

00921
163



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

" ESTUDIO DE CASO A UN RECIEN NACIDO PRETERMINO A TRAVES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA "

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A:
ALMA TORRES GONZALEZ

No. Cta. 9853933-4

Angelina Rivera M.

ASESOR : LIC. ANGELINA RIVERA MONTIEL



MEXICO D.F.

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
SERVICIOS ESCOLARES

JUNIO 2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a



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.

A MI MADRE.

IRENE GONZÁLEZ MAYA.

**Por todos sus sacrificios, por su amor, su apoyo y su ejemplo de lucha constante.
No me alcanzará la eternidad para agradecerte todo lo que haces por mí.**

A ISELA, JANETH Y ABDIEL por su apoyo y motivación para seguir siempre adelante.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE.

Introducción.....	1
Justificación.....	3

I. OBJETIVOS.

Objetivo general.....	4
Objetivos específicos.....	4

CAPÍTULO 1.

II. MARCO CONCEPTUAL.

Enfermería.

1.1 Antecedentes Históricos.....	5
1.2 Conceptos.....	12
1.3 Metaparadigma.....	14

CAPÍTULO 2.

Cuidado.

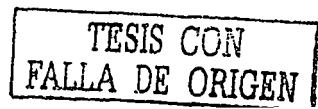
2.1 Antecedentes Históricos.....	16
2.2 Concepto.....	19
2.3 Connotaciones del cuidado.....	19
2.4 Tecnologías para el cuidado.....	20
2.5 Procesos para el cuidado.....	24

CAPÍTULO 3.

Proceso de enfermería.

3.1 Concepto.....	25
-------------------	----

C



3.2 Etapas.....	25
3.3 Valoración.....	26
3.4 Diagnóstico.....	34
3.5 Planeación.....	37
3.6 Ejecución.....	44
3.7 Evaluación.....	45

CAPÍTULO 4.

Virginia Henderson.

4.1 Antecedentes.....	46
4.2 Conceptos básicos.....	47

CAPÍTULO 5.

Recién nacido pretérmino.

5.1 Concepto.....	51
5.2 Clasificación.....	51
5.3 Características básicas de crecimiento y desarrollo.....	52

CAPÍTULO 6.

III. METODOLOGÍA.....	60
-----------------------	----

CAPÍTULO 7.

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1 Análisis de los conceptos de enfermería.....	62
4.2 Valoración.....	67
4.3 Diagnósticos.....	71

d

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.4 planeación.....	71
Conclusiones.....	85
Anexos.....	86
Medicamentos utilizados.....	95
Tablas de referencia Pediátrica.....	97
Bibliografía.....	101

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

0

INTRODUCCIÓN.

La enfermería es una profesión orientada a proporcionar atención de enfermería integral a individuos y/o grupos con problemas de salud, y estimula las acciones que impliquen al individuo en la obtención de un grado deseable de independencia en el cuidado de su salud.

La profesión de enfermería exige juicio crítico, habilidad y experiencia para proporcionar atención de enfermería, el proceso de atención de enfermería es el cimiento que ha caracterizado a la enfermería, constituye un instrumento para que la enfermera evalúe continuamente la calidad del servicio que presta y la mejore, los planes de cuidados permiten a las enfermeras saber cuáles son los problemas específicos del paciente, cuáles son las metas importantes para éste, y cómo y cuándo pueden cumplirse de la mejor manera.

Actualmente la enfermería ha tenido modificaciones muy importantes tanto en el aspecto de la currícula como a nivel de la atención institucional, específicamente en lo concerniente al proceso de enfermería, ya que en la actualidad en los planes de estudios, el proceso de enfermería es considerado como una estrategia de formación, pues da la oportunidad de compartir el conocimiento y la experiencia, sirviendo de retroalimentación a otras enfermeras.

En lo que se refiere al aspecto profesional el proceso de enfermería se ha constituido como la estrategia metodológica a través de la cual el profesional de enfermería otorga cuidados al individuo o a la persona sana o enferma, en este caso en particular el presente estudio de caso estará dirigido a un recién nacido pretérmino que por su propia etapa de crecimiento presenta problemas de salud relacionada con las necesidades básicas fundamentales.

La metodología a seguir será la propia del proceso apoyado por los conceptos planteados por Virginia Henderson.

En la aplicación de un proceso de enfermería, es importante abordar sobre los antecedentes de la enfermería, la historia, cómo y cuándo surge la profesión y cuál ha sido su transformación a través de los años, ya que han sido los cimientos más

fuerres que han ayudado a que la profesión se desarrolle, además se analizarán algunos conceptos y se explicará la importancia del meta paradigma de enfermería (Capítulo 1)

Es importante hacer un análisis sobre el cuidado, sus antecedentes, desde cuándo aparecen los primeros cuidados, cómo se dan y quienes los proporcionan y cómo han cambiado a través del paso del tiempo (Capítulo 2).

Se explicará la importancia de la aplicación del proceso de enfermería, su concepto y de cada una de sus etapas con los elementos que las conforman para poder llevar a cabo un buen cuidado y obtener buenos resultados para el usuario (Capítulo 3).

El proceso de atención se llevó a cabo mediante los conceptos planteados por Virginia Henderson, por lo tanto, es importante revisar sus antecedentes y los principales conceptos que aportó para la enfermería. (Capítulo 4).

La elaboración de este proceso de enfermería está dirigida a un recién nacido pretérmino, se incluyen aspectos importantes sobre el recién nacido pretérmino (RNPT), como su clasificación, valoración y sus características físicas y de desarrollo ya que son de gran ayuda para la valoración y cuidados que se brindaran al recién nacido (Capítulo 5).

La metodología que se llevó a cabo para la recopilación de información y la elaboración de este proceso de enfermería se explicará posteriormente (Capítulo 6).

Para concluir, se aplica el proceso de atención de enfermería hacia el recién nacido, con un análisis de los conceptos planteados por Virginia Henderson aplicándolos hacia este y desarrollando cada una de las etapas del proceso, así como también valorando las necesidades del recién nacido, es importante destacar, que aunque las 14 necesidades que plantea Virginia Henderson son importantes y fueron valoradas y resueltas en el momento que se presentaron, en este trabajo solo se abordarán tres, que son las necesidades que por la condición del bebé, presentaban más importancia para la vida del recién nacido. (Capítulo 7).

JUSTIFICACIÓN.

La profesión de enfermería cada día se preocupa y tiene gran interés en proporcionar cuidados de calidad, ya que trabaja con personas a las que se entienden y conciben como seres bio- psico-sociales los cuales deben permanecer con un equilibrio integral. El recién nacido pretérmino es la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal, presentan un riesgo elevado de muerte a corto o largo plazo. Esta patología esta considerada esencialmente como una enfermedad social.

La morbilidad neonatal de los prematuros es de magnitud variable, dependiendo fundamentalmente del peso y la edad gestacional al nacimiento. Las complicaciones más frecuentes son: depresión al nacer, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intracraneana, sepsis, trastornos metabólicos, enterocolitis necrozante, conducto arterioso persistente, displasia bronco pulmonar, apneas y fibroplasia retrolental. Adicionalmente pueden presentar morbilidad neurológica a largo plazo, tales como anomalías de las funciones cognitivas y parálisis cerebral. Esto justifica la elaboración de este trabajo, pues es el padecimiento más frecuente que se observó durante la realización del Servicio Social en el Hospital Materno Infantil Inguarán a través del proceso de atención de enfermería, ya que es el instrumento por medio del cual se proporciona un cuidado integral a las personas sanas o enfermas, este método ayuda a las enfermeras a conocer cuáles son las necesidades de las personas y cómo y cuándo resolverlas, evitando dar un tratamiento inadecuado que puede originar consecuencias irreversibles para el recién nacido, asimismo para poder llegar a obtener el bienestar total y la satisfacción de las personas que atienden.

I. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- A través de la metodología del proceso, guiado con los planteamientos teóricos de Virginia Henderson, se ayudará a la persona en este caso recién nacido a recuperar su salud y a que su cuidadora inmediata en el hogar (madre) cuente con los elementos necesarios para ayudar a su hijo a satisfacer sus necesidades básicas fundamentales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- A través de la valoración de enfermería y una base de datos, se van a identificar las necesidades afectadas y las causas de dificultad que las están condicionando.
- Con base a los datos obtenidos establecer los diagnósticos de enfermería y planear las intervenciones independientes e interdependientes que contribuyen a la recuperación de la salud del recién nacido y a minimizar las causas de dificultad que impiden que la madre ayude a su hijo a satisfacer sus necesidades.

II. MARCO CONCEPTUAL.

ENFERMERÍA.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La profesión de enfermería ha evolucionado a través del paso del tiempo, el rol tradicional de la enfermera fue el cuidado humanístico, la crianza, el consuelo y el apoyo, y ha alcanzado su profesionalidad, por tener características como la adquisición de conocimiento constante, por ser responsable, comprometida con la profesión y además de tener un buen código de ética.

Los grandes acontecimientos influyentes están relacionados con el desarrollo de la enfermería como desastres naturales, tales como terremotos, epidemias, hambre, las guerras y acontecimientos generales como los grandes descubrimientos científicos que alteran las vidas de los individuos y el progreso de los grupos.

La enfermería ha sido continua, ha existido desde las sociedades primitivas hasta las sociedades modernas, igual que la historia humana ha mostrado un progreso importante con el paso de los tiempos, la enfermería también ha evolucionado desde el arte de consolar, cuidar y alimentar a los enfermos y ha cambiado de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos.

La enfermería como subgrupo de la sociedad ha existido durante toda la historia de la humanidad. Desde las sociedades primitivas se puede suponer que los individuos daban cuidados basándose en la experiencia y transmisión oral del conocimiento que tenían sobre la salud y la enfermedad. Los roles tradicionales de la mujer de esposa, madre, hija y hermana incluían siempre el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia. El término enfermera se deriva de los cuidados maternos dados a sus hijos pequeños desamparados.

La enfermera- esclava dependía de los maestros, curanderos o sacerdotes para su instrucción y dirección en el cuidado que se le asignaba y los cuidados que proporcionaba estaban relacionados con el mantenimiento físico y de la comodidad.

Las creencias sobre las causas de la enfermedad se las atribuían a factores de superstición y magia, por ello el tratamiento requería a menudo curaciones mágicas. El sacerdote o el médico brujo disfrutaba de un elevado estatus en las sociedades antiguas, que al evolucionar surgieron las teorías prácticas de los cuidados médicos al observar que las causas de la enfermedad no eran mágicas. El primer documento de las prácticas de curación es una tablilla de arcilla de 4000 años de antigüedad atribuida a la civilización sumeria.

La primera documentación de la ley que gobernaba el ejercicio de la medicina es el código de Hammurabi, atribuido a los babilonios y fechado en 1900 a. C.. Este código registraba las regulaciones relacionadas con el saneamiento y la salud pública, la práctica de la cirugía, la diferencia entre la medicina humana y la veterinaria, además habla sobre las tarifas para las operaciones y sobre las penas para quienes violaban el código. No se habla específicamente de las enfermeras pero hay referencias de las actividades que practicaban, las ilustraciones muestran figuras del tipo del de la enfermera quien está proporcionando apoyo y consuelo al paciente.

En la cultura Egipcia también existen hallazgos sobre la práctica médica, ya que se encuentran documentos que datan del año 1550 a. C, aproximadamente, es el texto médico más antiguo del mundo, describe muchas enfermedades conocidas y explica la sintomatología específica, así como la momificación, uso y preparación de diferentes fármacos y un elevado conocimiento de la anatomía, fisiología y fisiopatología humanas.

La antigua cultura Hebrea aportó el código de salud mosaico, este código se considera como la primera legislación sanitaria y contiene el primer registro de los requisitos de la salud pública, abarcaba todos los aspectos de la salud individual, familiar y comunitaria, diferenciaba lo "limpio" de lo "sucio". También se proporcionaban principios de salud personal relacionados con el descanso, el sueño y la limpieza, para las mujeres había normas relacionadas con la menstruación y el

embarazo y las leyes dietéticas como la preparación y conservación de los alimentos eran una parte significativa del código.

En la Biblia se menciona el uso de la cuarentena como prevención contra la transmisión de enfermedades contagiosas como la lepra y la difteria. Las enfermeras se mencionan ocasionalmente en el antiguo testamento como mujeres que cuidaban a los bebés, niños, enfermos agónicos y como parteras que ayudaban durante el embarazo y el parto.

En las culturas Africanas, las funciones de las enfermeras eran como parteras, herbolarias, amas de cría y cuidadoras de niños y ancianos. En la India los primeros hospitales estaban a cargo de enfermeros varones, las mujeres indias servían como parteras y cuidaban a los miembros enfermos de la familia.

En la antigua Grecia y Roma, el cuidado de los enfermos y heridos fue anticipado en la mitología y en la realidad, había un dios que era el sanador principal, Asklepios y su hija Hygeia era la diosa de la salud la cual es por algunos vista como la encarnación de la enfermera, los templos construidos para la adoración de estos dioses se convirtieron en centros de curación y los sacerdotes curaban mediante remedios naturales. El antiguo médico griego, Hipócrates, es honrado hoy como el padre de la medicina. Él creía que la enfermedad tenía una causa natural, a diferencia de las causas mágicas y místicas pronunciadas por los sacerdotes sanadores de los templos.

La religión influyó mucho en el desarrollo de la enfermería, las mujeres no eran las únicas proveedoras de estos servicios; en el siglo tercero había una organización en Roma de hombres llamada hermandad Parabolani, quienes estaban al cuidado de los enfermos y agonizantes durante la gran peste de Alejandría. Las cruzadas estaban compuestas a menudo de hermanos en las armas quienes daban cuidados de enfermería a sus camaradas heridos y enfermos. Estas órdenes estaban encargadas de construir grandes hospitales. Al crecer la iglesia cristiana, se construyeron más hospitales al igual que instituciones especializadas que cuidaban huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos.

