



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO III

SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

ESTUDIO DE CASO:

***RECIÉN NACIDO CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
ALIMENTACION POR ATRESIA DE ESOFAGO GRADO III***

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA

LIC. ENF. WENDY GABRIELA MONTERO HERNÁNDEZ

ASESOR: MTRA. GUADALUPE ROMERO

CIUDAD DE MÉXICO

MAYO, 2017





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVOS	5
GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES	6
3. MARCO CONCEPTUAL	15
3.1 PROPUESTA FILOSÓFICA DE VIRGINIA HENDERSON	15
3.2 PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	21
3.3 RELACIÓN ENTRE MODELO Y EL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA	27
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	28
3.5 FACTOR DE DEPENDENCIA	32
4. METODOLOGÍA	44
4.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO	44
4.2 SELECCIÓN DEL CASO FUENTES DE INFORMACIÓN	45
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
6. PRESENTACIÓN DEL CASO	47
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	47
6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA	47
7. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA	48
7.1 VALORACIÓN	53
7.1.1. VALORACIÓN FOCALIZADA	53
7.1.2. JERARQUIZACIÓN DEL PROBLEMA	57
7.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	59
7.3 PLAN DE CUIDADOS	62
8. CONCLUSIONES	93

9. SUGERENCIAS	94
10. GLOSARIO	95
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	100
12. ANEXOS	104

1. INTRODUCCIÓN

El rol de la enfermera durante la práctica tiene que ver con la capacidad de esta en lograr satisfacer las necesidades o solucionar problemas reales o potenciales que se puedan o no presentar en el neonato, requiriendo de una actitud de pensamiento crítico, habilidades cognitivas, que constituyen la base de atención holística, creativa y eficaz hacia la atención del neonato en situación crítica con “Alteración en la necesidad de alimentación por atresia esofágica grado III”.

Esto influye en la recuperación del mismo, precisando así acciones o cuidados especializados, y ampliando el conocimiento dentro del equipo de salud sobre el manejo de estos pacientes, tanto en el campo científico como técnico, que se convierte en un pilar fundamental en el tratamiento, con una marcada influencia para su supervivencia y así un fomento del estado de salud del neonato.

El presente estudio de caso sustentado en el método o Proceso de Enfermería, el cual tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera, permite también actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad, necesarias en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, siendo éste dinámico y de continua evolución, definido como un método racional, cíclico, interactivo y deliberado orientado a objetivos para plantear y proporcionar la atención de Enfermería. Ésta se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud, reales o potenciales y utiliza una serie de medidas o etapas encaminadas a lograr resultados específicos. Comienza cuando se establecen datos sobre el paciente o se valora, se identifican sus necesidades o surgen diagnósticos, se formulan objetivos o se planifica, se ponen en marcha los cuidados o ejecuta el plan dirigidos a esos objetivos y finalizando con la medición del avance del paciente hacia los resultados esperados, siendo ésta la etapa de evaluación.

La propuesta filosófica a la que se hace referencia en el presente estudio fue de Virginia Henderson, ya que ella considera 14 necesidades básicas similares a las de Abraham Maslow a las que se ve atada el individuo, considerándolas básicas de

forma conjunta que proporcionan un enfoque holístico de la Enfermería. Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Este modelo identifica tres funciones esenciales de la enfermera: Sustituta, la cual compensa lo que le falta al paciente, de ayudante, quien establece las intervenciones clínicas y de compañera, la cual fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

Este trabajo, contiene el seguimiento que se brindó aun Neonato con “Alteración en la necesidad de alimentación por atresia esofágica grado III” desde su estancia en los primeros días de vida del postoperatorio, identificándose su tratamiento, necesidades, diagnósticos e intervenciones de enfermería.

Por lo que se presenta un plan de atención basado en la mejor evidencia en torno al cuidado de un neonato con alteración en la necesidad de alimentación. Tras la aplicación de este plan se logró llevar la necesidad de alimentación a un nivel 2 de independencia por medio de una serie de cuidados planeados. Así mismo se observa una evolución favorable en las diferentes necesidades alteradas y no alteradas del neonato.

Cabe destacar que éste estudio de caso pudo haber continuado hasta el egreso del paciente, sin embargo, por cuestiones académicas y con la finalidad de mostrar la evolución favorable que tuvo el paciente solo se presenta un plan de intervenciones durante las fases más críticas del neonato, el cual parece ya es basto.

1. OBJETIVOS

GENERAL

Elaborar un estudio de caso a un Recién Nacido con alteración en la necesidad de alimentación con el enfoque del modelo de Virginia Henderson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Desarrollar la jerarquización de problemas y necesidades según Virginia Henderson.
- ✓ Formular diagnósticos de enfermería por prioridades.
- ✓ Implementar un plan de intervenciones especializadas basadas en la mejor evidencia.
- ✓ Establecer acciones de enfermería fundamentadas en razonamiento científico.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Para la fundamentación teórica de este trabajo, se realizó una consulta de diferentes artículos relacionados con la propuesta filosófica de Virginia Henderson, el Proceso de Atención Enfermería, Atresia Esofágica y Síndrome de Dificultad Respiratoria con la finalidad de elaborar un estudio de caso a un neonato con alteraciones de estas patologías al nacimiento. Los documentos consultados son artículos publicados en revistas científicas, médicas y de enfermería con una fecha de no más de cinco años de publicación.

En esta búsqueda intencionada, se encontraron distintos artículos, de los cuales 5 han estudiado ampliamente el factor de dependencia del cual trata este estudio de caso, sobre Virginia Henderson 6 y el Proceso Enfermero 12. Sobre sale que todos son estudios descriptivos.

Así se encuentra que Vara M. y colaboradores¹, realizan un estudio sobre la atresia de esófago en el que se incluyeron 34 recién nacidos, 15 de los cuales nacieron con atresia de esófago de los cuales un 61,8% eran varones y un 38,2% mujeres, la media de la edad gestacional fue de $37,12 \pm 2,6$ semanas, y la media de peso de $2.516,56 \pm 599$ g; la edad materna media se situó en $32,76 \pm 5,78$ años; el 11,8% presentó diabetes gestacional y un 38,2% abortos previos. En las ecografías prenatales, el 47,1% presentó polihidramnios. La distribución por tipo de atresia de Esófago fue la siguiente: I (14,7%), III (82,4%) y IV (2,9%). El síntoma guía principal fue la hipersalivación (38,2%). Un 30% presentó complicaciones postoperatorias; el esofagograma postintervención fue normal en un 80% de los casos. Un 38,2% de los pacientes asociaron otras malformaciones; el número medio de días que los pacientes permanecieron sometidos a ventilación asistida fue de $7,66 \pm 6,34$, y el promedio de días que recibieron nutrición parenteral de $11,27 \pm 7$. La tasa de fallecimientos fue del 11,8%. Como conclusión demostraron que existe mayor incidencia que la documentada en la bibliografía, aunque una concordancia en la distribución según el tipo de atresia, el sexo y las malformaciones asociadas. También fueron mayores las tasas de diabetes gestacional y abortos previos en

nuestra serie. La mortalidad dependió del peso del recién nacido y las malformaciones cardíacas asociadas; o bien es multicausal.

Por su parte Guerrero R. y colaboradores². presentan un artículo relacionado con la atresia de esófago distal y el síndrome de Goldenhar, en un recién nacido con 24 horas de vida en el cual se decidió intervenir quirúrgicamente para la reparación de la misma, se realizó bajo sedación intubación con fibronoscopio distal a la fistula, para limpiar el paso del aire a esófago y la posible distensión abdominal. Tras la completa reparación de la atresia esofágica y la ligadura de la fistula, el paciente fue trasladado a la UCIN con sedo analgesia e intubado. El hallazgo con un paciente con síndrome de Goldenhar y atresia de esófago supone una situación excepcional y un reto para los anestesiólogos, por lo que el manejo anestésico depende de la comorbilidad del paciente, del tipo de fistula traqueoesofágica, de la práctica hospitalaria habitual y de las habilidades del anestesiólogo responsable, siendo la principal particularidad el mantenimiento de una adecuada ventilación pulmonar en presencia de una comunicación entre la vía aérea y el esófago. La intubación con fibronoscopio distal a la fistula solventa el manejo de la vía aérea probablemente difícil y limita el paso de aire al esófago a través de la fistula.

En cuanto al tema de sobrevida en los neonatos con atresia de esófago, López L.M. y colaboradores³, encontraron que estos pacientes después del año de vida vuelven a ser intervenidos, presentan problemas respiratorios, gastrointestinales y osteomusculares. Este estudio de caso y control encontró diferencias significativas entre la edad gestacional y el peso al nacer siendo menores para los casos.

La conclusión a la que llegaron es que la mitad de los pacientes con atresia de esófago nacidos en la ciudad de Bogotá entre 2009 y 2013 fallecieron. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles en cuanto al peso al nacer y la edad gestacional, siendo menores para los pacientes con atresia esofágica, lo cual podría influir en los resultados del tratamiento y la mortalidad.

En cuanto al cuidado de enfermería que deben recibir estos pacientes, Erazo A. y colaboradores⁴, mencionan que es necesario unificar criterios para los recién nacidos en post operatorio de cirugía gastrointestinal, ya que demostraron en su estudio que las enfermeras no contaban con conocimientos previos y en la búsqueda literaria no se encuentran cuidados específicos para este tipo de pacientes. Siendo que los cuidados posoperatorios son esenciales para el éxito de la cirugía. Dentro de estos cuidados destaca el mantener las condiciones hemodinámicas favorables que disminuyan las comorbilidades. Desafortunadamente el personal de enfermería no se encuentra totalmente capacitado y ofrece el cuidado de acuerdo al criterio de cada enfermera, porque hasta el momento no se han estandarizado los cuidados de enfermería.

Por este motivo se identifica la necesidad de crear una propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar los recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en post operatorio de cirugía de corrección de patologías gastrointestinales. En la revisión bibliográfica se encuentra cuidado de enfermería para recién nacidos en diversas patologías; además de encontrar un sinnúmero de teorías de enfermería, sin embargo, no se encuentra literatura correspondiente a cuidado de enfermería con enfoque en teorías de enfermería para fortalecer el cuidado para el recién nacido en situación de post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales.

Por otra parte, Delgado R. M. y colaboradores⁵, comentan que para conocer las necesidades del paciente y sus posibles alteraciones es importante valorar cada una de las 14 necesidades humanas básicas, cuyo registro debe realizarse en la hoja de enfermería, considerando si el paciente es independiente, parcialmente dependiente o totalmente dependiente con respecto a las necesidades. Durante la observación se aprecia que el diagnóstico de enfermería no se encuentra establecido en la hoja de cuidados, por lo tanto, las enfermeras no realizan diagnósticos basados en la valoración del paciente. Con dicho análisis se puede concluir que, para otorgar cuidados avanzados es indispensable que las y los enfermeras/os utilicen un modelo teórico de enfermería en la atención de sus

pacientes, con el fin de satisfacer sus necesidades de manera única e individualizada.

El Modelo de Henderson es bastante aplicable a la práctica clínica. Se puede afirmar que, el uso de una hoja de registro de enfermería basada en este Modelo que incorpore todas las etapas del proceso de enfermería, es de gran utilidad; si previamente hay un proceso de sensibilización y capacitación, que oriente a las enfermeras a utilizar el modelo en el cuidado de sus pacientes integrando a la familia en sus cuidados; permitirá a los profesionales, implementar cuidados avanzados en enfermería en el servicio de pediatría.

En cuanto a estudios de caso publicados en neonatos Martínez C. y colaboradores⁶, comentan que en el cuidado proporcionado al neonato siempre debe considerar el contexto, analizarlo e intentar comprender las variables que intervienen en mayor medida en él o los problemas identificados, así como en las respuestas a estos.

Lo anterior se menciona tras realizar un estudio de caso con el objetivo de conjuntar teoría y práctica profesional para lograr en lo posible la independencia de un neonato con diagnóstico de recién nacido pretérmino, SDR, hijo de madre soltera y producto de embarazo no planeado. El estudio se realizó a través de la metodología del proceso de atención de enfermería (PAE) bajo el enfoque teórico del modelo enfermero de Virginia Henderson.

En este artículo se comprueba que el modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el PAE, por lo que es comúnmente aplicado en la práctica; donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada. Llevando con éxito este caso ya que el neonato pudo egresar con su familia, en este caso particular se cumplió el objetivo, lograr la independencia del binomio madre-neonato.

Pino A. P.⁷ menciona que los modelos teóricos son una herramienta útil para el razonamiento, el pensamiento crítico y la toma de decisiones. A través de esta publicación se comprueba una vez más que el modelo de Henderson es considerado una filosofía de enfermería. Refiriendo que todas las personas tienen capacidades y recursos para lograr la independencia y la satisfacción de las 14 necesidades básicas, a fin de mantener su salud. Sin embargo, cuando dichas capacidades y recursos disminuyen parcial o totalmente, aparece una dependencia que se relaciona con tres causas de dificultad: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad, las cuales deben ser valoradas para la planificación de intervenciones durante la hospitalización. Henderson menciona que los cuidados de enfermería deben centrarse en las necesidades de las personas sanas o enfermas, en la familia o en la comunidad, utilizando un método sistemático de trabajo como el proceso de enfermería. Para ella las 14 necesidades básicas orientarán las 5 fases del proceso de Enfermería.

Sobre las teorías y modelos de enfermería Jiménez A. B. y colaboradores⁸, comentan que los esfuerzos para conceptualizar el cuidado de enfermería, aún se ejerce con relativo consenso disciplinar, esto se hace más evidente durante la formación universitaria de enfermería sustentada en una diversidad curricular de planes y programas de estudio; no obstante, coexisten factores de índole biológico y social que mantienen desarticulado y consecuentemente poco sustentado el modelo pedagógico con el contexto social y el mercado de trabajo. Lo anterior explica él por qué y el cómo los alumnos aprenden técnicas y procesos instrumentales y poco referenciados a una visión comprensiva del quehacer profesional, aunado al débil referente empírico en donde la preeminencia positivista del modelo de atención, no da cabida a otras formas de explicar los hechos o fenómenos en el contexto de la atención de salud a las personas, esencia del ejercicio profesional de otras disciplinas. Dicha diversidad de abordajes teóricos en enfermería, así como su dirección y diseño, plantean la necesidad de construir una metateoría, como la base del conocimiento enfermero de una práctica que incida en la preservación, curación, rehabilitación o paliación del bienestar de los individuos, las familias y las comunidades, de tal forma que los

resultados obtenidos permitan evaluar el impacto de los cuidados de enfermería y trascender hacia un abordaje objetivo de los planteamientos y elementos que determinen un modelo propio de práctica.

En este mismo contexto Barroso R. y colaboradores⁹, realizan un estudio de análisis descriptivo con carácter retrospectivo para exponer las clasificaciones en tendencias y modelos a partir del pensamiento filosófico de las enfermeras que nos antecedieron, e interpretar algunos modelos y teorías de enfermería y su influencia en la evolución de la atención al hombre. Se observó que las clasificaciones en tendencias y modelos mostraron la preocupación por buscar un marco teórico conceptual propio de la enfermería como profesión, disminuyendo su dependencia histórica de las otras ciencias de la salud. Se hizo hincapié en el enfoque holístico del hombre como objeto de la atención de enfermería. Actualmente, se refleja en el mundo un interés creciente en el desarrollo del conocimiento de la enfermería aplicado al ejercicio profesional y la educación, así como en descubrir las nuevas tendencias y la importancia de la aplicación adecuada de los modelos y teorías; es por ello que consideramos importante la revisión de algunas de las ya existentes y su aporte a las esferas biológica, psicológica y social del hombre, tributario de los cuidados de enfermería. El aporte teórico de Virginia Henderson entre los que se cuenta la definición de la enfermería y el enunciado de catorce necesidades básicas, ofrece la posibilidad de explicar toda la conducta de la enfermería presente y futura. La salud de un individuo debe considerarse en términos de su funcionamiento total.

En torno al Proceso de Atención de Enfermería, Huitzu J.X. y coautores¹⁰, mencionan en el estudio descriptivo que elaboraron con el propósito de identificar los factores relacionados con el PAE, mediante el análisis de diferentes variables de tipo cuantitativo y cualitativo relacionadas con el estudio. La población de referencia estuvo constituida por 43 profesionales de enfermería que laboran en una institución de salud. Obteniendo como resultado el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería con un 51%, cuyas edades eran de 20 a 30 años, seguido de un 37% entre los 31 y 40 años, entre 41 y 50 se encuentra el 7% y mayores de 51 el 5%. Predomina el sexo femenino.

El análisis de los resultados obtenidos por este estudio indica que la población entrevistada manifiesta que el PAE promueve el cuidado integral de los usuarios, también se menciona la opinión que el mayor número de pacientes que deben atender les impide aplicar el método científico por el tiempo que se tiene que dedicar.

En este mismo sentido Duque P.A.¹¹, describe los factores que favorecen o dificultan la aplicación del PAE por parte de los profesionales de Enfermería en una institución de salud durante el año 2012. La población estuvo constituida por 43 profesionales de enfermería que laboran en el área asistencial de la institución. Se menciona que en el año de 1997 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declara como: Un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades, o ambos. Involucra la identificación de las necesidades de salud del usuario/familia o comunidad; en él se definen los objetivos, se fijan las prioridades e identifican los cuidados que hay que proporcionar, y los recursos con los que se cuenta. Estas acciones implican procesos intelectuales, para tomar decisiones de tal forma que se puedan brindar cuidados oportunos con calidad y calidez.

Díaz A, Moran R. y colaboradores¹². Se remonta a la aplicación, a partir de 1995, del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método sistemático de intervención para la implementación de cuidados profesionales provocó, impacto a nivel nacional e internacional. Su objetivo es evaluar conocimientos del PAE en un grupo de alumnos que están concluyendo su formación académica. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, aplicando encuesta anónima auto administrada a estudiantes de 5º año facultad de enfermería en abril 2013. La encuesta fue aplicada a 33 estudiantes de 38 que constituían la matrícula física y que fueron encuestados al mismo tiempo en las diferentes rotaciones, previo consentimiento informado.

