



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UN “RECIEN NACIDO
PRETERMINO” CON ALTERACIÓN EN LAS NECESIDADES BÁSICAS DE
VIRGINIA HENDERSON EN EL HOSPITAL DE LA MUJER.

PARA OBTENER TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

DIANA OCHOA ROSADO

No 09161619 9

CON LA ASESORIA DE LA
DRA. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO

CIUDAD DE MÉXICO, 2019.



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.

DEDICATORIA

En este día doy gracias a Dios por darme la bendición más grande, el poder continuar y darme la dicha de lograr todas mis metas, de abrirme camino día a día, de darme la fortaleza para superar las adversidades que se presentaron durante la realización de este trabajo y durante mi formación académica, pero principalmente agradezco a Dios por permitirme estar hoy aquí para poder cumplir con una meta más en vida.

Gracias padre Jehová.

A mis Hijos Leroy Ochoa y Rodrigo Ochoa

Por haberme dado la oportunidad de seguir creciendo como persona, como madre y como profesional, por permanecer a mi lado en las buenas y en las malas, por darme de su tiempo y paciencia, por permitirme lograr una meta más en mi vida, siempre juntos, con mucho amor a mis hijos.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos por haber confiado en mí, por brindarme su apoyo y confianza incondicional, por haberme dado cariño y sonrisas, por llenar mi vida de voluntad para seguir adelante.

A mi asesora: Dra. Clarissa gracias por haber creído en mí, por su enseñanza y paciencia, por el tiempo dedicado.

Dios la bendiga.

A mis sinodales: Por la confianza, por su apoyo y su tiempo.

A mi Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por abrirme las puertas para continuar con mi desarrollo profesional.

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	7
3.-OBJETIVOS.....	8
3.1 OBJETIVO GENERAL	8
3.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
4.- MARCO TEÓRICO	9
4.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.....	9
4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	12
4.3 CUIDADO DE ENFERMERÍA.	15
5.- FLORENCE NIGHTINGALE	17
5.1 CONCEPTOS DE LA DISCIPLINA SEGÚN LA TEORIA DE FLORENCE.....	19
6.- VIRGINIA HENDERSON.....	21
6.1 VIRGINIA HENDERSON Y SU MODELO DE ATENCIÓN.....	22
6.2.- 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:	23
6.3.- METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.	26
7.-PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	28
7.1.-VALORACION:.....	29
7.2.-DIAGNOSTICO:	32
7.3.-PLANIFICACIÓN:.....	33
7.4.-EJECUCIÓN:	34
7.5.- EVALUACIÓN:	35
8.- NEONATO PRETERMINO.....	37
8.1.- CONTROL TÉRMICO	38
8.2 VIGILANCIA METABOLICA.	39
8.3.-VIGILANCIA PARA EVITAR INFECCIONES.....	40
8.4.- ASPECTOS NUTRICIONALES.....	41

8.5.- REGISTRO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	43
8.6.- CARACTERISTICAS DEL NEONATO PRETERMINO.....	45
9.- METODOLOGÍA	47
10.- VALORACIÓN DEL PACIENTE.....	48
12.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES.....	56
13.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	57
14.- PLAN DE ALTA.....	63
15.- CONCLUSIONES.....	67
16.-REFERENCIAS.....	68
17.- ANEXOS	69

1.-INTRODUCCIÓN

La enfermería es una disciplina que ha ido evolucionando de acuerdo a los factores sociológicos e históricos, estos cambios se han experimentado a causa de las necesidades e influencia de la sociedad, así como la continua lucha por su autonomía y profesionalización. Los aspectos recurrentes con es la influencia de la mujer en esta posición, los valores religiosos, guerras, actividades sociales y el liderazgo visionario de la enfermería han influido hasta hoy día en la práctica de la enfermería.

Uno de los principales avances de la enfermería fue llevado a cabo por dos principales enfermeras, una de ella que dio inicio a este cambio fue Florence Nightingale y Virginia Henderson siendo una de las primeras enfermeras contemporáneas que dio como definición de la enfermería, como “las función propia de la enfermera en la asistencia al individuo, enfermo o sano, en la realización de acción enfocadas a la salud o su recuperación, así mismo a una muerte digna, de esta manera que la pudiese realizar por sí mismo, en voluntad y conocimiento, ayudándolo a adquirir su pronta recuperación, tomando en cuenta su entorno”, por ello Henderson veía a las enfermeras relacionadas con el individuo, teniendo como principal objetivo proporcionar cuidados en la promoción de la salud, prevención y recuperación de la misma, así como el cuidado a enfermos terminales, por ello la enfermería ha ido adquiriendo diferentes roles importantes en el ámbito de la salud.

En la actualidad y de acuerdo a los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, se ha dado a conocer que cada año se han observado más de 15 millones de nacimientos de bebés prematuros, mundialmente, en este contexto la prematuridad se ha definido como la edad gestacional del neonato entre 21 y 37 semanas de gestación, atribuyéndose unos de los factores de mayor importancia en la morbilidad neonatal en el mundo, siendo esto un factor de relevancia para la enfermería y por el alto índice de prematuridad y sus complicaciones, se ha visto en la necesidad de establecer el cuidado enfermero en pacientes prematuros, ya que el profesional de enfermería debe de contar con una preparación eficiente y competente que le permita brindar una atención de calidad.

Por ello, este gran avance en la atención fue el Proceso Atención de Enfermería, se ha visualizado y establecido como un método sistemático centrado en el paciente, en el cual se estructura la presentación de los cuidados de enfermería, donde se obtienen datos específicos del paciente y la familia, en el cual se realiza un análisis con la finalidad de identificar los problemas reales y potenciales para la planeación de las intervenciones de enfermería destinados a conseguir resultados establecidos.

El proceso de atención de enfermería se encuentra dividido en cinco etapas las cuales son: Valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, el proceso de atención es considerado cíclico ya que sus componentes tienen una secuencia lógica con base en el método científico dentro de la práctica clínica.

Por ello llevaremos a cabo la elaboración de un proceso de atención enfermería en sus cinco etapas dirigido a un neonato prematuro de 37 semanas de gestación con retraso del crecimiento intrauterino, ubicado en el servicio de crecimiento y desarrollo, del Hospital de la Mujer.

2. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de siguiente trabajo, nos ayudara a conocer como la enfermería ha evolucionado y transformado, a causa de las necesidades de la salud desde sus inicios hasta nuestros días, manteniendo una lucha constante por su autonomía, profesionalización y grandes avances.

Durante décadas la enfermería ha tenido que sobresalir a diversas adversidades, pero la incursión de Florence Nightingale da inicio a una nueva etapa de la enfermería así como su crecimiento profesional, la importancia del cuidado, al entorno del paciente, esto favoreció a que otras profesionales de la salud como Virginia Henderson emplearan nuevas filosofías en torno a las necesidades específicas de cada paciente, de esta forma en el transcurso de nuestro trabajo conoceremos las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson las cuales emplearemos para realizar el Proceso Atención de Enfermería, dirigido a un neonato pretérmino.

El Proceso Atención de Enfermería es un instrumento que ha ayudado a fortalecer la enfermería como una profesión, ya que es un proceso que ayuda a identificar el estado de salud del paciente, así como sus necesidades y/o problemas reales o potenciales, de esta manera lograr proporcionar intervenciones de enfermería específicas.

El Proceso Atención de Enfermería cuenta con cinco etapas, como son: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación. El conjunto de estas etapas las conoceremos ampliamente así como la aplicación de nuestro proceso y de esta forma adquirir el conocimiento favoreciendo la utilidad del mismo dirigido a un neonato pretérmino, con el objetivo de favorecer su pronta recuperación y de esta manera disminuir su estancia hospitalaria, así mismo implementaremos un plan de alta con cuidados específicos dirigidos al neonato y con apoyo de la madre, esto para continuar favoreciendo su recuperación en el hogar y la prevención de complicaciones.

3.-OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- ❖ Aplicar un Proceso Atención de Enfermería a un pretermino de 37 semanas de gestación enfocado a la satisfacción de las necesidades básicas alteradas de acuerdo a la filosofía de Virginia Henderson para favorecer su óptima recuperación.

3.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Realizar una valoración física para determinar el estado de salud del pretermino de acuerdo a la filosofía de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- ❖ Detectar y priorizar la atención de enfermería por medio de la elaboración de diagnósticos de enfermería.
- ❖ Aplicar un plan de cuidados de enfermería específicos para brindar una atención precisa y oportuna.
- ❖ Brindar cuidados de enfermería a un recién nacido pretermino en el área de cunero intermedio considerando su integridad y dignidad para alcanzar una recuperación en su condición de salud.
- ❖ Elaborar un plan de alta dirigido al cuidado en el hogar para contribuir y mantener la salud del pretermino, para facilitar su integración al medio ambiente familiar.

4.- MARCO TEÓRICO

4.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

A lo largo de la historia la enfermería ha tenido una gran influencia en la vida de las personas, a mediada de los cambios y continuas transformaciones la profesión de enfermería y el sistema sanitario, con el que siempre ha mantenido una gran relación, los profesionales han aprovechado las oportunidades para influir en el bienestar humano.

Hoy día la enfermería es muy distinta a como se ejercía en el pasado, la enfermería revela su continua lucha por su autonomía y profesionalización.

En el pasado, aspectos recurrentes, como el continuo papel de la mujer desde el principio de los tiempos, iniciando con el cuidado de los niños, es aquí donde la enfermería tiene sus orígenes, en el hogar, donde la mujer ocupa el papel del cuidado de otros miembros de la comunidad que estuviesen enfermos, estos cuidados eran en relación al mantenimiento físico y del bienestar.

La religión ha desempeñado un papel destacado en el desarrollo de la enfermería, en los siglos III y IV se pudo observar el inicio del cuidado en casas, las personas que brindaban este cuidado eran las llamadas matronas que designaron su fortuna al cuidado y curación, siendo el primer antecedente histórico de los hospitales, el cuidado que brindaban era principalmente a los pobres, enfermos y personas sin hogar, sin embargo se dio a notar que el cuidado también era proporcionado por hombres, por ejemplo en las cruzadas los caballeros y compañeros de armas brindaban el cuidado de enfermería a sus camaradas enfermos y heridos, los llamados caballeros de San Lázaro se dedicaron al cuidado y administración de hospitales, teniendo a su cuidado personas con lepra, sífilis y enfermedades cutáneas crónicas, en la edad media las iglesias occidentales resurgían ocasionalmente a lo largo del tiempo donde se observó la reinstauración de la Orden de las Diaconisas y la inauguración de un pequeño hospital y una escuela de Enfermería en Alemania, donde Florencia Nightingale recibió su formación como enfermera.

A través de la historia y los primitivos valores religiosos, tales como la abnegación, la vocación y la devoción al deber han dominado a la enfermería, así como la explotación y la escasa retribución económica.

Las guerras a lo largo de la historia han reafirmado la necesidad de profesionales de enfermería, en siglos pasados la atención que se brindaba era inapropiada, trayendo consigo una protesta pública, de esta forma se llevó a cabo el reclutamiento de enfermeras para brindar el cuidado de los enfermos y heridos, es

aquí, donde Florence Nightingale y un comité de enfermeras, realizaron la instauración de hospitales militares estableciendo practicas sanitarias, como el lavado de manos y ropa, disminuyendo notablemente la tasa de mortalidad, después de este notable acontecimiento se dio el surgimiento de notables enfermeras, así como la asistencia sanitaria, donde destacaron los auxiliares sanitarios y enfermeras auxiliares, proporcionando gran parte de los cuidados bajo la supervisión e instrucción de enfermeras mejor preparadas, también surgen las especialidades médicas, con la finalidad de brindar una atención hospitalaria.

Algo que también tuvo gran influencia en la enfermería fueron las actitudes sociales, ya que durante el siglo XIX la enfermería se encontraba carente de organización, de un estatus social y de educación, ya que la ideología predominante de este tiempo era que la mujer debería de estar en el hogar, las mujeres respetables no tenían derecho a tener una profesión, su dedicación era exclusiva al hogar, al esposo e hijos, las enfermeras que brindaban el cuidado eran incluso criminales, siendo así que el escritor Charles Dickens en uno de sus escritos, donde reflejo su actitud con referencia a la enfermería mostrándola como una mala práctica hacia los pacientes, este retrato literario influyo de forma negativa hasta la época contemporánea, a finales de siglo gracias a la labor de Florence Nightingale durante la guerra de Crimea, se hizo respetable la profesión de enfermería.

A lo largo de las últimas décadas, la enfermería ha tomado medidas para cambiar la imagen por medio de asociaciones mundiales. Marriner A., (2007).

Como he podido observar la enfermería ha evolucionado en el tiempo considerablemente como profesión, lo que implica el tener cualidades para crear y construir permanentemente, teniendo como vital importancia una continua preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y para ayudar a suplir las necesidades del individuo como ser único, e incorporarlo en su entorno, familia y comunidad. Gordon, (2000).

La enfermería ha logrado convertirse en una disciplina científica, que ha comenzado a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas, ha fomentado el desarrollo académico aplicando su propia teoría a la práctica Urbina, (2003). Por lo tanto, la enfermería no solo se define como profesión, si no como disciplina ya que involucra el desarrollo de un marco filosófico-epistemológico que sustenta de sentido y significado a su objeto de estudio, ubica una práctica específica y de limitada, siendo requisitos indispensables en toda disciplina profesional.