La iglesia fomentaba el cuidado y consuelo de los enfermos y de los pobres, pero no permitía el avance del conocimiento en la prevención o cura de la enfermedad, por lo

cual a este periodo se le conoció como la Edad Oscura que duró aproximadamente quinientos años.

Durante la edad media, se establecieron órdenes de religiosos y religiosas, militares y seculares con el propósito principal del cuidado de los enfermos. Ejemplo son los Caballeros Hospitalarios de San Juan, la Hermandad Alexiana, Las hermanas Agustinas que fue la primera orden puramente de enfermería.

En México, Fray Pedro de Gante fundo en 1523 la escuela de San José de los Naturales, donde se formaba académicamente a los enfermeros. En 1524, Cortes funda el Hospital de Pura u Limpia Concepción de Nuestra Señora (hoy hospital de Jesús), y ordeno que junto a cada iglesia se construyera un hospital.¹

En 1633 las Hermanas de la Caridad fueron fundadas por San Vicente de Paul en Francia, fue la primera de muchas órdenes bajo los auspicios de varias iglesias católicas romanas y dedicadas principalmente al cuidado de los enfermos.

Los siglos XVIII y XIX contribuyeron a la revolución científica en medicina, la revolución industrial y la economía, todas las cuales influyeron en la enfermería con la aparición de nuevas enfermedades. La prestación de los cuidados para los enfermos de los hospitales o en casas privadas recaía en mujeres poco corrientes, a menudo presas o prostitutas que tenían poca o ninguna formación en enfermería y aún menos entusiasmo por el trabajo, por ello la enfermería no tenía aceptación y su prestigio era muy bajo, el único rol de la enfermería aceptable estaba dentro de una orden religiosa donde se daban servicios al hospital.

La escuela de formación de Nightingale para enfermeras se abrió en 1860 como resultado de los fondos públicos e influencias del ejercicio de la enfermería durante la Guerra de Crimen.

La guerra ha influido y fomentado el desarrollo de la enfermería organizada, a lo largo de la historia, los individuos han respondido a la necesidad de cuidar a los soldados heridos durante las batallas.

¹ Hernández Conesa, Juana. Historia de la enfermería, análisis históricos de los cuidados de enfermería. Interamericana Mc Graw Hill. México, 1995. Pág. 115 - 116

Durante las batallas en todo el mundo las mujeres siempre han estado cerca de los enfermos, pues muchas de ellas permanecían al lado de sus esposos en los campamentos proporcionándoles cuidados y consuelo.

El desarrollo de la escuela de formación de Nightingale, fue el resultado directo de la Guerra de Crimea, cuando la gente agradecida por los cuidados que Florence Nightingale y sus enfermeras proporcionaron a los soldados, la escuela sirvió de modelo para otras escuelas de formación. Sus graduadas viajaban a otros países para administrar los hospitales e instituir programas de formación de enfermería. Además se han desarrollado cuerpos de enfermería para las fuerzas armadas. Se establecieron programas de educación de enfermería, los esfuerzos de Florence Nightingale y de sus enfermeras cambiaron el estatus de la enfermería hacia un trabajo respetable para las mujeres.²

En la Guerra Civil las enfermeras daban cuidados junto con las ordenanzas médicas, muchas mujeres valiosas, proporcionaron servicios de enfermería.

Durante la I Guerra Mundial, aproximadamente 20,000 enfermeras fueron asignadas al servicio militar, después de la guerra muchas enfermeras siguieron prestando cuidados con programas de ayuda en Europa y Asia. Se incrementó la necesidad de enfermeras formadas, por lo cual se elaboró un programa de formación alternativo que combinara la formación universitaria y hospitalaria.

La segunda Guerra Mundial tuvo un tremendo impacto en la enfermería. Las enfermeras sirvieron en el frente en hospitales de campaña, en barcos hospital y en ambulancias aéreas. De nuevo la necesidad de enfermeras influyó en la enseñanza de enfermería, dando como resultado el desarrollo del cuerpo de enfermeras las cuales cada vez más eran reconocidas por su labor, otros conflictos en los que la participación de las enfermeras fue importantísima fueron el conflicto de Corea, la guerra de Vietnam y la guerra del Golfo Pérsico.

² Griffith JW, Christensen PJ. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. El Manual Moderno; México 1986. Pág. 23.

El campo de la medicina se amplía utilizando técnicas más complicadas por lo que poco a poco se delegan actividades a las enfermeras, va surgiendo más colaboración de este personal que entonces tomará el nombre de paramédico que efectuará los tratamientos prescritos por el médico.

En Estados Unidos y Canadá se registró una gran escasez de enfermeras, se carecía de asistencia organizada. Los enfermos eran cuidados por sus familiares, ya que el bienestar social era responsabilidad de cada individuo. En las instituciones dedicadas al cuidado, las personas encargadas de proporcionar ayuda eran los sirvientes, delincuentes y pobres. Por ello el nacimiento de la institución Hospitalaria norteamericana fue tardía y el trato proporcionado a los enfermos dejó mucho que desear.

Sin embargo la ausencia de una ayuda sistematizada de los cuidados de enfermería favoreció la creación de las escuelas para enfermeras. En el año de 1902 se crean oficialmente las escuelas de enfermería fuera de instituciones religiosas y de hospitales y los programas de estudios son diferentes pero no reconocidos oficialmente. Con la formación en escuelas empieza a aparecer literatura de enfermería, la cual tiene dos géneros principales los manuales y las guías técnicas y a partir de 1906 boletines y revistas profesionales. Los manuales y guías cumplían con la función técnica centrados en las prácticas de la higiene.

Hasta el año de 1922 en que se otorgaban diplomas de capacidad profesional en los que tenían el título de enfermera diplomada pero no se podía precisar la función de enfermería para poder definir la profesión. Hasta 1978 se reconoce el rol propio de la enfermera en donde "se considera la profesión de enfermería a toda persona en que en función de sus diplomas que le habilitan, proporciona cuidados de enfermería bajo la prescripción del médico en diversos actos de prevención, educación sanitaria y de formación o de organización".³

Aparece la formación Universitaria que se inicia en el cuestionamiento y la argumentación, permitiendo la adquisición del dominio del pensamiento escrito.

³ Françoise Cotlier. Marie. Promover la vida. Interamericana, Mc Graw Hill, 1993. Pág. 99-100.

La enfermería como disciplina desde la enseñanza superior debe interiorizar los postulados vigentes en el seno de la universidad estableciendo estructuras de pensamiento y de acción que obliguen al cuestionamiento y a la argumentación de su objeto de estudio, impulsando a destacar e impulsar actividades científicas y técnicas de enfermería, para fomentar la realización y difusión de trabajos, la investigación y establecer comunicación con otras asociaciones enfermeras nacionales y extranjeras permitiendo hacer crecer más la enfermería como profesión.⁴

⁴ Hernández Conesa, Juana. Historia de la enfermería, análisis históricos de los cuidados de enfermería. Interamericana Mc Graw Hill. México, 1995. Pág. 143

1.2 CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

Mujer u Hombre que se dedica al cuidado de enfermos y practica ciertos tratamientos indicados por el médico.

Ciencias Médicas Masson.

Enfermera es una persona que ha completado un programa de enseñanza básica en enfermería y está calificada para ejercer la enfermería en su país.

Consejo Internacional de Enfermería (CIE).

La enfermería es una profesión aprendida y se considera tanto como una ciencia como un arte. Por una parte es una ciencia empírica y, como otras disciplinas de su clase, basa su desarrollo en el estudio de los fenómenos de su interés. La enfermería se centra en la observación de las personas y del mundo en el que viven como campo natural de la asistencia sanitaria.

Martha E. Rogers.

Enfermería significa la identificación y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales e incluye la práctica y la supervisión de funciones y servicios que, directa e indirectamente, en colaboración con un cliente o profesionales de salud distintos de las enfermeras, tienen como objetivos la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, el reestablecimiento de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería.

Canadian Nurses Association (CNA)

Analizando estos conceptos, de diferentes fuentes se puede observar que algunos autores conceptualizan a la enfermería como un oficio y que está subordinada a otras profesiones (medicina), pero otros autores la describen como una profesión de aprendizaje y de formación que a través de la observación y de la investigación ha

llegado a ser una ciencia, coincide en el cuidado que proporciona la enfermería y con la interacción que debe existir entre la enfermera y el paciente, pues a partir de esta relación se definen las actividades de la enfermera, ya que es necesaria para poder valorar al individuo, cuando existe un desequilibrio o cuando no se tiene el conocimiento para tener un óptimo estado de salud. También se hace referencia en que la enfermería es el complemento de otras disciplinas, ya que es perteneciente al grupo de profesionales de salud, y es indispensable e igual de importante para lograr que el individuo preserve o alcance un buen estado de salud.

1.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.

Son los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; persona, salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

Un concepto es una idea abstracta o imagen mental de fenómenos o de la realidad. Los conceptos que influyen en la enfermería más significativamente y determinan su ejercicio son: La persona que recibe los cuidados, el entorno en el que existe la persona, la salud en el momento del contacto con la enfermera y las acciones de enfermería. Estos conceptos juntos forman el *metaparadigma de la enfermería*.

El metaparadigma es la perspectiva más global de toda disciplina, su unidad encapsuladora o marco. Singulariza los fenómenos con los que se trata la disciplina de una forma propia. La mayoría de las disciplinas tienen un único metaparadigma, pero varios modelos conceptuales proporcionan formas diferentes de conceptos metaparadigmáticos.

Un *modelo* es un patrón de algo que hay que hacer, es un esbozo abstracto o un bosquejo de un artículo auténtico, o una aproximación o simplificación de la realidad. Un modelo de enfermería solo incluye aquellos conceptos que el creador del modelo considera pertinentes y que ayuda a que los demás lo entiendan.

Un *marco* es una estructura básica que soporta cualquier cosa. Un *marco conceptual* es un conjunto de conceptos y enunciados que integran los conceptos en una configuración significativa. Los marcos conceptuales, sin embargo, no están hechos solo de conceptos. También están hechos de *preposiciones*, enunciados que expresan las relaciones entre conceptos. Cada marco conceptual de una teoría de la enfermería propone una visión diferente de los conceptos metaparadigmáticos.

Un modelo conceptual es una directriz clara y explícita sobre las tres áreas de la enfermería: el ejercicio, la educación y la investigación. Todos los modelos conceptuales son marcos de referencia, pero no todos los marcos de referencia son modelos, ya que algunos no son lo bastante específicos para dar directrices claras para el ejercicio, educación e investigación.

Una teoría, al igual que un modelo conceptual, esta hecha de conceptos y proposiciones, sin embargo, una teoría explica los fenómenos con mucha mayor especificidad. El propósito principal de una teoría, en oposición al marco conceptual, es generar conocimientos en un campo. Un marco conceptual, en cambio, proporciona una orientación para el ejercicio de la enfermería, la educación y la investigación.⁵

En resumen la principal distinción entre una teoría y un modelo conceptual es el nivel de abstracción. Un modelo conceptual es un sistema abstracto de conceptos relacionados. Una teoría se basa en un modelo conceptual pero es de ámbito más limitado. Contiene conceptos más concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis que las unen.

⁵ Griffith JW, Christensen PJ. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. El Manual Modemo; México 1986. Pág. 48

CAPÍTULO 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUIDADO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

La historia de esta disciplina tiene una gran trayectoria de la que se podría hablar desde el comienzo de la vida, ya que los hombres han tenido que sobrevivir ante las adversidades de la naturaleza, por lo que la lucha de la continuidad de la vida y de la especie es el punto de partida de lo que son cuidados de enfermería.

Desde el comienzo de la vida, los cuidados existen, ya que es necesario ocuparse de la vida para que ésta pueda persistir, los hombres han tenido siempre la necesidad de cuidados, para permitir que la vida continúe y se desarrolle, luchar contra la muerte del individuo, el grupo y la especie.

Asegurar la continuidad de la vida del grupo y de la especie teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales: recursos energéticos de ahí la necesidad de alimento, protección y refugio, que dará lugar poco a poco al alojamiento. La organización de estas tareas da origen a la división sexual del trabajo de manera determinante, según la cultura y la época el lugar del hombre y de la mujer en la vida social y económica es distinto.

Asegurar la supervivencia era un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: "cuidar de ..."

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo. Los hombres y las mujeres aprenden y utilizan al medio de vida que les rodea. Esta orientación de los cuidados basada en todo aquello que contribuye al mantenimiento y la continuidad, es descubierta progresivamente por tanteos, ensayos y errores, este conocimiento de la naturaleza favorece la adquisición del "saber hacer", del "saber usar", que desarrollándose y elaborándose constituye un

patrimonio de ritos y creencias en el seno del grupo con unas atribuciones de las que algunas serán más de hombres, mientras que otras serán primordialmente de mujeres.¹

La muerte, para manejar este desconocimiento, nace entonces los primeros discursos sobre el mal, surgen preguntas sobre lo bueno y lo malo para permitir así que siga la vida de los individuos y del grupo para rechazar la muerte.

A partir de estas cuestiones, surge la orientación metafísica, aquella que nace de discernir entre lo bueno y lo malo que a su vez dará origen a otras interpretaciones. A medida que los grupos ratificaron sus prácticas de cuidado habituales consistentes en cosas permitidas y prohibidas, las erigieron en ritos y encargaron primero al chamán y luego al sacerdote la carga de garantizar todos estos ritos, el sacerdote, es el encargado de hacer de mediador entre las fuerzas benéficas y maléficas.