Se analizaron variables cognoscitivas (valoración, intervención, evaluación) y se identificaron problemas por etapas, se calificó de aprobados y desaprobados. La etapa de intervención aportó mayor número de desaprobados, existen errores en las tres etapas estudiadas.

Las observaciones obtenidas en el presente estudio confirman otras evidencias relacionadas con la dificultad del conocimiento en el Proceso de Atención de Enfermería, sobre todo en la etapa de intervención.

Martínez M, Pérez M.¹³. Resumen en este proceso de Atención de enfermería (PAE) que se presenta tiene como objetivo identificar las necesidades alteradas, corregir, mantener y rehabilitar al paciente por medio de la aplicación de conocimientos y procedimientos, con la finalidad de que este recobre en el menor tiempo posible su salud, en este caso una lactante con neumonía. Hoy en día, la neumonía es la causa principal de muerte de niños menores de 5 años en todo el mundo, su principal afectación son los alvéolos pulmonares, lo que compromete el patrón respiratorio. esta enfermedad si no es tratada oportunamente puede tener complicaciones como: fallo respiratorio agudo, absceso pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva. Es entonces cuando el personal de Enfermería juega un papel importante en la ejecución de intervenciones, que ayuden a mantener la permeabilidad y la estabilidad de la vía aérea. Se identificaron las necesidades prioritarias con base en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon; se diseñó un plan de cuidados individualizado encaminado al mantenimiento del patrón respiratorio, para éste se utilizaron las taxonomías: NANDA, NIC y NOC. Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró disminución de la dificultad respiratoria, mejoría en la permeabilidad de la vía aérea, mantenimiento de la frecuencia cardiaca y prolongación de periodos de sueño; sin embargo, debido a que la paciente presentaba una desnutrición severa con evolución de 6 meses, no pudo modificarse este patrón y aunado a la gravedad del padecimiento falleció.

Carrillo ME, Sierra PM.¹⁴. Menciona que, en la actualidad, el cuidado de enfermería en su práctica diaria se basa en una metodología que le permite desarrollar intervenciones eficientes y de calidad, las cuales se fortalecen con la evidencia

generada a través de la realización de estudios de caso. El estudio de caso es un método de investigación cualitativa que involucra el proceso de atención enfermería y las teorías de enfermería. Este artículo expone un estudio de un caso bajo el modelo de Virginia Henderson a un escolar con Tetralogía de Fallot con el objetivo de individualizar los cuidados para lograr la independencia de la persona. Se realizó durante la etapa pre trans y postquirúrgica de la persona. Los resultados se enfocaron hacia la recuperación del niño mejorando su calidad de vida y la de su cuidador primario.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Propuesta filosófica de Virginia Henderson

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería. Disponer y aplicar un modelo de cuidados aporta importantes beneficios a las enfermeras, ya que muestra de forma más clara la filosofía e ideología; ayuda a desarrollar y mantener la identidad de la profesión; contribuye en el debate teoría/práctica, propiciando un mayor acercamiento entre ambas partes a través de la investigación y se fomenta el debate teórico.

Virginia Henderson ofrecía una definición de la enfermería, donde otorga a la enfermera un rol complementario/suplementario en la satisfacción de las 14 necesidades básicas de la persona. El desarrollo de este rol, a través de los cuidados básicos de enfermería, legitima y clarifica la función de la enfermera como profesional independiente en sus actividades asistenciales, docentes, investigadoras y gestoras, al tiempo que ayuda a delimitar su área de colaboración con los restantes miembros del equipo de cuidados¹⁵.

La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios.

Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible. Resulta de interés su particular visión sobre la función autónoma de la enfermera, esa parte independiente de su trabajo que ella inicia y controla. También el planteamiento de la colaboración con otros profesionales del equipo de salud, en la aplicación y seguimiento del programa terapéutico, ya sea para la mejora de la salud, la recuperación de la enfermedad o el apoyo a la muerte. Así mismo considera a la persona como centro del sistema, otorgándole un papel activo en su proceso de salud.

Los miembros del equipo deben considerar a la persona la figura central y comprender que ante todo están “atendiéndole” ¹⁶.

Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. 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. Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

*Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

*Independencia: Analizar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades por medio de acciones apropiadas.

*Independencia en el niño: Alcanzar un nivel aceptable de satisfacción de sus necesidades, por medio de acciones apropiadas que otros hacen por él de forma normal, de acuerdo con la fase de crecimiento y desarrollo en que se encuentra.

*Dependencia: Deficiencia en su capacidad de manifestar las necesidades.

*Dependencia en el niño: Deficiencia del niño en su capacidad de manifestar las necesidades que deben ser habitualmente satisfechas por otra persona por razón de su edad y etapa de crecimiento; o incapacidad de realizar por sí mismo acciones capaces de satisfacer sus necesidades, cuando llega a la edad normal de hacerlo.

*Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Cabe señalar que el cambio del estado de dependencia a independencia y viceversa no es súbito. Para que esto ocurra, la persona pasará por grados o niveles diversos.

Estos niveles son propuestos por Margot Phaneuf, quien sugiere el Gráfico *Continuum Independencia-Dependencia*. Dicha gráfica ubica los niveles 1 y 2 en independencia debido a que la persona requiere de un mínimo de ayuda para satisfacer sus necesidades, mientras que los niveles 3 al 6 demandan atención que va en ascenso, puesto que se va perdiendo la capacidad para realizar por sí mismo la satisfacción de sus necesidades. (figura 1).¹⁷

Figura1.

I N D E P E N D E N C I A	1 El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica.	2 Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén.	3 Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe de hacer, y controlar si lo hace bien, debe ser asistido aunque sea ligeramente.	4 Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis.	5 Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo.	6 Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.	D E P E N D E N C I A
---	--	---	---	---	---	--	---

Fuente Phaneuf M. Cuidados de enfermería, el proceso de atención de enfermería. Madrid: Mcgraw-Hill Interamericana; 1993.

***Manifestación:** Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

***Fuente de dificultad:** Son 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 entienda 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.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

- 1.- N. de respirar.
- 2.- N. de beber y comer.
- 3.- N. de eliminar.
- 4.- N. de moverse y mantener una buena postura.
- 5.- N. de dormir y descansar.
- 6.- N. de vestirse y desvestirse.
- 7.- N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8.- N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
- 9.- N. de evitar los peligros.
- 10.- N. de comunicarse.
- 11.- N. según sus creencias y sus valores.
- 12.- N. de ocuparse para realizarse.
- 13.- N. de recrearse.
- 14.- N. de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es la dependencia del sujeto.

A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. La acción de la enfermera consiste en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: Son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Meta paradigma

El meta paradigma comprende los cuatro elementos siguientes.

a) *Salud:* Estado de bienestar físico, mental y social. Es una cualidad de la vida, básica para el funcionamiento del ser humano. Alcanzarla requiere de independencia e interdependencia y de ser promovida más que el ser atendida

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

b) *El Entorno:* Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo (Definición del Websters New Collegiate Dictionary 1961).

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

c) *Persona:* Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. Mismas que la persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. En donde la mente y el cuerpo de la persona son inseparables.

Sin dejar pasar que el paciente requiere ayuda para ser independiente y junto a su familia conforman una unidad.

d) *Enfermería*: Henderson define la enfermería en términos funcionales. Como aquella cuya función propia es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario ¹⁸.

3.2 Proceso de Atención de Enfermería

La Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para abarcar en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para lograr esta evolución ha sido necesario adoptar un marco teórico conceptual para basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia que permita resolver los problemas de su competencia. Esto implica la utilización de un método sistemático para brindar cuidados centrados en la consecución de los resultados predefinidos y esperados; tal como lo realiza el Proceso de Enfermería¹⁹.

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE): Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud.

Características del Proceso de Enfermería:

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

- Es humanistas por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado) que es más que la suma de sus partes y que no debe fraccionar.
- Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera(o).

- Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.
- Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.
- Es interactivo por requerir de la interrelación humano - humano con el (los) usuario(s) para acordar y lograr objetivos comunes²⁰.

Etapas del Proceso de Enfermería

Las etapas constituyen las fases de actuación concretas que tienen carácter operativo. Este bien estructurado en secuencias lógicas se distinguen cinco etapas:

➤ Primera Etapa - Valoración:

Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad. Consta de varias fases:

1. Recogida de datos. Se recogerán valorando las 14 necesidades básicas teniendo en cuenta datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados y suficientes para cubrir satisfactoriamente las necesidades básicas.

La obtención de los datos se realizará:

- Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física).
- Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Los métodos para la recogida de datos son la entrevista, la observación, y la exploración física. El tipo de datos la fuente y el método de recogida de los mismos deben estar reflejados en el registro de enfermería.

2. Validación o verificación de los datos comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas.

Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3. Organización de los datos agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

➤ Segunda Etapa - Diagnóstico:

Es el juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable. Consta de dos fases:

Análisis de datos: Tras organizar los datos se determinan las conexiones existentes entre las claves y se interpretan, dando lugar a la detección de problemas de Colaboración (reales o potenciales) que requieren de un abordaje interdisciplinar, y/o Diagnósticos de Enfermería (reales o potenciales) que se tratan de forma independiente.

Identificación de los problemas:

- Problema de Colaboración. Complicaciones reales o potenciales derivadas de la enfermedad o el tratamiento, en las que la persona requiere que la enfermera haga por él las actividades necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico.
- Diagnóstico de Enfermería. Juicio emitido sobre situaciones que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente con pleno control y autoridad sobre la situación y con total responsabilidad sobre el resultado final.

La función de la enfermera es la de ayudar al paciente a recuperar su autonomía en la satisfacción de sus necesidades básicas.

- Problema de Autonomía. Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo las necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad, la ha perdido temporal o definitivamente, por lo que no se resuelve trabajando sobre la fuerza, voluntad o conocimiento. En ellos, la función de la enfermera es la de suplir al individuo o capacitar a un cuidador.

Tipos de diagnósticos:

- *Real*: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- *Alto Riesgo*: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: Problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- *Posible*: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- *De bienestar*: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados.

➤ Tercer Etapa - Planificación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas.

- *Establecer prioridades en los cuidados.* Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad a través de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- *Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.* Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.
- *Elaboración de las actuaciones de enfermería,* esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso), con actividades y acciones especificadas. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente.
- *Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar:* qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo²¹.

➤ Cuarta Etapa Ejecución

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

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería. A través de las diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.

- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

➤ Quinta Etapa Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. Consta de dos partes:

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

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.

2.- Señales y Síntomas específicos.

3.- Conocimientos.

4.- Capacidad psicomotora (habilidades).

5.- Estado emocional.

6.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud).

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones²².

3.3 Relación entre Modelo y el Proceso de Atención Enfermería

Los modelos de enfermería tienen como objetivo describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la enfermería general. La enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación debe ir respaldada por una teoría (que le da sentido y metodología), y por una práctica (que la hace útil y funcional)²³.

La enfermería se redefine continuamente, adaptándose a las exigencias de nuestro mundo cambiante. Este hecho, hace imprescindible el unificar criterios del enfoque profesional, sistematizar la práctica. La utilidad de las teorías y el proceso atención enfermería consiste en proporcionar conocimientos para mejorar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción, y control de los fenómenos.

Uno de los modelos de cuidados que mayor aceptación tiene en nuestro entorno es el de Virginia Henderson. Son varias las razones que han propiciado su adopción y vigencia en nuestros días y que resultan de peso de manera particular a las enfermeras clínicas. El modelo de Virginia Henderson es totalmente compatible con el Proceso de Enfermería (PE), cuestión esencial para que tenga aplicación en la práctica.

La relación que tiene cada una de estas etapas se puede resumir de la siguiente manera en la valoración se incluye la recopilación de datos de la persona sobre sus necesidades, problemas y en si sus respuestas humanas, así como sus limitaciones e incapacidades.

Una vez obteniendo los datos de la valoración se procede a realizar el diagnóstico en esta etapa se produce la identificación de los problemas interdependientes, detectar las necesidades afectadas y así dar paso a la planificación es la etapa en la que se elabora el plan de cuidados adecuado a la situación. Al dar continuidad a la ejecución de nuestro plan de cuidados la evaluación de las actividades de esta

fase determina el progreso del paciente hacia los objetivos. Actúa como mecanismo de retroalimentación y de control para todo el proceso. La evaluación posibilita el movimiento en el ciclo completo del proceso y da idea de globalidad.

Además, es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario. El modelo de Virginia Henderson se ubica en los Modelos de las necesidades humanas, en la categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

3.4 Aspectos Éticos

La ética ha sido desde siempre un factor muy importante en la medicina, aunque es en las últimas décadas cuando lo es más debido principalmente al desarrollo de la tecnología y al avance en los derechos de los usuarios, porque ha influido en el establecimiento de normas que regulan las conductas relacionadas con la salud y de forma específica, en las profesiones sanitarias.

Para ejercer con auténtico profesionalismo la enfermería, es necesario partir de una estructura moral que se encuentre integrada por principios y valores éticos, que sean entendidos como metas o fines valorados por la comunidad de la profesión de enfermería y reconocidos como el producto de un conjunto de valores compartidos²⁴.

Estos principios éticos se basan en la orientación decisiva separando a la medicina de la práctica mágica, religiosa y empírica (basada en la observación de los

fenómenos y en el método de ensayo y error, más ocupada en las aplicaciones prácticas que en la teorización médica) y de la filosofía, estableciéndola como un conocimiento técnico. La Medicina Hipocrática constituye el origen de una concepción científica de la medicina universal.

La traducción de la alocución latina *Primum non nocere*, atribuida a Hipócrates, acepta varias formas, aunque se reconocen diferencias sutiles entre ellas:

"Primero no hacer daño"

"Sobre todo no hacer daño"

"Ante todo no hacer daño"

"Primero que nada no dañar"

"Antes que nada no dañar"

Se refiere, entonces, al deber de los médicos y también de las enfermeras, de no causar daño, deber que se ubica como prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas²⁵.

La reflexión de la bioética está basada en los hechos concretos, tales como los principios y reglas. Estos principios son citados a continuación.

Beneficencia: Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar de la persona enferma.

Principio de No Maleficencia: Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. Principio de Autonomía: Consiste en que cada persona es auto determinante para optar por lo que más le conviene de acuerdo con sus intereses, deseos y creencias.

Principio de Justicia: En el caso particular del cuidado del paciente, este principio se refiere al trato merecido o justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido por la ley, cuando la indicación de exámenes, la prescripción de medicamentos y la correcta remisión de personas a las interconsultas con diferentes especialistas, se realizan sólo cuando sean estrictamente necesarios²⁶.

Por otra parte, la Ley General de Salud en Materia de investigación de las comisiones internas en las instituciones de salud se hace mención de ciertos artículos relacionados con los aspectos éticos que son los siguientes.

ARTICULO 98.- Para los efectos del presente Reglamento, se considera como institución de salud donde se realice investigación para la salud, a toda unidad orgánicamente estructurada perteneciente a una dependencia o entidad de la Administración Pública, o una institución social o privada en donde se lleve a cabo una o varias de las actividades establecidas en el artículo 5o. del presente Reglamento.

ARTICULO 99.- En toda institución de salud en donde se realice investigación para la salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables.

ARTICULO 100.- Las finalidades principales de las comisiones que se constituyan en las instituciones de salud serán proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigadores.

ARTICULO 101.- Los titulares de las instituciones de salud registrará las comisiones ante la Secretaría, la cual determinará las características y la periodicidad de los informes que habrán de proporcionar.

ARTICULO 102.- El Titular de la institución de salud, con base en los dictámenes de la Comisión de Investigación, decidirá si autoriza la realización de las investigaciones que sean propuestas, excepto cuando se trate de investigaciones que requieran la autorización específica de la Secretaría, como se indica en los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este Reglamento.

ARTICULO 103.- Las comisiones se integran con un mínimo de tres científicos cada una, con experiencia en materia de investigación²⁷.

Consentimiento Informado

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED)²⁸.

También se nombrarán las siguientes normas que se podrán tomar en cuenta en dichos puntos:

Nom-004-SSA3-20125 Del Expediente clínico.

NOM-007-SSA2-1993, Atención De La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio Y Del Recién Nacido. Criterios Y Procedimientos Para La Prestación Del Servicio.

Los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención (28).

3.5 Factor de dependencia

Atresia de esófago

La atresia de esófago es un defecto congénito relativamente común de etiología desconocida, que consiste en una falta de continuidad del esófago con o sin comunicación a la vía aérea; se presenta en 1 de cada 2,500 a 4,500 nacidos vivos. Si el paciente no recibe tratamiento médico-quirúrgico, este defecto puede llevarlo a la muerte.

Entre 50-60% de los pacientes presentan anomalías asociadas a la atresia de esófago, ubicándose a nivel del tracto urinario, digestivo, cardiaco y musculo esquelético. La atresia de esófago es, tal vez, una de las patologías quirúrgicas clásicas de la cirugía pediátrica que ha tenido un desarrollo muy importante en los últimos años en relación con la supervivencia gracias a los cuidados especializados que se otorgan en las unidades de cuidados intensivos neonatales, a la nutrición parenteral, así como al perfeccionamiento de las técnicas anestésicas y quirúrgicas. Actualmente, la mortalidad por atresia de esófago es un indicador de la calidad de atención en las unidades de cuidados intensivos neonatales. Después de la cirugía, en general, el pronóstico es bueno ya que la mortalidad es baja en ausencia de otras malformaciones asociadas.

En este artículo se sintetizan los aspectos generales que deben brindarse a todo recién nacido en el que se sospeche de atresia esofágica y la importancia del

manejo multidisciplinario para lograr los mejores resultados en este grupo de pacientes.

