. | | | |
| HEMORRAGIAS. | NO | SI. CON TRATAMIENTO | SI |
| ANEMIA | NO | | SI |
| EMBARAZO PROLONGADO. | NO | | SI |
| EMBARAZO MULTIPLE. | NO | | SI |
| POLIHIDRAMNIOS OLIGOHIDRAMNIOS | NO | | SI |
| ISOINMUNIZACION. | NO | | SI |
| ADICCIONES. | NO | | SI |
| SOBREPESO/IMC | <19.8 | 19.8 Y 26 | >26 |
| TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS. | NO | | SI |
| APOYO FAMILIAR | SI | | NO |
| IMC | CRITERIOS | GANANCIA | RIESGO |
| <19.8 | BAJO PESO | 12.5 Y 18 KGS. | ALTO |
| 19.8 Y 26 | NORMAL | 11.5 Y 16 KGS. | BAJO |
| 26 Y 29 | SOBREPESO | 7 Y 11.5 KGS. | MEDIO |
| <input type="checkbox"/> 29 | OBESIDAD | 6 KGS. | ALTO |

RIESGO: _____

| RIESGO NEONATAL | | | |
|---------------------------------|-------------------------|-------------------------------|--|
| FACTOR DE RIESGO | BAJO | MEDIO | ALTO |
| COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO | NO | | SI |
| LUGAR DEL PARTO | UTQ- SALA DE EXPULSIÓN. | DENTRO DEL HOSPITAL | FUERA DEL HOSPITAL |
| RPM | NO | SI, < 12 HRS, CON TRATAMIENTO | SI, > 12 HRS |
| USO DE ANESTESIA | SIN ANESTESIA Y BPD | ANALGESIA | GENERAL |
| TIPO DE PARTO | CEFÁLICO-VAGINAL. | FÓRCEPS O CESÁREA PROGRAMADA | PÉLVICO, FÓRCEPS O CESÁREA DE URGENCIA |
| ASPIRACIÓN DE MECONIO | NO | | SI |
| MANIOBRAS DE REANIMACIÓN | BÁSICAS | MODERADAS | RCP |
| APGAR | 7-10 | 4-6 | 1-3 |
| SILVERMAN | 0 | 1-5 | 6 O MÁS |
| CAPURRO | 37-41 | 33-36 | MENOS DE 32 Y MAYOR DE 42 |
| PESO | 2500-3499 | 2000-2499 3500-3999 | MENOS DE 2000 MÁS DE 4000 |
| MALFORMACIONES | NO | MENOR O SOSPECHA | MAYOR |
| REFLEJOS | PRESENTES | DÉBILES | AUSENTES |

RIESGO: _____

4. EXPLORACION FISICA

| | |
|---------------|--|
| CABEZA: | |
| CARA: | |
| CUELLO: | |
| TORAX: | |
| ABDOMEN: | |
| GENITALES: | |
| EXTREMIDADES: | |
| ESPALDA: | |

5. VALORACIÓN POR NECESIDADES

- OXIGENACION

FR _____ FC _____ T/A _____ SATURACION _____
COLORACION _____ SILVERMAN _____ OXIGENOTERAPIA _____
FASE _____ LITROS/MIN _____ FIO₂ _____
PARAMETROS _____
OBSERVACIONES: _____

- NUTRICIÓN

ALIMENTACION AL SENO _____ FRECUENCIA _____
TIPO DE FORMULA _____ CANTIDAD/FRECUENCIA _____
OTRO TIPO DE ALIMENTO _____
REFLEJO DE SUCCION _____ REFLEJO DE DEGLUCION _____
QUEDA SATISFECHO EL RN SI _____ NO _____
OBSERVACIONES: _____

- ELIMINACIÓN

HECES _____ CARACTERISTICAS _____ FRECUENCIA _____ ORINA _____
_____ FRECUENCIA _____ CARACTERISTICAS _____ DIAFORESIS _____
_____ VOMITO _____
DATOS DE DISTENSION ABDOMINAL SI _____ NO _____ REFLUJO _____
MASAJE ABDOMINAL _____ ESTIMULACIÓN RECTAL _____
OBSERVACIONES: _____

- TERMORREGULACIÓN

T°CORPORAL _____ CONOCIMIENTOS DE LA TOMA DE T° _____
TIPO DE UNIDAD DEL RN _____
OBSERVACIONES: _____

- MOVIMIENTO Y POSTURA

REFLEJO DEL MORO _____ REFLEJO BABINSKY _____
REFLEJO DE MARCHA _____ REFLEJO DE PRENSION _____
POSTURA _____
OBSERVACION. _____

- HIGIENE DE PIEL Y TEGUMENTOS

CARACTERISTICAS DE LA PIEL _____
FRECUENCIA DEL BAÑO _____ TIPO DE JABÓN _____
LUBRICACION DE LA PIEL _____
CUIDADOS DEL MUÑON UMBILICAL _____
FRECUENCIA DE CAMBIO DE PAÑAL _____
OBSERVACIONES: _____