Conforme al avance de la historia de la humanidad, esto cambia, dando lugar al nacimiento de nuevos descriptores del mal, los médicos. Con el nacimiento de la clínica, el médico, descendiente de sacerdotes o clérigos aparece como un especialista, mediador de los signos y síntomas indicadores de un mal determinado del que el enfermo es el portador.

Los grandes descubrimientos de finales del siglo XIX en el terreno de la física y la química, no habrían hecho progresar la ciencia médica. El hospital, era el lugar de agrupamiento de vagabundos, pobres y marginados de todas clases, lo que hace posible el ensayo de nuevos instrumentos y así transforman este refugio de personas sin hogar en un lugar de exploración y de tratamiento de la enfermedad.

Los cuidados médicos, los únicos reconocidos como científicos, sustituyen a los cuidados, para el mantenimiento de la vida y a los cuidados curativos nacidos de los descubrimientos empíricos sobre dichos cuidados. A finales del siglo XIX, con la llegada de tecnologías muy elaboradas, los cuidados médicos se orientan hacia un restablecimiento complejo de la salud, que se convertirá cada vez más en un campo de especialistas. Cuidar se convierte en tratar la enfermedad.² Los especialistas por

¹ Françoise Collier, Marie. Promover la vida, Interamericana, Mc Graw Hill, 1993. Pág. 7

² Françoise Collier, Marie. Promover la vida, Interamericana, Mc Graw Hill, 1993. Pág. 11

sí solos no bastan, necesitarán mano de obra adecuada para hacerse cargo de las muchas tareas, pudiendo así asegurar la investigación y el tratamiento de la enfermedad.

La base del conjunto de cuidados desarrollados por las mujeres han sido los cuidados corporales, las prácticas alimentarias y el descubrimiento de las propiedades de las plantas. La historia de las prácticas de cuidados vividas y transmitidas por mujeres, explica desde su origen hasta nuestros días el proceso de identificación de la práctica curativa ejercida por mujeres en el sentido hospitalario y comunitario pasando hoy a denominarse cuidados de enfermería.

Las etapas de estas distintas formas de identificación son las siguientes:

- Identificación de los cuidados de la mujer, desde los tiempos más remotos de la historia de la humanidad, hasta el fin de la edad media en la sociedad occidental.
- Mujer consagrada, desde la edad media hasta finales del siglo XIX en Francia.
- Enfermera Auxiliar del Médico, desde el principio del siglo XIX hasta fines de los años sesenta.

A través de estas distintas formas de identificar los cuidados, y anticipándose a lo que después serán los cuidados de enfermería, se podrá comprobar que hasta principios del siglo XX, el concepto que rige el papel de los que cuidan se basa en la primera de las orientaciones: *asegurar todo aquello que contribuye a mantener y conservar la vida.*³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³ Françoise Collier. Op. cit. Pag. 17

2.2 CONCEPTO DE CUIDADO.

Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Cuidar y vigilar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.⁴

2.3 CONOTACIONES PARA EL CUIDADO.

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando se tiene autonomía, pero al mismo tiempo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales. Los cuidados de enfermería se deben de enfocar desde un punto de vista personal e individual, para poder prestar cuidados se necesita también cuidar de uno mismo para poder proporcionar cuidados a otros, es decir, a los usuarios de los cuidados y a su vez con otros grupos o profesionistas, particularmente en relación con la profesión médica.

Los cuidados son una unidad compleja constituida por una conexión de múltiples variables, a través de los cuidados proporcionados así mismo, como persona, a cuidar de otros, y cuidar con otros, que no solo se enfoca al personal médico, si no también a la familia a quien debe involucrarse para brindar cuidados.

⁴ Françoise Collier. Marie. Promover la vida. Interamericana, Mc Graw Hill, 1993. Pag. 7.

2.4 TECNOLOGÍAS PARA EL CUIDADO.

Por tecnología se entiende un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir, de todo lo que muestra, su creación, la justificación de su utilización apropiada y de la manera de servirse de ella.

La técnica corresponde únicamente a la forma de utilizar un instrumento. Es un procedimiento que es objeto de aprendizaje y crea un saber hacer. Aislada de un planteamiento tecnológico, pierde su significación.

Los cuidados, y entre ello los cuidados de enfermería, han recurrido a tecnologías diversas, siendo las principales, todas aquellas que sirven para el mantenimiento de la vida: cuidados habituales de higiene, de alimentación y también de relajación y de apariencia. Estos cuidados están siempre acompañados de una relación de base indisociable del acto de cuidar. Luego se han unido instrumentos y técnicas de curación cada vez más complejas a las que habrá de añadir todas las tecnologías de la información.

TECNOLOGÍAS MÁS UTILIZADAS.

El cuerpo ha sido el primer instrumento usado por una persona que presta cuidados, es el instrumento principal de los cuidados de enfermería. Mediante el uso del cuerpo se pueden prestar cuidados a otras personas. Esto nos puede llevar a preguntarnos por la utilización del cuerpo para cuidar y por el uso de los sentidos para diferenciar y prestar cuidados.

En primer lugar el tacto es el primer sentido utilizado en la prestación de cuidados, se traduce en las acciones que lleva a cabo la enfermería para proporcionar el cuidado.

El sentido del oído transmite un mensaje, es el vehículo de la escucha que solo tiene sentido si se puede analizar y compartir para entenderlo.

La vista sitúa a las personas en su entorno, en la profesión de enfermería, la observación es fundamental pues con ella se reconocen las necesidades del cliente.

Sensibilidad, buscar lo que sienten los demás e intentar ser más claros con lo que uno mismo siente.

Después del cuerpo, otras tecnologías son:

- Tecnologías para el mantenimiento de la vida.
- Tecnologías para la curación.
- Tecnologías de información.

TECNOLOGÍAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA.

Son de una gran variedad y deben ser siempre objeto de la imaginación y la creatividad. Son todas las tecnologías y los instrumentos que sirven para garantizar el mantenimiento de la vida cotidiana. Su uso requiere por parte de los cuidadores un estudio de los hábitos de vida que se refieren al aseo, al tipo de alimentación, al significado de la ropa o la forma de moverse, a la organización del espacio dentro de la habitación o la vivienda.

Estas tecnologías están relacionadas con las que compensan defectos funcionales, que compensan las deficiencias motrices, por lo tanto la recuperación de la autonomía indispensable para atender las obligaciones cotidianas de la alimentación, del aseo, del vestido, de la evacuación, del desplazamiento, etc.

TECNOLOGÍAS DE CURACIÓN.

Van desde los instrumentos más sencillos hasta las máquinas más complicadas y plantean el difícil problema del límite de su utilización y de su finalidad real. La utilización de cualquier instrumento de curación exige un conocimiento exacto del disfuncionamiento que hay que compensar o del no funcionamiento que hay que paliar, para que el instrumento propuesto para suplir la deficiencia sea el apropiado.

Todo instrumento para la curación requiere de una justificación de su utilización con respecto a la naturaleza del mal, de la deficiencia o del daño funcional que se espera curar o suplir. Además, hay que volverlo a centrar con respecto a las costumbres y las actividades de la vida.

TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN.

En el proceso de prestar cuidados hay que emplear unos instrumentos y técnicas de recolección de análisis y consignación de información, así como instrumentos de transmisión y coordinación de la información.

Las tecnologías de la información se reúnen actualmente alrededor de dos tipos de instrumentos principales: los que constituyen las historias de enfermería o de acción sanitaria, y los que contribuyen a la gestión del servicio de enfermería. La historia de enfermería, instrumento fundamental de coherencia y de continuidad de los cuidados, es la expresión escrita de la evolución del proceso de la prestación de cuidados establecidos a partir de un tipo de problemas de orden físico, psíquico o afectivo que se le plantean al enfermo por su enfermedad y por las distintas deficiencias que ésta produce, así como la naturaleza de los cuidados que requieren: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados para la curación.

De igual modo la historia de acción sanitaria y social es la expresión escrita del análisis de una situación familiar enfocada a identificar la naturaleza de las dificultades o los problemas que se le plantean a las familias, para desarrollar unas líneas de acción, calcular su duración y evaluar los resultados.

La historia tiene sentido y es eficaz si las personas que la realizan han desarrollado una capacidad de analizar el proceso de los cuidados o el de la acción sanitaria.

Los instrumentos de información no pueden bastar por sí solos si no existen formas de recopilar datos: reuniones de servicio, reuniones referentes a los cuidados o a la acción sanitaria, enfocadas a elaborar y evaluar el proceso de los cuidados o de la acción sanitaria, reuniones de gestión del servicio.

TECNOLOGÍAS SENCILLAS.

Las tecnologías sencillas de los cuidados habituales o los cuidados primarios, son aquellas utilizadas en el primer nivel de los cuidados que previenen cualquier agravamiento, lo que limita considerablemente las necesidades de los cuidados de

curación cuando las personas han podido beneficiarse a tiempo de tener acceso a servicios próximos a su domicilio.

Se ha puesto énfasis en el tratamiento hospitalario de los enfermos agudos, y muy pocos en los cuidados primarios de la salud que necesita una gran parte de la población, así como en la protección sanitaria permanente y necesaria de aquellas personas que padecen enfermedades físicas o mentales crónicas y los que tienen minusvalías.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.5 PROCESOS PARA EL CUIDADO.

Esté proceso es un trámite de análisis de la situación, enfocado a identificar la naturaleza de las necesidades o de los problemas de salud vividos por una o varias personas que requieren cuidados de enfermería, en un medio dado, diferenciando la naturaleza de estos cuidados: cuidados para el mantenimiento de la vida, cuidados de curación así como los que intentan suplir o compensar. Sirve de base para evaluar la acción curativa. Permite evidenciar las condiciones indispensables para esta acción y poder argumentarlas, es la base de la función de gestión de los cuidados.

El proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos o varias personas que detentan elementos del proceso de los cuidados, intenta determinar la naturaleza de los cuidados que hay que proporcionar, la razón de estos cuidados, los que se proponen conseguir, así como los medios necesarios para ponerlos en práctica.

El proceso de los cuidados de enfermería es una construcción propia de cada situación, se crea a partir de aquello que se descubre al movilizar las informaciones que proceden de la situación, decodificándolas con la ayuda de unos conocimientos para comprender su significado e intentar servirse de ello para cuidar.

Este proceso solo tiene razón de ser si arraiga en lo que es importante para lo que viven las personas, teniendo en cuenta su enfermedad, los daños que comporta y las dificultades que encuentra. Es un proceso de descubrimiento-elucidación acción entre interlocutores sociales que tienen competencias diferentes y complementarias, dirigido a encontrar un tipo de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada cual en un medio ambiente dado.⁵

⁵ François Collier, Marie, Promover la vida. Interamericana, Mc Graw Hill, 1993, Pag. 294.

PROCESO DE ENFERMERÍA.

3.1 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

El método conocido como proceso de atención de enfermería (P. A. E.) permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, May, Jonson, Orlando y Wiedenbach, consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh, establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch, Roy, Aspinall y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. El P. A. E. es un sistema de planificación en la ejecución de los planes de enfermería, compuesto de cinco de pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; como todo método, el P. A. E. configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. La Valoración, es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.¹

3.2 ETAPAS.

El término "proceso de enfermería" indica la serie de etapas que lleva a cabo la enfermera al planear y proporcionar los cuidados de enfermería. Descrito por varios autores como la aplicación del enfoque de solución de problemas, o científico, a la práctica de la enfermería, el proceso proporciona una estructura lógica en la que puedan basarse los cuidados de enfermería.

¹ <http://teletelne.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27>

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado constituido de cinco etapas para proporcionar cuidados de enfermería individualizados, inicia con la valoración, que aunque todas las etapas son importantes, esta se considera como la de mayor importancia, pues es a partir de ésta que se determinarán las necesidades del usuario y por lo tanto, se continuará con las etapas siguientes que son, diagnóstico de enfermería, planeación, intervención y evaluación, de acuerdo con el concepto básico de que cada persona- o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.²

3.3 VALORACIÓN.

CONCEPTO.

Es la primera fase del proceso de Enfermería. Es el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, que consiste en la recolección de datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las intervenciones de enfermería.³

OBJETIVO.

El objetivo de la enfermera al reunir la información de un paciente es identificar las áreas que requieren una intervención de enfermería. La información recolectada en el estudio inicial le permite establecer un plan de cuidados para el paciente. También puede identificar problemas que requieren de otros miembros de grupo para la salud como el médico, trabajadora social o el fisioterapeuta. Los datos iniciales obtenidos por todos los miembros del grupo proporcionan una base para estudiar el estado de

² Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Editorial Mosby doyma, 8ª. Edición, México, 1995. Pag. 6

³ http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm_agosto2002_3-27.

salud del individuo, identificar los problemas de salud que existen y los que pueden presentarse y desarrollar un plan combinado de acción para ayudar al paciente.

ETAPAS DE LA VALORACIÓN.

1. Recolección de datos.

La enfermera debe recopilar datos sobre el estado de salud de la persona a través de diversas fuentes: estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente como fuente secundaria.

Tipos de datos a recoger.

Un dato es una información concreta que se obtiene del paciente, refiriendo su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas y estado actual de las capacidades.

Datos subjetivos.

No se pueden medir y son propios de un paciente. Lo que la persona dice, siente o percibe solamente el afectado lo describe y verifica.

Datos Subjetivos.

Se pueden medir por cualquier escala o instrumento.

Datos Históricos.

Antecedentes, son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.

Datos Actuales.

Son datos sobre el problema de salud actual.

2. VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basada en hechos). Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medida precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que no son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

3. ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

En esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas, o por patrones funcionales, los datos se organizan mediante categorías de información.

4. DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO DE LA VALORACIÓN.

Esta etapa constituye un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo de salud, permite una evaluación para la gestión de los servicios enfermeros, es una prueba de carácter legal, permite la investigación de enfermería.

La correcta anotación de registros en la documentación según las normas de Iyer son las siguientes:

- Deben estar escritos en forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también se anota la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y equipo de salud, haciendo la referencia de quién es el que aportó la información.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos subjetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
- Se deben evitar generalizaciones y los términos vagos como "normal", "regular", etc.
- Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
- La anotación debe ser clara y concisa, con buena ortografía y solo se usarán las abreviaturas de uso común, no debe tener correcciones con tachaduras u otro tipo de corrección pues pone en duda la veracidad de los datos.

5. FASE DE DIAGNÓSTICO.

Es un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiera de la intervención de enfermería con objeto de resolverlo o disminuirlo.

MÉTODOS DE VALORACIÓN.

LA OBSERVACIÓN.

La observación ocurre durante el primer encuentro de la enfermera con el paciente, que continúa a través de la relación enfermera-paciente.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

ENTREVISTA CLÍNICA.

De la entrevista obtenemos el mayor número de información, la entrevista puede ser formal o informal, la entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en el cual la enfermera realiza la historia del paciente. En la entrevista informal la enfermera obtiene datos de una conversación durante los cuidados que brinda al paciente.

La entrevista consta de tres partes: iniciación, cuerpo y cierre.

Iniciación.

Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable en donde se desarrolla una relación interpersonal.

Cuerpo.

La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de información necesaria, comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas también importantes como historial médico, creencias, hábitos y otros.

Cierre.

Es la última fase de la entrevista y solo deben reunirse los datos de relevancia, constituye la base para empezar a establecer la planificación.

Técnicas Verbales.

- El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.
- La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

- Las técnicas no verbales facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son: expresiones faciales, gestos, contacto físico.
- El entrevistador debe tener ciertas cualidades para obtener un buen resultado y son: empatía, calidez, concreción y respeto.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas, inspección, palpación, percusión y auscultación.

- **Inspección.** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos(tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación.** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- **Percusión.** Implica dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: sonidos sordos (músculos y huesos), mates (sobre hígado y bazo), hipersonoros (pulmón normal lleno de aire) y timpánicos (al percutir el estómago lleno de aire).
- **Auscultación.** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón,

corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

Las diferentes formas de abordar un examen físico son: desde la cabeza a los pies, por sistemas y aparatos corporales y, por patrones funcionales de salud.

- Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.
- Por sistemas corporales o aparatos: nos ayuda a especificar qué sistemas precisan más atención.
- Por patrones funcionales de salud: permiten la recolección ordenada para centrarlos en áreas funcionales concretas

INTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN.

Para su realización, se apoyará del interrogatorio, observación, palpación, auscultación y percusión, que dependiendo del enfoque teórico, serán las características que tendrá el instrumento de valoración. (Formato de valoración de necesidades de Virginia Henderson Anexo 1).

FUENTES DE INFORMACIÓN.

Pueden ser primarias o secundarias. El paciente forma parte de las primarias y las personas que le rodean, los médicos, las gráficas, las historias médicas como secundarias.

El paciente.

Es la principal fuente de datos a menos que esté demasiado enfermo, sea muy joven o este inconsciente o no pueda comunicarse claramente. Facilita datos subjetivos

que nadie más que él puede proporcionar. Sin embargo habrá pacientes que no quieran decir realmente lo que sienten y otros que exageran.

Familiares.

Los familiares forman una importante fuente de datos conocen bien al enfermo y por ello pueden facilitar información, así como complementarla o verificarla. También aportan datos referentes a lo que el paciente sintió antes de enfermar, a las actitudes familiares frente a las alteraciones y la salud, así como sobre el ambiente que rodea al enfermo.

Miembros del equipo de salud.

Son fuentes habituales de información. Los asistentes sociales, los médicos, los fisioterapeutas y las demás enfermeras, tienen datos de sus contactos previos o recientes con el enfermo.

TIPOS DE VALORACIÓN.

Existen dos tipos de valoración, una es la valoración de datos fundamentales de enfermería y la otra es la valoración focalizada de enfermería.

En la valoración de datos fundamentales, se debe obtener la información crucial sobre todos los aspectos de la salud del paciente. Esta valoración es la base de la valoración continua de enfermería.

La valoración localizada se orienta a reunir información sobre un problema en específico.⁴

⁴ Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Editorial Mosby doyma, 8ª. Edición, México, 1995. Pág. 20

3.4 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

CONCEPTO.

Es un enunciado del problema real o potencial que las enfermeras, en virtud de su formación y experiencia, tienen capacidad y derecho legal de tratar del paciente que requiera la intervención de enfermería.⁵ Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la respuesta humana, de un individuo o grupo a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones reales o potenciales de ésta.

Diagnóstico de enfermería real se refiere a una situación que existe en el momento actual. Problema potencial se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro.

OBJETIVO.

Resolver o disminuir el problema de salud real o potencial del cliente.

ETAPAS DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

TIPOS DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

VALORACIÓN DE DATOS FUNDAMENTALES DE ENFERMERÍA.

Exhaustiva reúne datos sobre todos los aspectos de salud del cliente.

Generalmente se realiza durante el contacto inicial con el cliente.

VALORACIÓN FOCALIZADA DE ENFERMERÍA.

Se orienta a reunir datos sobre un problema específico que ya ha sido identificado.

Puede realizarse durante el primer contacto, pero a menudo forma parte de una valoración diaria continuada.

1. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS.

⁵ http://teletelneterra.es/personal/duenas/pae.htm_agosto2002.3-27

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Análisis de los datos significativos: pueden ser datos o la deducción de ellos, es un planteamiento de alternativas como hipótesis.
- Síntesis es la confirmación, o la eliminación de alternativas.

2. FORMULACIÓN DE PROBLEMAS. Diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes.

- Componentes de las categorías diagnósticas aceptadas por la Asociación Norteamericana para los Diagnósticos Enfermeros (NANDA), ha publicado una lista de diagnósticos de enfermería que han sido aceptados para su estudio y ensayo, ha obtenido un amplio consenso como ayuda para identificar los diagnósticos de enfermería.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la (NANDA) para la formulación y descripción diagnóstica tiene cuatro componentes.

1. Etiqueta descriptiva o título. Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.
3. Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y los síntomas principales que siempre se presentan en el 80 – 100 % de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
5. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan en torno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que puede influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.⁶

⁶ http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm_agosto2002.3-27.

ETIQUETA DIAGNÓSTICA.

Existen tres componentes esenciales en el diagnóstico de enfermería, conocidos como el formato PES.

Al enunciar un diagnóstico real de enfermería, debe seguir el protocolo PES para describir el diagnóstico, y escribir un informe que incluya las tres partes siguientes:

- El problema (P),
 - Su causa o etiología (E).
 - Los signos y síntomas (S) (características definitorias) que son evidentes en el paciente.⁷
1. El estado del enfermo o su problema (P). Se refiere a la calificación o categoría del diagnóstico y consiste en la descripción de las circunstancias del paciente (reales o potenciales) sobre las que se va a actuar. Este estado se describe clara y concisamente.
 2. La etiología del problema (E). Identifica las causas probables del estado de salud y marca las pautas para la terapia de enfermería precisa. Puede incluir conductas del enfermo, los factores ambientales o las interacciones de ambos.
 3. Conjunto de signos y síntomas y la definición de las características (S). Esto facilita la información necesaria para llegar a la categorización diagnóstica. Cada una de ellas tiene un conjunto de signos y síntomas que producen una entidad clínica.⁸

⁷ Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Editorial Mosby doyma, 8ª. Edición, México, 1995. Pág. 70

Se recomienda que se utilicen las palabras "en relación a" para enlazar el problema con su etiología, se añadirá la frase "manifestado por" para describir los signos y síntomas, o características definitorias, que se hayan detectado.

3.5 PLANEACIÓN.

CONCEPTO.

Constituye la tercera fase del PAE. Se basa en las dos primeras: una valoración profunda del cliente y un diagnóstico de enfermería bien desarrollado.⁹

OBJETIVO.

Establecer y llevar a cabo cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a reducir o eliminar los problemas detectados.

ETAPAS.

- Jerarquización.
- Establecimiento de los objetivos.
- Actuación de enfermería.
- Desarrollo del plan de cuidados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La jerarquización.

A cada problema identificado en el diagnóstico se le asigna un grado: prioridad mayor, mediana o baja. Esto es enjuiciar, pero también tiene que incluir el punto de

⁸ Kozier, Barbara. Enfermería fundamental. Ed. Mc Graw hill – Interamericana, México, 1994. Pag. 133

⁹ Kozier, Barbara. Enfermería fundamental. Ed. Mc Graw hill – Interamericana, México, 1994. Pag. 140

vista del enfermo sobre la urgencia. La jerarquización se puede analizar según cierto número de sistemas.

Se trata de establecer las necesidades que son prioritarias para el paciente y son problemas prioritarios las situaciones de emergencia, como problemas de tipo biofisiológico. Por tanto se dará preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad consensudamente con la enfermera.

ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS.

Después de establecidas las prioridades de los diagnósticos de enfermería, procede identificar los objetivos, fijar las metas que nos proponemos según cada problema, los objetivos nos sirven para dirigir los cuidados, identificar los resultados esperados y medir la eficacia de las actuaciones. Lo que se pretende con el planteamiento de los objetivos es establecer lo que se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Son necesarios por que proporcionan la guía común para el equipo de enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. Se deben fijar a corto y a largo plazo, es importante se decidan y planteen de acuerdo con la familia y/ o comunidad, y se establezca un compromiso.

Existen dos tipos de objetivos:

Objetivos de enfermería o criterios de proceso.

Estos objetivos se dirigen a las actuaciones enfermeras hacia tres grandes áreas para ayudar al paciente:

- A encontrar sus puntos fuertes, sus recursos de adaptación adecuados para potenciarlos.
- A buscar nuevos sistemas y recursos de adaptación.

- A conocer su estilo de vida y ayudarlo a modificarlo, si no fuera competente para el cambio, bien por una disminución de los recursos propios o por una inadecuación de los mismos.

Los objetivos de enfermería se fijan a corto, mediano o largo plazo:

- Objetivos a corto plazo, son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o de días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- Objetivos a mediano plazo, para un tiempo intermedio, se pueden utilizar para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- Objetivos a largo plazo, son los resultados que requieren de un tiempo largo y existen dos de este tipo, uno abarca un periodo prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro; otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo, no requiere una acción directa de enfermería, porque las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Objetivos del cliente.

Los objetivos del cliente se anotan en términos de lo que se espera que haga el cliente, esto es, como conductas esperadas. Las principales características de los objetivos del cliente son tres.

- Deben ser alcanzables.
- Deben ser medibles.
- Deben ser específicas en cuanto a contenido.

En cuanto a los objetivos cuyo contenido es el área de aprendizaje se observan los siguientes:

- o **Cognoscitivos:** estos objetivos se fundamentan en la memoria o reproducción de algo adquirido mediante el aprendizaje.
- o **Afectivos:** son objetivos que hacen hincapié en la tensión sentimental, una emoción o cierto grado de simpatía. Son objetivos que describen intereses, actitudes, concepciones, valores y tendencias emotivas.
- o **Psicomotores:** estos objetivos se proponen el desarrollo muscular o motor, manipulación de materiales u objetos, o actos que precisan coordinación neuromuscular.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen a un problema.

Del modelo bifocal de los diagnósticos de enfermería, se podría decir que se desprende la responsabilidad del tratamiento tanto, de los diagnósticos enfermeros como de las complicaciones fisiológicas, para ello, el modelo establece dos tipos de prescripciones: enfermera y médica.

- **Prescripciones enfermeras:** Son aquellas que la enfermera puede prescribir independientemente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción. Estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.
- **Prescripciones medicas:** Son actuaciones prescritas por el médico, representan, tratamientos de problemas interdisciplinarios que la enfermera inicia y maneja. La enfermera toma decisiones independientes tanto en los diagnósticos de enfermería como en los problemas interdisciplinarios.

Tipo de actividades de enfermería.

- **Dependientes:** Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica.
- **Interdependientes:** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- **Independientes:** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

La determinación de las actuaciones de enfermería que son necesarias para resolver o disminuir el problema requiere de un método. Los pasos a seguir son los siguientes:

- Definir el problema.
- Identificar las acciones alternativas posibles.
- Seleccionar las alternativas factibles.

Las directrices específicas para los cuidados de enfermería se denominan órdenes de enfermería, el nivel de detalles depende de la graduación del personal que lo llevará a cabo, es aconsejable que tengan exactitud, las órdenes de enfermería se componen de los siguientes elementos:

1. **Fecha.** Se pone la fecha cuando se escriben y regularmente se revisan los intervalos que dependen de las necesidades individuales.
2. **Verbo.** Con los calificativos que indiquen claramente la actuación. El verbo encabeza la orden y tiene que ser preciso.
3. **Contenido.** Aquí es donde se expresa en lo que consiste a la orden.

4. Tiempo. Responde a cuándo, cuánto tiempo o con qué frecuencia se desarrollarán las acciones de enfermería.
5. Firma. Demuestra las responsabilidades de la enfermera y tiene una importancia legal.

El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema / diagnósticos posibles.

DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

La última etapa del plan de cuidados es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

El plan de cuidados organiza la información sobre el paciente convirtiéndola en un todo significativo. Sus propósitos son:

1. Facilitar una guía para los cuidados individualizados.
2. Continuidad de los cuidados.
3. Favorecer los medios de comunicación entre todos los trabajadores de la salud implicados en los cuidados del enfermo.
4. Evaluación.

Partes que componen los planes de cuidados.

- Diagnósticos de enfermería/ problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo.
- Órdenes de enfermería (actividades)
- Evaluación (informe de evolución)

Tipos de planes de cuidados.

- Individualizado. Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.
- Estandarizado. Según Mayers, un plan estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizado con modificaciones. Este tipo de planes permite la individualización, al dejar abiertas las opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado. Requieren la información previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.¹⁰

¹⁰ <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27>

3.6 EJECUCIÓN.

CONCEPTO.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, en esta etapa se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

OBJETIVO.

Llevar a cabo todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas.

La ejecución implica las siguientes actividades de enfermería:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Dar informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.¹¹

La ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

¹¹ <http://teletine.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002.3-27>

3.7 EVALUACIÓN.

CONCEPTO.

Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios.

OBJETIVO.

Evaluar la eficacia y la efectividad de las actuaciones y el logro de los objetivos y revaloración del plan de atención.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente, se evalúa la capacidad, el paciente para realizar la conducta señalada dentro del objetivo establecido en el plan de atención.¹²

La enfermera reúne la mayor parte de los nuevos datos mientras brinda atención al paciente esta nueva información se usará como prueba para evaluar, el logro del objetivo y puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Suele haber varios resultados al evaluarse los planes de atención.

- Las prioridades pueden cambiar y los problemas ya identificados en el diagnóstico deberán colocarse en orden de dificultad.
- Los nuevos datos pueden indicar que hay un nuevo problema y la enfermera redactará otro diagnóstico con sus objetivos y establecerá acciones específicas.
- La enfermera puede decidir que el objetivo se logró y el problema que se había establecido en el diagnóstico desapareció. Documentará entonces esta evaluación y el plan de atención concluirá.¹³

¹² http://teletine.terra.es/personal/duenas/pae.htm.agosto2002_3-27

CAPÍTULO 4.

VIRGINIA HENDERSON.

4.1 ANTECEDENTES.

Virginia Henderson nació en 1897, originaria de Kansas, City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, tomó interés por la enfermería, en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D. C.. En 1921 se graduó y fue enfermera en Nueva York.

En 1922 inició su carrera, Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora, aportó valiosas colaboraciones para la investigación de enfermería una de ellas fue la definición de enfermería de la propia Henderson, describe también su concepto sobre la función única y primigenia de la enfermería.

Su definición de enfermería es conocida internacionalmente y su trabajo sigue ejerciendo una gran influencia en la práctica educacional e investigación en el campo de la enfermería en todo el mundo. Henderson se ha convertido en una leyenda viva. Henderson incluyó principios fisiológicos y psicológicos en su concepto personal de la enfermería, supuso que una definición de enfermería debería incluir una apreciación del principio de equilibrio fisiológico.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de esa época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de forma clara cuáles eran

¹³ Brunner Shollis, Lillian. Manual de la enfermera. Interamericana Mc Graw Hill, México, 1985. Pag. 3, Tomo 1

sus funciones y que sin este elemento primordial, no se podían establecer los principios y la práctica de la profesión.

4.2 CONCEPTOS BÁSICOS.

Henderson define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

Enfermería.

La única función de la enfermera consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar sus actividades que contribuyen a su salud o recuperación o a una muerte tranquila, que llevaría a cabo sin ayuda si contará con la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible.

Salud.

Henderson no da una definición propia de salud pero la salud la compara con la independencia del individuo, interpretaba la salud como la capacidad del paciente de realizar sin ayuda los 14 componentes del cuidado de enfermería.

Entorno.

Ella define al entorno como el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo.

Persona (paciente).

Henderson, pensaba en el paciente como un individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. Así contempla al paciente y a su familia como una unidad.

Necesidades.

No tiene ninguna definición en concreto de necesidad, pero señala 14 necesidades básicas del paciente que abarcan todos los componentes de la asistencia en enfermería, estas necesidades son las siguientes:

1. Necesidad de oxigenación.
2. Necesidad de nutrición e hidratación.
3. Necesidad de eliminación.
4. Necesidad de moverse y mantener buena postura.
5. Necesidad de descanso y sueño.
6. Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
7. Necesidad de termorregulación.
8. Necesidad de higiene y protección de la piel.
9. Necesidad de evitar peligros.
10. Necesidad de comunicarse.
11. Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
12. Necesidad de trabajar y realizarse.
13. Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
14. Necesidad de aprendizaje.¹

Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según sus criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de

¹ Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Mosby Doyma libros, 8ª. Edición. México, 1995. Pag. 99 - 102

necesidades básicas, descrito anteriormente, derivado del análisis de las necesidades humanas.

El concepto de Independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

La Dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona es el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de necesidades.

Henderson afirmaba que se puede establecer tres niveles en la relación enfermera-paciente, que van desde una relación muy dependiente a la práctica de la independencia:

1. La enfermera como sustituta del paciente./ Totalmente compensatoria
2. La enfermera como auxiliar del paciente./ Parcialmente compensatoria
3. La enfermera como auxiliar del paciente./ De ayuda

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson agrupaba tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, también la capacidad del individuo, determinada por el estado emocional, funciones psíquicas, y capacidad intelectual.
2. Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones sobre la propia salud y situación de la enfermedad.

3. Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.²

Henderson hace hincapié en las necesidades fundamentales del paciente, la planificación de los cuidados de enfermería y la función especializada de la enfermera para auxiliar al paciente en la realización de las tareas rutinarias cotidianas. Planteó cuestiones relacionadas con la experiencia de las enfermeras y el empleo de los procesos de enfermería. Repitió también la necesidad de evaluar constantemente las necesidades del paciente, ya que tanto su estado como el objetivo final cambian constantemente. Consideraba que la investigación era fundamental para adquirir la experiencia necesaria en una época de rápidos avances tecnológicos.³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

² Fernández Ferrín, Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Edit. Masson-Salvat. Barcelona, 1995. Pag. 6- 9

³ Marriner Tomoy Ann. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Mosby Doyma libros, 8ª. Edición. México, 1995. Pag. 106- 108

CAPÍTULO 5.

RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO.

5.1 CONCEPTO.

Los prematuros son neonatos viables que nacen antes de las 37 semanas de gestación (SDG).

5.2 CLASIFICACIÓN.

Se clasifica según la edad gestacional en:

- Grave de 28 a 30 SDG.
- Moderada de 31 a 33 SDG.
- Leve de 34 a 37 SDG.

Y según el peso del producto en:

- Primer grado entre 1500 y 2500 gr
- Segundo grado entre 1000 y 1499 gr
- Tercer grado menor a 1000 gr

En esta clasificación el término prematuro incluye a todo recién nacido con peso de 2500 gr y menor a éste; actualmente el término cambia a recién nacido con peso bajo, este se subdivide en:

- Prematuro verdadero, procede de una gestación de 37 semanas o menos.
- Producto desnutrido o hipotrófico, es aquel que tiene el peso de un recién nacido prematuro, pero su edad gestacional es mayor a las 37 semanas.

En cada uno de los grupos el producto puede considerarse grande o hipertrófico, adecuado o eutrófico, y pequeño o hipotrófico, dependiendo de la relación de la edad gestacional con el peso del producto.

5.3 CARACTERÍSTICAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

- Pelo: lanugo, velloso.
- Cartílagos auriculares defectuosos.
- Piel muy delgada, los capilares son visibles (puede ser roja y arrugada), puede haber presencia de vermic.
- Falta de grasa subcutánea
- Cabeza desproporcionadamente grande.
- Llanto débil.
- Reflejos de succión, deglución y búsqueda débiles.
- Facies como de un viejito
- Tórax relativamente pequeño, tejido mamario apenas visible.
- Abdomen relativamente grande.
- Testículos no descendidos, rugosidades en el escroto muy finas. Labios menores, no desarrollados
- Uñas de los dedos suaves. Plantas de los pies lisas
- Tono muscular insuficiente, reflejos débiles, movimientos musculares limitados.

El crecimiento y el desarrollo del prematuro dependen fundamentalmente de la inmadurez al salir del útero. Gran parte de ella depende de la capacidad del bebé para superar la situación propia del parto y ajustarse a los cambios del medio extrauterino. Al disminuir el peso neonatal también aminoran las posibilidades de crecimiento y desarrollo normales, aunque los índices de supervivencia pueden ser adecuados. En términos generales, los bebés que reaccionan adecuadamente al tratamiento y las atenciones rápidas pueden hacer ajustes idóneos al final de los 12 meses de vida.¹

¹ Roeder Mastroianni, Martín. Enfermería Obstétrica y Neonatológica. Decimoquinta edición. Editorial Harla, México. 1995. Pag. 1037

CARACTERÍSTICAS DE CRECIMIENTO.

El crecimiento suele demostrar un retraso en el caso de los bebés con bajo peso al nacer, en relación con los esquemas de crecimiento estándar, y los bebés pequeños para la edad gestacional, han mostrado retraso en todos los parámetros en comparación con los productos cuyas características son apropiadas para la edad gestacional y tienen el mismo peso al nacer.

Es importante tomar las medidas antropométricas al recién nacido, ya que esto nos ayudará a valorar el crecimiento del niño, las medidas que se deben tomar son el peso, la talla, el perímetro cefálico y el perímetro torácico, y el perímetro abdominal, pues estas medidas están interrelacionadas, y nos indican que tan pequeño es nuestro bebé y que tanto va evolucionando.

CARACTERÍSTICAS DE DESARROLLO.

Los prematuros tienen alteraciones fisiológicas por inmadurez y con frecuencia desarrollo insuficiente de los sistemas. La gravedad de los problemas que ocurren depende de la edad gestacional del lactante.

Sistema Respiratorio.

- Los alveolos comienzan a formarse a las 26 a 28 semanas de gestación, en consecuencia, los pulmones están mal desarrollados.
- La pared torácica carece de estabilidad.
- La producción de sustancia tensoactiva está reducida.
- La adaptabilidad es insuficiente y la capacidad residual funcional de los pulmones es baja.
- La respiración puede ser difícil e irregular con periodos de apnea y cianosis.
- El lactante tiene propensión a atelectasias.

- Los reflejos de náusea y la tos son malos; en consecuencia la aspiración es un problema.

Sistema Circulatorio.

- El corazón es un órgano relativamente grande al nacer el bebé, pero su acción suele ser lenta y débil. Surgen extrasístoles y soplos que más tarde desaparecen, a veces al cerrarse poco a poco los orificios fetales, que pueden persistir en el nacimiento o un poco después.
- La enorme fragilidad capilar, especialmente de vasos intracraneales, junto con la hipoprotobinemia hacen que aparezcan tendencias hemorrágicas en los bebés, las cuales se manifiestan por la frecuencia de equimosis en la piel, así como por hemorragia intraventricular y otras hemorragias internas.²

Mala estabilidad de la temperatura.

- Tiene muy poca grasa subcutánea; por lo tanto, no hay almacenamiento de calor o aislamiento. El almacenaje de glucógeno y lípidos es deficiente.
- Capacidad limitada para producir escalofrío, mal control vasomotor del flujo sanguíneo a los capilares de la piel.
- Hay un área de superficie relativamente grande en comparación con el peso corporal.
- Están disminuidas las glándulas sudoríparas, los lactantes de menos de 32 semanas de gestación no pueden sudar.
- Tienen pocos depósitos de músculos y grasa que restringen el índice metabólico y la producción de calor.
- Suelen ser menos activos.
- Postura flácida.

² Reeder Mastroianni, Martín. Enfermería Obstétrica y Neonatológica. Decimoquinta edición. Editorial Harla, México. 1995. Pag. 1013

Sistema Digestivo.

- El estómago es pequeño y es probable que haya vómitos por tono muscular deficiente del esfínter del cardias. Es difícil proporcionar las necesidades calóricas en los primeros días.
- Disminuye la tolerancia al reducirse las enzimas.
- Faltan sales biliares que ayudan a la digestión de grasas y a la absorción de vitamina D y otros liposolubles.
- Se limita la capacidad de convertir glucosa a glucógeno y degradar el glucógeno a glucosa.
- Está limitada e inmadura la capacidad de liberar insulina en reacción a la glucosa.
- No existe coordinación de los reflejos de succión – deglución antes de 32 a 34 semanas de gestación. La inmovilidad esofágica es inmadura.

Funciones Hepáticas.

- No tiene capacidad para manejar y conjugar bilirrubina.
- No almacena ni libera azúcar, en consecuencia, hay tendencia a la hipoglucemia.
- Después de nacer tienen disminución constante de la hemoglobina y la producción de sangre, por lo tanto puede desarrollar anemia.
- No elaboran ni almacenan vitamina K, por lo tanto, los lactantes son susceptibles a enfermedades hemorrágicas.

Función Renal.

- Probablemente está aumentada la excreción de sodio, lo que conduce a hiponatremia, hay dificultad para excretar potasio.

- Disminuye la capacidad de concentrar orina, así cuando hay vómito o diarrea es probable que haya deshidratación. Disminuye la capacidad de conservar o excretar líquido.
- Disminuye la capacidad para acidificar la orina.
- El desequilibrio tubular glomerular explica la presencia de azúcar, proteínas, aminoácidos y sodio en la orina.

Sistema Nervioso.

- La reacción a estímulos es lenta.
- Los centros vitales que controlan la respiración y la temperatura están poco desarrollados, al igual que los que rigen reflejos importantes como el de tos, de succión, deglución, búsqueda y náusea. Como consecuencia hay problemas para la alimentación y aspiración.
- El reflejo de la tos es débil o no existe.
- Los centros que controlan las respiraciones, la temperatura y otras funciones vitales están mal desarrolladas.⁴

MÉTODOS DE EVALUACIÓN.