Su diagnóstico y manejo han representado un reto para la cirugía pediátrica; de hecho, hay quienes sostienen que la capacidad para solucionar esta malformación, la supervivencia y la calidad de vida de estos niños son indicadores de la eficacia de la atención hospitalaria. Esto se debe a que están involucrados los sistemas de traslado-recepción del paciente, el diagnóstico, el manejo, la prevención de complicaciones, la cirugía, la anestesia, los análisis de laboratorio y gabinete y los cuidados intensivos neonatales.

El pronóstico depende, en gran medida, de la calidad del cuidado que reciben estos pacientes durante su hospitalización, además de las malformaciones asociadas que presenten²⁹.

Definición

La Atresia de Esófago (AE) es una malformación congénita en la cual la luz esofágica se encuentra interrumpida originando dos segmentos, uno superior y otro inferior. El segmento superior es un cabo ciego dilatado con una pared muscular hipertrofiada; por lo general, este cabo se encuentra entre la segunda y la cuarta vértebra torácica. En contraste, la porción distal es un cabo atrésico con un diámetro muy pequeño y una pared muscular delgada, de longitud variable que se localiza algunas veces a 1-3 cm arriba del diafragma. La mayoría de los pacientes tienen una comunicación anormal entre la tráquea y el esófago llamada fístula traqueoesofágica (FTE).

Embriología

Desde el punto de vista embriológico, la tráquea y el esófago se originan de una evaginación endodérmica de la pared ventral del intestino anterior a las 3 semanas de gestación. El primordio respiratorio crece de manera caudal y el esófago de manera cefálica. En este proceso se forman unos tabiques laterales (tabiques traqueoesofágicos) que separaran ambas estructuras; por delante la tráquea, que luego desarrolla anillos cartilaginosos y los primordios pulmonares, y por detrás el esófago, que se extiende desde la faringe hasta el estómago. El origen de la AE es

poco claro aún, pero se atribuye a una alteración en la migración de los pliegues laterales o a una detención del crecimiento en el momento de la evaginación.

En la mayor parte de los casos el esófago posterior no se separa totalmente de la tráquea, lo que da lugar a distintas variedades de fístula traqueoesofágica o a hendiduras. Esta alteración se produce entre la tercera y sexta semana de gestación³⁰.

Clasificación

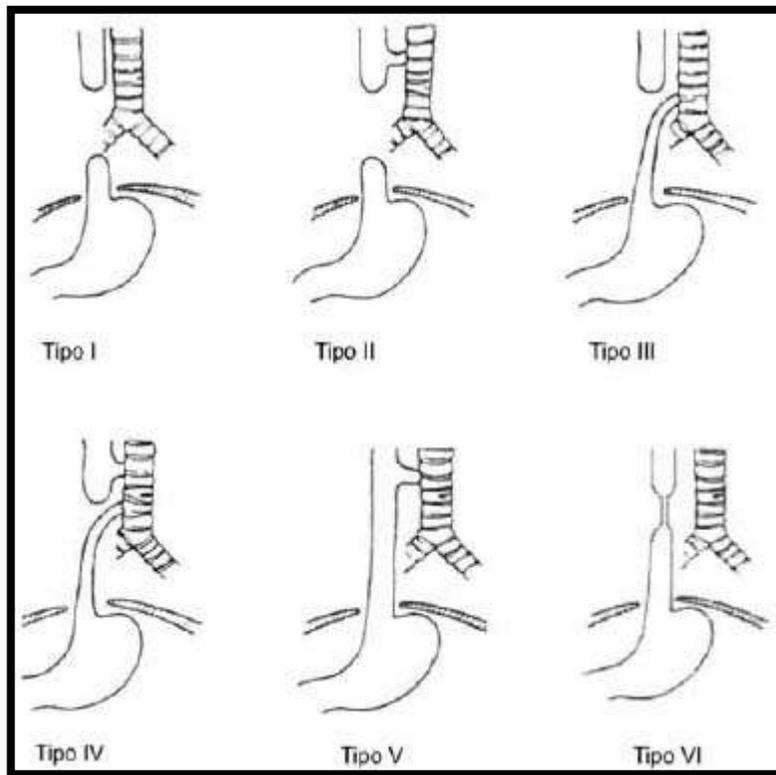
La AE se puede presentar con múltiples variantes. Existen diversas clasificaciones (algunos la clasifican con números y otros con letras) teniendo como base la anatomía que se identifique. Los datos más importantes para estas clasificaciones son el sitio de la fístula y la separación de los cabos. Se han reportado más de cien tipos de atresia de esófago, pero la clasificación original de Vogt (1929), modificada por Ladd en 1944 y Gross en 1953 se sigue utilizando hasta nuestros días.⁹ Los tipos anatomopatológicos descritos por Vogt son los más frecuentes. Si bien la tipo V o fístula en H aislada y la tipo VI o estenosis esofágica no son en realidad AE, se incluyen de todas formas en algunas clasificaciones (Cuadro 1-Figura 1).

Cuadro 1. Clasificación.

Tipo de atresia	Características	Frecuencia
I.	Atresia del esófago con ambos cabos esofágicos ciegos sin fístula traqueoesofágica.	5–8%
II.	Atresia del esófago con fístula traqueoesofágica superior y cabo inferior ciego.	0.5–1%
III.	Atresia del esófago con fístula traqueoesofágica inferior y cabo esofágico superior ciego.	80–85%
IV.	Atresia del esófago con fístula traqueoesofágica en ambos cabos del esófago.	0.5–1%
V.	Fístula en H. Es una fístula traqueoesofágica sin atresia de esófago.	3–5%
VI.	Estenosis esofágica aislada.	0.5-1%

Fuente: Molina-Ramírez ID. *Atresia del esófago*. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica. Disponible en: http://www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/atresia%20esofago/atresia_esofago.pdf

Figura 2. Clasificación anatómica de la atresia de esófago. Tipo I. Atresia esofágica pura, sin fístula. Tipo II. Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica inferior. Tipo III. Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica superior. Tipo IV. Atresia esofágica con doble fístula. Tipo V. Fístula traqueoesofágica aislada (tipo H). Tipo VI. Estenosis esofágica congénita.



Fuente: Molina-Ramírez ID. Atresia del esófago. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica. Disponible en: http://www.sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/atresia%20esofago/atresia_esofago.pdf

Malformaciones asociadas:

Más de la mitad de los pacientes con AE presentan otras malformaciones congénitas mayores. Las más comunes son las cardíacas (35% de los pacientes), especialmente el defecto septal ventricular y la tetralogía de Fallot, genitourinarias (24%), gastrointestinales (24%), esqueléticas (13%) y del sistema nervioso central (10%). La asociación de algunas de estas anomalías se denomina asociación VACTERL (Vertebrales, Anorrectales, Cardíacas, Traqueales, Esofágicas,

Radiales, Renales, y de Extremidades (L: limbs en inglés) y se presenta con una frecuencia aproximada de 10%.

Cuadro clínico

La AE debe sospecharse durante la atención del RN en la sala de tococirugía cuando hay dificultad del paso de la sonda para verificación de la permeabilidad esofágica. Los datos clínicos en los RN son diversos como salivación excesiva, tos, cianosis, dificultad respiratoria (ocasionados por el paso de saliva y jugo gástrico hacia las vías aéreas) y distensión abdominal. Puede existir un problema pulmonar grave por la presencia de una infección pulmonar agregada, lo cual se favorece por el paso de las secreciones gástricas ácidas hacia la vía aérea a través de la fístula.

Por su parte, la FTE en H por lo general se manifiesta en el periodo de lactante con episodios de tos durante la alimentación, neumonía recurrente, episodios de cianosis y distensión abdominal intermitente, así como excesiva flatulencia³¹.

Diagnóstico

a) Diagnóstico prenatal

El diagnóstico se puede sospechar en etapa prenatal al efectuarse un ultrasonido obstétrico después de la semana 18. El polihidramnios es el hallazgo más frecuente, particularmente en niños con AE pura, es decir, sin fístula. El polihidramnios se origina por la incapacidad del feto para deglutir y absorber el líquido amniótico a través del intestino. Se observa en aproximadamente 80% de los niños con AE sin fístula y en 20% de los que tienen fístula distal. Sin embargo, el polihidramnios es un pobre predictor de AE ya que sólo uno de 12 niños con antecedente de polihidramnios tiene AE. El ultrasonido prenatal sugiere el diagnóstico con una sensibilidad de 42% cuando no se identifica el estómago con líquido en su interior, mientras que la combinación de polihidramnios y ultrasonido prenatal sugestivo de AE tiene un valor predictivo positivo de 56%.) La importancia de contar con el diagnóstico prenatal radica en la determinación del riesgo materno-fetal y poder realizar el envío oportuno a un centro de alto riesgo obstétrico, con el propósito que

el parto sea atendido por un equipo interdisciplinario y que la atención del neonato se realice tempranamente.

b) Diagnóstico postnatal

La AE se observa en un alto porcentaje de nacimientos prematuros o de neonatos con peso bajo al nacimiento. Cerca de un tercio de los niños con AE pesan menos de 2,500 gr. al nacer. El diagnóstico postnatal debe realizarse en la sala de partos. Luego de la adaptación neonatal inmediata se aspiran las secreciones orales suavemente con una sonda que se debe avanzar hasta el estómago; si la sonda no avanza entonces se debe sospechar la presencia de atresia de esófago.

La sonda debe ser de un calibre 10 Fr para evitar que, al chocar con el fondo de saco ciego, se doble y dé una falsa apariencia de permeabilidad. Si este procedimiento no se realiza al momento del parto, el paciente permanecerá asintomático en las primeras horas, pero luego presentará sialorrea, dificultad respiratoria, tos y ahogamiento al momento de la alimentación. Si el diagnóstico se realiza de forma tardía, puede presentarse un proceso neumónico grave que ensombrece el pronóstico.

c) Exámenes de laboratorio y gabinete

El diagnóstico se corrobora mediante radiografías de tórax y de cuello, tanto anteroposteriores (AP) como laterales, colocando una sonda radio-opaca o bien un medio de contraste hidrosoluble (administrar entre 0.5 ml y 1 ml) que indicará la posición de la sonda. Para evitar el paso del medio de contraste a las vías aéreas, se debe realizar una aspiración cuidadosa y completa del mismo una vez terminado el estudio (Figura 2). Si no se cuenta con el medio de contraste se pueden inyectar 5 cm³ de aire por la sonda antes de tomar la radiografía, con lo que será posible observar la bolsa esofágica proximal y, así, determinar su altura. En la radiografía toracoabdominal se observará aire intestinal si se tratara de una atresia tipo III y ausencia del mismo si fuera una atresia tipo I. En la radiografía de tórax debe evaluarse el parénquima pulmonar en busca de datos de neumonía, atelectasia (de predominio en el lóbulo superior derecho), además de otras malformaciones, como

las cardíacas o las esqueléticas. Como el tratamiento es quirúrgico, se deberán realizar exámenes de laboratorio preoperatorios (biometría hemática completa, recuento plaquetario y tiempos de coagulación).

Además, con objeto de descartar otras malformaciones, se podrán solicitar otros estudios como ultrasonido renal, cardíaco y transfontanelar, así como radiografías de radio y columna. También puede indicarse el análisis cromosómico.



Figura 2. Imagen radiológica con medio de contraste de un recién nacido con atresia esofágica tipo III y atresia duodenal, donde se observa un cabo esofágico superior ciego, gran distensión de la cámara gástrica y parte inicial del duodeno, y ausencia de aire en el resto del intestino.

Fuente: Molina-Ramírez ID. *Atresia del esófago. Sociedad Colombiana de Cirugía Pediátrica. Disponible en: http://www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/atresia%20esofago/atresia_esofago.pdf*

Tratamiento

El manejo inicial se debe enfocar hacia la evaluación integral del recién nacido, determinar la presencia de malformaciones asociadas, así como evaluar el posible compromiso infeccioso, en especial el de origen pulmonar.

a) Tratamiento prequirúrgico.

1. Manipulación mínima del RN debido a que la sobreestimulación puede provocar complicaciones respiratorias, aumento del consumo de oxígeno, estrés por frío y regurgitación del contenido gástrico a través de la fístula.

2. Evitar la exposición al frío manteniendo al RN en una cuna de calor radiante, además de que con esto también se facilita su manejo.
3. Mantener en posición semisentado con la cabeza elevada a 30°–45° para minimizar el reflujo de contenido gástrico dentro de la tráquea por la fístula distal o la aspiración del contenido del cabo esofágico proximal, con lo cual también se mejora el trabajo respiratorio y la oxigenación.
4. Colocar una sonda de doble lumen (la cual fue diseñada originalmente por el Dr. Repogler) para la aspiración continua con baja presión e irrigación con solución fisiológica a razón de 15-20 ml/h, verificando continuamente la funcionalidad del sistema de aspiración para evitar el riesgo de broncoaspiración. La sonda de aspiración nunca deberá estar en contacto con la mucosa de la bolsa esofágica, ya que podría ocasionar lesiones de la misma. Si no es posible contar con este sistema de aspiración continua, se debe realizar la aspiración de secreciones orofaríngeas con sonda y jeringa cada 10 minutos o más frecuentemente si hay salivación excesiva.
5. Oxigenoterapia, si se requiere para mantener una saturación normal.
6. En los RN con insuficiencia respiratoria se debe realizar intubación endotraqueal y aplicar ventilación mecánica con presiones bajas y frecuencias altas para minimizar la fuga del volumen corriente a través de la fístula traqueoesofágica. Evitar la colocación de CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) nasal y ventilación con bolsa y máscara, ya que esto puede causar distensión gástrica importante en los neonatos con fístula distal.
7. Indicar ayuno y administrar soluciones intravenosas para asegurar un aporte adecuado de líquidos, electrolitos y glucosa.
8. Ingresar o trasladar al paciente lo más pronto posible a una unidad de terapia intensiva neonatal que cuente con el equipo médico multidisciplinario.
9. Realizar los exámenes de laboratorio preoperatorios (biometría hemática completa, pruebas de coagulación, grupo sanguíneo y Rh).

10. Realizar ultrasonido renal, cardiaco y transfontanelar para descartar otras malformaciones asociadas.

11. Si existen datos de neumonía, iniciar doble esquema de antibióticos (ampicilina más un aminoglucósido).

12. Iniciar nutrición parenteral temprana a través de un catéter venoso central. Se recomienda no colocar el catéter en el lado izquierdo del cuello por la posibilidad de que se requiera realizar esofagostomía.

13. Iniciar bloqueadores H2.

14. Algunos autores recomiendan realizar una broncoscopia antes de la cirugía con la siguiente finalidad:

- Determinar la localización de la fístula con respecto a la carina, lo cual ayuda a decidir la altura del abordaje del tórax y la profundidad de la colocación del tubo endotraqueal durante el transoperatorio.
- Evidenciar el grado de compromiso de la vía aérea y la necesidad de realizar un lavado bronquial o de obtener cultivos.
- Descartar la presencia de más de una fístula en la vía aérea.
- Evaluar el grado de traqueomalacia.
- Buscar otras malformaciones del árbol traqueobronquial.

b) Tratamiento quirúrgico

La AE no es una emergencia quirúrgica, por lo que el RN se llevará a cirugía una vez que se encuentre estable, se determine el tipo y la gravedad de las malformaciones asociadas y se establezca un plan de tratamiento quirúrgico. Sin embargo, hay situaciones que requieren de un tratamiento quirúrgico en forma temprana, como es el caso de los RN prematuros con síndrome de dificultad respiratoria que requieren asistencia mecánica a la ventilación, debido a que las presiones altas del ventilador condicionarán el paso del aire a través de la fístula hacia el tubo digestivo, provocando gran distensión abdominal que va a empeorar el compromiso respiratorio y también puede ocasionar isquemia intestinal.

➤ Atresia con fístula traqueoesofágica distal (tipo III)

-Dentro de las primeras 24 horas de vida se realizará cierre de la FTE inferior y, si la distancia entre los cabos es menor a 3 cm, anastomosis término-terminal (T-T) entre los cabos esofágicos a través de una toracotomía con abordaje extrapleural. También puede realizarse abordaje toracoscópico.

-Los pacientes con gran separación de cabos esofágicos (>3 cm) continúan representando el mayor reto quirúrgico. En algunos casos, la elasticidad del esófago neonatal permite realizar anastomosis primaria o afrontamiento, aun cuando los cabos estén muy separados.

-En la experiencia de los autores, la esofagostomía se reserva para aquellos casos en los que el cabo esofágico proximal se encuentra muy alto, es decir, no rebasa el nivel de T1-T2.

-Existe controversia sobre el uso de drenaje torácico y el uso de sonda transanastomótica. Esta última se usaría para el drenaje del estómago y, posteriormente, para la alimentación del paciente. En el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional SXXI (IMSS) se reserva el uso de la sonda pleural para aquellos pacientes en los cuales la anastomosis quedó muy tensa y se prevé fuga.

Complicaciones

a) Inmediatas La dehiscencia de la anastomosis esofágica es una de las complicaciones del posquirúrgico inmediato, la que se manifestará por neumotórax y acumulación de líquido (saliva) en el hemitórax derecho. Pueden ocurrir además complicaciones pulmonares como neumonía, atelectasia y mediastinitis.

Un trastorno potencialmente grave pero que, afortunadamente, es poco frecuente es la dehiscencia de la sutura traqueal. Se presenta entre las 12 y 72 horas postoperatorias y su origen es el desprendimiento de uno o más puntos. Se pone en evidencia por la salida de gran cantidad de aire a través del drenaje pleural, así

como un neumotórax importante. El tratamiento es quirúrgico y de urgencia debiéndose reparar la dehiscencia traqueal.

Pronóstico

La supervivencia por lo general es buena, en la actualidad es superior a 90%. La mejoría en la supervivencia no solo se debe al tratamiento quirúrgico, sino a los avances en los cuidados intensivos neonatales, particularmente el apoyo ventilatorio y nutricional que requieren estos pacientes.