Dentro de esta consolidación ha dependido de gran parte del estudio e investigación del fenómeno del cuidado que se da o evidencia en la práctica profesional, el arte del cuidado se desprende en base a la filosofía de la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería, manifestándose en la relación interpersonal y en la

utilización de diversas técnicas y procedimientos donde se vincula la reflexión, integración de creencias y valores, el análisis y la aplicación del conocimiento.

Cabe mencionar que la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica a través del Proceso Atención de Enfermería, proporcionándole así un mecanismo por el cual el profesional apoya y fundamenta su cuidado a la persona, utilizando adecuadamente sus conocimientos y habilidades interpersonales y tecnológicas. Al aplicar el Proceso Atención de Enfermería, basado en una teoría la enfermera asume el compromiso y necesidad que tiene la disciplina de desarrollar y reflexionar sobre su propia filosofía.

En el caso particular de la enfermería dicha estructura ha sido el resultado del esfuerzo de teorizadoras preocupadas por proyectar a la enfermería como una ciencia del cuidado. La profesión de enfermería, en el transcurrir de la historia se ha caracterizado por su esfuerzo en responder a la demanda social, a las necesidades del cuidado de la población, así como las políticas institucionales de salud, las enfermeras han proporcionado cuidados tendientes a apoyar a la persona, familia o comunidad a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación ya sea en estado de salud o enfermedad.

Con el tiempo, como lo cita Stewart (1925), "Corazón, manos y cabeza-alma, habilidad y ciencia, se fueron uniendo firmemente para asentar los poderosos cimientos de la enfermería moderna". Hoy, base importante de la filosofía, teoría y práctica de la enfermería profesional. Restrepo A., (1997)

4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.

Una de las primeras enfermeras que dio como origen a la definición de la enfermería fue Florence Nightingale como “el acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su curación”. Nightingale observo que un ambiente limpio, ventilado y tranquilo era de vital importancia para la recuperación del paciente. Florence Nightingale al ser una de las primeras teóricas, elevo el prestigio de la enfermería por medio de la educación, las enfermeras ya no serían más amas de casa sin preparación, sino personas con una preparación profesional en el cuidado de los enfermos.

Después de este paso tan importante en la enfermería, se dio continuidad a diferentes teóricas como es el ejemplo de Virginia Henderson, enfermera contemporánea la cual también dio a conocer su definición de la enfermería como la función propia de la enfermería en asistir al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación o que podría realizar por sí mismo si tuviera la suficiente fortaleza, voluntad o conocimiento, haciéndolo de tal manera que lo ayude a adquirir independencia lo más pronto posible. De esta manera Nightingale y Henderson coincidían en que las enfermeras se relacionaban directamente con los individuos ya sea sanos o enfermos, así mismo reconocieron que la relación enfermera paciente se daba incluso cuando no existía la posibilidad de una recuperación.

En el año de 1987, la asociación canadiense de enfermeras, refiere que la práctica de la enfermería como una relación dinámica, atenta y de asistencia, donde la enfermera participa junto con el paciente a obtener una salud óptima. Este impulso permitió que a mitad del siglo XX una gran cantidad de teóricos de la enfermería desarrollaran y dieran a conocer sus propias definiciones teóricas, dando a conocer una descripción real de lo que es la enfermería y la interrelación que existe entre los profesionales de enfermería, el paciente, el entorno y el objetivo primordial que se pretende con el paciente, que es la recuperación óptima de la salud.

Dentro de estos temas las definiciones más comunes son: La enfermería es cuidado, es un arte, es una ciencia, está centrada en el paciente, es holística, es adaptable, la enfermería está relacionada con la promoción de la salud, el mantenimiento de esta y su restauración, la enfermería es una profesión de ayuda.

En 1980 la Asociación Americana de Enfermeras dio como definición a la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a los problemas de salud reales o potenciales, en 1995 esta asociación reconoció la gran influencia y

participación de la ciencia asistencial a la filosofía y la práctica de la enfermería sus definiciones más recientes reconociendo cuatro características esenciales de la práctica de la enfermería:

- La atención a toda la gama de experiencias humanas y respuestas frente a la salud y la enfermedad sin las restricciones de una orientación centrada en el problema.
- La integración de datos objetivos con el conocimiento adquirido a través de la experiencia subjetiva del paciente o de un grupo.
- La aplicación del conocimiento científico al proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Proporcionar una relación de cuidados que facilite la salud y la recuperación.

Los principales objetivos de la enfermería se basan en proporcionar cuidados a tres tipos de pacientes que son: individuos, familias y comunidades, así mismo esta práctica comprende cuatro áreas, que son la promoción a la salud y el bienestar, la prevención de la enfermedad, la recuperación de la salud y el cuidado de los enfermos terminales.

En la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la salud se considera un estado de bienestar, la cual significa adquirir aptitudes y comportamientos que aumenten la calidad de vida y eleven al máximo el potencial personal. De esta manera los profesionales de la salud fomentan el bienestar de los personas sanas o enfermas, esto implica llevar a cabo actividades individuales o comunitarias que tiene por objetivo favorecer los hábitos de vida saludables tales como la mejora de la nutrición y de la condición física, la prevención del uso de drogas y de alcohol, la disminución del tabaquismo, y la prevención de lesiones y accidentes domésticos y laborales.

El objetivo de los programas de prevención de la enfermedad es mantener una salud optima mediante la prevención de las enfermedades, las actividades de enfermería para prevenir enfermedades incluye inmunizaciones, cuidados infantiles y prenatales y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

La recuperación de la salud está centrada en el paciente enfermo y esta se extiende a partir de la detección precoz de la enfermedad hasta la asistencia al paciente durante su periodo de recuperación. En el periodo de recuperación se incluyen ciertas actividades de enfermería como son:

- Proporcionar cuidados directos a la persona enferma tales como la administración de medicamentos, baños, procedimientos y tratamientos específicos.
- Realización de procedimientos diagnósticos y de valoración, tales como la medición de la tensión arterial y realizar un examen de sangre oculta en heces.
- Consultar con otros profesionales sanitarios sobre los problemas del paciente.
- Enseñar a las pacientes actividades de recuperación, como ejercicios que aceleran la recuperación en un ictus.
- La rehabilitación de los pacientes hasta alcanzar su nivel funcional óptimo tras una enfermedad física o psíquica, lesiones o adicciones a sustancias estupefacientes.

El cuidado de los enfermos terminales, implica la participación y la práctica de la enfermería que con lleva el consuelo y el cuidado de personas sin importar la edad y que se encuentren en un proceso de muerte, esto incluye ayudar al paciente a vivir lo mejor posible hasta la culminación de su muerte, y prestar apoyo a quienes los cuidan para enfrentarse a la muerte. Kozier B., (2005).

Los enfermeros que desarrollan estas actividades se encuentran trabajando en hogares, hospitales y centros para enfermedades crónicas, alguna denominadas como centro de cuidados paliativos, hoy en día se dedican a la atención integral en el aspecto físico, psicológico, social y espiritual.

Dentro de las características del “buen morir” se estructura en los cuidados paliativos, con el objetivo de tener una muerte libre de dolor y sufrimiento físico, donde la persona se mantiene informada de su situación de salud y pronóstico, con el fin de que la muerte sea aceptada y que los conflictos personales sean resueltos de la mejor manera, que el paciente tenga la posibilidad de estar con su familia y amigos, para así lograr la percepción del final de la vida como una oportunidad y un crecimiento personal de acuerdo con las preferencias del paciente.

4.3 CUIDADO DE ENFERMERÍA.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, la cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en relación terapéutica enfermera-paciente.

Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y grupos. El cuidado representa una serie de actos de vida que tienen la finalidad y función de mantener a los seres humanos vivo y sanos con el propósito de perpetuar la vida, por ello el cuidado es el mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades del individuo, familia, grupo y comunidad, que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la humanidad se han logrado perfeccionar técnicas que han influido en el quehacer del profesional de enfermería olvidando en algún momento, que la esencia de este es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano, pero se debe de tomar en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto como es la integridad de la persona y la calidad de la atención. El cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida. Juárez- Rodríguez (2009).

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita de una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios. Por ello es importante identificar el origen y conceptualización del cuidado como lo hemos venido analizando hasta este momento, como es surgimiento del cuidado en la etapa doméstica, en el cual se define como un acto instintivo femenino para la protección de las familias, donde la mujer lograba el bienestar de los seres humanos que la rodeaban, la continuidad de este cuidado recayó en los sacerdotes y escribas, hombres cultos que Vivían en los templos y eran mantenidos por el pueblo.

Fue hasta la aparición de Florence Nightingale que surge en la época moderna y marca por completo el sentido del cuidado, ya que la práctica médica no logro conceptualizar el cuidado de los enfermos, al igual que no logro estructurarlo para que realmente para que pudiera tener un impacto significativo. Sin embargo en los

años noventa, el movimiento de reflexión sobre la conceptualización de la enfermería, indago los conceptos propios de este campo y se propuso precisar cual su objetivo, identificando el cuidado como la función histórica de los profesionales de enfermería.

Por lo tanto se considera, que los cuidados de enfermería son la razón del ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera (o) y produce actos colectivos de la profesión que tienen consecuencias importantes sobre la vida humana.

Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado incluyen:

- Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado.
- Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento.
- Cambio positivo como resultado del cuidado, juzgado solamente con base en el bienestar de los demás.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su recuperación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por lo tanto, se debe de respetar su vida y su integridad, sin ser expuestos a riesgos. Por ello es necesario resaltar que la importancia del cuidado recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y normatividad en su conjunto.

Sin olvidar que la calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente, siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia del profesional de enfermería.

5.- FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale nació en Florencia el 12 de mayo de 1820 en el seno de una familia adinerada, familia inglesa, desde pequeña tuvo la vocación de enfermera pero en esa época no era bien visto que las mujeres adineradas se dedicaran a cuidar enfermos. Florence luchó en contra de las tradiciones victorianas de la época, se formó y educó para ser enfermera a pesar de las oposiciones de sus padres. Visitó un gran número de hospitales, recopiló datos y aprendió sobre la profesión de enfermera, la asistencia médica y los sistemas hospitalarios.

El mayor reconocimiento a Florence Nightingale vino por su labor en la guerra de Crimea, como responsable de un grupo de 38 enfermeras, fue enviada al campo de batalla para brindar atención a los heridos, fue la primera vez que el ejército británico enviaba mujeres a un conflicto bélico, donde la dedicación de Florence fue impresionante, atendió a más de 5.000 heridos, denunció a las autoridades las pésimas condiciones higiénicas en las que se atendían a los heridos, inició con el cambio de la del sistema de atención médica, brindaba cuidados durante el día y la noche, durante sus recorridos nocturnos los realizaba acompañada de un pequeño farolillo turco, y fue por ello que recibió el sobre nombre de “La Dama de la Lámpara”.

A su regreso de la guerra de Crimea, Florence fue recibida como una heroína nacional, recibiendo una condecoración por la Reina Victoria, en el año de 1860 fundó la Escuela de Entrenamiento y Hogar Nightingale para Enfermeras en el hospital de St. Thomas. Este colegio contaba con un método teórico-práctico de la enseñanza y un marco ético conceptual muy bien definido.

También destacó en el campo de la estadística, donde su padre era un experto, fue pionera en la representación visual de la información haciendo uso de diagramas e histogramas circulares. En el año de 1850 creó el “Diagrama Nightingale” o “Diagrama de Área Polar”, mostró las causas de la mortalidad del ejército inglés y reflejó toda la información que logró recopilar durante su estancia en Crimea. Florence fue la primera mujer nombrada miembro de la Royal Statistical Society y también formó parte de la American Statistical Association.

En 1896 hasta el día de su muerte en 1910, enfrentó una enfermedad que limitó sus funciones físicas pero su estado de salud no le impidió que continuara con sus investigaciones de este modo logró escribir más de 200 libros e informes los cuales repercutieron con gran importancia en la sanidad militar, la asistencia social, los hospitales civiles, las estadísticas médicas y la asistencia a los enfermos. El Día

Internacional de la Enfermera se celebra el día 12 de Mayo, aniversario del nacimiento de Florence Nightingale.

La teoría de Nightingale se centró en el entorno, aunque nunca utilizó específicamente el término entorno en sus escritos, definió y escribió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran un entorno. A pesar de que Nightingale definía los conceptos con exactitud, jamás separa el entorno del paciente en aspectos físicos, emocionales o sociales, solo supuso que estos aspectos se incluían en el entorno, su preocupación por un entorno saludable no solo incluía las instalaciones hospitalarias de Crimea e Inglaterra sino hacía referencia a los hogares de los pacientes sus condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que un entorno saludable era indispensable para brindar los cuidados de enfermería apropiados. En su teoría habla sobre los cinco elementos esenciales de un entorno saludable: Aire puro, agua potable, eliminación de agua residual, higiene y luz, siendo considerados elementos indispensables en la actualidad así como hace 150 años.

Florence Nightingale murió a los 90 años, el 13 de agosto de 1910: se había convertido en una de las mujeres más famosas y de mayor influencia del siglo XIX. Su obra sigue siendo, hoy en día una referencia para las enfermeras, administradores y planificadores de instituciones sanitarias. Ann Marriner Tomey (2007).

5.1 CONCEPTOS DE LA DISCIPLINA SEGÚN LA TEORÍA DE FLORENCE.

- **Enfermería:** Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otras personas.

Su idea principal era que toda mujer debe recibir formación para poder cuidar un enfermo y que las enfermeras que proporcionan una atención sanitaria preventiva necesitan una formación aún más amplia. Las enfermeras debían ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Las enfermeras con formación debían realizar una vigilancia continua.