Método de Apgar.

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos. La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido. De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos.
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos.

⁴ Brunner Sholtis, Lillian. Manual de la enfermera. Interamericana Mc Graw Hill, México, 1985. Pag. 1399, Tomo 5.

- Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal. Se debe continuar con su atención y pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario.⁵

Método de Capurro para evaluar la edad gestacional.

• Se utilizan:

(A) Cinco datos somáticos:

- 1) Formación del pezón
- 2) Textura de la piel.
- 3) Forma de la oreja.
- 4) Tamaño del seno (mama).
- 5) Surcos plantares,

(B) Dos signos neurológicos:

- I) Signo "de la bufanda"
- II) Signo "cabeza en gota"

⁵ <http://codamedver.gob.mx/po34ssa2.htm>

Cuando el niño está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se deben utilizar sólo cuatro datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna "B").

Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológica se utilizan los cinco datos somáticos (columna "A"), agregando una constante de 204 días, para obtener la edad gestacional. De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

- Prematuro o pretérmino: todo recién nacido que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria y / o pasar a terapia intensiva, de acuerdo a su condición.
- A término o maduro: cuando el recién nacido sume de 261 a 295 días de gestación. Si las condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino o posmaduro: si el recién nacido tiene más de 295 días de gestación, debe de observarse durante las primeras 12 horas ante la posibilidad de presentar hipoglucemia o hipocalcemia; pasado el periodo si sus condiciones lo permiten debe pasar con su madre en alojamiento conjunto e iniciar lactancia materna exclusiva.⁶

⁶ http://gen.org.mx/nom007_ape_c.html

⁷ <http://codamedver.qob.mx/po34ssa2.htm>

Método Silverman Andersen.

La valoración de Silverman Andersen, es utilizada desde 1956 para cuantificar la gravedad de la insuficiencia respiratoria, cada signo se califica 0, 1 ó 2, los cuales al sumarse dan por resultado una calificación de cero al niño sin insuficiencia respiratoria.⁷

(Consultar anexo-tablas de referencia pediátrica Pág. 97)

CAPÍTULO 6

III. METODOLOGÍA.

El presente estudio de caso se llevó a cabo en el Hospital Materno Infantil Inguarán en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), dirigiéndolo a un neonato pretérmino con previo consentimiento de sus familiares.

1ª. ETAPA.

En esta primera etapa se llevó a cabo la valoración de enfermería, la cual se hizo en base a las 14 necesidades, pero además la valoración está dirigida a la mamá para identificar las causas de dificultad que tiene para llevar a cabo el cuidado de salud del bebé.

2ª. ETAPA.

En esta etapa se hizo el análisis de la información obtenida considerando:

1. Grado de independencia- dependencia del neonato.
2. Factores de dificultad que lo condicionan.
3. Factores que influyen en la satisfacción de esa necesidad para determinar cuál es el rol profesional de la enfermera.

Por otro lado también analizó la información obtenida por la mamá para identificar si ella fue capaz de mantener un estado óptimo de la salud de su hijo o de lo contrario, identificar las causas de dificultad y los factores que están influyendo.

3ª. ETAPA.

Esta tercera etapa consistió en la planeación de las intervenciones de enfermería las cuales podrán ser independientes, interdependientes o dependientes y para cada una de ellas se analizó su objetivo, fundamentación y criterios de evaluación.

4ª. ETAPA.

En esta última etapa se llevó a cabo la evaluación de las acciones realizadas teniendo como indicador la mejoría en la salud del recién nacido y el avance en la adquisición de conocimientos y aptitudes motrices que desarrolle la mamá para el cuidado de su bebé.

Es importante señalar que el proceso de enfermería es dinámico pero para fines metodológicos plantea la siguiente metodología. Con relación a los instrumentos que se utilizaron tales como la entrevista con la madre del recién nacido, así como resultados realizados durante la estancia del recién nacido (laboratorio).

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE LOS CONCEPTOS DE VIRGINIA HENDERSON.

PERSONA.

Recién nacido pretérmino: M. S.

SALUD. INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA

Por las características de edad, crecimiento y desarrollo se considera una persona dependiente, ya que no es capaz de satisfacer sus necesidades por sí mismo por lo tanto requiere de la asistencia de enfermería.

CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

El recién nacido presenta falta de fuerza ya que no tiene la capacidad física ni las habilidades mecánicas para llevar a cabo las acciones pertinentes para la recuperación de su salud.

También la falta de conocimiento ya que por ser un recién nacido no cuenta aún con el razonamiento para lograr un autoconocimiento sobre su salud y situación de enfermedad.

Falta de voluntad, ya que tiene la incapacidad y la limitación para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus 14 necesidades.

FACTORES QUE INFLUENCIAN LA SATISFACCIÓN DE NECESIDADES.

Factores biofisiológicos.

El recién nacido es pretérmino, lo cual interfiere con su estado de salud por sus condiciones físicas y funcionales.

Factores Psicológicos.

Aunque su nivel de conciencia no esté del todo desarrollado, es importante la parte afectiva para los recién nacidos, pues aunque se brinda la atención y cuidados a manera de proporcionar calidez, no es igual a la estimulación que puedan darle sus padres, ya que influye en su desarrollo sobre todo la presencia materna, pues es una parte que pueden percibir.

Factores Socioculturales.

Esto afecta tanto al recién nacido como a los padres, pues es difícil el entorno físico en el que se encuentra el bebé, ya que no es un ambiente cálido como el de un hogar además el tiempo de visita es poco y los padres a veces no pueden regresar a la siguiente visita por sus actividades personales.

ROL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA.

Ya que se trata de un recién nacido, que es totalmente dependiente, la enfermera proporcionará cuidado total, debido a que él no es capaz de realizar las acciones ni comprender los problemas de salud que presenta.

VALORACIÓN DE NECESIDADES AFECTADAS.

Es un recién nacido, totalmente dependiente que dentro de las 14 necesidades de Virginia Henderson tiene varias de estas afectadas, pero para fines de la elaboración de este proceso de atención solo se expondrán las que por importancia de jerarquización puedan ocasionar otros problemas de salud.

OXIGENACIÓN.

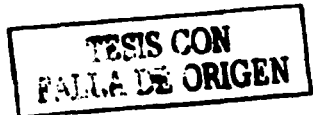
El recién nacido es un pretérmino, aún no tiene madurez suficiente del aparato respiratorio por lo que presenta problemas de oxigenación y no puede satisfacer esta necesidad por lo tanto es dependiente pues carece de fuerza, conocimiento y voluntad para llevar a cabo las acciones para satisfacer su necesidad.

FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTA NECESIDAD.

BIOFISIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIOCULTURALES
Se trata de un recién nacido de 35 SDG que por su propia etapa de desarrollo en el momento de nacer no tiene madurez del sistema respiratorio y de otros sistemas más.	El recién nacido deberá estar en un ambiente tranquilo ya que tiende al estrés e irritabilidad lo cual incrementa los problemas dentro de esta necesidad.	Esta se dirige hacia la mamá por los antecedentes de vida antes y durante el embarazo, como hábitos personales, alimentación, vivienda y control prenatal.

NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Dependiente ya que no tiene la capacidad suficiente para la ingesta y absorción de la alimentación como la de un recién nacido de término sin complicaciones, carece de conocimiento sobre cómo alimentarse y hay incapacidad para que lo haga.



FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTA NECESIDAD.

BIOFISIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIOCULTURALES
<p>Esta necesidad también está influenciada por la edad del recién nacido, ya que por su desarrollo no es capaz de satisfacer su necesidad, aún no cuenta con la capacidad suficiente para la ingestión y absorción de los alimentos.</p>	<p>Por la etapa de desarrollo del bebé se requiere satisfacer su necesidad de nutrición e hidratación, sin embargo se necesitan de ciertas técnicas para conservar un equilibrio y no afectar más al recién nacido, sin embargo, aunque se trata de proporcionar un ambiente cálido, no representa lo mismo que cuando es la mamá quien satisface la necesidad de su hijo y esto también influye en esta necesidad, pues el contacto físico entre madre e hijo es muy importante.</p>	<p>También influye ya que no es la madre quien se encarga totalmente de satisfacer esta necesidad de su hijo, durante el tiempo de hospitalización la enfermera es quien pasa la mayor parte del tiempo con el bebé, que según la evolución de éste podrá participar paulatinamente en la satisfacción de esta necesidad, sin embargo tampoco es del todo satisfactoria para la madre ya que el tiempo de visita es poco y no siempre podrá venir a verlo por sus actividades personales lejos del hospital.</p>

NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Esta necesidad está dirigida hacia los padres, pero sobre todo hacia la mamá, que carece de conocimientos sobre cómo debe cuidar a su bebé, ya que no cuenta con el conocimiento para cuidar a un bebé y que además es prematuro, así que deberá

adquirir conocimientos y comportamientos con el objetivo de mantener o recobrar la salud de su bebé.

FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTA NECESIDAD.

BIOFISIOLÓGICOS	PSICOLÓGICOS.	SOCIOCULTURALES
No cuenta con los conocimientos sobre cómo cuidar a su bebe, como la alimentación, el trato en la manipulación del bebé, lo cual deberá aprender paulatinamente con la enseñanza de la enfermera	Los padres pero sobre todo la mamá crea ansiedad por no sentirse apta para el cuidado de su bebé, pero se le motivará para que adquiera confianza y para que participe poco a poco en el cuidado de su bebé durante las visitas, para que sea ella quien después proporcione los cuidados al dar de alta su bebé,	Los padres necesitan apoyo de enfermería para aprender, se requiere una relación que disminuya la ansiedad, y crear un ambiente de confianza para facilitar las condiciones de aprendizaje.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.2 VALORACIÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA.

Para obtener datos relacionados con el bebé, se realizaron entrevistas con la mamá, ya que será el cuidador inmediato en su hogar, de quien también se obtuvieron datos importantes de ella, como los que a continuación se presentan:

NOMBRE: A. M. S. EDAD: 28 años. ESTADO CIVIL: Casada
RELIGIÓN: Casada GESTA: IV PARA: I

1. Se le preguntó si había llevado control prenatal, a lo que ella respondió que sí, ya que ha tenido problemas para embarazarse, y al principio de su embarazo tuvo una amenaza de aborto, pero se lo pudieron controlar y después tuvo una infección vaginal que también se atendió.
2. Se le preguntó si sabía las condiciones de salud de su hijo y si comprendía el tratamiento que se le estaba dando, a lo que respondió que no lo entendía muy bien y tal vez era porque cuando se le informó ella se sentía muy decaída y angustiada pero que ya lo ha ido asimilando.
3. Se le hizo la misma pregunta al padre, él respondió que sí comprendía que su bebé había nacido antes de tiempo y que por eso no respiraba bien y podía tener otros problemas.
4. Se les preguntó a los padres si sabían como acercarse a su bebé, a lo que ambos respondieron que no querían tocarlo por que les daba miedo, ya que estaba muy pequeñito y además con sondas que tal vez moverían y afectarían a su bebé.
5. Después de haberles explicado que no había problema y cómo acercarse a su bebé, se les preguntó cómo se sentía al tener contacto con él, contestaron que empezaban a tener más confianza y la mamá se sentía más tranquila, por que sentía que su bebe la reconocía, y que había una respuesta del bebé

hacia ella, el papá dijo que le gustaba hablarle porque el bebe reconocía su voz y se movía más cuando le hablaba, el papá compartió que cuando su esposa estaba embarazada le cantaba a su bebé acercándose al abdomen de su esposa y que por eso el bebé lo reconocía ahora.

6. Cuando el bebé inició la alimentación oral, se le preguntó a la mamá si sabía cómo dar el pecho, respondió que no y que le daba de miedo, por lo que se le dio apoyo para que comenzara a amamantar.
7. Se le preguntó si había tenido alguna dificultad para amamantar a su bebé, respondió que solo al principio por que tenía nervios y no se acomodaba pero que después se sintió mejor.
8. Se le preguntó sobre la experiencia y qué sentimientos tenía, dijo que se sentía contenta de ver que su bebé se alimentaba de su seno y que ella veía la mejora en él.
9. Se le preguntó si se percataba de que su bebé estaba adquiriendo peso, contesto que sí, y que esperaba que pronto alcanzara un buen peso y que no se presentaran complicaciones en su bebé, por que ya lo querían tener en casa.
10. Se le preguntó si sabía qué cuidados debían dar a su bebé cuando esté en casa, respondió que no sabía y que tenía dudas sobre la alimentación y las vacunas principalmente, y que no sabía si tenía que seguir acudiendo al medico, así que se le informó sobre estas dudas.

Estas son las preguntas de más relevancia que se le hicieron a los padres durante la estancia del bebé en el hospital, se resolvieron sus dudas en el momento que las expusieron y se les dieron indicaciones sobre los cuidados que debían dar en el hogar.

VALORACIÓN FÍSICA.

OBSERVACIÓN.

Por sus características físicas, (presencia de lanugo, piel lisa y fina, cartílago auricular plano y aún pegada al cráneo, tejido mamario y pezón apenas visibles, los pliegues palmares y plantares casi no se aprecian), se trata de un recién nacido pretérmino hipotrófico, se observa, hipoactivo, presenta cianosis distal, tórax polipneico, tiros subcostales y retracción xifoidea.

VALORACIÓN FÍSICA AL INGRESO.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: M. S. RN.