- DESCANSO Y SUEÑO:

CUANTAS HORAS DUERME SU BEBÉ _____
SU SUEÑO ES DIURNO O NOCTURNO _____
SU SUEÑO ES PROFUNDO O LIGERO _____
UTILIZA UNA TÉCNICA PARA DORMIR _____
OBSERVACIONES: _____

- VESTIDO Y DESVESTIDO:

CARACTERISTICAS DE LA ROPA _____
FRECUENCIA EN EL CAMBIO _____
VESTIMENTA DE ACUERDO AL CLIMA _____
OBSERVACIONES: _____

- COMUNICACIÓN

LE HABLA AL BEBE DURANTE LA INTERACCION CON EL _____
IDENTIFICA LAS NECESIDADES DE SU BEBE A TRAVES DEL LLANTO _____

OBSERVACIONES: _____

- RECREACION

CUENTA CON ALGUN DISPOSITIVO DE DISTRACCION _____

OBSERVACIONES: _____

- CREENCIAS Y VALORES

TIPO DE RELIGION _____

IDENTIFICACION DE COSTUMBRES _____

OBSERVACIONES: _____

- APRENDIZAJE:

¿QUIEN ES EL CUIDADOR PRINCIPAL? MADRE _____ PADRE _____
OTROS _____ EDAD _____ OCUPACIÓN _____

TRABAJO _____ HORAS _____

NO. DE HIJOS _____ TIEMPO QUE DEDICA A SUS HIJOS _____

DURANTE LA VISITA A LA UNIDAD:

¿LLAMAN POR SU NOMBRE AL NEONATO? _____

PADRES _____ PERSONAL _____

¿LOS PADRES SE COMUNICAN CON EL NEONATO? _____

¿LOS PADRES TIENEN CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO? _____

COMO _____

¿EL NEONATO SE TRANQUILIZA CUANDO LE HABLAN, MECEN? _____

¿EL NEONATO EMITE SONIDOS CUANDO ESTA ALERTA Y EN CONTACTO CON SUS PADRES? _____

¿ESTIMULACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL? _____

CARACTERÍSTICAS DEL AMBIENTE:

RUIDO _____ ILUMINACIÓN _____

HORA DE PENUMBRA _____

ADAPTACIÓN A ESTÍMULOS

RUIDO _____ LUZ _____ AUTO - CONSUELO _____

OBSERVACIONES: _____

- REALIZACION

¿EL EMBARAZO FUE PLANEADO – DESEADO? _____

¿QUÉ ESPERA DEL BEBE? _____

¿COMO SE SIENTE ANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL NEONATO? _____