Los niños con mayor riesgo de muerte son aquéllos con peso al nacimiento menor de 1500 g, con malformaciones cardíacas o anomalías cromosómicas. Las muertes tempranas son resultado de malformaciones cardíacas o cromosómicas, y las tardías por lo general son secundarias a complicaciones respiratorias.

Existen varias clasificaciones que ayudan a determinar el pronóstico de estos niños, entre las que se encuentra la de Waterston, la de Montreal y la de Spitz. La más conocida es la de Waterston quien establece el pronóstico en función a tres factores: bajo peso al nacer, presencia de neumonía y malformaciones congénitas asociadas. Algunos autores han cuestionado la validez de esta clasificación; sin embargo, estudios más recientes han encontrado que, a pesar de los avances en el tratamiento de la AE esta clasificación aún tiene vigencia desde el punto de vista clínico. La de Montreal toma en cuenta la dependencia del ventilador y las malformaciones congénitas y la de Spitz el peso al nacer y las malformaciones cardíacas (Cuadro 2).

Cuadro 2. Descripción de las clasificaciones pronósticas más usadas en atresia de esófago.

Waterston	Montreal	Spitz
Clase A Peso al nacer > 2500 g, sin neumonía y sin malformaciones asociadas	Clase I. -Sin dependencia del ventilador y sin malformaciones congénitas mayores o menores. -Con dependencia del ventilador y sin malformaciones congénitas o con anomalías menores.	Grupo I. Peso al nacer > 1500 g, sin malformación cardiaca mayor.
Clase B 1. Peso al nacer entre 1800 y 2500 g, sin neumonía y sin malformaciones asociadas 2. Peso al nacer > 2500 g, neumonía moderada y malformaciones congénitas	Clase II C -Con dependencia del ventilador y con malformaciones mayores. -Sin dependencia del ventilador y con malformaciones que ponen en riesgo la vida	Grupo II. Peso al nacer < 1500 g o malformación cardiaca mayor.
Clase C 1. Peso al nacer < 1,800 2. Peso al nacer > 1,800 g, neumonía grave y malformaciones congénitas graves.		Grupo III. Peso al nacer < 1500 g y malformación cardiaca mayo.

Fuente: García H, Gutiérrez M. Manejo multidisciplinario de los pacientes con atresia de esófago Bol MedHospInfant Mex 2011;68(6):467-475 Disponible: [mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665](http://mx.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665).

4. METODOLOGÍA

4.1 Estrategia De Investigación: Estudio De Caso

El enfoque de la metodología para realizar este trabajo es secuencial. Cada etapa precede de la siguiente y no se pueden brincar o eludir pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos definir alguna fase. Parte de una idea, que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos con la revisión de la literatura para construir un marco con una perspectiva teórica, siguiendo los pasos que a continuación son presentados:

- ✓ Elección de un paciente con algún tipo de Patología que fuera de interés para el estudiante de la especialidad de Enfermería del Neonato. En un Hospital de segundo nivel en el servicio UCIN 2 en donde fue el primer contacto.
- ✓ Establecer contacto con la madre del Neonato, para la posterior autorización del Estudio de Caso sobre el Diagnóstico de su hija, aclarando que dicho trabajo es con fines académicos. Firmo carta de Consentimiento Informado autorizando (ver anexo 1.)
- ✓ Llenado del instrumento de valoración de las necesidades básicas del Recién Nacido grave (ver anexo 2).
- ✓ Búsqueda de artículos relacionados con la Propuesta Filosófica de Virginia Henderson, el Proceso de Atención Enfermería, Restricción del Crecimiento Intrauterino, Síndrome de Dificultad Respiratoria y Atresia Esofágica.
- ✓ Durante la primera etapa del PA se realizó la valoración general céfalo caudal y focalizada en cada una de las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson; para lo cual se utilizaron fuentes directas e indirectas:
 - *Fuentes directas: Paciente, familia, equipo de trabajo, comunidad entre otros recursos humanos.
 - *Indirectas: Expediente clínico y Biblioteca (revistas y libros).

- ✓ Formulación de diagnósticos bajo el formato problema etiología y signos y síntomas (PES), durante esta etapa se aplicó el concepto de cuidados básicos del modelo, donde se resalta el razonamiento y juicio clínico de la enfermera.
- ✓ En la planeación se consideran los conceptos de dependencia, independencia, niveles de dependencia y los elementos, funcionales de la enfermera y fuentes de la dificultad (falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de dificultad).
- ✓ Las intervenciones de enfermería se planearon de acuerdo a la evidencia y a la jerarquización de los Diagnósticos.
- ✓ Seguimiento del Neonato a espera de su alta del servicio de Cunero. El primer contacto con el paciente fue en el área de UCIN 2 (unidad toco quirúrgica) del 3 al 6 de noviembre de 2015, posteriormente en UCIN del 23 al 27 de noviembre y en el área de cunero patológico del 4 al 15 de enero del 2016. Con un total de 19 seguimientos.
- ✓ Es importante mencionar que al llegar la fecha límite de las prácticas el Neonato continúa hospitalizado por tal razón no se procedió a realizar el alta.

4.2 Selección del Caso Fuentes de Información

Se realizó la elección del caso de un Recién Nacido de sexo femenino con los siguientes Diagnósticos Médicos: RNT 38.2 SDG + PBEG + Con tres días de PO de Atresia Esofágica Tipo III con fistula traqueoesofágica + SDR. Mismo que se encontraba en el área de UCIN 2 (unidad toco quirúrgica) del Hospital General de Ecatepec "Las Américas".

La debida formulación del marco teórico, el sustento teórico del estudio, orienta sobre la forma en que podremos encarar el estudio, a partir de la consulta de los antecedentes de cómo ha sido tratado este tipo de problema.

También permite centrar el trabajo del estudio evitando desviaciones del planteo original, facilita la elaboración de hipótesis o afirmaciones que luego deberán ser validadas y provee un marco de referencia para interpretar posteriormente los resultados del estudio o investigación.

Fuentes Primarias:

- ✓ Interacción directa con el neonato durante los meses de noviembre y diciembre en la sala de UCIN y cunero patológico en un horario de 8:00 a 14:00 horas.
- ✓ Realizando exploración física céfalo – caudal.
- ✓ Llenado del instrumento de valoración de las 14 necesidades de V. H.

Fuentes Secundarias:

- ✓ Entrevista con la madre.
- ✓ Expediente de la madre.
- ✓ Expediente del Neonato.
- ✓ Hojas de evolución Médicas.
- ✓ Hojas de Enfermería.

5.3 Consideraciones Éticas

Se mantuvo contacto con la madre del Neonato, posteriormente se le solicito su autorización para realizar el Estudio de Caso sobre el Diagnósticos de enfermería identificados en su hija, para otorgarle Cuidados Especializados. Aclarando que dicho trabajo es con fines académicos y siempre se procurará ver por sus derechos, respetando la autonomía, procurando la justicia, beneficencia y la no maleficencia, utilizando como evidencia la carta de Consentimiento Informado autorizada por padre o tutor. Ver anexos

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del Caso

Neonato de sexo femenino perteneciente a una familia nuclear. Hija de padres adolescentes ambos con 18 años de edad, con una relación sentimental de un año y ocho meses actualmente en unión libre. Embarazo no planeado. Ambos con preparatoria incompleta, en estos momentos no trabajan por lo que dependen económicamente de los padres de ambos y se encuentran viviendo en casa de los padres de ella, en donde habitan R.B (abuelo materno), Z.H. (abuela materna) y B.Z. menor de 12 años hermana de la madre y tía del neonato. El domicilio está ubicado en el Estado de México cuenta con 3 recamaras, 1 baño, sala, comedor, cocina y patio sin mascotas. Cuentan con los servicios de agua, luz y drenaje.

La relación no es estable pues con frecuencia discuten mucho por el estado de salud del neonato y la falta de dinero, en dos ocasiones el padre ha dejado el domicilio de la madre, pero posteriormente regresan. La madre refiere querer seguir estudiando. No saben si la relación dure, pero ambos están de acuerdo en querer una familia y lo mejor para su hija en cuanto egrese del área Hospitalaria.

6.2 Antecedentes Generales de la Persona

Durante el embarazo la madre acude a 6 consultas en centro de salud, dos en cada trimestre del embarazo, 3 ultrasonidos durante el primer y segundo trimestre sin alteraciones aparentes. Adecuada alimentación, en cantidad y calidad. Actividad física: sedentaria. Es la gesta 1, sin embarazos anteriores, Consume Vitaminas "E", Complejo "B" y ácido fólico. Niega toxicomanías y alteraciones durante el embarazo.

Recién Nacido Femenino nace el día 1 de noviembre del 2015 por vía abdominal, de 38.2 semanas de Gestación. Peso: 2000 kg, Talla: 44cm, P.C: 32cm, P.A:26cm, Pie: 7cm. Apgar: 7/8.

Signos vitales al nacimiento de FC. 160 por minuto. F.R 44 Por minuto. T.C 36.4

7. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA

7.1 Valoración

UCIN 2 (unidad toco quirúrgica) 3 al 6 de noviembre 2015

Habitus externo

Se aborda un recién nacido en su día 2 de vida extrauterina, posoperado de cierre de atresia de esófago grado III con fistula traqueoesofágica inferior a través de una toracotomía con abordaje extra pleural. Se encuentra en el servicio de UCIN 2 (unidad toco quirúrgica), el servicio dispone de 2 cunas de calor radiante y 2 cunas (bacinetes), el neonato se encuentra en cuna de calor radiante, área con adecuada temperatura, con sonido de alarmas del equipo biomédico.

Exploración física

Neonato de 2 días de vida, edad biológica similar a la cronológica (38.2 SDG), peso de 2,000 kg. Se encuentra hipoactivo, bajo efectos de sedación sin movimientos anormales. Sonda oro gástrica a derivación se mantiene como férula posterior a cirugía. Se encuentra en cuna de calor radiante normo térmico, palidez general de tegumentos. Monitoreo no invasivo continuo. Valoración del dolor en escala de Críes "7". Por el momento signos vitales de FC:170, FR:70, TC:36.8° y T/A: 96/56. Con apoyo ventilatorio en Fase III, mantiene AHNO y aporte nutricional con NPT.

Normocéfalo con PC de 32 cm sin hundimientos ni exostosis, fontanela bregmática normo tensa de aproximadamente 3-4cm y lambdaidea puntiforme de 1 cm, suturas afrontadas. Cabello abundante bien implantado sobre el cuello y a mitad de frente. Cara simétrica, edema palpebral, nariz pequeña permeable con puente nasal plano, pestañas cortas, conducto auditivo externo, boca simétrica labio y paladar íntegros. Cuello corto cilíndrico, se observan pliegues, tráquea central y desplazable, sin adenomegalias, pulsos carotídeos sin alteraciones y movimientos pasivos en todas direcciones. Tórax normo líneo y simétrico, movimientos de amplexión y amplexación sincronizados con el ventilador.

Con sonda pleural derecha sin drenar contenido, sistema de drenaje con succión continua con presión de 12cm de H₂O, la zona se encuentra sin datos de infección cubierta con gasa y apósito transparente. Ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad se valora frecuencia cardiaca de 170 latidos por minuto, no soplos, los pulsos se encuentran conservados a nivel central y distal, saturaciones de 97%. Campos Pulmonares se auscultan con adecuada entrada y salida de aire en ambos hemitórax, sin ruidos agregados en estos momentos se encuentra con apoyo de oxígeno en ventilación mecánica parámetros modo SIMV, Fio₂ 90%, CPM 50, PEEP 5 y PIP 15. Abdomen de 25 cm, a la palpación blando, depresible, con peristalsis presente, catéter umbilical arterial y catéter umbilical venoso limpios y funcionales, se palpa hígado de 2 a 3 cm bajo el reborde costal, en la línea medio claviclar. Genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores cubren a los menores. Ano permeable. Extremidades integra, simétricas, pulsos periféricos homocroticos y sincrónicos entre sí, sin deformidades, buen estado neuromuscular distal, con llenado capilar inmediato. Mantiene movilidad conservada. Columna central no se observan curvaturas anormales con adecuada alineación.

Neurológicamente reflejo de moro ausente por el estado de sedación, no hay reflejo de búsqueda, sin embargo, al tocar la planta del pie y talones despliega dedos y encoje el pie (Babinski), de igual manera cierra palma y dedos del pie, reflejo de marcha y tónico asimétrico no valorables, se valora reflejo de prensión débil.

UCIN 23 al 27 de noviembre 2015

Habitus externo

Se encuentra Neonato con 22 días de vida extra uterina, posoperado de cierre de atresia de esófago grado III con fistula traqueoesofágica inferior a través de una toracotomía con abordaje extra pleural. Ubicado en el servicio de UCIN, con luz tenue, adecuada temperatura, alarmas continuas de equipo biomédico, cuenta con 7 cunas las cuales se encuentran ocupadas con neonatos delicados, se mantiene en cuna de calor radiante. Bajo efectos de sedación sin movimientos anormales.

Exploración física

Neonato de 22 días de vida, edad biológica similar a la cronológica (38.2 SDG), se observa hipoactivo, peso actual de 2.250 kg, bajo efectos de sedación sin embargo ya se disminuyeron las dosis, no se observan movimientos anormales, discreta palidez de tegumentos, continua con sonda orogástrica a derivación sin drenar gasto, monitoreo no invasivo continuo. Valoración del dolor en escala de Críes "6". Por el momento signos vitales de FC:160, FR:72, TC:37.5° y T/A: 53/32. Con apoyo ventilatorio en Fase III, mantiene AHNO y aporte nutricional con NPT.

Normocéfalo con PC de 33 cm sin hundimientos ni exostosis, fontanela bregmática normo tensa de aproximadamente 4-4cm y lambdaideia puntiforme de 1 cm, suturas afrontadas. Cabello abundante bien implantado sobre el cuello y a mitad de frente. Cara simétrica, edema palpebral, nariz pequeña permeable con puente nasal plano, pestañas cortas, conducto auditivo externo, boca simétrica labio y paladar íntegros. Cuello corto cilíndrico, se observan pliegues, tráquea central y desplazable, sin adenomegalias, pulsos carotídeos sin alteraciones y movimientos pasivos en todas direcciones. Tórax normo líneo y simétrico, movimientos de amplexión y amplexación sincronizados con el ventilador, sonda pleural derecha sin drenar contenido, sistema de drenaje con succión continua con presión de 10cm de H₂O, la zona se encuentra sin datos de infección cubierta con gasa y apósito transparente. Ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad se valora frecuencia cardíaca de 160 latidos por minuto, no soplos, los pulsos se encuentran

conservados a nivel central y distal, saturaciones de 90%. Campos Pulmonares se auscultan con adecuada entrada y salida de aire en ambos hemitórax, sin ruidos agregados en estos momentos se encuentra con apoyo de oxígeno en ventilación mecánica parámetros modo SIMV, Fio2 50%, CPM 40, PEEP 4 y PIP 14. Abdomen de 26 cm, blando, depresible, con peristalsis presente, cicatriz umbilical limpia, se palpa hígado de 2 a 3 cm bajo el reborde costal, en la línea medio claviclar.

Genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores cubren a los menores. Ano permeable. Extremidades integra, simétricas, pulsos periféricos palpable, sin deformidades, buen estado neuromuscular distal, con llenado capilar inmediato. Catéter percutáneo en miembro torácico derecho limpio y funcional. Mantiene movilidad conservada. Columna central no se observan curvaturas anormales con adecuada alineación.

Neurológicamente reflejo de moro ausente por el estado de sedación, no hay reflejo de búsqueda, sin embargo, al tocar la planta del pie y talones despliega dedos y encoje el pie (Babinski), de igual manera cierra palma y dedos del pie, reflejo de marcha y tónico asimétrico no valorables, se valora reflejo de presión débil.

Cunero patológico del 4 al 15 de enero 2016

Habitus externo

Se encuentra Neonato con 64 días de vida extra uterina, posoperado de cierre de atresia de esófago grado III con fistula traqueoesofágica inferior a través de una toracotomía con abordaje extra pleural. Ubicado en el servicio de cunero patológico, con luz tenue, adecuada temperatura, alarmas continuas de equipo biomédico, cuenta con 12 ocupadas, las cuales 4 son de calor radiantes y 8 abiertas, se mantiene en cuna abierta.

Exploración física

Neonato de 64 días de vida, edad biológica similar a la cronológica (38.2 SDG), se observa activa y reactiva a estímulos externos, peso actual de 2.400 kg, no se observan movimientos anormales, piel íntegra, rosada y suave, monitoreo no invasivo continuo. Por el momento se encuentra valorando el estímulo enteral. Valoración del dolor en escala de Críes "4". Signos vitales de FC:135, FR:50, TC:36.9° y T/A: 48/37. Con apoyo ventilatorio en Fase I puntas nasales con O₂ a 2 litros y aporte nutricional con NPT mismo que se suspende y quedan soluciones base.

Normocéfalo con PC de 35 cm sin hundimientos ni exostosis, fontanela bregmática normo tensa de aproximadamente 4-5cm y lambdaideia puntiforme de 1 cm, suturas afrontadas. Cabello abundante bien implantado sobre el cuello y a mitad de frente. Cara simétrica, pupilas isocóricas y normorrefléxicas, nariz pequeña permeable con puente nasal plano, pestañas cortas, conducto auditivo externo, boca simétrica labio y paladar íntegros. Cuello corto cilíndrico, se observan pliegues, tráquea central y desplazable, sin adenomegalias, pulsos carotídeos sin alteraciones y movimientos pasivos en todas direcciones. Tórax con discreto tiraje intercostal y retracción xifoidea apenas visible (Silverman 2), se observa herida del costado derecho sin datos de infección cubierta con gasa y apósito transparente. Ruidos cardíacos rítmicos, de adecuada intensidad se valora frecuencia cardíaca de 135 latidos por minuto, no soplos, los pulsos se encuentran conservados a nivel central y distal,

saturaciones de 90%. Campos Pulmonares se auscultan con discretos estertores bilaterales. Abdomen de 27 cm discretamente distendido se palpa blando con peristalsis presente, cicatriz umbilical limpia, hígado se palpa de 2 a 3 cm bajo el reborde costal, en la línea medio clavicular. Genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores cubren a los menores. Ano permeable. Extremidades íntegras, simétricas. Pulsos periféricos palpables. Sin deformidades, buen estado neuromuscular distal, con llenado capilar inmediato. Mantiene movilidad conservada. Columna central no se observan curvaturas anormales con adecuada alineación.