Nightingale Notes On Nursing, libro publicado en 1859, fue publicado con el objetivo de brindar a las mujeres directrices que les ayudarían a proporcionar cuidados de enfermería y para aconsejar sobre “como pensar como una enfermera”. Sin embargo, las enfermeras formadas aprendían y aplicaban principios científicos adicionales a su trabajo y eran más hábiles para observar e informar del estado de salud de sus pacientes mientras realizaban las intervenciones que permitían la recuperación del paciente.

- **Persona:** Nightingale hacía referencia a la persona como paciente. Las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente y controlaban el entorno de este paciente para favorecer su recuperación. Se enseñaba a las enfermeras a preguntarle sus referencias, poniendo de manifiesto la creencia de que Nightingale veía a cada paciente como un individuo.

Ella hizo especial hincapié en que la enfermera debía mantener siempre el control y la responsabilidad sobre el entorno del paciente, sobre las elecciones y las conductas personales. Nightingale respetaba a las personas de diversos orígenes sin emitir juicios sobre su nivel social. Su convicción sobre la necesidad de enfermeras laicas apoya el respeto por las personas sin emitir juicios originados por sus creencias religiosas o por la falta de ellas.

- **Salud:** Definió salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona.

Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía debido a una falta de atención. Utilizo el término naturaleza como sinónimo de Dios. Este empleo se veía respaldado por las creencias religiosas del unitarismo. Concebía el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social. Describió la enfermería de salud pública moderna y el concepto de promoción a la salud.

- **Entorno:** Según Fitzpatrick y Whall, describen el concepto de entorno según Nightingale como “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluye desde la comida y las flores, hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente”. No se excluye prácticamente ningún elemento del mundo del paciente. Aconsejaba a las enfermeras a crear y mantener un entorno terapéutico que mejoraría la comodidad y recuperación. Marriner A., Raile M., (2007).

Creía que los enfermos se beneficiarían física y mentalmente de las mejoras del entorno. Las enfermeras podrían ser el instrumento para cambiar el estatus social de los pobres, al mejorar sus condiciones de vida físicas y psicológicas.



12 de Mayo de 1820 – 13 de Agosto de 1910.

6.- VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nace en 1897 en Kansas City, ciudad del estado de Missouri, Estados Unidos, un 19 de Marzo.

A la edad de 21 años, inicia sus estudios de enfermería en Washington D.C. en la escuela del ejército, su máxima motivación para seguir este camino fue la Primera Guerra Mundial, ya que asistió a varios de sus compatriotas durante ese periodo.

Luego de tres años en 1921, al graduarse, Virginia Henderson consigue su primer trabajo como enfermera en el Henry Street Settlement, una agencia de servicio sociales sin fines de lucro, un año más tarde, Virginia Henderson comenzaría su carrera como docente, 1922.

En 1966, la definición de Virginia Henderson de la función específica de la enfermería tubo un punto de partida decisivo para el nacimiento de la enfermería como disciplina diferenciada de la medicina, Henderson al igual que Florencia Nightingale, dio a conocer la relación del paciente y su entorno, Henderson mantuvo una relación estrecha entre el profesional de enfermería con personas sanas como enfermas, así como la interacción de la enfermera con personas que incluso no existe la posibilidad de una recuperación, menciona las funciones de enseñanza y de defensa como roles del profesional de enfermería. Virginia Henderson fallece el 30 de Noviembre del año 1996 a la edad de 99 años. Henderson V., (1991).

6.1 VIRGINIA HENDERSON Y SU MODELO DE ATENCIÓN.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson es una filosofía o modelo que define el enfoque de la práctica de enfermería, busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estancia en el hospital, este modelo hace énfasis en las necesidades básicas de las personas, como foco central de la práctica de la enfermería.

Según Henderson, la enfermera debe de actuar por el paciente siempre y cuando este no cuente con la fuerza física, conocimiento, voluntad o la capacidad de hacer las cosas por sí mismo o para llevar a cabo su tratamiento correctamente, la idea principal es contribuir a la mejoría del paciente hasta que el mismo pueda atenderse por sí mismo, o en el caso necesario de ayudar a la persona a tener una muerte tranquila y pacífica.

6.2.- 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON:

1.- Respirar con normalidad.

Es la necesidad del organismo de absorber el oxígeno y expulsar el gas carbónico, como consecuencia, de la penetración del aire en las estructuras respiratorias y de los intercambios gaseosos entre la sangre y los tejidos.

2.- Comer y beber adecuadamente.

Es la necesidad del organismo de absorber los líquidos y nutrientes necesarios para el metabolismo y un buen funcionamiento.

3.- Eliminar los desechos corporales.

Es la necesidad del organismo de expulsar fuera del cuerpo las sustancias inútiles y nocivas producidos por el metabolismo, comprendiendo la eliminación por orina, heces, transpiración y espiración pulmonar y la menstruación.

4.- Moverse y mantener una postura corporal adecuada.

Es la necesidad del organismo de ejercer movimiento y la locomoción mediante la contracción de los músculos dirigidos por el sistema nervioso.

5.- Dormir y descansar.

Necesidad del organismo de suspender el estado de conciencia o de actividad para permitir la recuperación de las fuerzas físicas y psicológicas.

6.- Elegir ropa adecuada.

Es una necesidad de la persona, la cual debe de llevar ropa adecuada según las circunstancias, para proteger su cuerpo del rigor del clima y permitir la libertad del movimiento.

7.- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno.

Necesidad del organismo de mantener el equilibrio entre la producción de calor por el metabolismo y su pérdida en la superficie del cuerpo.

8.- Mantener el cuerpo limpio y aseado para proteger la piel.

La necesidad del organismo de mantener un estado de limpieza, higiene e integridad de la piel y del conjunto del aparato tegumentario.

9.- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a otros.

La necesidad de la persona de protegerse contra agresiones internas y externas con el fin de mantener su integridad física y mental.

10.- Comunicarse con otras personas para expresar sentimientos, necesidades, miedos u opiniones.

Es la necesidad de la persona de establecer vínculos con los demás, de crear relaciones significativas con las personas cercanas. Comunicarse es un proceso dinámico, verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas con otras.

11.- Practicar el culto de su propia fe.

Es la necesidad de la persona de realizar actos y tomar decisiones que estén de acuerdo con su noción personal del bien y de justicia de adoptar ideas, creencias religiosas o una filosofía de vida que le convenga o que sean propias de su ambiente y tradiciones.

12.- Trabajar de modo que uno se sienta realizado.

La necesidad de realizar acciones que permitan a la persona de ser autónoma, utilizar los recursos de que dispone para asumir sus roles, para ser útil a los demás y alcanzar su pleno desarrollo.

13.- Jugar o participar en actividades de ocio.

Recrear es una necesidad para el ser humano, divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que impulsa al desarrollo normal y a la salud, así como a utilizar los recursos sanitarios disponibles.

Es la necesidad del ser humano de adquirir conocimientos sobre sí mismo, sobre su cuerpo y funcionamiento, sobre sus problemas de salud y los medios de prevenirlos y tratarlos a fin de desarrollar hábitos y comportamientos adecuados.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades que son cubiertas por cada individuo normalmente, cuando está sano, teniendo los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para los seres humanos si excepción, existiendo independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en dos tipos de factores:

Permanentes: Edad, medio social, cultura, nivel de inteligencia y capacidad física.

Variable: Estados Patológicos.

Las actividades que las enfermeras llevan a cabo para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Virginia Henderson denomina como cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería elaborado de acuerdo a las necesidades detectadas en el paciente y describe la relación enfermera-paciente, donde destacan tres niveles de intervención, que es como sustituta, como ayuda o como compañera. Wesley R., (1997),

6.3.- METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

El metaparadigma comprende cuatro elementos siguientes:

- Salud: Es la calidad de la salud que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel alto de satisfacción en la vida.
- Cuidado: Está dirigido a suplir la deficiencia en la autonomía de la persona para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.
- Entorno: Son los factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- Persona: Como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisibles y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Virginia Henderson planteo que las enfermeras no solo deben valorar las necesidades del paciente, sino las condiciones y aspectos patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

V. Henderson estableció tres tipos de niveles en la relación que existe entre el profesional de enfermería con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: La enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: La enfermera lleva acabo solo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: La enfermera permanece a lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de la independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Virginia Henderson favoreció la comprensión empática y afirmo que la enfermera debe “meterse en la piel de cada uno de sus pacientes a fin de conocer que necesitan”. Aun que pensaba que las funciones de las enfermeras y los médicos se

superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente, y utilizó un gráfico de sectores para representar sus contribuciones relativas, con esto demostró de igual manera que de acuerdo al tamaño de los sectores varía según las necesidades del paciente, pero el objetivo es que el paciente represente la mayor parte del círculo a medida que gana independencia. Se puede considerar el trabajo de V. Henderson como una filosofía de enfermería. Wesley R., (1997).



19 de Marzo de 1897 - 30 de Noviembre de 1996.

7.-PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

En el año de 1955 fue creado el proceso de enfermería, posteriormente se establecieron una serie de etapas que describen el proceso atención de enfermería, el principal propósito del proceso, es el identificar el estado de salud de un paciente, así como sus necesidades o problemas de salud reales o potenciales, así como proporcionar intervenciones de enfermería específicas para hacer frente a dichas necesidades o problemas, ya sea un individuo, familia o grupo.

El proceso de enfermería cuenta con características exclusivas que permiten dar respuesta al estado cambiante de salud del paciente, esto quiere decir que su naturaleza es cíclica y dinámica, así como su actuación se centra en el paciente, y su enfoque es dirigido a la resolución de problemas y la toma de decisiones.

Por medio de los datos obtenidos de cada etapa, proporcionan información que nos lleva a la siguiente etapa, estos hallazgos observados en la evaluación nos encaminan al proceso de valoración, por ello se dice que el proceso de enfermería es una secuencia de acontecimientos que se repiten como en un ciclo y que pueden cambiar de forma constante siendo dinámico.

El profesional de enfermería organiza el plan de cuidado de acuerdo a los problemas del paciente, en la fase de valoración se logra recabar datos que determinan las costumbres, rutinas, necesidades de la persona, lo que permite al profesional incorporar un plan de cuidados a la medida posible en base a las necesidades del paciente. Alfaro-Lefevre R. (2003).

Etapas del proceso atención de enfermería:

7.1.-VALORACION:

La valoración es la obtención, organización, validación y registro sistemático y continuo de los datos, siendo la valoración un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases de evaluación, se lleva a cabo una valoración para determinar los resultados de las estrategias de enfermería y para evaluar la consecución de los objetivos, las fases del proceso dependen de la exacta y completa recopilación de los datos. Dentro de la valoración existen cuatro tipos, valoración inicial, focalizada, urgente, y nueva valoración después de un tiempo.

Esta valoración se centra en las respuestas del paciente a un problema de salud, en la valoración de enfermería incluye necesidades, problemas sanitarios, experiencias relacionadas, prácticas de salud, valores y estilos de vida percibidos por el paciente. Los datos obtenidos deben de ser relevantes en relación con un problema de salud específico.

El proceso de valoración conlleva cuatro actividades estrechamente relacionadas:

- **Obtención de los datos:** Es un proceso de recopilación de información sobre el estado de salud de un paciente, siendo sistemático y continuo, con el objetivo de recopilar datos importantes reflejando el estado de salud cambiante del paciente. Esta base de datos comprende la historia de enfermería, la valoración física, la anamnesis y la exploración física realizada por el médico, resultados de laboratorio, pruebas diagnósticas, y material proporcionado por personal sanitario. Los datos del paciente deben de incluir antecedentes de salud al igual que del problema actual, alergias, datos históricos, intervenciones quirúrgicas, prácticas curativas y los datos actuales que tengan relación con las circunstancias actuales del paciente.

Tipos de datos: Los datos pueden ser subjetivos, como síntomas o datos encubiertos, los cuales son evidentes solo para la persona afectada siendo ella la única que puede describirlos o verificarlos, entre los datos subjetivos se encuentran las sensaciones, sentimientos, valores, creencias, actitudes y la percepción del estado de salud personal y de la situación vital por parte del paciente. Los datos objetivos son los signos o datos manifiestos, son los que se pueden detectar por medio de un observador o pueden medirse o compararse por medio de parámetros de referencia aceptado, estos pueden verse, sentirse, oírse u olerse y se obtiene mediante la observación o la exploración física.

Fuentes de datos: Estas fuentes pueden ser primarias o secundarias, el paciente es la fuente primaria, los familiares y otros allegados, profesionales sanitarios, registros e informes del paciente, los análisis diagnósticos y de laboratorio y la bibliografía relacionada son fuentes secundarias o fuentes indirectas de información.

Métodos de obtención de datos: Los principales métodos de para obtener los datos es la observación, la entrevista y la exploración. La observación tiene lugar siempre que el profesional de enfermería está en contacto con el paciente o con sus allegados, la observación es el proceso utilizando los sentidos siendo una habilidad consiente y deliberada que se desarrolla mediante el esfuerzo y con un enfoque organizado, la observación consta de dos aspectos, advertir los datos y seleccionar, organizar e interpretar los datos.