¿LOS PADRES ESTIMULAN AL NEONATO? _____

ADAPTACIÓN A ESTÍMULOS SI _____ NO _____

IDENTIFICACIÓN DEL APEGO: SEGURO _____ EVASIVO _____

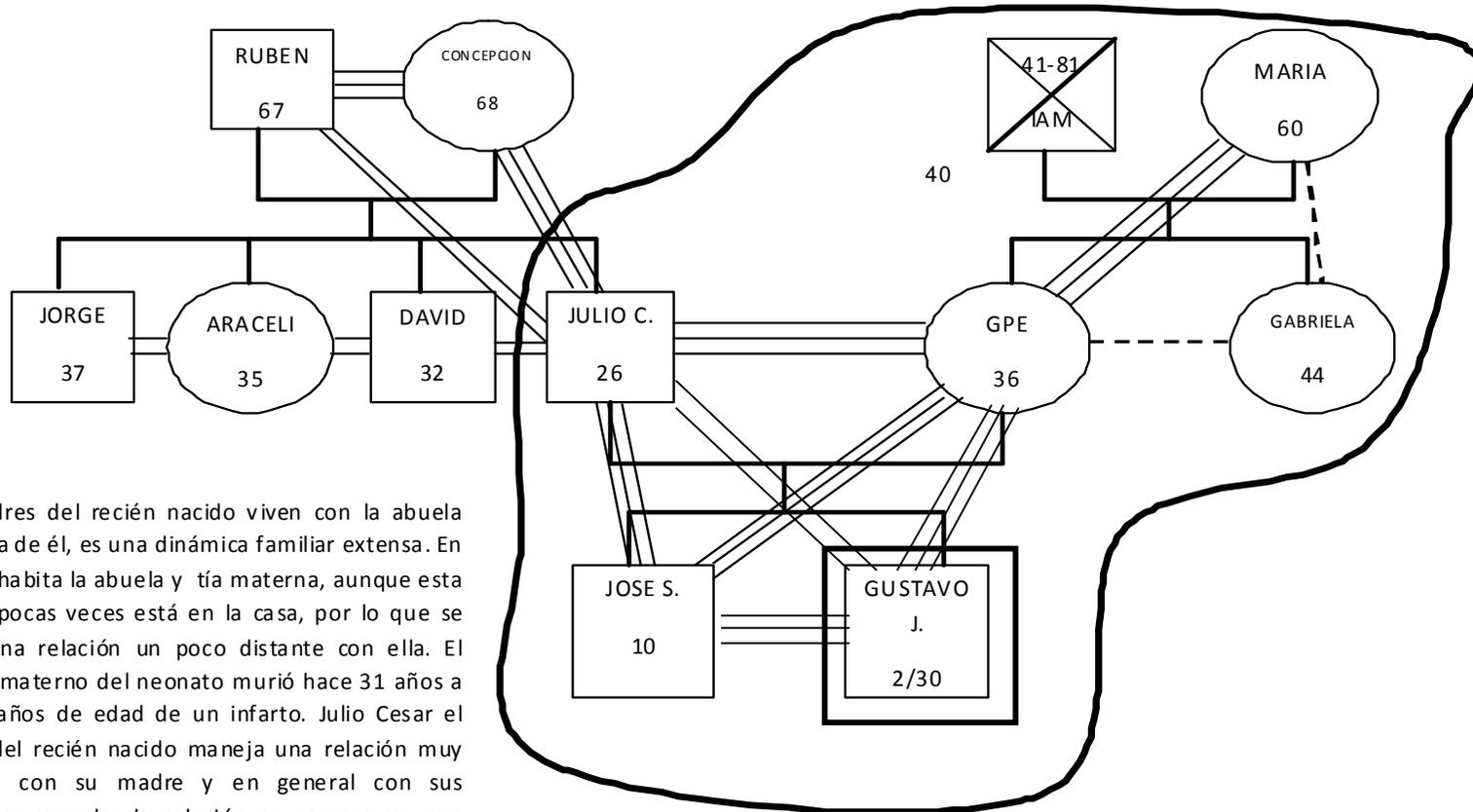
ANSIOSO _____

OBSERVACIONES: _____

- SEGURIDAD Y PROTECCION

TIPO DE VIVIENDA _____
TIPO DE DINÁMICA FAMILIAR _____
CON CUANTAS PERSONAS VIVE _____
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE LA MADRE COMPLETO _____
ESQUEMA DE VACUNACIÓN DEL BEBÉ COMPLETO _____
APLICACIÓN DE VIT. K _____ CLORANFENICOL _____
DONDE DUERME EL BEBÉ _____ CON QUIEN _____ TIENE
UN ESPACIO ADECUADO PARA SU ESTANCIA _____ VIVE CERCA DE
FÁBRICAS _____ UTILIZA ALGÚN DISPOSITIVO DE SEGURIDAD PARA
TRANSPORTARLO _____
ALIMENTA AL BEBE CON SM O LM? _____
COMO PREPARA LA FORMULA? _____
CUAL ES SU TECNICA DE ALIMENTACION PARA EL
BEBE? _____
¿CÓMO PREVIENE QUEMADURAS EN LA PREPARACION DE FORMULA Y DURANTE
LA ALIMENTACIÓN? _____
OBSERVACIONES: _____

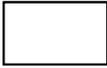
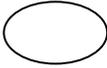
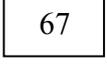
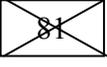
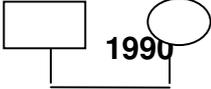
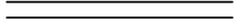
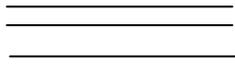
ANEXO 2: FAMILIOGRAMA



Los padres del recién nacido viven con la abuela materna de él, es una dinámica familiar extensa. En la casa habita la abuela y tía materna, aunque esta última pocas veces está en la casa, por lo que se tiene una relación un poco distante con ella. El abuelo materno del neonato murió hace 31 años a los 40 años de edad de un infarto. Julio Cesar el padre del recién nacido maneja una relación muy cercana con su madre y en general con sus hermanos y padre la relación es cercana ya que todos se apoyan y se estiman. La madre y el padre del neonato manejan una relación muy cercana y refieren quererse mucho.

Elaborado por: Mixcoatl Domínguez Erendira Guadalupe. Alumna del Posgrado de Enfermería del Neonato.

SIMBOLOGIA DEL FAMILIOGRAMA

| | |
|---|--|
|  | Hombre |
|  | Mujer |
|   | Muerte |
|  | Paciente índice |
|  | Aborto espontáneo |
|  | Aborto inducido |
|  | Años de nacimiento |
|  | Edad al fallecer |
|  | Año de nacimiento y muerte |
|  | Matrimonio y año |
|  | Relación conflictiva |
|  | Relación distante |
|  | Relación cercana |
|  | Relación extremadamente cercana |

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL
NEONATO
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



Declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ que se encuentra hospitalizado en el servicio de: _____ participe en el estudio de caso titulado: _____

Así mismo declaro que el objetivo del estudio es únicamente con fines de aprendizaje y que consiste en:

También expreso que me fueron explicados ampliamente los procedimientos de enfermería que se realizarán, así como los beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento y que los procedimientos que se realicen en él (ella) serán siempre protegiendo su integridad. Estos procedimientos son: _____

Es de mi conocimiento que tengo la libertad de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

TESTIGOS

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____

Nombre: _____
Firma: _____
Domicilio: _____