Neurológicamente reflejo de moro presente ya que se observa movimiento continuo de las manos en busca de protección, el reflejo de búsqueda se encuentra presente, deglución débil, al tocar la planta del pie y talones despliega dedos y encoje el pie (Babinski), de igual manera cierra palma y dedos del pie, reflejo de marcha y tónico asimétrico no valorables, se valora reflejo de presión débil.

7.1.1. Valoración Focalizada

La valoración focalizada se realizó con el análisis por necesidades. El cual se presenta a continuación.

Alimentación e hidratación: Nivel de dependencia de 6 a 4.

- En el área de UCIN 2 debido al ayuno prolongado, recibe Nutrición Parenteral Total requiriendo un aporte hídrico liberado de 80-100 (cc/kg/día), se maneja un total de 228 ml, p/24 hrs. pasando 9.5 ml por hora. Manejado glicemias de 70mg/dl-100mg/dl.
- En el área de UCIN sigue el AHNO, continua NPT requiriendo un aporte hídrico liberado de 90-100(cc/kg/día) con NPT calculada con un total de 300 ml p/24 hrs. Con glicemias de 90mg/dl-110mg/dl.

- Durante su estancia en el servicio de cunero patológico continuo con NPT ya con requerimientos mínimos, misma que se suspende dando inicio a soluciones base glucosada al 5% 48 ml p/24 hrs, pasando 2 mil por hora para mantener vía permeable. Se encuentran valorando su tolerancia a la alimentación enteral, con técnica de alimentación por sonda oro gástrica y se realizan ejercicios de succión y deglución ya que se valora lenta así mismo se adiestra a la madre para realizar los ejercicios pues se planea lo más pronto posible alimentar por técnica de succión.

Oxigenación: Nivel dependencia de 6 a 3.

- Es un neonato con SDR, posoperado de cierre de atresia de esófago grado III con fistula traqueoesofágica inferior atreves de una toracotomía con abordaje extra pleural, se encuentra bajo efectos de sedación y apoyo de oxígeno en ventilación mecánica parámetros modo SIMV, Fio2 90%, CPM 50, PEEP 5 y PIP 15 por lo que se encuentra totalmente relajado sin control en su respiración.
- Posteriormente en el área de UCIN con 22 días de vida los parámetros ventilatorios se encuentran disminuidos al igual que la dosis de sedación, se observa automatismo. Gasométricamente con alcalosis respiratoria, la cual se complica con hiperventilación alveolar que provoca Hipocapnia ($PaCO_2 \leq 35 \text{ mmHg}$), incremento de la relación de la concentración de Bicarbonato y la PaO_2 y aumento del pH.

*Gasometría tomada en el servicio de UCIN del 23 al 26 de noviembre 2015.

<i>Constantes</i>	<i>Lunes</i>	<i>Martes</i>	<i>Miércoles</i>	<i>Jueves</i>	<i>Viernes</i>
<i>pH</i>	7.53	7.37	7.38	7.42	
<i>PO2</i>	47	40	45	36	
<i>PCO2</i>	21	29	36	42	
<i>HCO3</i>	17.5	16.8	21.3	27.2	
<i>Interpretación</i>	<i>Alcalosis respiratoria</i>	<i>Alcalosis respiratoria</i>	<i>Equilibrio acido base</i>	<i>Equilibrio acido base</i>	

- Ya en cunero patológico y con 64 días de vida, el apoyo de oxígeno se encuentra con puntas nasales a 2 litros del mismo, se observa discreto tiraje intercostal y retracción xifoidea (Silverman 2).

Evitar peligros: Nivel de dependencia 6 a 4.

- Se encuentra bajo efectos de analgesia para el control de dolor, valoración del dolor en escala de Críes "7". Se mantiene en posición decúbito dorsal para un efectivo resultado de la cirugía y como férula se mantiene sonda oro gástrica que no se retirara hasta 15 días posteriores a la cirugía.
- Se trató de movilizar lo menos posible debido a la función de la sonda que cumpliera con el papel de férula.
- En el servicio de cunero patológico se valora escala de Críes "4" no se administra analgesia, se brindan medidas no farmacológicas para controlar el dolor tales como masajes al neonato, succión no nutritiva y solución glucosada al 5%.
- En sus primeros días de vida mantiene sonda pleural limpia libre de infección y cubierta por gasa y apósito transparente. Posteriormente se retira, se realiza curación de la misma midiendo aproximadamente 1.3 cm, no se observan datos de infección, se mantiene limpia seca y cubierta con apósito transparente.
- Durante sus primeros días de vida la valoración de Branden "Q" mantiene riesgo de úlceras con calificación de 14 puntos. Posteriormente ya en cunero patológico se revalora con 19 puntos sin riesgo.

Sueño y descanso: Nivel de dependencia de 6 a 4.

- Debido al tratamiento y a la cirugía durante sus primeros días de vida se mantiene bajo efectos de sedación.
- En el área de UCIN la dosis de sedación disminuye por lo que el neonato se encuentra más activo irritable a la manipulación sin poder tener largos

periodos de sueño. Se coloca antifaz para cubrir de la luz y tapones auditivos. Manejo mínimo y se brinda contención.

- En cunero patológico se mantiene irritable al ruido del personal y equipo biomédico. Se observa posición desorganizada incapaz de mantener periodos largos de sueño. Por lo que se coloca antifaz para cubrir de la luz y tapones auditivos. Manejo mínimo y se brinda contención.

Movimiento y postura: Nivel de dependencia de 6 a 4

- Durante su estancia en los diferentes servicios se encuentra con limitación del movimiento por dispositivos terapéuticos y su postura suele ser desorganizada. Se toman medidas y cuando se tiene oportunidad se brindan cambios posturales y se da posicionamiento adecuado.
- Las extremidades se observan simétricas, con adecuado tono muscular.

Higiene y protección de la piel: Nivel de dependencia 6 a 5.

- Relacionada con las características del neonato se observa piel delgada con colocación uso de adhesivos, para tratamiento terapéutico y monitorización. La piel se observa lubricada.
- En sus primeros de vida mantiene sonda pleural limpia libre de infección y cubierta por gasa y apósito transparente. Posteriormente se retira, se realiza curación de la misma midiendo aproximadamente 1.3 cm, no se observan datos de infección, se mantiene limpia, seca y cubierta con apósito transparente.

Termorregulación: Nivel de dependencia 5 a 3.

- En los servicios de UCIN 2 y UCIN se encuentra en cuna de calor radiante lo que le ayuda a mantenerse con temperaturas de 36.8°-37.5°. sin embargo, hay corrientes de aire que disminuyen la temperatura corporal a 36.5°C.
- En el cunero patológico se encuentra en cuna con temperatura de 36.8° adecuada.

Eliminación: Nivel de dependencia 3

- Mantiene uresis de 10 a 20 ml cada 8 hora, con un gasto urinario aproximado de 1.3 mililitros por hora y evacuaciones 2-3 en 24 horas. Abdomen blando, depresible, con peristalsis presente.

Vestido y desvestido: Nivel de dependencia 6 a 5.

- En dependencia, por su estado físico, edad gestacional y bajo peso requiere mantenerse en cuna de calor radiante, por lo que no es posible mantenerlo arropado. En cunero patológico se coloca sabana para cubrir.

Comunicación: Nivel de dependencia 6.

- No es posible valorar adecuadamente esta necesidad, ya que la etapa de vida en la que se encuentra y su estado de salud impiden que esta necesidad sea valorada.

Creencias y valores: Nivel de dependencia 1.

- Esta necesidad se valoró al cuidador primario la madre, y se observa en independencia, ella manifiesta tener temor sobre el estado de su hija, sin embargo, tiene confianza en Dios para la pronta recuperación de su hija.

Aprendizaje: Nivel de dependencia 6.

- Su estado actual no le permite adquirir algún tipo de conocimiento.

Recreación: Riesgo de dependencia, ya que por su peso y estado físico no se puede estimular a través de sonidos y movimientos.

Realización: Dependencia 6 a 4.

- Dicha necesidad se valora en Binomio madre-neonato, el estado físico actual del neonato impide que ambas realicen el rol correspondiente de madre e hija y la vinculación afectiva se cubra por completo.

7.1.2. Jerarquización Del Problema

JERERQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

Nombre: <u>Boliana Zapata R/N</u> Servicio: <u>UCIN 2, UCIN y Cunero patológico</u>
Edad: <u>64 días de Vida</u> Dx médico: <u>RNT 38.2 SDG + PBEG + Tres días de PO de Atresia Esofágica Tipo III + SDR.</u> Fecha: <u>15 enero del 2016</u>

Necesidad	Grado		Causa de la dificultad			Interacciona con la necesidad principal	
	Independ.	Depend.	F.F	F.C	F.V	Si	No
Alimentación		X	X			X	
Oxigenación		X	X			X	
Seguridad y protección		X	X			X	
Sueño y descanso		X	X			X	
Movimiento y postura		X	X			X	
Higiene y protección de la piel		X	X			X	
Termorregulación		X	X			X	
Eliminación		X	X				X
Vestido y desvestido		X	X			X	
Comunicación		X	X			X	
Realización		X	X			X	
Recreación		X	X			X	
Creencias y valores	X					X	
Aprendizaje		X	X			X	

Fortalezas del paciente y su familia	Debilidades del paciente y su familia
Es una hija no planeada, sin embrago la madre está interesada en los cuidados que debe tener el recién nacido y tiene mucha disponibilidad para aprender sobre el cuidado en casa.	Embarazo no planeado con padres adolescentes, nivel medio superior educativo trunco, sin empleo por ambas partes y viviendo con los padres maternos. El neonato continúa hospitalizado ya que aún falta que aumente de peso, maduración en sus aparataos y sistemas. Aun continua la alimentación por sonda ya que su reflejo de succión y deglución es débil.

7.2 Diagnósticos De Enfermería



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 POSGRADO DE ENFERMERÍA NEONATAL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA TRATADOS DE ACUERDO A LA JERARQUIZACIÓN DE LAS NECESIDADES

FECHA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE RESOLUCIÓN
UCIN 23/Nov/15	ALIMENTACIÓN Alimentación ineficaz R/C incapacidad para ingerir alimentos M/P peso corporal por debajo de la percentil 10.	9/Dic/15
UCIN 2 3/Nov/15	Riesgo de alteración del metabolismo de la glucosa R/ C manejo de alimentación por vía parenteral.	5/Enero/16
C. Patológico 4/Enero/16	Alteración del proceso de alimentación R/C corrección de defecto esofágico M/P succión y deglución lenta cansancio rápido.	15/Enero/16
UCIN 23/Nov/15	OXIGENACIÓN Alteración de la respiración espontanea R/C estado de conciencia y músculos respiratorios débiles M/P incapacidad para coordinar inspiración y expiración.	4/Enero/16
UCIN 23/Nov/15	EVITAR PELIGROS Dolor agudo R/C perdida de la integridad de la piel M/P irritabilidad a la manipulación y al tacto de herida quirúrgica con puntaje "6" en escala de CRIES.	15/Enero/16
UCIN 2 3/Nov/15	Riesgo de infección local R/C perdida de la continuidad de la barrera primaria en región media anterior de tórax.	15/Enero/16

UCIN 2 3/nov/15	Riesgo de fracaso terapéutico R/C inmovilización estricta de tracto digestivo	20/Dic/17
C. Patológico 4/enero/16	SUEÑO Y DESCANSO Alteración del sueño R/C intervenciones continuas para su tratamiento M/P irritabilidad y períodos cortos de sueño.	15/enero/16
C. patológico 4/enero/16	MOVIMIENTO Y POSTURA Deterioro de la movilidad y postura adecuada R/C dolor M/P conducta desorganizada.	15/enero/16
UCIN 2 3/Nov/15	HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL Riesgo de pérdida de la integridad cutánea R/C piel de característica delgada y movilidad restringida.	15/enero/16
UCIN 23/Nov/15	TERMORREGULACIÓN Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C fluctuaciones en la temperatura ambiental.	15/enero/16
UCIN 2 3/Nov/15	ELIMINACIÓN Riesgo de alteración de la eliminación intestinal R/C ausencia de estímulo enteral.	27/Nov/15
C. Patológico 4/enero/16	VESTIR Disponibilidad para satisfacer la necesidad de vestido M/P preocupación de la madre en cuanto a la ropa que debe usar el Neonato.	15/enero/16
C. Patológico 4/Ene/16	COMUNICACIÓN Incapacidad para comunicar su dolor R/C su estado físico M/P momentos de irritabilidad.	15/Enero/16

UCIN 2 5/Nov/15	<p style="text-align: center;">REALIZACIÓN</p> <p>Trastorno de identidad de la madre R/C cambios de rol M/P desempeño ineficaz en el rol madre e hija.</p>	15/Enero/16
UCIN 2 3/Nov/15	<p style="text-align: center;">RECREACIÓN</p> <p>Alteración en la recreación R/C estado físico y entorno M/P imposibilidad para interactuar con el cuidador y realizar actividades.</p>	15/Enero/16
4/Nov/15	<p style="text-align: center;">CREENCIAS Y VALORES</p> <p>Disponibilidad para satisfacer las necesidades de creencias M/P la madre constantemente apoya espiritualmente al neonato y le acerca imágenes religiosas.</p>	15/Enero/16

7.3 Plan De Cuidados



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 POSGRADO DE ENFERMERÍA NEONATAL
 SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL BASADO EN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/Nov/15	Alimentación	6	Total	Transitoria	Fuerza	Suplencia

Diagnóstico de enfermería:

Alimentación ineficaz R/C incapacidad para ingerir alimentos M/P peso corporal por debajo de la percentil 10.

Objetivo: Mejorar el estado nutricional del neonato a través de alimentación parenteral optima durante su atención hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>✓ Apoyo nutricional</p> <p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluación del estado nutricional. Calculo de Nutrición Parenteral. 	<p>Para evaluar el estado de nutrición se debe investigar, primeramente, el antecedente de pérdida de peso involuntario y cualquier historia asociada con pérdida de peso durante los últimos días. En el prematuro, el aporte nutricional debe iniciarse precozmente para promover la misma tasa de crecimiento que dentro del útero; en el neonato de termino, mantener el crecimiento esperado para su edad de acuerdo con las tablas de crecimiento ³⁴.</p> <p>Según cual sea el estado general del neonato enfermo o prematuro, el sistema gastrointestinal puede no permitir la alimentación enteral. La introducción de nutrientes por vía parenteral mejora el crecimiento y la ganancia ponderal; el balance nitrogenado positivo promueve la cicatrización más rápida de las incisiones quirúrgicas y en la displacia broncopulmonar, el desarrollo de los alveolos y la reparación del tejido pulmonar ³⁶.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Instalación de nutrición parenteral. Con aporte hídrico liberado de 80-100 (cc/kg/día), se maneja un total de 228 ml, p/24 hrs. pasando 9.5 ml por hora. ✓ Cuidados a NPT: <ul style="list-style-type: none"> • Administración con bomba de infusión. • Uso de filtro en el equipo. • Uso de quipo radiopaco. • Cuidados de catéter umbilical. 	<p>Se recomienda comenzar la Nutrición Parenteral alrededor del segundo o del tercer día de vida. Se tomarán en cuenta: Peso del neonato, días de vida, pacientes con patologías gastrointestinales otro tipo de patologías y Casos de posoperatorio³⁶.</p> <p>El apoyo nutricional especializado con nutrición parenteral es la terapéutica con la que se provee por vía intravenosa nutrientes como aminoácidos, glucosa, grasa, electrolitos, vitaminas, minerales. La monitorización de enfermería en la administración de nutrición parenteral se centra en: control de peso diario, análisis de orina, densidad urinaria, glucosa cada 12 horas y una hora después de cualquier cambio, perfil nutricional cada 24 horas, monitorear signos de infección, verificar la permeabilidad del acceso venoso. La Nutrición parenteral puede administrarse en catéteres centrales: catéter percutáneo central y vena umbilical ³⁶.</p> <p>La Nutrición Parenteral Deberá ser administrada siempre en bomba de infusión a fin de mantener la velocidad continua y sin fluctuaciones. Se recomienda la utilización de un filtro de 0,22 micrones, con la finalidad de remover alguna partícula de los elementos adicionados a las bacterias. Para reducir el riesgo de infección, la bolsa con la Nutrición Parenteral, y el equipo tiene que ser cambiado cada 24 horas ³⁶.</p> <p>La cateterización de la vena umbilical puede ser utilizada para la administración de hidratación venosa, nutrición parenteral, administración intermitente de medicamentos e infusión continua de medicamentos. En ella pueden usarse concentraciones altas de glucosa superior al 12.5%, drogas vasopresoras, sangre y sus derivados, antibióticos y otras medicaciones. Siempre y cuando este se encuentre instalado 0.5 a 1 cm por encima del diafragma ³⁶.</p>
--	---

<ul style="list-style-type: none">• Control de peso.	<p>El diagnóstico nutricional incluye una detallada anamnesis y examen físico, que permitan evaluar los aspectos clínicos, sociales y eventualmente bioquímicos los que junto a la evaluación antropométrica nos permitirán hacer un adecuado diagnóstico tanto de situaciones de riesgo como de alteraciones nutricionales ³⁶.</p>
--	--

Evaluación

Al inicio de la valoración se detectó en etapa de dependencia 6 en el servicio de UCIN 2, al paso de los días el tratamiento se modificó, se inició estímulo enteral y se modificaron dosis de la nutrición parenteral, ya en el servicio de cunero patológico se logró suspender la nutrición logrando un nivel 4 de dependencia.