La entrevista se utiliza principalmente mientras se toma la historia de enfermería, es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad que es obtener o proporcionar información identificando problemas que preocupan a ambas partes, evaluar cambios, instituir, proporcionar apoyo u ofrecer asesoramiento o terapia. Existen dos tipos de entrevista, dirigida esta está muy estructurada obtiene información específica controlada por el profesional de enfermería y la entrevista no dirigida el profesional de enfermería permite que el paciente controle el propósito, el tema y el ritmo, la relación de compenetración e la relación de entendimiento entre dos personas.

La exploración física es el método principal utilizado durante el proceso de valoración física, utilizando los sentidos de la vista, el oído, olfato y el tacto para poder así detectar problemas de salud. Habitualmente se anota la impresión global sobre el aspecto general del paciente y su estado de salud, se continua con mediciones como son las constantes vitales, la talla y el peso, posteriormente se realiza una exploración cefalocaudal que comienza de cabeza a los pies, el profesional de enfermería continua la valoración en base al enfoque por sistemas corporales investigando cada sistema de manera individual.

- Organización de los datos: El profesional de enfermería utiliza un formato escrito o computarizado que organiza sistemáticamente los datos de valoración, este formato recibe en nombre de historia de enfermería, valoración de enfermería o formulario de recogida de datos de enfermería. El formato puede modificarse de acuerdo al estado físico del paciente.
- Validación de los datos: La información recogida durante la fase de valoración debe de ser completa, objetiva y exacta, ya que de esto dependen los diagnósticos de enfermería, así como las intervenciones. La validación consiste en una “doble comprobación” o verificación de los datos para confirmar que son exactos y objetivos.
- Registro de los datos: Es la parte final de la valoración, en este paso es importante llevar a cabo el registro exacto incluyendo todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente, Estos datos deben ser registrados de forma objetiva, sin interpretaciones, para aumentar la exactitud, deben registrarse los datos subjetivos con las propias palabras del paciente, el expresar con otras palabras lo que él o los otros han dicho aumenta la posibilidad de modificar el sentido original.

7.2.-DIAGNOSTICO:

Es la segunda fase del proceso atención de enfermería, en esta fase el profesional de enfermería utiliza el pensamiento crítico para interpretar los datos obtenidos durante la valoración, identificando los aspectos positivos y los problemas del paciente, esta fase está encaminada a la formulación de los diagnósticos de enfermería, que pueden ser, reales, de riesgo, de bienestar, enfermería posible y de síndrome.

- Analizar los datos: El análisis implica comparar los datos con los estándares (identificar indicios significativos), agrupación de los indicios (generar hipótesis provisionales), identificación de lagunas o incoherencias.
- Identificar los problemas de salud, los riesgos y las capacidades del paciente: Una vez analizados los datos, el paciente y el profesional de enfermería pueden identificar, en colaboración, los factores favorables y los riesgos para el paciente, es fundamentalmente un proceso de toma de decisiones.
- Formular diagnósticos: La mayoría de los diagnósticos de enfermería se redactan como enunciados de dos partes contienen, Problema (P), enunciados de la respuesta del paciente y Etiología (E), son los factores que contribuyen a la respuesta o que son la causa probable de la misma, las dos partes se unen con la expresión de relacionado(a) con en vez de con la expresión debido(a). El enunciado de tres partes de un diagnóstico de enfermería se conoce como formato PES y consta de Problema (P), Etiología (E) y signos y síntomas (S), características definitorias manifestadas por el paciente.

Los diagnósticos de enfermería de bienestar y de síndrome, cuentan con una sola etiqueta de la NANDA, a medida que estas se van perfeccionando tienden a hacerse más específicas. Griffith, Chistensen P., (1993).

7.3.-PLANIFICACIÓN:

Es una fase sistemática y deliberada, que conlleva la toma de decisiones y la resolución de problemas, el personal de enfermería consulta los datos de la valoración del paciente y los enunciados diagnósticos para orientarse durante la elaboración de objetivos del paciente y la elección de las intervenciones necesarias para prevenir, eliminar o reducir los problemas de salud del paciente.

- Establecer prioridades en relación con los problemas y/o diagnósticos: Es el proceso dirigido a establecer una secuencia preferente para abordar los diagnósticos y las intervenciones de enfermería, decidiendo que diagnóstico es el que requiere atención en primer lugar, en segundo lugar y así sucesivamente, también pueden ser agrupados en prioridad alta, media o baja, para el establecimiento de prioridades se utiliza la escala de Maslow.

Formular objetivos/resultados esperados: Una vez establecidas las prioridades, se determinan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan de cuidado los objetivos/resultados esperados describen, en términos de respuesta observables del paciente, que se espera lograr ejecutando las intervenciones de enfermería.

- Seleccionar las intervenciones de enfermería: Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que el profesional de enfermería realiza para alcanzar los objetivos del paciente, estas se clasifican en: Intervenciones independientes son las que se llevan a cabo en función de los conocimientos y habilidades propios del personal de enfermería.

Las intervenciones dependientes, son las actividades que se realizan por prescripción o bajo una supervisión de un médico o de acuerdo con procedimientos sistematizados.

Las intervenciones interdependientes, son las actividades que se llevan a cabo en conjunto de otros miembros del equipo sanitario. NANDA Internacional (2003).

- Redactar las prescripciones de enfermería: Son instrucciones para las actividades concretas que el profesional de enfermería realiza con el fin de ayudar al paciente a conseguir los objetivos de salud establecidos.

7.4.-EJECUCIÓN:

- Volver a valorar al paciente: Antes de realizar una intervención, el profesional de enfermería debe de realizar una nueva valoración para asegurarse de que a un es necesario prescripción en dicha intervención, a un que la prescripción ya se encuentre establecida en el plan de cuidados, esta puede haber cambiado, los nuevos datos pueden indicar la necesidad de cambiar las prioridades o las intervenciones.
- Determinar las necesidades de asistencia del profesional de enfermería: Durante la ejecución de las intervenciones de enfermería puede necesitar ayuda de otro asistente de la salud.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería: Es importante explicar al paciente el tipo de intervención que se va a realizar, así como respetar la individualidad e intimidad del paciente, la cantidad y los tipos de intervenciones de enfermería directas se pueden ver limitadas ya que puede existir la necesidad de una coordinación y programación de actividades con otros departamentos de salud, así como actuar de enlace entre los miembros del equipo de asistencia sanitaria.
- Supervisar los casos delegados: Si hay cuidados que se encuentran delegados a otros miembros del equipo, el profesional de enfermería responsable del paciente, así como de los cuidados globales, debe asegurarse de que las actividades se hayan realizado de acuerdo con el plan de cuidados.
- Registrar las actividades de enfermería: El profesional de enfermería completa la fase de ejecución registrando las intervenciones y las respuestas del paciente en las notas de evolución de enfermería, formando parte de la historia permanente del paciente, se debe evitar registrar por adelantado, ya que es posible que se determine una nueva valoración y las intervenciones ya no se ejecuten.

7.5.- EVALUACIÓN:

La evaluación es una actividad planificada, continua y dotada de objetivos, en la cual los pacientes y los profesionales de enfermería determinan la evolución del paciente de acuerdo con la consecución de los objetivos/resultados y la eficacia del plan de cuidados de enfermería, la evaluación tiene un aspecto importante, ya que las conclusiones extraídas de la misma determinan si es necesario suspender, continuar o modificar las intervenciones de enfermería.

- Obtener datos en relación con los resultados: El profesional de enfermería obtiene datos utilizando como guía resultados esperados precisos, mensurables y enunciados con claridad, de forma que puedan extraerse conclusiones respecto a si se ha alcanzado los objetivos como subjetivos.
- Comparar los datos con los resultados: Si las dos primeras etapas del proceso de evaluación se han llevado a cabo de forma eficaz, es relativamente sencillo determinar si un resultado esperado se ha alcanzado. Tanto el profesional de enfermería como el paciente desempeñan una función activa en la comparación de las respuestas reales del paciente con los resultados esperados.
- Relacionar las acciones de enfermería con los objetivos/resultados del paciente: En este punto se determina si las intervenciones de enfermería guardan alguna relación con los resultados, no se debe suponer que una intervención de enfermería fue la causa o el único factor responsable de haber conseguido el objetivo, de haberlo conseguido parcialmente o no haberlo conseguido.
- Extraer conclusiones sobre el estado del problema: El profesional de enfermería utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados ha sido eficaz para resolver, reducir o prevenir los problemas del paciente. Cuando los objetivos se alcanzan, se puede obtener una conclusión sobre el estado del problema del paciente.
- Continuar, modificar o finalizar el plan de cuidados del paciente: Después de obtener las conclusiones sobre el estado de los problemas del paciente, el profesional de enfermería modifica el plan de cuidados según sea necesario, dependiendo de las modificaciones puede realizarse tachando partes del plan de cuidados o marcando partes con un rotulador, o escribiendo suspendido. Alfaro-Lefevre R. (1998).

Se debe de tomar en cuenta si el cumplimiento de los objetivos se llevó a cabo o no, por ello es importante tomar una serie de decisiones en relación con la continuación, la modificación o la suspensión de los cuidados de enfermería duales. Esto requiere una revisión de la totalidad del plan y una crítica de los pasos del proceso de enfermería implicados en su desarrollo.



8.- NEONATO PRETERMINO

Neonato pretermino, es todo recién nacido cuya edad gestacional es menor de 37 semanas de gestación y con constantes desventajas anatómicas, constitucionales y funcionales; según su peso puede ser pequeño, adecuado o grande.

Existen diversos métodos para el cálculo de la edad gestacional, uno de los principales es el de Ballard, el de Capurro y el de Usher, unos de los más usados hasta hoy día es el de Capurro; en el cual el dato más confiable es el de amenorrea.

Es muy notable como los límites de viabilidad han mejorado en los últimos años y pueden variar de un lugar a otro, por lo que cada centro debe establecer sus propios criterios de intervención, sobre todo cuando los recursos son limitados. Con los avances actuales se ha logrado disminuir en gran importancia la morbilidad que causa la prematuridad, aunque hay que reconocer que las infecciones que atacan al pretermino o prematuro aumentan en relación directa con el índice de sobrevivencia.

Los rápidos y continuos cambios en tratamiento y resultado obligan a la continua revisión de estudios, ya que todavía hay mucho que hacer para mejorar la calidad de vida de estos sobrevivientes gracias al cuidado intensivo moderno.

Por consiguiente analizaremos las alteraciones que con mayor frecuencia se presentan en el prematuro, las cuales deben de ser diagnosticadas lo más pronto posible y de la forma más precisa y adecuada. Rogelio R., (2001).

8.1.- CONTROL TÉRMICO

A su llegada a la unidad de cuidados intensivos, todo prematuro, sin importar su peso, se debe de colocar en una incubadora, debido a su pobre autorregulación térmica y a su gran superficie corporal. La incubadora nunca debe de estar apagada y su temperatura se debe de mantener según a las necesidades del recién nacido, como promedio entre 32°C y 32.5°C, vigilando que la temperatura del neonato se mantenga en el rango de 36.5°C hasta 37°C axilar.

La hipotermia puede ocasionar en el neonato, hipoglucemia, acidosis metabólica y paro respiratorio generalmente irreversible. La hipertermia conduce a la hipoglicemia, acidosis metabólica, deshidratación y convulsiones.

Las pérdidas de calor en un neonato prematuro se pueden presentar de cuatro formas:

- **Convección:** Que es el flujo de calor desde la superficie corporal hasta el aire ambiente que está más frío. Debido a la pérdida de calor por la convección la temperatura ambiente en las unidades del recién nacido deben de mantenerse a 24°C al igual que deben cubrirse para protegerlos del frío.
- **Radiación:** Es la pérdida de calor desde la superficie corporal hacia la superficie sólida más fría que no está en contacto directo sino en una proximidad relativa. Las cunas y las mesas de examen de la unidad de recién nacidos se sitúan lejos de las corrientes de aire, de ventanas exteriores para prevenir este tipo de pérdida de calor.
- **Evaporación:** La pérdida de calor que se presenta cuando un líquido se convierte en vapor. En el recién nacido la pérdida de calor por evaporación se presenta como resultado de vaporización de la humedad de la piel. Este proceso es invisible y se conoce como pérdidas insensibles de agua (PIA). Esta pérdida puede identificarse si no se seca al neonato después del parto o si se tarda mucho tiempo en secarlo después del baño.
- **Conducción:** Es la pérdida de calor desde la superficie del cuerpo hacia la superficie más fría en contacto directo. Cuando ingresa a la unidad de cuidados intensivos, el neonato se acuesta en una cuna caliente para minimizar la pérdida de calor, que debe ser controlada para protegerlo.

8.2 VIGILANCIA METABOLICA.

- Glucemia: Dadas sus bajas reservas de glucógeno y la consecuente tendencia a la hipoglucemia, se toma un destrostix a todo prematuro a su llegada a la unidad y posteriormente con un intervalo de seis horas hasta que se obtenga constancia de estabilización. Toda lectura de destrostix menor de 40mg/dl-110mg/dl es anormal y se debe de corroborar de inmediato con una determinación de glucemia e iniciar tratamiento a la mayor brevedad.
- Bilirrubinemia: Debido a su inmadurez hepática fisiológica exacerbada por la prematurez es muy probable que se requiera tratamiento temprano en caso de hiperbilirrubinemia, por lo cual se vigila la bilirrubina sérica cada 12 a 24 horas, según sea necesario, en especial durante los primeros días de vida.

Hay que tener presente que se debe de constatar el grupo y Rh de la madre y del neonato, así como proteína séricas, ya que cifras inferiores a 2.5 mg de albumina son de alto riesgo. El 60 a 70% de los prematuros presenta ictericia, casi siempre multifactorial.