SEXO: HOMBRE

PESO: 1.800 Kg

SOMATOMETRÍA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PESO: 1.800 Kg. TALLA: 40 cm. PC. 28 cm. PT: 24 cm PA: 25 cm PIE: 6 cm.

APGAR: 7/ 8.

CAPURRO: 35 SDG.

SILVERMAN: 2/ 3

EXPLORACIÓN FÍSICA POR APARATOS Y SISTEMAS.

Estado Respiratorio.

Ruidos respiratorios con roncales, respiraciones polipneicas, tiros subcostales, retracción xifoidea.

Estado Circulatorio.

Ruidos cardiacos de buena intensidad, frecuencia de 144 latidos por minuto, llenado capilar inmediato.

Estado de la piel.

Con presencia de vérmix y lanugo ligera palidez de tegumentos, ligera cianosis distal que disminuyó con la administración de oxígeno, buena hidratación.

Estado neurológico.

Hipoactivo, ojos abiertos, reactivo al tacto, llanto débil, no hay presencia de reflejos de succión, deglución ni búsqueda.

Estado músculo esquelético.

Tono muscular y fuerza disminuida, movimientos disminuidos, peristalsis disminuida.

Estado digestivo.

No hay presencia de reflejos de succión, deglución, búsqueda, ruidos intestinales disminuidos, presencia de heces meconiales, deposiciones de alrededor de 8 por día.

Estado genitourinario.

Aparentemente sin complicación.

4.3 DIAGNÓSTICOS.

Se valoraron las 14 necesidades del recién nacido, según el formato de necesidades de Virginia Henderson, del cual se vieron afectadas varias de éstas pero para fines de este trabajo solo se abordarán, aquellas en que el recién nacido presentó mayor problema de salud y por su causa representan mayor riesgo de vida; los diagnósticos se elaboraron según formato PES. Las necesidades más afectadas son las siguientes: Necesidad de oxigenación, necesidad de nutrición y eliminación, necesidad de termorregulación y necesidad de aprendizaje la cual estará dirigida hacia los padres y en especial a la mamá, quien será el cuidador inmediato en el hogar.

PLANEACIÓN.

Después de haber concluido la valoración de las necesidades y haber identificado los diagnósticos, se ordenan jerárquicamente y se establecerán los objetivos que se pretenden alcanzar para la solución de los problemas identificados, se harán del conocimiento del papá y sobre todo de la mamá pues ella es punto clave en el logro de los objetivos.

Se determinan las actividades de enfermería, focalizadas hacia la causa de los problemas, fundamentándolas, para llevarlas a cabo en el plan de cuidados, para reducir o eliminar los factores de riesgo, y se registrarán las intervenciones de enfermería. El plan de cuidados se encuentra desarrollado a continuación.

NECESIDAD AFECTADA: OXIGENACION.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la respiración relacionado con dificultad para respirar, manifestado por tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis distal y saturación baja para su edad entre 76 y 80 %.

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
Restablecer un adecuado patrón respiratorio en el recién nacido.	Disminuyen, dificultad respiratoria (ruidos respiratorios, polipnea, retracción xifoidea, tiros intercostales).	<p>Intervención.</p> <p>Colocar al recién nacido en posición que facilite la ventilación, se utilizaron las posiciones semifowler rossiere, y de lado, se realizaron cambios de posición.¹</p> <p>Fundamento:</p> <p>La posición semifowler rossiere, permite la expansión libre de la caja torácica, rectifica la traquea y evita el peso de las vísceras abdominales que dificultan la incursión del diafragma. (Cuando el lactante está bocabajo, el tórax y el abdomen reciben el peso corporal).</p> <p>Cuando está intubado evita la oclusión de la sonda con su barbilla cuando está flexionando el cuello.</p> <p>La extensión ligera del cuello abre la traquea.</p> <p>Los cambios de posición estimulan al bebé y además evitan las úlceras por presión.</p>	Estable durante los primeros 2 días. Las posiciones lo ayudaron a disminuir la dificultad respiratoria y no hubo presencia de signos de dificultad ruidos respiratorios, polipnea, retracción xifoidea, tiros intercostales, no hubo presencia de escaras ni daño tisular.

¹ Arellano P, Marlo. Cuidados intensivos en pediatría. Segunda edición, Interamericana, México, 1995. Pág. 166.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	EVALUACIÓN.
No desarrollará hipotermia o hipotermia.	Conservar la temperatura del recién nacido entre 36.5 y 37.5 °C.	<p>Intervención: Conservar la eutermia del recién nacido, colocar al niño en incubadora o cuna térmica a 36- 36.5 °C.</p> <p>Fundamento: La capacidad de los prematuros para controlar la temperatura corporal, está inhibida por muchos factores relacionados con su inmadurez.</p>	Permaneció eutérmico con cifras de temperatura de 36.5 a 37°C, solo presentó un pico febril de 38 °C
Evitar infección del aparato respiratorio y sepsis.	No presentará hipotermia u otro dato de infección	<p>Intervención: Empleo de técnicas antisépticas para evitar la infección y evaluar signos de sepsis coloración de la piel, edema, petequias, signos de bajo gasto, hipotermia o hipotermia.</p> <p>Administración de antibióticos indicados en este caso se utilizó ampicilina y amikacina.</p> <p>Fundamento: El prematuro es muy susceptible a infecciones por virus, hongos y bacterias, constituyen un riesgo constante postnatal.² Se administran antibióticos cuando existen antecedentes de maniobras de reanimación, líquido amniótico fétido o se desconozcan las características de atención del parto.</p>	Se logró evitar la infección y no presentó signos ni otro dato que indicara infección
Mantener las vías aéreas permeables, eliminando el exceso de secreciones.	No habrá presencia de secreciones en vías respiratorias, al auscultar no habrá presencia de ruidos respiratorios que indiquen secreciones	<p>Intervención. Limpiar las vías respiratorias superiores, comprobando su permeabilidad.</p> <p>Fundamento: Los niños prematuros a menudo tienen exceso de moco y reflejos débiles de la tos, deglución y nauseoso, lo cual puede causar bronco aspiración.</p>	Se mantuvo estable durante los dos primeros días, y los datos de dificultad respiratoria estaban disminuyendo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN.
		<p>Intervención: Administrar oxígeno húmedo y tibio en concentraciones variable según la gravedad y resultados de la gasometría, en este caso se comenzó con O₂ en casco cefálico a 5 L. por min.</p> <p>Fundamento: El oxígeno se utiliza húmedo para evitar que las mucosas no se sequen y se iriten y tibio para evitar que haya colapso alveolar.³</p> <p>Intervención: Micronebulizaciones según prescripción médica en este caso se utilizó salbutamol, ambroxol, dexametazona.</p> <p>Fundamento: Las micronebulizaciones ayudan a flurificar las secreciones para que sea más fácil su eliminación.</p> <p>Intervención: Realizar fisioterapia pulmonar por razones necesarias.</p> <p>Fundamento: Ayuda a eliminar las secreciones de las vías respiratorias, bronquiales más pequeñas, hacia los bronquios principales y la traquea de los cuáles puedan eliminarse con la aspiración, la terapia física incluye percusión, aspiración y cambios de posición, en esta forma se evita la obstrucción de las vías respiratorias por la presencia de moco en cualquier parte de ellas.</p> <p>Intervención: Realizar aspiración de secreciones por razón necesaria con estrictas técnicas de asepsia y evaluar cambios en las características de las secreciones.</p> <p>Fundamento: Elimina el exceso de secreciones de las vías respiratorias cuando el paciente no puede hacerlo por sí mismo.</p>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	EVALUACIÓN.
<p>Mantener una adecuada ventilación pulmonar.</p>	<p>Mantener una saturación de oxígeno mínima de 80 %</p> <p>Mantener un equilibrio de gases en sangre.</p> <p>Disminuir o desaparecer los datos de dificultad respiratoria. (ruidos respiratorios, polipnea, retracción xifoidea, tiros intercostales)</p>	<p>Intervención.</p> <p>En presencia de deterioro respiratorio se asiste en intubación endotraqueal con presión positiva continua.</p> <p>Fundamento:</p> <p>Ventilar al lactante con eficacia.</p> <p>Evita el colapso alveolar durante la espiración conservando abiertos los alveolos mediante presión y evitando a la vez distenderlos en exceso ya expandidos.</p> <p>Aumenta la oxigenación pulmonar, que a su vez disminuye la posibilidad de hipoxia, bradicardia o apnea. ⁴</p>	<p>Se presentó un aumento en los requerimientos de oxígeno, con aumento de los datos de dificultad respiratoria (quejido respiratorio, retracción xifoidea, tiros intercostales), por lo que asiste en la intubación endotraqueal.</p>
<p>No desarrollará barotraumas, (neumotórax, enfisema pulmonar, ni subcutáneo).</p>	<p>Vigilar el buen funcionamiento del ventilador.</p> <p>Las respiraciones deben ser uniformes.</p> <p>Al auscultar entrada de aire, debe ser uniforme, sin gruñidos u otro dato.</p> <p>Signos vitales dentro de los parámetros normales.</p> <p>Saturación de oxígeno entre 80 y 100%</p>	<p>Intervención:</p> <p>Conocer parámetros del ventilador.</p> <p>Vigilar frecuencia respiratoria, auscultar la entrada de aire pulmonar, mantener vías aéreas permeables, presencia de gruñido, apnea, disminución de los ruidos respiratorios.</p> <p>Fundamento:</p> <p>Se debe conocer y comprender la forma como opera el sistema, ya que altas presiones pueden ocasionar neumotórax.</p> <p>Los cambios en la respiración pueden indicar que el paciente no tolera la presión positiva ventilatoria o que ha ocurrido neumotórax.</p>	<p>Estable, con signos vitales, saturación de oxígeno, y gases arteriales dentro de los parámetros normales, sin embargo se extuba después de dos días de permanecer con el ventilador, pero reporta el turno siguiente que no se presentaron signos de alarma y que permanece con buena tolerancia a la fase I de ventilación y con los siguientes signos vitales.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	EVALUACIÓN.
		<p>Intervención: Ayudar a obtener los estudios de gases en sangre y colocar oxímetro de pulso</p> <p>Fundamento: Después de cambiar ajustes de la presión del ventilador se miden de 20 a 30 min. después de cada ajuste. Ayudará a evaluar la eficacia ventilatoria.</p> <p>Intervención: Conservar el área de la sonda limpia y seca, observar si hay hemorragia o irritación.</p> <p>Intervención: Una vez que se interrumpe la ventilación mecánica, se vigilan los gases en sangre, y se coloca al lactante en un medio rico en oxígeno.</p> <p>Fundamento: Se vuelve a colocar oxígeno, ya que se debe observar si incrementan nuevamente sus requerimientos de oxígeno.</p>	<p>Sat. O₂ 94 %</p> <p>Signos vitales: Fc. 145 L x min. Fr. 52 L x min. Temp. 37 °C.</p> <p>Ya no hubo necesidad de volver a intubar.</p> <p>Permanece con un buen patrón cardiaco, con cifras dentro de parámetros normales entre 142 y 148 Lat. por min. El llenado capilar es inmediato, y permanece con buena coloración de tegumentos.</p>
<p>No desarrollará alteraciones hemodinámicas</p>	<p>Los signos vitales permanecerán dentro de parámetros y características normales. Fc. 130 – 160 Lat. Por min. Fr. 30 – 60 Lat. Por min. Temp. 36.5 – 37.5 °C Se vigilará presencia de otros datos como convulsiones, hipotonía, periodos de apnea.</p>	<p>Intervención: Vigilar el patrón cardiaco, frecuencia, en especial presencia de bradicardia, presión arterial, pulsos femorales.</p> <p>Fundamento: Cuando hay cambios se sospecha de hipocalcemia, hipoglucemia o abertura del conducto arterioso.</p>	<p>No se presentó ninguna alteración hemodinámica.</p>

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.	EVALUACIÓN.
<p>Restablecer un adecuado patrón respiratorio, lograr la independencia del recién nacido en la necesidad de oxigenación.</p>	<p>Signos vitales dentro de parámetros establecidos.</p> <p>Fc. 130 – 160 Lat. por min. Fr. 30 – 60 Lat. por min. Temp., 36.5 – 37.5 °C Sat. O2 80- 100 %</p> <p>Llenado capilar inmediato.</p> <p>No presentará datos de dificultad respiratoria (quejido respiratorio, tiros intercostales, retracción xifoidea, cianosis)</p>	<p>Intervención:</p> <p>Al notar mejoría respiratoria en el recién nacido empezar a disminuir el oxígeno paulatinamente hasta retirar y observar si tolera el medio ambiente, se vigilará presencia de dificultad respiratoria o periodos de apnea, se tomarán signos vitales cada hora con registro de llenado capilar y saturación de oxígeno.³</p>	<p>Se disminuye oxígeno paulatinamente, hasta que se retiró completamente.</p> <p>Permanece con las siguientes cifras en los signos vitales:</p> <p>Fc. 136 lat. min Fr. 42 Rep. min. Temp. 36.4 °C. Sat. O2 97 %</p> <p>Llenado capilar inmediato. No presenta datos de apnea ni de dificultad respiratoria.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD AFECTADA: NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo potencial de sufrir alteración nutricional relacionado a la incapacidad para alimentarse, manifestado por incapacidad para ingerir alimentos, reflejos de succión, deglución y búsqueda ausentes, tono muscular débil y peso de 1.800 Kg.