Es importante mencionar el presente diagnóstico se realizó basándose en los tres servicios en los que se encontró el paciente.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/Nov/15	Alimentación	6	Total	Transitoria	Fuerza	Suplencia

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de alteración del metabolismo de la glucosa R/ C manejo de líquidos por vía parenteral.

Objetivo:

Evitar alteración de la glucosa en el neonato a través de control de la glucosa durante su tratamiento en el área hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
Control de glicemias de acuerdo a requerimientos.	
Acción de enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Vigilancia en la Nutrición parenteral, corroborar el goteo correcto, así como los parámetros indicados. • Toma de glicemia cada 8 horas. 	<p>La monitorización de enfermería en la administración de nutrición parenteral se centra en: control de peso diario, análisis de orina, densidad urinaria, glucosa cada 12 horas y una hora después de cualquier cambio, perfil nutricional cada 24 horas, monitorear signos de infección, verificar la permeabilidad del acceso venoso ³⁶.</p> <p>Debido a la valorización y cambio de parámetros en la Nutrición parenteral cada 24 horas es necesario la toma de glucosa capilar por turno así se podrá identificar cualquier posible cambio en los niveles de glucosa ³⁶.</p>

Evaluación

Durante la valoración no se detectaron datos de hipoglicemia o hiperglicemia, se mantuvo un control estricto de la glucosa, así como la toma de la misma. Nivel de dependencia 6 logrando llegar a 4. Al término de la valoración el peso del neonato era de 2.400 kg.

Es importante mencionar que el presente diagnóstico se realizó basándose en los tres servicios en los que se encontró el paciente.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
4/Enero/16	Alimentación	6	Total	Transitoria	Fuerza	Suplencia

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del proceso de alimentación R/C corrección de defecto esofágico M/P succión y deglución lenta y cansancio rápido.

Objetivo:

Mejorar el proceso de alimentación en el neonato mediante rehabilitación de cavidad oral durante su hospitalización.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>Terapia de succión y deglución.</p> <p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y tipo de fórmula para prematuros. • Realización de los ejercicios de succión y deglución. 	<p>La alimentación enteral es la administración de los nutrientes vía gastrointestinal; debe iniciarse cuando un neonato se encuentra estable. Para la alimentación de los recién nacidos de término y de los prematuros se prefiere la leche materna. Cuando existe imposibilidad de usar leche materna, pueden utilizarse formulas diversas para atender a los recién nacidos de termino y prematuros. Existe una evidencia clara sobre las propiedades de la leche materna, como protectora para algunas de las mayores morbididades del prematuro a corto plazo, como la enterocolitis necrotizante y las infecciones, pero también sobre sus beneficios sobre el crecimiento y neurodesarrollo³⁹.</p> <p>Es la estimulación de cavidad oral en el recién nacido, y tiene por objeto favorecer, optimizar o mejorar la función motriz oral, lograr un proceso deglutorio óptimo o funcional en el recién nacido y coordinar la función respiratoria con la actividad deglutoria. Los criterios para la intervención dependerán de las características individuales de cada recién nacido.³⁹</p> <p>La apertura de la cavidad oral debe realizarse con un movimiento suave apoyando dedo índice en mentón hacia atrás y hacia abajo. Hay que tener precaución de no sobrepasar los límites del tercio posterior de lengua para evitar la aparición del reflejo nauseoso³⁹.</p>

<p>✓ Precauciones para evitar la aspiración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentar en pequeñas cantidades. • Colocar al paciente vertical a 90° o lo más incorporado posible. • Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos y capacidad para deglutir. 	<p>La aspiración de contenidos gástricos puede producirse por vómitos, que consisten en una propulsión activa del estómago hacia el esófago, o por regurgitación, que es el flujo pasivo de sustancias a lo largo de la misma vía. Puede ocurrir en una persona inconsciente o en un bebé, cuando sobreviene un vómito o regurgitación, la comida queda acumulada en la boca y es llevada hacia los bronquios al momento de aspirar, lo que obstruye las vías respiratorias³⁹.</p>
--	---

Evaluación

De un grado de dependencia 6 se logró llegar a nivel 4, satisfactoriamente se suspendió el tratamiento de nutrición parenteral, posteriormente se da prioridad a su capacidad de tolerar la alimentación por vía enteral, dando seguimiento a los ejercicios de succión y deglución así mismo adiestrando a la madre para brindar los mismos.

Es importante mencionar que el presente diagnóstico se realizó basándose en los tres servicios en los que se encontró el paciente.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
23/Nov/15	Oxigenación	6	Total	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Alteración de la respiración espontánea R/C estado de conciencia M/P músculos respiratorios débiles e incapacidad para coordinar inspiración y expiración.

Objetivo:

Favorecer el patrón respiratorio en el neonato mediante la programación paulatina del destete ventilatorio, durante su estancia en UCIN

Intervención de enfermería	Fundamentación
Cuidados de vía aérea, Valoración y monitorización del patrón respiratorio.	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Auscultar sonidos respiratorios. ✓ Proporcionar sedación si procede la aspiración. ✓ Aspiración por cánula Endotraqueal con circuito cerrado. 	<p>El flujo de aire a través de las vías aéreas causa turbulencias, que originan las vibraciones que percibimos como ruidos. Las turbulencias se producen en las zonas donde la velocidad del aire es mayor y en aquellas con condiciones geométricas que dificultan un flujo laminar. Esto ocurre principalmente en la laringe y en las bifurcaciones de los bronquios mayores, lobulares y segmentarios. Los ruidos respiratorios pueden ser normales o anormales y pueden oírse con estetoscopio. De esta manera se puede distinguir si la vía aérea está libre de secreciones y si el tubo endotraqueal está en el lugar adecuado³⁷.</p> <p>La sedación de los Neonatos críticos es una parte esencial de su tratamiento, que precisa una evaluación continua y frecuentes ajustes de la medicación sedoanalgésica. La sedoanalgesia permite mejorar la adaptación del paciente, reducir el dolor y facilitar las terapias agresivas³⁷.</p> <p>En pacientes sometidos a esta modalidad de ventilación se realiza con circuito cerrado, para no desconectar al paciente, en caso de necesitar aspiración de secreciones. La frecuencia de las</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantener la cánula endotraqueal bien fija. ✓ Valoración y Monitorización del patrón respiratorio. ✓ Disminución de los parámetros ventilatorios en caso de mejoría del neonato. 	<p>aspiraciones varía según la patología del neonato y según el criterio del personal de enfermería³⁷</p> <p>Para evitar que perjudique y dañe las suturas quirúrgicas colocadas en la tráquea³⁷.</p> <p>La monitorización de las constantes vitales es un factor clave en el seguimiento estricto del estado clínico del paciente crítico, aunque el nivel de gravedad nos obligará a una monitorización más o menos concreta. Favorecer el bienestar del neonato y su adaptación respiratoria, y disminuir el estrés, mediante el estudio de las gráficas³⁷.</p> <p>Cuando se inicia el soporte ventilatorio (SV) a través de una vía aérea (VA) invasiva, la meta primaria que debe prevalecer en la mente del equipo que atiende al paciente, es la de iniciar al mismo tiempo la preparación y evaluación continua del paciente para el destete y retirada de SV. En general, se aceptan como indicaciones para el establecimiento de una vía aérea artificial (VA): 1. Mantenimiento de la permeabilidad de la VA superior; 2. Protección de la VA inferior; 3. Aplicación de soporte ventilatorio; 4. Facilitar la expulsión de secreciones de la VA. Igualmente, las indicaciones para el Soporte Ventilatorio (SV) son: 1. Apnea; 2. Insuficiencia ventilatoria aguda; 3. Insuficiencia ventilatoria inminente; 4. Hipoxemia refractaria. Sin embargo, no hay un protocolo unánime de destete de SV, pero si la conformidad de que éste deberá estar basado en parámetros aceptados que incluyan la valoración de un adecuado intercambio gaseoso y reflejo protector, fuerza muscular, mecánica pulmonar y manejo adecuado de secreciones³⁷.</p>
---	--

Evaluación

Se encontró en un estado total de dependencia, durante las siguientes semanas se brindan los cuidados ya mencionados en el plan, se logran disminuir parámetros ventilatorios hasta lograr el destete de la ventilación mecánica, tolerando la fase 1 de ventilación, logrando un nivel de dependencia 3.

El presente diagnóstico se realizó con los datos obtenidos durante su estancia en el servicio de UCIN.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
23/NOV/15	Evitar peligros	6	Total	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Dolor agudo R/C perdida de la integridad de la piel M/P irritabilidad a la manipulación y al tacto de herida quirúrgica con puntaje “6” en escala de CRIES.

Objetivo:

Disminuir la puntuación en la escala de CRIES, mediante medidas farmacológicas y no farmacológico durante el turno.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>✓ Manejo del dolor</p>	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar una valoración exhaustiva del dolor mediante una escala de medición en este caso escala de CRIES. • Seleccionar y desarrollar la aplicación de medidas farmacológicas de analgesia que faciliten el alivio del dolor. (fentanyl) dosis 25 mcg. <p>✓ Mantener opciones en el manejo del dolor como las medidas no farmacológicas:</p>	<p>La evaluación del dolor debe de ser considerada como el “quinto signo vital” es decir que tiene que incorporarse la evaluación del dolor en cada obtención de los signos vitales y el estado del Neonato. Por tal razón se valora con la escala de CRIES ya que esta mide el dolor mediante el periodo posoperatorio del recién nacido³⁶.</p> <p>La administración de agentes farmacológicos, tiene como objetivo principal aliviar el dolor provocado por procedimientos invasivos o que causan malestar pronunciado. Los agentes farmacológicos deben ser administrados incluso antes de que se presente los signos de alteración fisiológica y del comportamiento asociados con el proceso del dolor, como en el caso de procedimientos dolorosos y en el periodo posoperatorio inmediato³⁶.</p> <p>Las intervenciones no farmacológicas tienen como finalidad prevenir o reducir la intensidad de un proceso doloroso leve; en el caso del dolor moderado a severo, así como en los procedimientos invasivos, deber ser agregadas a las intervenciones farmacológicas.</p>

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/NOV/15	Evitar peligros	6	Total	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de infección local R/C perdida de la continuidad de la barrera primaria en región lateral derecha de tórax.

Objetivo:

Evitar el riesgo de infección local en el neonato a través de aplicaciones precauciones estándar, durante la estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>✓ Prevenir infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administración de antibiótico. • Lavado de manos. • Curación de herida quirúrgica. • Vigilar datos de infección en la herida. 	<p>El descubrimiento e introducción de los antimicrobianos en la práctica es uno de los mayores avances de la medicina, tanto por sus efectos directo e indirectos. Estos son de los medicamentos más utilizados en los hospitales. Para prevención y tratamiento de infecciones mismas que puede ser adquiridas por el periodo posoperatorio o para la misma estancia en la UCIN³³.</p> <p>El lavado de manos es la principal medida de prevención de infecciones, la eficacia y efectividad de este sencillo procedimiento tienen alto impacto especialmente en la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud. (33)</p> <p>El término herida se define como una solución de continuidad de un tejido, generalmente la piel, producida por un agente traumático. Como consecuencia de la agresión de este tejido existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes como músculos, nervios y/o vasos sanguíneos³³.</p> <p>En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir esta importante complicación, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario³³.</p>

Evaluación

Durante la valoración del neonato en los tres servicios ya mencionados no se detectaron datos de infección en la herida quirúrgica, posterior al retiro de la sonda pleural se aplicaron las medidas necesarias para evitar infecciones.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/Nov/15	Evitar peligros	6	Total	Transitoria	Fuerza	Suplencia

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de fracaso terapéutico R/C inmovilización estricta de tracto esofágico.

Objetivo:

Evitar el riesgo de fracaso terapéutico en el neonato mediante actividades que fomenten la inmovilización esofágica en los primeros días de posoperada.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuidados pos operatorios de cirugía esofágica. 	
Acción de enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Mantener al Neonato en posición decúbito dorsal. • Evitar la salida de la sonda oro gástrica. 	<p>Posterior al cierre de atresia de esófago G III con fistula traqueo esofágico se tiene que mantener una posición decúbito dorsal adecuada para prevenir la atrofia o desprendimiento de los cabos, mismos que mantiene unidos los extremos del esófago²⁸.</p> <p>Posterior a la cirugía se coloca una sonda oro gástrica misma que durar de 10 a 14 días según el tratamiento y la mejoría del paciente, esta mantendrá permeable el esófago y evitará que se colapse el mismo²⁸.</p>
Evaluación <p>Durante la valoración se respetó el manejo mínimo para no alterar la etapa de recuperación del neonato. La cirugía fue efectiva días posteriores se logró la movilización y retirar la sonda.</p>	

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
4/Enero/16	Sueño y descanso	5	Moderada	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Alteración del sueño R/C intervenciones continuas para su tratamiento M/P irritabilidad y períodos cortos de sueño.

Objetivo:

Mejorar el patrón de sueño proporcionando un ambiente de confort y mantener contención para inducir el sueño en estadio "1".

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>✓ Favorecer el sueño.</p>	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agrupación de los cuidados y procedimientos. Así como disminuir la estimulación ambiental. • Cambios posturales. 	<p>Es un método sistemático de brinda cuidados humanísticos eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería es un método organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de cada neonato ya que responden de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma. El agrupar los cuidados de enfermería favorece que el lactante tenga más tiempo para descansar y dormir y así favorecer el neurodesarrollo³⁴.</p> <p>Los R/N permanecer en la posición que los profesionales de la salud los ubican, aunque ésta no sea fisiológica, brazos o piernas entablilladas por alguna vía periférica, extensión o flexión excesiva de los miembros. Estas posiciones anómalas pueden conducir a modificaciones en la extensión y elasticidad de los músculos, así como a contracturas musculares. Como sus tejidos cartilaginosos se encuentran en un proceso de maduración, y como los huesos, músculos y tendones son estructuras</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Diminución en la luz del área y ruido de la misma. 	<p>vivas y dinámicas, cuando los sujetamos con fuerzas externas inadecuadas pueden sufrir deformidades y provocar alteraciones en el desarrollo neuromotor ⁴⁵.</p> <p>El medio ambiente de los servicios Neonatales está diseñado para sostener médicamente al frágil recién nacido y contrasta ampliamente con el pacífico medio ambiente intrauterino.</p> <p>El medio ambiente del servicio neonatal puede interferir en el desarrollo del neonato, en sus estados conductuales y en la capacidad de desarrollar respuestas adaptativas. Los altos niveles de ruido en estas unidades neonatales corresponden a la mayor fuente de estrés para los neonatos. Un análisis cuidadoso del medio ambiente de las áreas neonatales muestra niveles de sonido en el rango de los 45 a los 80 decibeles, con alzas de hasta 120 decibeles⁴⁵.</p>
--	--

Evaluación

Inicio con un nivel de dependencia grado 6 posteriormente el tratamiento resulto favorable ye que las semanas posteriores mantiene periodos largos y profundos de sueño. Logro su dependencia en nivel 4.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
04/Enero/16	Movimiento y Postura	6	Moderada	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Deterioro de la movilidad y postura adecuada R/C malestar M/P conducta desorganizada.

Objetivo:

Evitar el deterioro de la movilidad en el neonato mediante medidas de confort continuas durante su estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cambios posturales. 	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar contención. ✓ Realizar cambios continuos de posición. (posterior a dos semanas de la cirugía) ✓ Rotación de aparatos de monitorización. 	<p>El uso de nidos para el recién nacido estuvo dirigido inicialmente a la atención del recién nacido prematuro en incubadora, como forma de cuidar el desarrollo. En el año 1982, la Dra. Heidelse Alspropusosu teoría sinactiva, según la cual el prematuro se organiza desde sus funciones más primitivas hacia las más desarrolladas y complejas. Quienes atienden al recién nacido deben comprender este proceso mediante la observación de sus conductas y acompañarlo adecuando la interacción a las posibilidades del R/N⁴⁵.</p> <p>El manejo de la posición es proporcionar apoyos posturales y de autorregulación que normalicen las experiencias sensorio-motoras del Neonato tanto como sea posible, mientras se acomodan las numerosas constricciones expuestas por su condición médica y del ambiente⁴⁵.</p> <p>El principal objetivo en la rotación de monitores es no dañar la piel y conservarla lo más posible en el aspecto fisiológico. Las practicas relativas al cuidado de la piel en los RN deben ser diferentes según se trate de termino o pre término⁴⁵.</p>

<p>✓ Brindar tratamiento no farmacológico para evitar malestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medio ambiente. • Posicionamiento. • Succión no nutritiva. 	<p>Las intervenciones no farmacológicas tienen como finalidad prevenir o reducir la intensidad de un proceso doloroso leve; en el caso del dolor moderado a severo, así como en los procedimientos invasivos, deber ser agregadas a las intervenciones farmacológicas.</p> <p>-Medio ambiente: disminuir la estimulación ambiental, como la eliminación y el nivel de ruido; minimizando los contactos, reduciendo el contacto en el Neonato.</p> <p>-Posicionamiento: si el paciente lo tolera, cambiar el decúbito y envolver al neonato en mantillas, manteniendo las extremidades flexionadas.</p> <p>-Succión no nutritiva: Ofrecer el chupete o un dedo para que el neonato lo chupe durante los procedimientos dolorosos y después de ellos, esto minimiza la intensidad y la duración del dolor⁴⁵.</p>
--	---

Evaluación

Mediante el cambio de postura y rotación de sensores, se logró mantener al Neonato libre de riesgos que afectaran su movilidad, logrando un nivel de dependencia de 6 a nivel 4.

Diagnóstico realizado con datos obtenidos en el área de cunero patológico.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/NOV/15	Protección de la piel	6	Moderada	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de pérdida de la integridad cutánea R/C piel de característica delgada y movilidad restringida.