- Electrolitos séricos: Ya que el recién nacido pretermino tiene bajas reservas corporales Oseas de calcio, sobre todo aquellos con antecedentes de sufrimiento perinatal (asfixia, distocia, sepsis o dificultad respiratoria), se debe vigilar el calcio sérico (<7mg/dl) en las primeras 24 horas de vida para detectar temprano la hipocalcemia. Así también se observan los niveles séricos de sodio (135-145meq/L), potasio (3.5-5meq/L) y cloro dada su alta labilidad para las alteraciones electrolíticas (inmadurez renal).
- Hematocrito: Al ingreso del neonato pretermino al servicio de cuidados intensivos, se determina un hematocrito central, posteriormente se continúa con un intervalo de 8 a 12 horas según sea necesario. Esto con la finalidad de detectar anemia o policitemia lo más pronto posible, ya que ambas requieren de tratamiento específico, según la repercusión clínica. (Hb 15g/dl) o (Hematocrito < al 45%).

8.3.-VIGILANCIA PARA EVITAR INFECCIONES.

En todo prematuro con antecedentes importantes como ruptura de membranas (por más de ocho horas), Trabajo de parto prolongado, parto séptico o fortuito, fiebre o infección materna o procedimientos invasivos, se determina:

- Biometría hemática completa
- Proteína C reactiva
- Gram de lavado gástrico
- Estudio de la placenta
- Tele de tórax

Se toman muestras para cultivos (sangre, orina, heces, líquido cefalorraquídeo) y se inicia la protección específica con el esquema de antibióticos más adecuado según cada caso en particular, según las cepas y sensibilidad de cada centro.

8.4.- ASPECTOS NUTRICIONALES.

Debe recomendarse con oportunidad el ensayo de la succión no nutritiva (chupón), varias veces al día para que el neonato no pierda el reflejo de succión. La alimentación se inicia en cuanto las condiciones del prematuro lo permitan, casi siempre debe aplicarse la alimentación forzada. La alimentación temprana promueve el crecimiento de la célula gastrointestinal por efecto trófico directo, hay elevaciones significativas de enteroglucagon, gastrina, péptido inhibitorio gástrico en el plasma. Se ha demostrado que la mielinización es más rápida y otro efecto de la alimentación temprana es la menor frecuencia de ictericia.

Para lograr un adecuado incremento ponderal se procura que la cantidad total de calorías proporcionadas sea en el rango de 110 a 130 calorías/kg/día. La vía de la alimentación es buco-gástrica (debido a las alteraciones en la succión, deglución, reflujo, etc.), y se da generalmente a los neonatos de 34 semanas de edad gestacional. La técnica es por medio de la administración intermitente cada tres horas exclusivamente cada tres horas por gravedad.

Se debe de cambiar la sonda de alimentación mínimo cada 24 horas. En casos particulares como retraso del vaciamiento gástrico, reflujo gastroesofágico, neonatos en CPAP y menores de 1000g de peso, se recomienda la sonda transpilórica, para así aumentar las calorías sin riesgo de distensión gástrica, disminuir el riesgo de broncoaspiración. Esta modalidad se utiliza cada vez menos.

En cuanto al tipo de leche, lo más recomendable e ideal es la de seno materno (0.7 calorías/ml); existen fórmulas artificiales especiales para prematuros (0.8 calorías/ml), las cuales sus proteínas son hidrolizadas (Pregestimil), aunque sujetas a disponibilidad. Así mismo se encuentran fórmulas de vaca propias para prematuros (0.83 calorías/ml).

El esquema de alimentación se elabora de acuerdo al peso, pero hay que recordar que los grandes volúmenes y la alta osmolaridad pueden propiciar enterocolitis necrosante, a partir del séptimo día se cambia la fórmula a dilución normal y se valora la fortificación después de 24 horas, hay que recordar que es necesario administrar una infusión concomitante de líquidos intravenosos para asegurar un aporte adecuado de líquidos de mantenimiento, cuya velocidad de infusión disminuye a medida que aumenta la cantidad de alimentación enteral.

Es importante considerar la nutrición parenteral total (NPT) cuando el ayuno sea prolongado (más de 48 a 72 horas). Kliegman RM. (1997).

Los suplementos calóricos, es una situación especial donde se requiere un incremento del aporte calórico y esto no sea posible (debido a restricción de líquidos

o incremento lento y progresivo de la alimentación entérica) se dispone de varios preparados comerciales que se pueden utilizar sin llevar a cabo un aumento de la carga osmótica o mineral de la dieta. En el caso de la fuente de grasas, se dispone de los triglicéridos de cadena media (MCT oil), que no requieren de la acción de sales biliares o de lipasa pancreática para su absorción y proporcionan 7.7 kcal/ml y se administran a razón de 1 a 2 ml/kg/día, repartidos en las tomas de fórmula láctea.

Existen fortificadores de leche humana, que tienen un aporte calórico de 2 kcal/30ml en 100 ml de leche humana y 4 kcal/30 ml en 50 ml de leche humana, ambos tienen una presentación en sobres de 2 gramos. Esta leche debe ser refrigerada por un periodo no mayor de 24 horas.

Los suplementos vitamínicos y minerales, esto se lleva a cabo de obtener una adecuada tolerancia a la dieta, al octavo día, se añaden suplementos vitamínicos de vitamina A (1 000UI), vitamina D (400UI) y vitamina C (35 mg). Al décimo día de vida, se suplementa la dieta con vitamina E en dosis de 25 UI por día (1 UI= 1 mg), durante 10 días con el fin de proporcionar un efecto protector antioxidante de las membranas celulares, en especial de los glóbulos rojos. Una vez finalizado el esquema de vitamina E se agregan 2 mg/kg/día de hierro elemental a la dieta de Ferr-In-Sol (1 gota= 1mg) para prevenir la anemia del prematuro por deficiencia de hierro. Costarino A. (1986).

8.5.- REGISTRO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Se lleva un registro estricto de la cantidad total de líquidos y calorías ingerido en una hoja especial (hoja de registro metabólico), donde también se consigna gráficamente el incremento ponderal. Si todas las condiciones de alimentación y de suplemento calórico se cumplen, se espera un crecimiento ponderal diario aproximado de 15 a 20g. También se debe tener un registro antropométrico, que incluya peso y talla (una vez por semana), y perímetro cefálico (diario).

Cuando menos una vez por semana se mide la biometría hemática con reticulitos, para la detección oportuna de la anemia del prematuro (se verifican los resultados con las cifras de normalidad de acuerdo a los valores estándar correspondientes al peso al nacer) para poder decidir si amerita transfusión sanguínea, lo cual solo se realiza en caso de que el neonato presente repercusiones hemodinámicas o no haya incremento ponderal.

Para prevenir el raquitismo, se vigilan las pruebas funcionales hepáticas (PFH), calcio y fosforo sérico.

Cuando el neonato alcanza el peso de 1.8 kg, se inicia la alimentación intermitente o alterna por succión y se vigila su tolerancia, si no hay problemas, después se permite la ingesta a libre demanda por succión en todas las tomas. Así mismo, se inicia la vigilancia de la autorregulación térmica, se apaga la incubadora y se traslada a cuna abierta: hay que tener presente no realizar ambos procedimientos a la vez.

Medidas generales:

El diagnóstico de la apnea y su causa se deben considerar siempre, para proporcionar el manejo oportuno con xantinas, estimulación propioceptiva o intubación. Cuando la condición general del neonato lo permita se le da un baño diaria, con el cuidado de mantener una temperatura ambiental apropiada.

El prematuro no debe de estar arropado en exceso, ya que la incubadora lo mantiene eutérmico, además de que es imperativa una estricta vigilancia del personal de enfermería.

Cuando se requiere trasladar al neonato a otro lugar fuera de la unidad, se debe de realizar en la incubadora de traslado, al tomar muestras de sangre, se debe evitar en lo posible la punción de los vasos femorales. Red Book. (1997).

Antes de manipular o revisar al neonato se debe de asear las manos con agua y jabón, en la actualidad se utiliza una espuma a base de alcohol etílico al 65%, además se debe portar bata limpia.

Se debe procurar una íntima relación entre padres e hijos para fomentar un núcleo familiar adecuado, y que tanto ellos como el personal médico y de enfermería brinden una estimulación adecuada, ya sea visual, táctil o auditiva para un desarrollo y crecimiento integral del prematuro.

Una vez que el prematuro haya alcanzado un peso apropiado (1.8kg) con curva ponderal en ascenso, que se asegure una tolerancia adecuada a la dieta por succión y que el paciente mantenga su autorregulación térmica, el neonato puede dejar la unidad de cuidados intensivos, después de realizar pruebas de potenciales evocados visuales y auditivos.

Se verifica que sus inmunizaciones estén acordes a su edad cronológica habitual; DPT y contra Haemophilus influenzae, con una excepción de la vacuna sabin oral, que debe administrarse al ser dado de alta del hospital, En cuanto a la vacuna de la hepatitis B, si la madre es negativa, debe administrarse ya que el neonato este en el peso de 2kg o que tenga más de dos meses de edad. Si la madre es positiva el neonato debe de recibir inmunoglobulina contra la hepatitis B (IGHB) en el transcurso de las 12 horas siguientes al nacimiento junto con la vacuna antihepatitis B (en sitio diferente) a la dosis apropiada. Cuando se desconoce el estado de la madre debe tratarse como si fuera positiva.

Los prematuros que desarrollan enfermedades respiratorias crónicas deben ser vacunados anualmente contra la gripe durante el otoño una vez que hayan cumplido los seis meses de edad. La función de la unidad no termina ahí, el éxito depende del seguimiento a largo plazo del neonato con el programa “El control del niño sano” a través de la consulta externa.

8.6.- CARACTERÍSTICAS DEL NEONATO PRETERMINO.

Entre las principales características propias y necesidades del recién nacido prematuro destacan:

- Características morfológicas:

Los neonatos prematuros tiene características específicas, como su aspecto delgado, piel delgadas por la escasez de panículo adiposo, cabeza proporcionalmente grande en relación al cuerpo, piel lisa y brillante con venas muy visibles, lanugo abundante, cartílago de las orejas muy flexible, escases de los surcos palmoplantares, en caso de las mujeres se verifica que no cubran los labios menores y en los niños no se palpan los testículos.

- Características cardiocirculatorios:

La frecuencia cardiaca del prematuro es más alta que la frecuencia de un neonato a término ya que oscila entre 110-170lpm, los prematuros tienen tendencia a la hipotensión (la tensión arterial aumenta con el peso y la edad gestacional), que puede ocasionar problemas cerebrales, respiratoria, renal, o digestiva.

- Características del aparato respiratorio:

En el neonato prematuro es frecuente la respiración periódica, que se define como la repetición de pausas respiratorias breves, de 5-10 segundos de duración, separadas por intervalos cortos, inferiores a 20 segundos, de respiración normal. No va acompañada de cianosis ni bradicardia. Los prematuros, por su inmadurez, pueden presentar déficit de surfactante pulmonar, que ocasionara la enfermedad de membrana hialina.

- Desarrollo neurológico:

La mielinización de las vías motoras es pobre, lo que se traduce en un tono muscular bajo, con las extremidades en extensión. Los reflejos propios del neonato se encuentran disminuidos y abolidos. En los patrones de conducta, los prematuros suelen llorar más que el recién nacido a término, y pueden tener alterado el patrón de vigilia sueño. Zipusky A. (1984).

- Características digestivas:

La capacidad gástrica de los prematuros se encuentra reducida y hay tendencia al reflujo gastroesofágico (que dispone a la aspiración lamenaría), una lenta velocidad del tránsito intestinal y un deficiente desarrollo enzimático, que dificulta la digestión y la absorción de los nutrientes. Los que nacen antes de las 32 – 37 semanas no coordinan bien la succión y deglución, teniendo que ser alimentados por sonda nasogástrica. Debido a su inmadurez hepática los prematuros tienen menor capacidad de conjugación de la bilirrubina, lo que explica que en ellos la ictericia es más frecuente y de mayor intensidad que en los neonatos de término.



9.- METODOLOGÍA

El presente estudio de caso fue realizado en el Hospital de la Mujer, en el servicio de Crecimiento y Desarrollo, el cual se aplica a un paciente pretermino del sexo masculino de 37 semanas de gestación.

Dicho trabajo está basado en el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, se llevó a cabo el Proceso de Atención de Enfermería utilizando las cinco etapas, las cuales son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación.

Para confirmar la confiabilidad de dicho estudio se realizó una búsqueda de información sobre el modelo de atención, la patología y terminología precisa.

La valoración del pretermino se efectuó por medio de un instrumento de valoración en base a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson, teniendo como resultado necesidades alteradas, así como la prematurez del neonato nos determina un grado de dependencia, posteriormente se realizó un análisis objetivo de los datos obtenidos, se llevó a cabo la jerarquización de las necesidades afectadas, así como la formulación de diagnósticos de enfermería bajo el formato PES, el cual consta de Problema, Etiología y signos y síntomas, de acuerdo al modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, finalmente se realizó un plan de cuidados de enfermería a partir de la planeación, ejecución y evaluación de intervenciones.

En las necesidades básicas que se vieron alteradas en el pretermino es la de respirar con normalidad, comer y beber adecuadamente y la de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales adecuando la ropa y modificando el entorno, por lo que se dio un seguimiento del pretermino durante su estancia en el servicio de Crecimiento y Desarrollo, por medio de intervenciones de enfermería específicas.

El Proceso Atención de Enfermería se da por finalizado con la elaboración de un plan de alta del pretermino dirigido a la madre y su cuidado en el hogar.

10.- VALORACIÓN DEL PACIENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ACADEMIA DEL CUIDADO DE LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL RECIEN NACIDO BASADO EN LA PROPUESTA DE VIRGINIA HENDERSON.

DATOS GENERALES.

FECHA **13 de Octubre del 2019.** NOMBRE DEL RECIEN NACIDO: **Damián Sánchez**

SERVICIO: **Crecimiento y Desarrollo** FECHA DE INGRESO: **19 08 19** NOMBRE DEL PADRE: **J. Llano Llano.**

EDAD: **37 años** ESCOLARIDAD: **Primaria** OCUPACIÓN: **Obrero**

NOMBRE DE LA MADRE: **R. Damián Sánchez** EDAD: **35 años** ESCOLARIDAD: **Secundaria**

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

DMS: Niega HTA: Si CARDIACAS: Niega TIROIDES: Niega ONCOLÓGICAS: Niega CONGÉNITOS: Niega

HISTORIA PRENATAL.

C: 1 P: 1 A: 0 G: 3

ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO: **Hipertensión**

TOXICOMANIAS DURANTE EL EMBARAZO: **Negadas**

N° DE CONSULTAS PRENATALES: **04 en centro de Salud**

SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS: **Ácido Fólico, Hierro**

INMUNIZACIONES: **Negadas**

HISTORIA NATAL.

CONDICIONES DE LA ATENCIÓN DEL PARTO: SÉPTICO _____ ASÉPTICO: **X**

CONDICIONES POR LAS QUE SE PRESENTO: DISTÓCICO: **Cesárea** EUTÓCICO _____

CAUSA DE LA DISTOSIA: **Preclamsia Severa**

TIEMPO EN EL PERIDO DE EXPULSIÓN _____ POSICIÓN
PRENATAL _____

RIESGOS ALTO: **X** BAJO _____ GRUPO: **O** RH: **Positivo**

HISTORIA DE RECIÉN NACIDO.

PESO: **1760** TALLA AL NACER: **43 cm** MEDICIÓN PLANTAR AL NACER: **7 cm** EDAD
GESTACIONAL: **37 SDG**

PRETERMINO: **X** PROTERMINO _____ TERMINO _____ POSTERMINO _____

INCUBADORA: **Si** DURANCIÓN DE ESTANCIA: **17 días** PUNTUACIÓN DE APGAR: **8/9**

SILVERMAN: **1** CAPURRO: **35 SDG** HIPOXÍA: SI _____ NO: **X** REANIMACIÓN: SI _____ NO _____

CUIDADOS INMEDIATOS

PROFILAXIS OFTÁLMICA: **Si** VITAMINA K: **Si** LIGADURA DE CORDÓN: **Si** TAMIZ: **Si**

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA A PARTIR DE _____ INMUNIZACIÓN BCG _____
HEPATITIS _____

❖ NECESIDAD OXIGENACIÓN.

TIPO DE TORÁX: **Normolineo** FC: **170 por min** FR: **88 por min** CARACTERÍSTICA DE LA
RESPIRACIÓN: **Presenta dificultad respiratoria con aleteo nasal y ligero tiraje intercostal.**

PRESENCIA DE RUIDOS RESPIRATORIOS: LADO IZQUIERDO _____ LADO
DERECHO _____

SILVERMAN: **1** PRESENCIA DE CIANOSIS: PERIFERICA _____ CENTRAL _____ SATURACIÓN DE O₂
PREDUCTAL: **91 %** POSDUCTAL: **80%** REQUERE DE DISPOSITIVO PARA RESPIRAR: SI: **X** NO _____

FASES DE LA OXIGENACIÓN.

FASE I CAMPANA CEFALICA: **5 Lx'** PUNTAS NASALES _____ MASCARILLA SIMPLE _____

FASE II CPAP NASAL _____ Lx'' _____ PEEP _____ FiO₂ PUNTAS NASALES DE ALTO
FLUJO _____

FASE III VENTILACIÓN MECANICA. MODO VENTILATORIO _____ RESPIRADOR _____ FREC _____
PIP _____ PEEP _____ FIO₂ _____ R:I:E _____

• **NECESIDAD NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.**

TIPO Y VIA DE ALIMENTACIÓN: **Asistida** FRECUENCIA: **Ocho tomas en 24 horas** CANTIDAD: **31 ml**
 CARACTERISTICAS DE LA TÉCNICA: **Por sonda orogastrica** TOLERA LA ALIMENTACIÓN: **Buena tolerancia** REGURGITACIÓN SI _____ NO: **X**

SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN: **Débil** PROMUEVE LA LACTANCIA MATERNA: **Si** PRESENCIA DE HIPO: **No**

EL NIÑO ES ALIMENTADO POR:

SUCEDANEO. SI _____ NO _____ TIPO _____

BIBERON _____ VASO _____ CONQUE FRECUENCIA _____
 CANTIDAD _____ DIFICULTAD. SI _____ NO _____ HORARIO _____

GLICEMIA CAPILAR: **75 mg/dl**

ACCESOS PERIFERICOS: **Línea periférica**

ACCESOS UMBILICAL _____

PRESENCIA DE ALGUNA MALFORMACIÓN CONGENITA SI _____ NO: **X**
 CUAL _____

CARACTERISTICAS DE LAS FONTANELAS: **Fontanela anterior normotensa 1cm, fontanela posterior puntiforme.**

❖ **NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.**

MICCIÓN: **Presente** EVACUACIÓN: **Presente** CARACTERISTICAS DE LA EVACUACIÓN: **Blanda, no fétida.**

TOTAL, DE INGRESOS _____ TOTAL DE EGRESOS _____ CARACTERISTICAS DE LOS GENITALES: **Fenotípicamente masculinos, con testículos en bolsa escrotal, sin alteraciones aparentes.**

PERDIDAS INSENCIBLES

	FACTOR	CC/ KG/ DÍA
AUMENTO	*PRETERMINO	40 A 120 NA
	LAMPARA DE CAL. RADIANTE	20 A 50
	FOTOTERAPIA	10 A 20
	TAQUIPNEA	10 A 20
	DEFECTO PIEL	10 A 20
DISMINUYE	AMBIENTE HÚMEDO	20 A 50
	O2 HUMIDIFICADOR	20 A 40
	INC. DOBLE PARED	15 A 20
	PLASTICO	15 A 20
	VENTILACIÓN MECANICA	10 A 20

- **NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

PRESENCIA DE FATIGA AL COMER: SI: **X** NO: ____

PRESENCIA DE POLIDACTILIA: **No** SINDACTILIA: **No** POSTURA QUE ADOPTA EL RN: **Posición dorsal con extensión de las extremidades inferiores.**

- **NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO**

SUEÑO FISIOLÓGICO SI: **X** NO ____ CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO: **continuo y ligero.**

HORAS DE SUEÑO: **18 Hrs.**

QUE FACTORES A IDENTIFICADO QUE INFLUYEN AL SUEÑO _____ CUANTAS HORAS ESTA DE VIGILIA: **30 minutos** HA NOTADO ALGÚN PROBLEMA PARA CONSILIAR EL SUEÑO EN EL RN:

SI: **X** NO ____ CUAL: **Manipulación excesiva y ruidos externos.**

VALORACIÓN NEUROLÓGICA:

ACTIVO: _____ REACTIVO: _____ TRANQUILO: **X** DORMIDO: **X**

RESPUESTA A ESTIMULOS: **Si** MOVIMIENTO SIMETRICO: **SI** ASIMÉTRICOS _____

RESPUESTA PUPILAR: **Si**

- **NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS**

SI PROCEDE. SE ENCUENTRA EN AMBIENTACIÓN SI ____ NO __ QUE TIPO DE ROPA UTILIZA: **Pañal**

EL CUIDADOR PRIMARIO CONOCE O ESTA FAMILIARIZADO CON EL TIPO DE ROPA QUE VA A UTILIZAR EL BEBÉ: **SI**

- **NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

T° CORPORAL: 38°C ESTANCIA DEL NEONATO INCUBADORA: **X** permanente CUNA

RADIANTE _____

HUMEDAD DE LA INCUBADORA _____ PRESENCIA DE DIAFORESIS _____ TEMPERATURA DEL SERVICIO _____

Ictericia neonatal

Pediatría

La Escala de Kramer es una escala visual para determinar cifras de bilirrubina aproximadas según la localización cutánea. tiene una progresión céfalo-caudal.

ESCALA DE KRAMER		
Nivel	Región anatómica	Niveles de bilirrubina
1	Cabeza y cuello.	5-6 mg/dL.
2	Miembros superiores, tórax y abdomen superior (hasta ombligo).	7-9 mg/dL.
3	Abdomen inferior y muslos (hasta rodilla).	10-12 mg/dL.
4	Piernas (hasta tobillos).	13-16 mg/dL.
5	Palmas y plantas.	17 mg/dL.



Medicinal C. Ictericia neonatal. Revista Médica de Costa Rica y Centroamericano. XLI (6) 207-209. 7-8 2014. Secretaría de Salud. Dirección General. Subgerencia de Tratamiento de la Neonatal en el Hospital Materno en 20 Semanas de Gestaion Hasta los 2 Semanas de Vida Extrauterina. BPC CENETEC. 2010.

NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

SE REALIZA BAÑO. SI **X** NO _____ ASEO DE CAVIDADES _____ PORQUE _____

HIDRATACIÓN DE LA PIEL: SI COMO: **se aplica cremas específicas para neonato**

COLORACIÓN DE LA PIEL ROSADA: **X** PALIDA _____ ICTERICO _____ FISIOLÓGICA _____
 PATOLÓGICA _____

ZONAS DE KRAMER _____

NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

USO DE BARANDALES _____ PRESENCIA DE SUJECIÓN GENTIL SI _____ NO _____ SE ENCUENTRA BAJO UN NIDO: **Si** PUERTAS CERRADAS O MANGAS (INCUBADORAS): **Si** VIGILANCIA DEL FUNCIONAMIENTO DE LAS INCUBADORAS: **Si** PRESENCIA DE DISPOSITIVOS INVASIVOS _____

TIENE FOTOTERAPIA. SI _____ NO: **X** TIPO _____

MINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

MEDICAMENTO : Aminofilina	DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACIÓN : 2mg intravenosa	HORA: Cada ocho horas
-------------------------------------	---	---------------------------------

NECESIDAD DE COMUNICARSE

RECIBE VISITA FAMILIAR: **Si** PRESENCIA DE APEGO O TECNICA CANGUNRO. SI **X** NO _____ PORQUE _____ RECIBE LAZOS AFECTIVOS: **Si** SE PROMUEVE EL PROCESO DE VINCULACIÓN AFECTIVA PADRE, MADRE Y RECIEN NACIDO: **Si**

PROMOCION DE LA HORA DE PENUMBRA SI: **X** NO _____ EL PERSONAL DEL SERVICIO MUESTRA EMPATIA: **Si**

ESTADO DE ANIMO DEL RECIEN NACIDO _____ RESPUESTA AL TACTO: **Relajado** SIGUE LA LUZ _____ HACE GESTOS. SI _____ NO _____ BALBUCEA. SI _____ NO _____ DOLOR _____ LLANTO _____ VIGOROSO _____ DEBIL: **Si** IRRITABILIDAD: **Ocasional** ETC.

- **NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES**

MITOS DE LOS PADRES HACERCA DE LAS CREENCIAS EN EL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO:

Ninguno NECESIDAD DE ASISTENCIA RELIGIOSA. SI _____ NO: **X**

TIPO DE RELIGIÓN: **Católica** USO DE MEDICINA TRADICIONAL. SI _____ NO: **X**

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA: **17 días** AVANCES EN EL DESARROLLO PSICOMOTRIZ (DE ACUERDO A SU PATOLOGIA): **Si** CAPACIDAD DE LOS PADRES PARA ESTIMULAR Y ACEPTAR AL BEBÉ: **Si** PERCEPCIÓN POSITIVA DE LOS PADRES EN LA UCIN _____

ESTA FAMILIARIZADO CON LOS CUIDADOS Y CITAS MEDICAS DE SEGUIMIENTO: **Se aplica plan de alta para brindar orientación requerida y manejo del neonato en el hogar.**

13. NECESIDAD DE JUGAR / PARTICIPAREN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

ESTE SE DESARROLLARA DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL PACIENTE Y AL GRADO DE ESTIMULACIÓN QUE PUEDE RECIBIR DURANTE LA ESTANCIA: **Esta se llevara a cabo posteriormente al alta, asistiendo al servicio de estimulación temprana, ubicado en el hospital de la mujer.**

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

ESTE SE DESARROLLARA DE ACUERDO A LAS CONDICIONES DEL PACIENTE Y AL GRADO DE ESTIMULACIÓN QUE PUEDE RECIBIR DURANTE LA ESTANCIA ASI COMO EL GRADO DE FAMILIARIZACIÓN DE LOS PADRES Y COMO SE INTEGREN A LA DINAMICA DEL RECIEN NACIDO Y DE LA

FAMILIA _____

11.- EXPLORACIÓN FÍSICA DEL NEONATO.

Neonato pretermino, hipotrofico, del sexo masculino, en incubadora, eutermico, cursando periodos de sueño fisiológico, a la manipulación se observa Hipoactivo, reactivo a estímulos externos, en posición decúbito lateral con flexión de extremidades superiores y extensión de extremidades inferiores.