Objetivo:

Favorecer la integridad cutánea a través de cuidados de higiene y protección de la piel del neonato durante su estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
Prevenir lesiones y brindar cuidados de protección e higiene de la piel.	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Precaución en la colocación de dispositivos biomédicos (fijaciones, mascarillas, electrodos y sensores). ✓ Utilización mínima de adhesivos. ✓ Cambios posturales y uso de colchones de gel o agua. 	<p>El mal uso del equipo biomédico puede causar alteraciones en la piel del Recién nacido ya que la piel es más delgada y mayor propensa a lesiones⁴⁵.</p> <p>La reducción en la utilización de adhesivos en la piel del neonato disminuye las lesiones cutáneas ya que el mayor problema en la piel del recién nacido se encuentra en el estrato corneo que es muy fino por tener pocas capas de células y esto deriva en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permeabilidad aumentada. • Menor cohesión entre la capa dérmica y epidérmica. • Manto ácido inmaduro. • Menores reservas nutricionales. <p>Riesgo aumentado de infección e irritación.</p> <p>La aparición de úlceras por presión es poco frecuente en los recién nacidos prematuros, debido a la gran superficie en relación al peso. Los recién nacidos que son sedados, paralizados y aquellos con presión arterial baja, con administración de inotrópicos, están en mayor riesgo de presentarlas, al igual que los</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar datos de infección en la herida. 	<p>órganos o tejidos adyacentes como músculos, nervios y/o vasos sanguíneos³³.</p> <p>En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir esta importante complicación, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario³³.</p>
--	---

Evaluación

Reducir al mínimo las lesiones debe ser considerado un componente clave en el cuidado diario brindado a los recién nacidos hospitalizados. Se brindaron dichos cuidados en el Neonato por lo que según la valoración realizada el estado de higiene y protección es óptimo. El nivel de dependencia inicio en 6 y se llevó a 5.

Diagnóstico realizado con la valoración de los tres servicios en los cuales se encontró.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
23/NOV/15	Termorregulación	5	Ligera	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C fluctuaciones en la temperatura ambiental.

Objetivo:

Evitar el desequilibrio de la temperatura corporal mediante actividades que favorezcan la termorregulación en el neonato durante su estancia en UCIN

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>✓ Cuidados de termorregulación.</p>	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la temperatura del Neonato en relación con la unidad calefactora. Medir la temperatura axilar del lactante cada hora. • Mantener el control de temperatura de la Cuna de calor radiante. • Evitar que instrumentos fríos como estetoscopio, tijeras etc. Tengan contacto directo con el recién nacido; calentar previamente. Colocar la cuna de calor radiante lejos de corrientes 	<p>La temperatura corporal es la medida relativa de o frío asociado al metabolismo del cuerpo humano y su función es mantener activos los procesos biológicos, esta temperatura varía según la persona, la edad, la actividad y el momento del día y normalmente cambia a lo largo de la vida. Para mantener constante esa temperatura, existen múltiples mecanismos, pero están controlados por el hipotálamo, que es donde se centraliza el control de la temperatura³⁶.</p> <p>El hipotálamo se encarga de regular las propiedades del medio interno, como la concentración de sales o la temperatura y en el neonato es importante monitorizarla ya que el hipotálamo aun es inmaduro. La pérdida de calor puede aparecer si se coloca al neonato en superficies o lugares fríos. La ganancia calórica se observa cuando se coloca al R.N. en un objeto más caliente que su propio cuerpo. La cuna de calor radiante provee de calor al R.N. por el mecanismo de convección y transmisión, por medio del cual una corriente de calor fluye a la superficie corporal del R.N.³⁶.</p> <p>El calor es transferido a la superficie corporal y se disipa a partir de ella por los mecanismos de convección, conducción, evaporación y radiación. Cuanto mayor es la superficie de contacto, mayor es la transferencia de calor³⁶.</p> <p>Es indispensable mantener monitorizado al paciente con el propósito de vigilar la termo labilidad de este.</p>

<p>de aire y evitar que se encuentren las ventanas abiertas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar el servo control al niño en el abdomen. • Mantener libre al Neonato de luces, ruido o estrés. 	<p>Los factores estresantes o irritables con los que pueda tener contacto el Neonato hacen que lllore y pierda calor³⁶.</p> <p>Mientras menos superficie corporal se encuentre expuesta, menos calor se perderá³⁶.</p>
---	--

Evaluación

El Neonato ha mantenido la temperatura entre 36.5° y 37.5°, se logra un estado de dependencia 5 a 3 ya que posterior mente en el servicio de Cunero patológico se encuentra en cuna abierta.

Diagnóstico realizado durante su estancia en el servicio de UCIN.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/NOV/15	Eliminación	3	Moderado	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Riesgo de alteración de la eliminación intestinal R/C ausencia de estímulo enteral.

Objetivo:

Reducir el riesgo de la eliminación intestinal a través de favorecer la motilidad intestinal en el neonato.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<p>✓ Control y balance de líquidos.</p>	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aporte hídrico. • Vigilancia y registro de evacuaciones. • Medición de perímetro abdominal y valoración del abdomen. • Monitoreo de los líquidos. 	<p>Las alteraciones en el equilibrio de líquidos y electrolitos son los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en los recién nacidos prematuros y gravemente enfermos y que a su vez permanecen mucho tiempo en el área hospitalaria por lo tanto el objetivo de la terapia con líquidos y electrolitos es garantizar que el recién nacido hospitalizado tenga una transición adecuada del medio ambiente acuático que tiene en el útero a un ambiente seco después del nacimiento³⁸.</p> <p>Los valores de referencia en evacuaciones en el recién nacido (RN) son orientativos, siendo la repetición en el tiempo y su tendencia las que proporcionan una valoración más fiable.</p> <p>La medición del perímetro abdominal y su valoración son de suma importancia ya que se pueden detectar alteraciones, intolerancia a la alimentación, ausencia de ruidos peristálticos tomando en cuenta las características de este.</p> <p>En el monitoreo se requiere recolectar datos pertinentes: • Ingesta • Pérdidas • Peso corporal • Electrolitos en sangre • Osmolaridad urinaria o gravedad específica.</p> <p>Si la ingesta es insuficiente: la compensación esperada será disminución del volumen urinario (con aumento de su osmolaridad) Deshidratación Riñón ineficiente para concentrar la orina Hipernatremia⁴⁷.</p>

Evaluación

El estado hídrico se mantiene positivo, durante la semana de evaluación. Durante el tratamiento no presento alteración en el estado hídrico. Se pretende continuar con los cuidados para mantener un estado de hidratación sin alteraciones.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
4/Ene/16	Vestir	6	Total	Transitoria	fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Disponibilidad para satisfacer la necesidad de vestido M/P preocupación de la madre en cuanto a la ropa que debe usar el Neonato.

Objetivo:

Mantener la disposición de la madre mediante orientación sobre la vestimenta más apropiada para el neonato durante su estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asesoramiento para el vestido del neonato. 	
Acción de enfermería <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento para el tipo y características de la ropa a su egreso. 	<p>La ropa debe ser amplia y liviana para permitir libertad de movimiento. No obstante, la ropa interior, como las camisetas y los bodies de algodón, no deben quedar demasiado sueltos.</p> <p>Además de ser impórtate informarle a la madre que la a toda la ropa se le deben quitar las etiquetas que puedan lesionar la piel del bebe y que la ropa interior se debe colocar con las costuras por fuera³⁹.</p>
Evaluación: La madre logro despejar todas sus dudas y expresa sentirse más segura con la información. Mantiene un nivel de dependencia 6 y llega a 5.	

<ul style="list-style-type: none">• Utilizar la escala de Confort para la identificación de dolor.	La evaluación del dolor debe de ser considerada como el “quinto signo vital” es decir que tiene que incorporarse la evaluación del dolor en cada obtención de los signos vitales y el estado del Neonato. Por tal razón se valora con la escala de CRIES ya que esta mide el dolor mediante el periodo posoperatorio del recién nacido ³⁴ .
--	--

Evaluación

Por medio de las escalas de valoración se logró identificar eventos de estrés e irritabilidad en el neonato, de esta manera se brindaron medidas de confort. Mantiene nivel de dependencia 6.

Diagnóstico elaborado en el área de Cunero patológico.

<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la aceptación del cuidador en su papel de madre. • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos de la madre. 	<p>Como aspectos aplicados, se deben favorecer los canales de comunicación entre el personal del contexto hospitalario y los familiares de los pacientes, así como con el propio niño, ya que esto contribuirá a reducir el estado de ansiedad familiar. El apoyo social que la familia pueda obtener durante el proceso de enfermedad del hijo y, sobre todo, a lo largo de la hospitalización, es también un factor importante de cara a la reducción de alteraciones emocionales tanto en los padres como en los hijos³⁵.</p> <p>La participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados es un tema que viene siendo investigado, destacándose el hospital como un ambiente no familiar y que ocasiona cambios en los papeles parentales. La hospitalización de niños constituye un evento en que hay necesidad de contar con una mejor comunicación, información adecuada y negociación de cuidados, existiendo barreras y facilidades para la participación de los padres³⁵.</p>
---	--

Evaluación

Durante el transcurso en el que el neonato se encontraba hospitalizado la madre se muestra preocupada, le cuesta aceptar que estado de su hija, poco a poco se integra al tratamiento. Inicia en un estado de dependencia 6 a 4.

Diagnóstico realizado durante su estancia en el área de cunero patológico.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
3/Nov/15	Recreación	6	Total	Transitoria	Fuerza	Ayuda

Diagnóstico de enfermería:

Alteración en la recreación R/C estado físico y entorno M/P imposibilidad para interactuar con el cuidador y realizar actividades.

Objetivo:

Favorecer la recreación en el neonato mediante estimulación temprana durante su estancia hospitalaria

Intervención de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicios de estimulación según el estado físico del neonato. 	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ejercicios de estimulación. • Ayudar al familiar a identificar el déficit de movilidad. 	<p>Las ventajas de la estimulación temprana en la prevención de posibles alteraciones motoras, psicológicas, cognitivas y sociales en las futuras etapas del desarrollo y en la pronta recuperación del Neonato hospitalizado en una Unidad de Cuidados Intensivos; establecer y definir las intervenciones de enfermería indicadas y su aplicación en la estimulación temprana del Neonato. Teniendo en cuenta que la atención temprana tiene como finalidad ofrecer a los niños con déficit o con riesgo de padecerlos un conjunto de acciones optimizadoras que logren compensar o facilitar la adecuada maduración en todos los ámbitos, pueden destacarse dentro de ella dos instancias de intervención complementarias y simultáneas⁴⁵.</p>

Evaluación

Durante la evolución del neonato, no se logró brindar ejercicios de estimulación, suficientes para su mejora. Continúa con nivel de dependencia 6.

PLAN DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS DE ENFERMERÍA NEONATAL

Fecha	Necesidad	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Duración de la dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
4/Nov/15	Creencias y valores	2	Ligera	Transitoria	Voluntad	Acompañamiento

Diagnóstico de enfermería:

Disponibilidad para satisfacer las necesidades de creencias M/P la madre constantemente apoya espiritualmente al neonato y le acerca imágenes religiosas.

Objetivo:

Mantener el estado óptimo de costumbres religiosas para la mejoría del neonato durante la hospitalización.

Intervención de enfermería	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo espiritual. 	
<p>Acción de enfermería</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Apoyo espiritual. ✓ Permitir a la madre ejercer libremente su religión en el área. 	<p>Uno de los hechos más habituales es el de asociar todo lo que implica el término creencia con religión. Si bien es cierto que el factor religioso tiene un papel importantísimo en el substrato cultural de toda persona, esto no es impedimento para dotar la palabra creencia de expresión mucho más plural y al margen de la religión. En este sentido se incluirían todo el apartado de las grandes creencias humanistas y todas aquellas creencias de tipo más cotidiano⁴⁷.</p> <p>Es la necesidad de rendir culto de acuerdo con la propia fe y valores de la persona. Las personas adoptamos actitudes o realizamos actos y gestos de acuerdo al ideal de justicia, del bien y del mal o para seguir una ideología.</p>

Evaluación

La madre de religión católica, manifiesta mantener "FE" para la pronta recuperación del neonato, al permitir ingresar imágenes religiosas.

8. CONCLUSIONES

Los conocimientos necesarios para los cuidados de enfermería tienen que contemplar a la persona en sus esferas biológica, psicológica, espiritual y social. Enmarcados en un modelo conceptual que contribuyan la información obtenida, como lo es la filosofía y organizar el contexto de Virginia Henderson, como método científico que sistematice el trabajo y lo lleve a la práctica. Es necesario mantener una relación interpersonal con la familia además de conocimientos éticos, legales y comunicación terapéutica con el paciente y/o familia. Se considera que todos estos elementos son la clave para que pueda llevarse a cabo la relación de ayuda.

Por medio del presente Proceso Atención de Enfermería se logró aplicar las distintas etapas enfocadas a un neonato con alteración principalmente en las necesidades de alimentación, oxigenación y seguridad y protección. Permitiendo posteriormente realizar la ejecución de un plan de cuidados y así satisfacer dichas necesidades. Se identificó el habitus externo que influyó en estado de salud y en la alteración de las necesidades.

Un modelo conceptual, no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda (eje fundamental del proceso de cuidados) con los pacientes y/o familias. Los profesionales de enfermería necesitamos una formación adecuada, para asumir este tipo de intervenciones, así como mayor implicación y responsabilidad en las mismas. Al destacar la importancia del trabajo en equipos inter-multidisciplinar y apostar por la relación de ayuda como un proceso de crecimiento personal de los usuarios y profesionales.

9. SUGERENCIAS

Durante la realización del presente estudio de caso se detectó que hacen falta más conocimientos enfocados a los cuidados post operatorios en la cirugía para la corrección de la atresia de esófago, estos son fundamentales ya que de ellos depende el éxito sobre la corrección del defecto. Como ejemplo tenemos la no movilización de la sonda y el posicionamiento del neonato ya que estos cuidados son fundamentales en el tratamiento.

El fomento hacia la lactancia materna, los ejercicios de succión y deglución, son de suma importancia debido a que el tratamiento posterior a la cirugía incluye un AHNO terapéutico con apoyo de la Nutrición parenteral, cuando se decida el inicio de la vía enteral será primeramente por sonda y posteriormente por succión, en este punto es fundamental el conocimiento de la enfermera especialista.

Es por tal razón que la especialización de la enfermera juega un papel importante dentro del área de neonatología, pues los tratamientos son cada vez más complejos. Tiene que haber un gran compromiso para cubrir las necesidades afectadas y llevarlas a un grado de dependencia – independencia favorable para el beneficio del neonato.

10. GLOSARIO

Anatomía: Estructura o disposición de los órganos y las partes del cuerpo de un ser orgánico.

Antibiótico: Sustancia química producida por un ser vivo o fabricada por síntesis, capaz de paralizar el desarrollo de ciertos microorganismos patógenos, por su acción bacteriostática, o de causar la muerte de ellos, por su acción bactericida.

Atresia de esófago: La atresia de esófago es una malformación congénita que afecta al esófago del recién nacido y que se caracteriza por carecer de permeabilidad esofágica con o sin comunicación a la vía aérea.

Broncoscopia: Es un examen para visualizar las vías aéreas y diagnosticar enfermedad pulmonar. Este examen se puede utilizar igualmente durante el tratamiento de algunas afecciones pulmonares.

Congénito: Estado hereditario es lo transmitido por las células sexuales y lo congénito es lo que está presente en el momento del nacimiento. Existen anomalías heredadas por transmisión genética y anomalías congénitas que se manifiestan en el momento del nacimiento.

Conocimiento: 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.

Consentimiento informado: Documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el *consentimiento informado* autoriza a una persona a participar en un estudio, así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

Cromosoma: Agregados de DNA y proteínas llamadas histonas, en forma de X que se forman a partir de la cromatina durante la división celular. Los cromosomas contienen la información genética.

Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Diagnostico: Un diagnóstico es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición.

Embriología: La Embriología es la ciencia biológica que estudia el desarrollo prenatal de los organismos y trata de comprender y dominar las leyes que lo regulan y rigen.

Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

Entorno: Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Esófago: El esófago es la primera parte del tubo digestivo y se extiende desde la garganta hasta el estómago. Tiene una forma de tubo, más o menos recto, y recorre el centro del tórax, entre ambos pulmones y por detrás del corazón.

Estomago: Ensanchamiento del tubo digestivo del hombre y otros animales situado entre el esófago y el intestino, en cuyas paredes están las glándulas que segregan los jugos gástricos que intervienen en la digestión.

Etiología: Parte de la medicina que estudia el origen o las causas de las enfermedades.

Feto: Embrión de los vivíparos a partir del momento en que ha adquirido la conformación característica de la especie a que pertenece (en los humanos, a finales del tercer mes de gestación) hasta el nacimiento.

Fistula: Conducto anormal que se abre en una cavidad orgánica y que comunica con el exterior o con otra cavidad.

Fuente de dificultad: Son 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:

Fuerza: Se entienda 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.

Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Individuo: Ser vivo, animal o vegetal, perteneciente a una especie o género, considerado independientemente de los demás.

Malformación: Deformidad física o anomalía, en especial congénita, que resulta de un error en la producción y evolución de los caracteres morfológicos.

Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

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

Metodología: Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica, un estudio o una exposición doctrinal.

Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.

Necesidad: Se llamará necesidad a aquellas sensaciones de carencia, propias de los seres humanos y que se encuentran estrechamente unidas a un deseo de satisfacción.

Neonato: Se llama neonato al recién nacido, que es un bebé que tiene 28 días o menos, contados desde el día de su nacimiento, ya sea que haya sido por parto

natural o por cesárea. La palabra se aplica tanto a aquellos bebés nacidos antes de tiempo, en tiempo y forma o pasados los nueve meses de embarazo.

Norma: Regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades. En el ámbito del derecho, una norma es un precepto jurídico.

Nutrición Parenteral total: La nutrición parenteral consiste en la administración de nutrientes por vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir las necesidades energéticas y mantener un estado nutricional adecuado en aquellos pacientes en los que la vía enteral es inadecuada, insuficiente o está contraindicada.