Cráneo normocefalo, cilíndrico, con una circunferencia de 30.5 cm, proporcional al resto del cuerpo, fontanela anterior normotensa de 1 cm, fontanela posterior puntiforme, cabello escaso y delgado. Cara simétrica con apertura ocular espontanea, ojos simétricos, pupilas reactivas a estímulo luminoso, cejas y pestañas escasas, pabellones auriculares de adecuada implantación, conductos auditivos externos permeables, respuesta positiva ante estímulos auditivos intensos, narinas y coanas permeables, con ligero aleteo nasal, labios, cavidad oral y paladar íntegros, mucosas hidratadas, sonda visible, instalada para alimentación enteral, reflejo de deglución y succión presente, débil, esófago permeable.

Cuello corto, flexible con tono muscular débil, tráquea en línea media, pulso carotideo palpable, rítmico, adecuada intensidad, clavículas integras al palpación, tórax normolineo, movimientos respiratorios irregulares, campos pulmonares ventilados con entrada y salida de aire adecuada, sin presencia de estertores, frecuencia cardiaca rítmica con adecuada intensidad y frecuencia, no soplos, frecuencia respiratoria 88 por minuto, frecuencia cardiaca 170 por minuto, tiraje intercostal, disminución de oxigenación (80%).

Abdomen globoso, blando a la palpación, depresible, peristalsis presente, cicatriz umbilical limpia y seca, perímetro abdominal de 22 cm pre y postprandial.

Extremidades superiores en flexión, mano extendida, reflejo palmar presente, uñas delgadas, dedos completos y con características normales.

Extremidades inferiores en extensión, dedos completos y con características normales, reflejo de Babinski y plantar presente, llenado capilar de dos segundos.

Espalda y columna integra, flexible, se palpan espacios intervertebrales, sin masa anexas, curvatura normal, pliegues de glúteos normales y simétricos.

SIGNOS VITALES

- Frecuencia Cardiaca: 170 por minuto
- Frecuencia Respiratoria: 88 por minuto
- Temperatura: 38°C

SOMATOMETRIA

- Peso: 1760
- Talla: 43 cm
- Perímetro Cefálico: 30.5 cm
- Perímetro Abdominal: 22 cm
- Pie: 7 cm

12.- JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES

RESPIRAR CON NORMALIDAD.

Dificultad respiratoria, Fr de 88 por minuto, desaturación de oxigenación del 85 %, tiraje intercostal y aleteo nasal.

MATENER TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES ADECUANDO LA ROPA Y MODIFICANDO EL ENTORNO.

Aumento y disminución de la temperatura corporal (38.5°C), prematurez.

COMER Y BEBER ADECUADAMENTE.

Alimentación asistida por sonda orogastrica, reflejo de succión y deglución débil.

13.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada: Respirar con normalidad.

Diagnóstico de Enfermería: Alteración de la necesidad de respirar normalmente relacionado con inmadurez pulmonar manifestado por el incremento de la respiración (88 X'), aleteo nasal, tiraje intercostal y desaturación de oxígeno (80%).

Objetivo: Favorecer el intercambio gaseoso, para disminuir datos de dificultad respiratoria y mantener una saturación óptima entre 90% - 95%. Roll de la Enfermera: Sustituta.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUENTE DE LA DIFICULTAD	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>✚ Lavado de manos 5 momentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto del paciente. 2. Antes de realizar una tarea aséptica. 3. Después de la exposición a fluidos corporales. 4. Después del contacto con el paciente. 5. Después del contacto con el entorno del paciente. <p>I.E. Independiente</p>	<p>Falta de fuerza.</p>	<p>El lavado de manos es el procedimiento más importante para lograr la reducción de la mayor cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas, es efectivo y económico, por lo que se ha convertido en el método de prevención de las infecciones nosocomiales por excelencia en las unidades neonatales.</p>
<p>✚ Observar la presencia de signos de dificultad respiratoria: Aleteo nasal, tiraje intercostal.</p> <p>I.E. Independiente</p>		<p>El oxígeno es el complemento básico para la vida de las células del cuerpo, para obtener energía y favorecer su crecimiento, un óptimo intercambio gaseoso nos permite mantener niveles favorables de oxigenación para evitarla presencia de hipoxia y mantener un equilibrio ácido base.</p>

<ul style="list-style-type: none"> Colocación de oximetría de pulso con rotación de sensor cada dos horas. I.E. Independiente 	<p>Falta de Fuerza.</p>	<p>La oximetría de pulso es una forma de medir el oxígeno en sangre que fluye por los capilares, este es detectado por un sensor representando el porcentaje de oxígeno al que está saturada la hemoglobina.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Control de parámetros de oxígeno del prematuro a través de casco cefálico a 5 LX'. I.E. Dependiente 		<p>El objetivo principal de la oxigenoterapia es aumentar el aporte de oxígeno a los tejidos utilizando al máximo la capacidad de transporte de oxígeno inspirado, debe de ser tal que su presión parcial en el alveolo alcance niveles óptimos para oxigenar la hemoglobina.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cambios de posición del neonato, con intervalos de dos horas. I.E. Independiente 		<p>Los cambios de posición ayudan a expandir las áreas de los pulmones y favorecen el drenaje de secreciones y la oxigenación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Registro en formatos de enfermería. I.E. Independiente. 		<p>Las hojas de enfermería son instrumentos legales y todo registro en ellas se utiliza como evidencia del cuidado específico, realizado por el personal de enfermería.</p>

EVALUACION: Las intervenciones de enfermería fueron favorables, ya que se observó una disminución en la frecuencia respiratoria manteniéndola en límites normales (56), observándose una saturación de oxigenación óptima (90%), sin datos de dificultad respiratoria.

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

Diagnóstico de Enfermería: Alteración en la temperatura corporal relacionado con la falta de maduración del sistema termorregulador manifestado por distermias (35.5°C – 37.6°C).

Objetivo: Mantener la temperatura corporal del prematuro dentro de parámetros normales (36.5°C – 37.5°C) y hemodinámicamente estable.

Roll de la Enfermera: Sustituta.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUENTE DE LA DIFICULTAD	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<ul style="list-style-type: none"> ✚ Lavado de manos 5 momentos: <ol style="list-style-type: none"> 1. Antes del contacto del paciente. 2. Antes de realizar una tarea aséptica. 3. Después de la exposición a fluidos corporales. 4. Después del contacto con el paciente. 5. Después del contacto con el entorno del paciente. I.E. Independiente. ✚ Monitorización de signos vitales. I.E. Independiente. ✚ Toma de la temperatura axilar del neonato cada tres horas. I.E. Independiente 	<p>Falta de fuerza.</p>	<p>El lavado de manos es el procedimiento más importante para lograr la reducción de la mayor cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas, es efectivo y económico, por lo que se ha convertido en el método de prevención de las infecciones nosocomiales por excelencia en las unidades neonatales.</p> <p>Es una de las acciones esenciales de los cuidados de enfermería, lo cual nos lleva a obtener información objetiva sobre la estabilidad hemodinámica, cardiorrespiratoria y térmica del neonato.</p> <p>El neonato prematuro tiene mayor riesgo de enfriarse, ya que por su inmadurez tiene una mayor posibilidad de pérdida de calor o menor capacidad de aumentar la</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✚ Manejo ambiental del neonato durante su estancia hospitalaria. I.E. Independiente. ✚ Revisión y ajuste de parámetros de temperatura de la incubadora. I.E. Independiente. ✚ Mantener la cabeza del neonato cubierta con gorro. I.E. Independiente. ✚ Minimizar el manejo del neonato fuera de la incubadora. I.E. Independiente. 	<p>Falta de fuerza.</p>	<p>producción de calor en ambientes fríos.</p> <p>El manejo ambiental es uno de los principales aspectos en el cuidado del neonato. Existen cuatro formas de pérdida de calor las cuales son: Conducción, radiación, convección y evaporación.</p> <p>Proporcionar temperatura y humedad relativa que generan beneficios el control térmico, bloquea los medios de pérdida de calor y asegura las fuentes de suministro de calor.</p> <p>Previene la perdida de calor por evaporación.</p> <p>Al disminuir la manipulación del prematuro, se evitan corrientes de aire y el incremento del estrés del neonato.</p>
<p>EVALUACION: Se mantuvo la temperatura corporal del neonato en parámetros normales (37°C), en incubadora en control manual.</p>		

Necesidad Alterada: Comer y beber adecuadamente.

Diagnóstico de Enfermería: Patrón de succión inmaduro relacionado con prematuridad, incapacidad de ingesta de nutrientes manifestado por incapacidad para ingerir alimentos, tono disminuido, succión y deglución débil.

Objetivo: Mejorar el patrón de alimentación por medio de técnica asistida brindando un aporte nutricional adecuado cada tres horas en 24 horas.

Roll de la Enfermera: Sustituta.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUENTE DE LA DIFICULTAD	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.
<p>✚ Lavado de manos 5 momentos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Antes de contacto con el paciente.2. Antes de realizar una tarea aséptica.3. Después de la exposición a fluidos corporales4. Después del contacto con el paciente.5. Después del contacto con el entorno del paciente. <p>I.E. Independiente</p>	<p>Falta de fuerza</p>	<p>El lavado de manos es el procedimiento más importante para lograr la reducción de la mayor cantidad de microorganismos presentes en la piel y uñas, es efectivo y económico, por lo que se ha convertido en el método de prevención de las infecciones nosocomiales por excelencia en las unidades neonatales.</p>
<p>✚ Verificar perímetro abdominal pre y post prandial, vigilar presencia de vómito, hipo, distensión abdominal o regurgitación.</p> <p>I.E. Independiente</p>		<p>La toma de perímetro abdominal permite llevar a cabo un control sobre un aumento en los parámetros normales del abdomen, antes y después de la alimentación, valorando la tolerancia de la vía enteral.</p>
<p>✚ Preparación de material de acuerdo a la técnica de alimentación forzada,</p>		<p>La alimentación forzada es una técnica que se utiliza cuando el neonato prematuro no cuenta con</p>

<p>guantes cubre boca, sonda, jeringa, equipo de alimentación e hipafix. Realizar técnica asistida con intervalos de tres horas, a gravedad con una altura de 15 a 20 cm entre el neonato y la jeringa.</p> <p>I.E. Dependiente.</p> <p>✚ Proporcionar una alimentación optima tomando en cuenta temperatura de la formula, alcanzando una temperatura ambiente.</p> <p>I.E. Independiente.</p> <p>✚ Toma de peso y talla.</p> <p>I.E. Independiente.</p> <p>✚ Registro en formatos de enfermería.</p> <p>I.E. Independiente.</p>		<p>una succión y deglución optima, además de que favorece el ahorro de energía y para el incremento de peso corporal, así como utilizar el método más seguro para alimentarlo.</p> <p>La alimentación con formula a temperatura ambiente favorece la digestión y disminuye la probabilidad de espasmos y molestias gastrointestinales.</p> <p>La toma de peso y talla, son parámetros que nos permiten llevar a cabo un control del crecimiento, la evaluación antropométrica permite detectar riesgos de morbimortalidad y deterioro del estado nutricional del prematuro.</p> <p>Las hojas de enfermería son instrumentos legales, todo registro en ellas se utiliza como evidencia del cuidado especifico realizado por el personal de enfermería.</p>
<p>EVALUACIÓN: Se logró llevar a cabo la técnica de alimentación forzada, proporcionando leche humana por medio de una sonda orogástrica sin complicaciones, manteniendo un perímetro abdominal en rangos normales con ganancia de peso corporal por día de 20 gr.</p>		

14.- PLAN DE ALTA

Nombre: Damián Sánchez.

Expediente: 606113.

DVE: 17 días.

Peso: 1,820 kg.

Pronostico: Viable para la vida.

CUIDADOS EN EL HOGAR.

1.-Vigilancia de la temperatura corporal del neonato.

- ❖ *Explicar y enseñar a los padres el procedimiento de la toma de temperatura axilar para evitar intervenciones derivadas de apreciaciones erróneas.*
- ❖ *Informar sobre la temperatura ambiente que debe de existir en el ambiente del neonato (23°C).*
- ❖ *Orientar sobre la ropa y el sobre abrigo del neonato, así como las consecuencias de este provocando un aumento en la temperatura corporal.*
- ❖ *Evitar la exposición del neonato a corrientes de aire, al contacto directo de calefactores, ventiladores y aires acondicionados.*
- ❖ *Informar sobre las precauciones que se debe de tener durante el baño del neonato, haciendo referencia que se debe llevar a cabo en un área cálida, tiempos de inmersión cortos, secado rápido con técnica de esponjeado para evitar lesiones.*
- ❖ *Si se detecta que el neonato se encuentra frío y su temperatura está por debajo del límite recomendado, se debe de realizar la técnica de mama canguro, donde el neonato debe de estar en contacto directo con la piel de la madre o el padre, hasta la temperatura se encuentre en parámetros normales.*
- ❖ *Recomendar asistir al médico en caso de que la temperatura no se haya recuperado en el lapso de una hora.*

2.- Lactancia materna a libre demanda.

- ❖ Instruir a la madre sobre la importancia y beneficios de la lactancia materna.*
- ❖ Informar los beneficios del calostro en el desarrollo y crecimiento del neonato.*
- ❖ Hacer referencia sobre el uso de una posición cómoda recordando cambiarla periódicamente para favorecer el drenaje del seno y liberar la zona de presión de la boca del bebe de la aréola.*
- ❖ Observar la posición del neonato y adhesión de la boca al pecho.*
- ❖ Hacer hincapié sobre la importancia de la lactancia a libre demanda, haciendo referencia de que el neonato debe comer las veces que se requiera y hasta que se encuentre satisfecho.*
- ❖ Una vez finalizada la alimentación se debe de sacar el aire del neonato con palmadas suaves en la espalda de abajo hacia arriba.*
- ❖ Brindar una posición en decúbito lateral o semifowler de esta manera se evitara una broncoaspiración.*

En el caso de no poder llevar a cabo la lactancia materna, las preparación de la fórmula de inicio, se debe de realizar con las técnicas de higiene, como el lavado de manos, contar con utensilios debidamente limpios, así mismo respetando el horario establecido cada tres horas en caso que el neonato se encuentre dormido y se haya cumplido el tiempo, se le debe de despertar con movimientos suaves y ofrecer la formula.

Uso del biberón:

- ❖ Lavado de manos antes de la preparación de la formula y antes de la manipulación del biberón.*
- ❖ Los biberones se deben de lavar con agua y detergente, debe cepillarse el interior del biberón para eliminar residuos, enjuagar vigorosamente.*
- ❖ Los biberones deben ser esterilizados por lo menos una vez al día para garantizar el número para su uso en 24 Hrs.*
- ❖ La preparación de la formula debe de realizarse de acuerdo a la indicación del médico o en su defecto usar las instrucciones del envase.*
- ❖ En la preparación de la formula el biberón se debe de tapar y agitar para homogeneizar.*

3.- Higiene y cuidado de la piel.

- ❖ *El baño se debe de realizar diariamente, teniendo en cuenta si el clima es favorable así como la temperatura corporal del neonato es favorable, en caso de no ser así solo efectuar un aseo de las cavidades para evitar la pérdida de la temperatura corporal.*
- ❖ *Utilizar jabones neutros sin alcohol para evitar lesiones en la piel del neonato.*
- ❖ *El baño se debe de realizar comenzando por la cabeza, después el cuerpo y terminar con genitales y ano.*
- ❖ *Es importante realizar un secado rápido en forma de esponjeo, sin tallar para evitar lesiones en la piel, se debe evitar la humedad.*
- ❖ *Revisar la cicatriz umbilical y secar para evitar humedad, se debe de observar que no haya presencia de mal olor, edema o que se encuentre de color rojo, en caso de presentar mal olor realizar un lavado y si este persiste, acudir al médico.*
- ❖ *Se debe de lubricar la piel con crema libre de alcohol.*

4.- Eliminación.

- ❖ *Vigilar las características de las evacuaciones y orina del neonato, consistencia, coloración, y cantidad de evacuación al día.*
- ❖ *Explicar el cuidado del área perianal, como es la limpieza, la importancia de mantener seca el área el cambio el pañal para evitar dermatitis.*
- ❖ *Evitar realizar fricción sobre el área, en caso de presentarse irritación realizar aseo con agua y jabón.*

5.- Descanso y sueño:

- ❖ *Cuidar el entorno del neonato, evitar ruidos fuertes, mantener una iluminación cálida, y mantener una temperatura del entorno en 23°C.*
- ❖ *Realizar cambios de postura por lo menos cada dos horas para proveer el descanso durante la noche y una vez al día efectuar ejercicios de estimulación temprana.*
- ❖ *Evitar cualquier tipo de humedad ya sea en la ropa del neonato como del pañal.*
- ❖ *Utilizar almohadas en las prominencias óseas para evitar lesiones en la piel.*
- ❖ *Evitar dejar cualquier objeto dentro de la cuna del neonato que pudiese ocasionar una lesión o caer sobre del neonato que pudiesen obstruir la vía aérea.*

6.- Evitar peligros.

- ❖ *Se le indica a la madre que debe recabar el resultado de la prueba de tamiz metabólico, el cual se puede realizar en cualquier institución de salud de su preferencia.*
- ❖ *Informar sobre la importancia del esquema de vacunación en cuanto el neonato se encuentre apto para ello, iniciando con las vacunas BCG y Hepatitis B.*
- ❖ *Asistir a las citas de control y el inicio de estimulación temprana.*
- ❖ *Se debe establecer la importancia y control que se requiere en la administración y receta emitida por el profesional.*
- ❖ *Puede en caso de emergencia acudir a consulta de urgencias al identificar signos como: Fiebre, letargo, vomito, incremento del perímetro cefálico y/o abdominal, rigidez de nuca, irritabilidad, llanto, hipoactividad.*

7.- Signos de alarma en el neonato pretermino:

- ❖ *Cambios de coloración en los labios, la mucosa de la boca o la zona peribucal, (color azulado, violáceo o palidez).*
- ❖ *Llanto inconsolable.*
- ❖ *Temperatura axilar fuera del límite del parámetro normal.*
- ❖ *Rechazo del alimento.*
- ❖ *Ausencia de evacuaciones.*
- ❖ *Ausencia de orina por un tiempo mayor a 18 Hrs.*
- ❖ *Enrojecimiento en la zona del condón.*
- ❖ *Olor fétido en el cordón umbilical.*
- ❖ *Presencia de coloración amarillenta de la piel y conjuntivas oculares.*
- ❖ *Letargo.*

15.- CONCLUSIONES.

El presente Proceso Atención de Enfermería nos permitió brindar al neonato un cuidado integral; de acuerdo a sus fases engloba la totalidad del paciente y de sus necesidades afectadas en este caso por ser el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

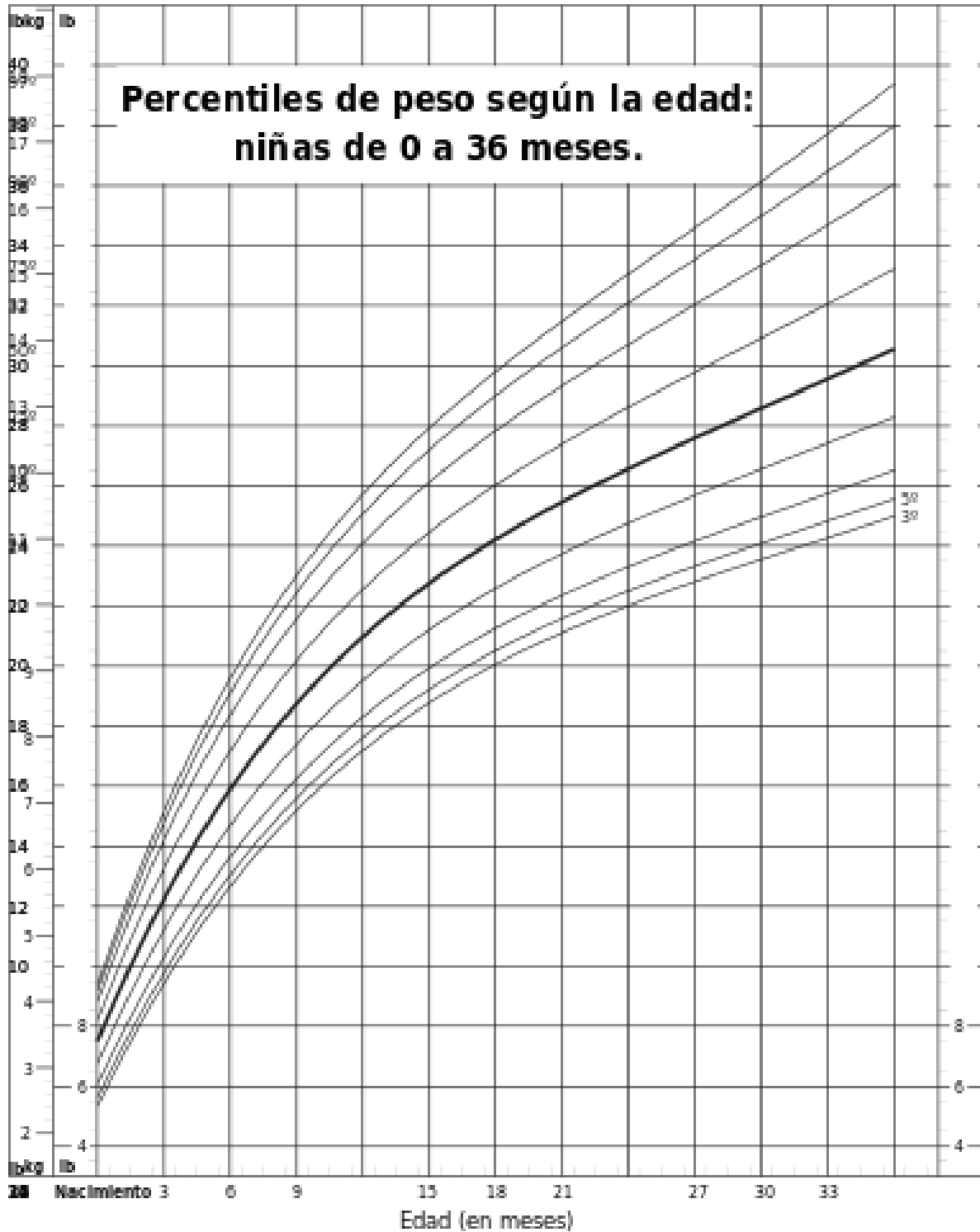
En la elaboración de este Proceso atención de Enfermería se logró realizar cada una de las etapas y como se encuentran enlazadas cada una de ellas, teniendo una secuencia que nos lleva a brindar un cuidado específico dirigido al neonato pretermino, el cual nos permite darnos cuenta que el papel de la enfermera es primordial, el cual se ha visto en la necesidad de ir evolucionado de acuerdo a los cambios que se han venido presentando con el paso del tiempo y con la aparición de nuevas enfermedades.

La obtención de datos fue por medio del expediente clínico del cual se recabaron los datos necesarios sobre la evolución del neonato, la hoja de enfermería la cual se realizaron las anotaciones de signos vitales y observación del neonato, la observación fue fundamental, ya que se logró valorar el estado físico, su incremento de peso, de esta forma se llevó a cabo la jerarquización de las necesidades básicas alteradas de las cuales se elaboraron tres diagnósticos de enfermería por medio de los formatos PES, seguido se implementaron intervenciones de enfermería independientes y dependientes estas se llevaron a cabo durante la estancia del neonato en el servicio de crecimiento y desarrollo, la colocación de casco cefálico y la monitorización de la saturación, cambios de posición, el control de la temperatura corporal por medio de la toma y registro de signos vitales, manejo de incubadora, limitando los cambios bruscos de temperatura, en la necesidad de comer y beber adecuadamente, se alimenta al neonato con técnica forzada hasta lograr la maduración de la succión y deglución, por lo tanto podemos concluir que las intervenciones efectuadas al neonato favorecieron a la recuperación del neonato, ya que en la evaluación de cada uno de los diagnósticos observamos una adecuada saturación, disminución de la frecuencia respiratoria y una saturación del 90%, la temperatura corporal se mantuvo en parámetros de 37°C, se registró un incremento ponderal de 20gr por día logrando un peso de 1820gr, se observa la deglución y succión presente, por lo que se considera su alta del servicio y se elabora un plan de alta el cual se brinda la orientación y manejo del neonato a la madre para favorecer la integración del neonato a la vida familiar. La realización del Proceso atención de Enfermería, fortaleció mi aprendizaje, elaborando diagnósticos de enfermería y un plan de alta dirigido a la madre para el cuidado del neonato en el hogar. Es importante mencionar que el personal de enfermería cuenta con la capacidad y responsabilidad profesional de educar y fomentar el cuidado para evitar complicaciones y favorecer la pronta recuperación de la salud en nuestros pacientes.





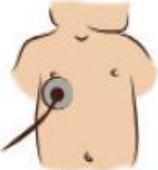










16.-REFERENCIAS

- Restrepo de A., C.M. (1997). Simbolismo de la Profesión. En Historia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (pp.162-198).
- Domínguez Dieppa F. (1999). Guías de prácticas clínicas en neonatología, La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Urbina, L. (2003). Tendencias actuales en las competencias específicas de enfermería. Rev. Cubana Educación Media Superior.
- Mosby. Bulechek G.M, McCloskey J. (1999). 4. Aguilar M. (2003). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ta Edición. Madrid
- Marriner A., Raile M., (2007) Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta Ed. Madrid. España. Elsevier.
- Carpenito J.L. (2008). Tratado de Enfermería Materno Infantil – Cuidados Pediátricos. Editorial Océano/Mosby. Elseier, España.5.
- Rogelio R., (2001) Manual de neonatología, 1ª edición. Madrid. Mc GrawHill Interamericana.
- Kliegman RM. (1997). Prematurez., Tratado de Pediatría; 15° Ed. Madrid; McGrawhill. Interamericana.
- REEDER, S. (2005). Planes de Cuidados y Documentación en enfermería. 9na Edición en Español. Editorial. McGraun – Hill. España. 6.

17.- ANEXOS



VALORACION SILVERMAN-ANDERSON.

Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido respiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tomando en cuenta su participación en la elaboración del Proceso Atención de Enfermería, solicitamos su autorización para recabar información personal y del paciente, así como el uso de los datos médicos del R.N. Damián Sánchez, que se encuentra hospitalizado en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de la Mujer, siendo usted madre y responsable del recién nacido.

La información que se recabe será utilizada como evidencia para la elaboración de dicho trabajo, y expuesta con fines de demostración académica.

Manifestando que mi participación es completamente voluntaria, y autorizo el uso de dicha información ya que fui debidamente informada del fin del presente trabajo con fines académicos y sin recibir alguna remuneración.


Nombre y firma del responsable