Oxigenoterapia: Medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia. El oxígeno utilizado en esta terapia es considerado un fármaco en forma gaseosa.

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

Plan de Cuidados: Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

Prenatal: Es un concepto que se utiliza para nombrar a aquello que surge o que tiene existencia desde instancias previas al nacimiento. El término se forma con la unión del prefijo pre (referente a lo que antecede) y el adjetivo natal(vinculado al nacimiento).

Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Radiografía: La radiografía es la técnica que, a través del uso de rayos X, permite obtener una imagen del interior del organismo.

Reflujo: Es una afección que ocurre cuando los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hasta el esófago.

Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida.

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.

11. Referencias Bibliográficas

1. Vara M. y colaboradores "Atresia de esófago estudio descriptivo de una serie de 34 pacientes" Acta Pediatr Esp. 2014;72(4):76-78 [internet] [consultada 10 diciembre 2016]. Disponible: www.actapediatrica.com.
2. Guerrero R. y colaboradores "Manejo anestésico para la cirugía de atresia de esófago en un neonato con síndrome de Goldenhar" Rev Bras Anestesiol, 2015;65(4):298-301. [internet] [consultada 10 diciembre 2016] Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.201307.013>.
3. López L.M. y colaboradores "Sobrevida y resultados clínicos de los pacientes nacidos en Bogotá entre enero de 2009 y diciembre de 2013 con atresia esofágica" Universidad militar nueva granada facultad de medicina hospital militar central trabajo de grado programa de Cirugía Pediátrica. [internet] [consultado 10 diciembre 2016]. Disponible: <http://hdl.handle.net/10654/7269>.
4. Erazo A. y colaboradores "Propuesta de cuidado de enfermería para el bienestar de los recién nacidos en post operatorio de corrección de patologías gastrointestinales" Universidad de la Sabana 3-04-2013 [Internet] [fecha de consulta 14-enero-2016] Disponible: <http://hdl.handle.net/10818/10419>.
5. Delgado R. M. y colaboradores "Fundamento Filosófico de la propuesta de Virginia Henderson", Revista ENEO-UNAM, 2010 Vol. 4, No. 1, [Internet] [Consultada 01 octubre 2015] Disponible: www.revistaunam.mx/index.
6. Martínez C. y colaboradores "Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización" Enfermería Universitaria. [Serie de Internet]. 2015. [Citado el 02/10/15]; 12 (3): 160-170. Disponible: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000354>.
7. Pino A.P. "Aplicación de la Teoría de Henderson y su aproximación al Cuidado avanzado en Enfermería en un Servicio de Pediatría" Medwave. [Serie de Internet]. 2012. [Citado el 02/10/2015]; (10):e5548 doi: 10.5867/medwave.2012.10.5548. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link>.
8. Jiménez A.B. y colaboradores "Algunas reflexiones sobre la Filosofía de Virginia Henderson" Rev Enfermería IMSS. [Serie de Internet]. 2004. [Citado el 02/10/15]; 12 (2): 61-63. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim042a.pdf>.
9. Barroso R. y colaboradores "Fuentes teóricas de la enfermería profesional: Su influencia en la atención al hombre como ser biopsicosocial" Rev Cubana Salud Pública. [Serie de Internet]. 2001. [Citado el 02/10/15]; 27(1): 11-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002.

10. Huitzi J.X. y colaboradores "Implantación del Proceso Atención Enfermería en un área de salud: "Modelos y Estructuras de valoración utilizados"; Revistas Latino-Am. Enfermagem octubre 2014;22(5):772-7 [internet] [consultada diciembre 2015] Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.
11. Duque P.A. "Factores Relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín Colombia" Revista Universidad y Salud 2014 Vol.16(1):93-104 [Internet] [Consultada 01 octubre 2015] Disponible en: www.bioetica.ucgile.cl
12. Díaz A. Moran R. y colaboradores "Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de enfermería" Enfermería Universitaria 2015;12(1):36-40 [internet] [Consultado 12 enero 2016] disponible en: <http://www.elsevier.es>.
13. Martínez M, Pérez M. "Proceso de Atención de Enfermería a una lactante con neumonía" Enfermería Universitaria 2014;11(1):36-43. [internet] [consultada 10 de diciembre 2015] Disponible en: www.elsevier.es
14. Carrillo ME, Sierra PM "Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson" Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. [Serie de Internet]. 2013. [Citado el 02/10/15]; 21 (3): 111-117. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2013/en133d.pdf>.
15. Delgado M. y colaboradores "Fundamentos Filosóficos de Virginia Henderson", Revista ENEO-UNAM, 2010 Vol. 4, [internet] [consultada 10 de octubre 2015]. Disponible en: www.revistaunam.mx/index.
16. González P. "Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica" Rev. Mex Enferm. Cardiológica 2013; 21(1):24-29. [internet] [consultada diciembre 2015]. Disponible en: www.medigraphic.com/enfermeriacardiologica.
17. Alvarado-Pacheco P, Cruz-Jiménez M. "Proceso Atención Enfermería a un adolescente por ventrículo único" Enferm. univ vol. 10 No. 03 México Julio/sept 2013 [internet] [consultada diciembre 2016] Disponible en: www.revistaunam.mx/index.
18. Lendínez J.F, "Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN" Edita: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN [Internet] [consultada diciembre 2016]. Disponible en: www.enfermeriajaen.com comunicacion@enfermeriajaen.com.

19. Reina N.C. "El Proceso Atención Enfermería: Instrumento de Cuidado" Umbral científico, num 17, dic 2010. PP 8-23. "[internet] [consultada 10 marzo 2016]. Disponible en: <http://redaluc.org/articulo.oa?id=30421294003>.

20. González J. "Aplicación del proceso Atención Enfermería a la salud laboral" MedSedurTrab 2011; 57 (222) Pag. 15-22 [internet] [consultada noviembre 2015]. Disponible en: scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/especial2.pdf

21. Gayoso I, Sánchez C. "Proceso Atención Enfermería" Universidad del estado de Hidalgo. [internet] [consultada enero 2015]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n1/m3.html>.

22. Lendínez J.F. "Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN" Edita: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén Sefarad, 42- 1º- D y bajo 23006 JAÉN [internet] [consultada octubre 2016] disponible en: www.enfermeriajaen.com comunicacion@enfermeriajaen.com.

23. Fátima Rodríguez "Hablemos de enfermería entre Profesionales Docentes y Estudiantes" noviembre 2015. [internet] [consultada enero 2016] Disponible en: <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>.

24. Pascual A. "Ética Y Enfermedad" Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 2010 [internet] [consultada 9 de marzo 2016] Disponible: mcgraw-hill.com.mx/catalogo/pdf/MGH_catalogo_bachillerato.pdf.

25. Sondaba J. *Diccionario de Ética*. Editorial Planeta. Barcelona. España. 2000. Pág. 93. 2010 [fecha de consulta 9 de marzo 2016].

26. Castillo A. "Principios, Normas y Obligaciones del médico" Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Módulo Num 1, Caracas. Pp.235-245 2010 [internet] [fecha de consulta 9 de marzo 2016] Disponible: www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001.

27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [internet][consultada marzo 2016] Disponible. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html

28. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. Secretaria de Salud, 2010. 60, págs. [internet] [consultada 11 de marzo 2016] Disponible: www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB.pdf

29. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 [internet] [consultada 11 marzo 2016] Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html.

30. Pediatra Neonatóloga, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Fecha de recepción: 06-06-11 Fecha de aceptación: 21-10-11.
31. Moore KL. Persaud TVN. Embriología Clínica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001. pp. 288-289.
32. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México Fecha de recepción: 06-06-11 Fecha de aceptación: 21-10-11.
33. Lic. Ana Quiroga, Enf. María Montes. "Clínica de enfermería Neonatal" Vol. 2 Cuidados Infecto lógicos SIBEN.
34. Dr. José Alberto Ávila 12 de marzo 2013 Instituto Nacional de Ciencias Médicas.
35. L.E. Ma. Jovita Plascencia, Dra. Gicela Villalobos. "Cuidados del recién nacido críticamente enfermo" tomo 3. INPER.
36. Texto obtenido: <http://www.medigraphic.com/inper>.
37. Guía práctica de termorregulación en el Recién nacido Siben 2010.
38. Tamez Silva "Enfermería en la unidad de Cuidados Intensivos neonatales"
39. J. Casado flores, A. Martínez, A. Serrano. "Ventilación Mecánica en recién nacidos".
40. Texto obtenido www.elsevier.es/anpediatric.
41. L.E. Ma. Jovita Plascencia, Dra. Gicela Villalobos. "*Cuidados del Recién Nacido Críticamente Enfermo*" Tomo 1. INPER.
42. "*Normas y Procedimientos de neonatología*" INPER.
43. L.E. Ma. Jovita Plascencia, Dra. Gicela Villalobos. "Cuidados Avanzados en el Neonato" Tomo 4. INPER.
44. Texto obtenido: www.fundasamin.org.ar/download
45. Texto obtenido: <http://www.medigraphic.com/inper>
46. Texto de Neonatología – Asociación Colombiana de Neonatología.
47. Texto obtenido. www.scielo.br/scielo.php

12. ANEXOS

Hospital infantil del México
Federico Gómez
Departamento de enfermería

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 realizaran, 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: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DEL RECIÉN NACIDO GRAVE

1. IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Sexo _____ Edad gestacional _____ Edad en semanas _____ Edad corregida _____ Peso al nacer _____ Talla al nacer _____ Nombre de la madre _____
 Diagnóstico médico _____ Fecha _____

2. ANTECEDENTES FAMILIARES

ESTRUCTURA FAMILIAR

MAPA FAMILIAR



Simbología

Hombre  Mujer  Fallecimiento   Paciente problema  

Relación muy cercana  Relación cercana  Relación distante 

Nombre	Relación afectiva	Edad	Escolaridad	Ocupación	Aporte económico

Análisis de la estructura familiar

Características de la vivienda

3. FACTORES DE RIESGO

a) Obstétricos:

b) Durante el parto:

c) Al nacimiento

Motivos de hospitalización

4. EXPLORACIÓN FÍSICA

<i>Antropometría</i>		<i>Signos vitales</i>	
Peso		FR	
Talla		FC	
PC		T/A	
PA		Temp	

ASPECTO GENERAL
CABEZA (cara, ojos, orejas, nariz, boca)
CUELLO
TORAX

CARDIOVASCULAR
RESPIRATORIO
ABDOMINAL
GENITALES
COLUMNA VERTEBRAL
EXTREMIDADES

4.1 EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

--

5. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

5.1 Oxigenación

Inspección

Silverman Anderson	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Puntuación					
Signos					

Presencia de secreciones

Sitio	Característica	Lunes	Martes	Mierc	Jueves	Viernes
Oral	Cantidad					
	Consistencia					
	Color					
Nasal	Cantidad					
	Consistencia					
	Color					
Endotraqueal	Cantidad					
	Consistencia					
	Color					

Auscultación

SONIDOS VENTILATORIOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Adecuada permeabilidad					
Disminución de la permeabilidad					
Ausencia de permeabilidad					
Crepitaciones/ estertores					
Sibilancias					
Roncus					
Estridor					

GASOMETRÍA

Constantes	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
pH					
PO2					
PCO2					
HCO3					
Interpretación					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

Oxigenoterapia

FASE VENTILATORIA	PARÁMETRO	LUNES	MARTES	MIERC	JUEVES	VIERNES
FASE 1 Modalidad _____	FiO ² _____ % Ltx'					
FASE 2 Modalidad _____	FiO ² _____ % Ltx'					
FASE 3 Modalidad _____	FiO ² _____ % TI PEEP PIP FR					

Medicamentos para mejorar el estado respiratorio

5.1.1 Valoración de la función cardiovascular: Auscultación y palpación

		Lunes	Martes	Mierc.	Jueves	Viernes	Biometria Hemática
Ritmo cardíaco	Regular						
	Irregular						
	Arritmia						
Llenado capilar	Inmediato						
	Mediato						
	Tardío						
Soplo	Audible						
	No audible						
Pulso	Normal						
	Saltón						
	Débil						
	Ausente						
Sat O ²							

Gráfica de constantes vitales

Temp	F.R	F.C	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
			8:00	12:00	8:00	12:00	8:00	12:00	8:00	12:00	8:00	12:00
	120	200										
41	100	180										
40	90	160										
39	80	140										
38	70	120										
37	60	100										
36	50	80										
35	40	60										
34	30	40										
	20	20										
			T/A		T/A		T/A		T/A		T/A	

Temp. Color rojo

FR .Color azul

FC. Color verde

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.2 Alimentación e hidratación

Datos objetivos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Observaciones
Peso						
Talla						
Incremento ponderal						
Perímetro abdominal						
Glicemia						

Estado de Hidratación

Inspección/palpación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Otros signos
Aspecto de la piel						
Turgente						
Hidratada						
Aspecto de las fontanelas						
Normotensa						
Abombada						
Hundida						

Alimentación

Vía de administración	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Enteral					
Seno materno					
Formula (Especifique)					
Cantidad					
Técnica					

Líquidos

Líquidos	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
NPT					
Lípidos					
Kcal/día					
Sol. de base					
Sol. PMVP					
Líquidos reales					
Líquidos totales					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.3 Eliminación

Características de la orina	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Cantidad					
Color					
Olor					
Densidad					
Espontánea					
Globo vesical					
Sonda vesical					
Estudios de laboratorio			Resultados		
Examen general de orina					
Urocultivo					
Electrolitos séricos					

Características de la eliminación	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Observaciones
Espontánea						
Estimulación rectal						
Formada						
Grumosa						
Líquida						
Otra						
Acólica						
Amarilla						
Verde						
Hemátocquexia						
Melena						
Meconio						

Drenaje de la cavidad gástrica:

Drenajes Cantidad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Cavidad gástrica					
Sonda orogástrica					
Fístulas					
Otros (Especifique)					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

Control de líquidos (balance Hídrico)

Fecha	Ingresos		Total ingresos	Egresos				Total de egresos	Perdidas Insensibles	Balance
	V.O	I.V		O	E	V	D			
Lunes										
Martes										
Miércoles										
Jueves										
Viernes										

Código: Orina =O, Evacuaciones = E, Vómito = V, Drenes = D

Formula de Perdidas Insensibles

P.I= Superficie corporal X 600/24 X hr trabajadas

P.I X turno = P.I + hr trabajadas

Superficie corporal = peso en Kg X 0.05 + 0.05 = m²SC

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.4 Termorregulación

Factores que contribuyen a la hipotermia o hipertermia	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
*Prematurez					
**Incubadora de doble pared					
**Cuna de calor radiante					
Ambientación					
Infección					

*Especifique las SDG

**Especifique la temperatura con que se programó la incubadora

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.5. Seguridad y protección

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Observación
Barrera primaria						
Integridad cutánea						
Tipo de catéter						
Localización						
Barrera secundaria						
BH						
Inmunoglobulinas						
Factores ambientales						
Luz						
Ruido						
Riesgos						
Caídas						
UPP						
Infección						
Lesión neurológica						

Señale el sitio de inserción de catéteres así como de sondas u otros medios de invasión



Diagnóstico de enfermería

Objetivo

Valoración del dolor

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Escala utilizada					
Calificación					
Medidas para mitigar el dolor					
Resultado					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.6 Movimiento y postura

Valoración	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Estudios realizados	
Movimientos							
Simétricos							
Asimétricos							
Características del movimiento							
Inquieto							
Convulsiones							
Temblores							
Clonos							Dispositivos que dificulten el movimiento
Actividad							
Irritable							
Alerta							
Dormido							
Postura							
Fetal							
Flacidez							
Espástico							

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.7 Higiene y protección de la piel

Valoración	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Medidas de higiene					
Baño de artesa					
Baño de esponja					
Baño de inmersión					
Aseo de cavidades					
Lubricación de la piel (especifique)					
Cambio de ropa de cama					
Protección de zonas de riesgo (especifique)					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.8 Descanso y sueño

Valoración	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Estadio del sueño					
Interrupción del sueño (Especifique)					
Penumbra					
Horas					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.9 Vestido y desvestido

Utiliza prendas de vestir _____

Características de la ropa _____

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.10 Comunicación

Teoría de Autorregulación				
Sistema	Signos de estabilidad	Signos de estrés		
Autonómico	Respiración tranquila y regular, coloración normal. Reducción de temores y signos viscerales. <input type="checkbox"/>	Pausas respiratorias, taquipnea, cambio de color a cianótico, marmóreo a pálido. Tremores, hipo, vómito, bostezos, regurgitación. <input type="checkbox"/>		
Motor	Modulación de la postura y tono. Actividad mano boca. <input type="checkbox"/>	Flacidez, hipertono e hiperextensión de manos y piernas. Manos abiertas, mano en cara. <input type="checkbox"/>		
Estado vigilia-sueño-despertar-llanto	Alerta e interactúa, acepta consuelo, duerme tranquilo, sonríe. <input type="checkbox"/>	Despierto, cambios bruscos de dormido a despierto. Irritable con difícil consuelo. <input type="checkbox"/>		
Atención-interacción	Acepta estimulación visual, estabilidad de los otros sistemas <input type="checkbox"/>	Aversión a la mirada, somnolencia e inestabilidad de los estados o autonómico. <input type="checkbox"/>		
Autorregulación	Acepta estimulación e interactúa. Estabilidad de los subsistemas <input type="checkbox"/>	Inestabilidad de los subsistemas <input type="checkbox"/>		
Evaluación ¿Cuántos signos de estrés tiene?				
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

Diagnóstico de enfermería

Objetivo

5.11 Creencias y valores, realización y recreación

Valoración	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Existen creencias y/o costumbres que interfieren con el cuidado					
Lactancia materna					
Estimulación temprana (Especifique)					
Recibe visita					
El visitante interactúa con el neonato (Especifique)					

Diagnóstico de enfermería

Objetivo