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACION.
Lograr un aumento de peso de acuerdo a su edad.	Estado de hidratación de la piel y mucosas.	<p>Intervención: Peso diario.</p> <p>Fundamento: Nos ayudará a saber la ganancia de peso o la pérdida del mismo.</p> <p>Intervención: Manipular lo menos posible al recién nacido.</p> <p>Fundamento: Manipularlo constantemente hace que pierda calorías y por lo tanto pérdida de peso.</p>	Se logró un buen aumento de peso, ya que se observa incrementos de 20 a 25 gr por día aproximadamente y egresó con un peso de 2.840 Kg
Conservar el equilibrio de líquidos.	<p>No habrá aumento o pérdida de peso excesivo.</p> <p>No presentará edema.</p>	<p>Intervención: Iniciar la administración de soluciones parenterales, según prescripción médica de acuerdo a los requerimientos del recién nacido.</p> <p>Fundamento: Las soluciones intra venosas (IV) se administran para compensar los índices de electrolitos y líquidos, además cubre un aporte de calorías, todos los niños de 1500 gr reciben venocisis.</p> <p>Intervención: Vigilar el ingreso y egreso de líquidos.</p> <p>Fundamento: El exceso de líquidos produce edema pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva y posible hemorragia intraventricular, el déficit de líquido puede conducir a deshidratación, hipotensión arterial, acidosis o desequilibrio electrolítico. El gasto urinario deberá ser superior a 1 ml Kg / hr.</p>	Se logró mantener un buen estado de hidratación, con un buen estado de la piel y las mucosas. La ganancia de peso fue constante y regular.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
<p>Mantener índices normales nutricionales en el recién nacido.</p>	<p>Se valorará el aumento de peso diario.</p> <p>Se valorarán cifras de glucosa las cuales deben permanecer entre 40 y 120 MG/ dl</p>	<p>Fundamento:</p> <p>El exceso de líquidos puede producir edema pulmonar, insuficiencia cardiaca congestiva y posible hemorragia intraventricular, el déficit de líquido puede conducir a deshidratación, hipotensión arterial, acidosis o desequilibrio electrolítico.</p> <p>El gasto urinario deberá ser superior a 1 ml/ Kg / Hr.</p>	<p>La ganancia de peso de alrededor de 20 gr. por día, no presenta hiperglucemia, ni hipoglucemia permanece con resultados de glucosa entre 70 y 80 MG / dl</p>
<p>Lograr la tolerancia al alimento por la vía oral utilizando las diferentes técnicas, según evolución del recién nacido.</p> <p>No desarrollará sangrado de tubo digestivo.</p>	<p>No presentará distensión abdominal, se medirá perímetro el cual deberá ser de acuerdo a su peso y talla.</p>	<p>Intervención:</p> <p>Administrar fórmula por débito midiendo por medio de una sonda gástrica y valorando previamente residuo gástrico.</p> <p>Fundamento.</p> <p>Esta técnica se usa por que el recién nacido aún no posee reflejo de succión además por que por su prematuridad tiene poca capacidad gástrica, la motilidad intestinal puede estar un poco disminuida y su absorción es insuficiente para tolerar los nutrientes.</p> <p>La fórmula y la cantidad se administra según la prescripción médica, según los requerimientos del recién nacido y la capacidad del mismo para digerirlos, por esta razón se vigila la ingestión adecuada del líquido, el tiempo de digestión ya que el exceso de alimentación puede causar distensión gástrica, con ello se sabrá si se puede o no aumentar o modificar la alimentación del recién nacido, se valora la aspiración para ver si hay datos de sangrado u otros que nos indiquen hemorragia de tubo digestivo.</p>	<p>No presenta ningún problema en la alimentación por esta técnica, el incremento de peso es favorable, el perímetro abdominal es de acuerdo a su crecimiento y no se presentan datos de sangrado y se continúa hasta que el recién nacido adquiere madurez para cambiar la alimentación y la técnica.</p>

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
		<p>Intervención: Iniciar la alimentación alterna, es decir, una toma con técnica de residuo gástrico (TRG) y otra por succión.</p> <p>Fundamento: Esta técnica se usa cuando el recién nacido ha tenido un incremento en su peso y su reflejo de succión y deglución ha empezado a madurar.¹</p>	
<p>Mantener un buen estado nutricional</p>	<p>La ganancia de peso del recién nacido deberá ser de 20 a 30 gr por día.</p> <p>No presentará datos de palidez, fatiga, debilidad.</p> <p>Hemoglobina de 12 a 18 gm. %</p>	<p>Intervención: Suministrar suplementos vitamínicos como tri-vi-sol y vitamina E.</p> <p>Fundamento. Es necesario administrar vitaminas, ya que no ha adquirido nutrientes suficientes y además esta sometido a varios procedimientos, como toma de muestras sanguíneas, o procedimientos invasivos que lo afectan</p>	<p>Se logra un equilibrio nutricional, el recién nacido no presenta alteraciones de este tipo.</p> <p>La ganancia de peso es de 20 a 25 gr por día.</p> <p>No se presentan datos de alteraciones nutricionales.</p> <p>Los resultados de hemoglobina son de alrededor de 16.7 gm. % en los reportes de laboratorio.</p>
<p>Lograr la alimentación al seno materno cuando las condiciones del recién nacido lo permitan.</p>	<p>Maduración de reflejos de búsqueda, succión y deglución del recién nacido.</p>	<p>Intervención: Iniciar la alimentación por succión.</p> <p>Fundamento: Esta técnica se usa cuando el recién nacido ya ha madurado su reflejo de succión, deglución y búsqueda y que tiene un incremento de su peso.</p>	<p>Se logró la aceptación de la vía oral por succión, se hace partícipe a la madre para la alimentación al seno materno con buena cooperación de ésta.</p>

TESIS FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
<p>Lograr la participación de la madre, para la lactancia materna.</p>		<p>Intervención: Estimular y dar enseñanza a la madre para que emplee a alimentar al seno cuando la visita al bebé coincida con la hora de alimentación del recién nacido.</p> <p>Fundamento: Esto dará a la mamá y al bebé la oportunidad de continuar desarrollando su relación, durante la crisis de la enfermedad y la hospitalización.</p>	<p>Al principio la madre presenta dificultad para alimentar al bebé, pero con el apoyo de enfermería pudo resolver sus temores y logra alimentar a su bebé.</p>
		<p>Intervención: Explicar a la madre que puede extraerse la leche y llevarla al bebé en un frasco, para que enfermería se encargue de alimentarlo con la leche que haya traído.</p> <p>Fundamento: La leche materna contiene más nutrientes y beneficiará más al recién nacido, que la leche de fórmula y habrá mayor ganancia de peso.</p>	<p>Se logra una buena asimilación y digestión del alimento, no presenta distensión abdominal ni vómitos. No se presentan problemas agregados, se observa mejoría en el recién nacido.</p>
<p>Lograr que el alimento sea bien asimilado y evitar riesgos para el recién nacido.</p>	<p>No presenta distensión abdominal. No hay presencia de vómitos.</p>	<p>Intervención: En todas las técnicas de alimentación usadas, medir el perímetro abdominal pre y posprandial, así como auscultar ruidos peristálticos, evaluar características de las deposiciones (color, consistencia, olor y cantidad), evaluar si hay presencia de vómitos, características, si hay algún signo de hipotensión o palidez.</p>	<p>Hubo buena tolerancia del alimento, no hubo presencia de vomito, ni distensión abdominal, las evacuaciones fueron normales según</p>

OBJETIVO	CRITERIO DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
		<p>Fundamento: Esto ayudara a evaluar distensión abdominal y para saber si hay buena digestión del alimento con facilidad, debido a la falta de tono muscular en el esfínter del cardias. El exceso de alimento aumenta el riesgo de producir vómitos también estos signos nos pueden indicar si hay sangrado del tubo digestivo.</p> <p>Intervención: Colocar al niño decúbito ventral o lateral, después de cada toma.</p> <p>Fundamento: Estas posiciones evitara que se produzca bronco aspiración o regurgitación ya que existe falta de tono en el esfínter del cardias, se facilita el vaciamiento del estómago.²</p>	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

NECESIDAD AFECTADA: APRENDIZAJE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento de los padres relacionado con la salud y la enfermedad y los cuidados que requiere su hijo.

OBJETIVO	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN.
Los padres participarán en los cuidados del niño.	Los padres adquirirán confianza para brindar los cuidados adecuados a su bebé.	<ul style="list-style-type: none"> -Orientar a los padres sobre las normas de ingreso a la UCIN. -Ayudar a los padres a adquirir confianza y a desarrollar una cálida unión entre madre, padre e hijo. -Responder a las interrogantes de los padres sobre los problemas y tratamiento que recibe el niño en forma abierta y realista. -No se formarán falsas esperanzas a los padres sobre el pronóstico de vida del niño. -Informar a los padres personalmente de complicaciones que sufra el niño así como los logros alcanzados por él (la primera alimentación, el retiro de las infusiones intravenosas, la capacidad de respirar el aire ambiente, el paso de una incubadora a una cuna abierta, etc.). -Estimular a la madre a la lactancia materna. -Estimular el contacto físico con el niño durante el periodo de convalecencia. Preparar psicológicamente a los padres y apoyarlos para el cuidado del niño. -Evitar la ansiedad excesiva y la sobreprotección. -Describirles y explicarles la susceptibilidad del niño a las infecciones respiratorias y la necesidad de tratarlas precozmente con el pediatra. -Explicar la importancia del seguimiento on la consulta de neonatología y de 	El retorno de los padres con el hijo sano en los meses sucesivos permitió que los padres compartieran su alivio y sentimiento de poder ver a su bebé mejorado y además la satisfacción del personal que participó en el cuidado del recién nacido.

		estimulación temprana. Complementar el esquema de vacunación.	
--	--	---	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES.

La aplicación del proceso de atención de enfermería junto con los planteamientos de Virginia Henderson permitió ayudar al recién nacido a conocer y resolver sus necesidades y recuperar su salud, también se logró proporcionar a la madre enseñanza para ayudar a su bebé a satisfacer sus necesidades básicas.

La aplicación del proceso de enfermería en el ejercicio profesional es de gran importancia, los resultados obtenidos demuestran y garantizan la calidad de los cuidados de enfermería.

Éste ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos científicos y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería en los diferentes niveles de atención y/o servicios donde enfermería proporcione cuidados al individuo, familia y comunidad.

La enfermería de hoy requiere de sustentar el cuidado enfermero, siendo esto posible a través del proceso, lo que permitirá la transformación de la práctica profesional y prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, sin olvidar los componentes humanísticos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN. (ANEXO 1)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____
 Procedencia: _____ Fuente de información: _____
 Fiabilidad(1-4): _____ Miembro de la familia/ persona significativa: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

1. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debido a: _____ Tos productiva seca: _____ Dolor asociado con la
 respiración: _____ Fumador: _____ Des
 de cuando fuma/ cuántos cigarros al día, varía la cantidad según su estado
 emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____
 Tos productiva/ seca: _____ Estado de conciencia: _____
 Coloración de la piel/ lechos ungueales/ peribucal: _____
 Circulación del retorno venoso: _____
 Otros: _____

Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

Dieta habitual(tipo): _____ número de comidas diarias: _____
 Trastornos digestivos: _____
 Intolerancia alimentaria/ alergias: _____
 Problemas de la masticación y deglución: _____
 Patrón de ejercicio: _____

Objetivo.

Turgencia de la piel: _____
 Membranas mucosas hidratadas/ secas: _____
 Características de uñas/ cabello: _____
 Funcionamiento neuromuscular/ esquelético: _____
 Aspecto de los dientes y encías: _____
 Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ características de las heces y/ o la menstruación _____

Historias de hemorragias/ enfermedades renales y otros: _____

Uso de laxantes _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar/ menstruar/ orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen/ características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio/ tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que les es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

2. Necesidades básicas de moverse y mantener buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

Moverse y mantener buena postura.

Subjetivo.

Capacidad física cotidiana: _____

Actividad en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Hábitos de trabajo: _____

Objetivos: _____

Estado del sistema músculo esquelético/ fuerza: _____

Capacidad muscular tono/ resistencia/ flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulaci3n: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____ Estado de conciencia: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

Descanso y sueo.

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueo: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueo: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padeco insomnio? _____

A qu3 considera que se deba: _____

¿Se sienta descansado al levantarse? _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad/ estr3s/ lenguaje: _____

Ojeras: _____ Atenci3n: _____ Bostezos: _____ Concentraci3n: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuesta a estímulos: _____

Otros: _____

Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo.

¿Influye su estado de ánimo para la selecci3n de sus prendas de vestir?: _____

¿Su autoestima es determinante en su forma de vestir?: _____

¿Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustarí?: _____

¿Necesita ayuda para la selecci3n de su vestuario?: _____

Objetivo:

Visto de acuerdo a su edad: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

Necesidades de higiene.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se lava los dientes al día: _____

Aseo de manos antes y después el día: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivos:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas, que tipo (anote su ubicación en el diagrama): _____

Otros: _____

Necesidades de evitar los peligros.

Subjetivos:

Qué miembros componen a la familia de pertenencia: _____

Cómo reacciona ante una situación de urgencia: _____

Conoce las medidas de prevención de accidentes: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados? _____

Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones de ambiente en su hogar: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

Necesidad de comunicarse

Subjetivo:

Estado civil: _____ Años de relación: _____ Vive con: _____

Preocupaciones/ estrés: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Comunica sus problemas debidos a la enfermedad o estado: _____

Cuánto tiempo pasa solo: _____

Frecuencia de los diferentes contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivo: _____

Habla

claro: _____ Contesta: _____

Dificultad en la visión _____ Audición: _____

Comunicación verbal/ no verbal con la familia o con otras personas significativas: _____

Otros: _____

Necesidades de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo.

Creencia

religiosa: _____

¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales? _____

Principales valores en su familia: _____

Principales valores personales: _____

¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivo.

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____

¿Permite el contacto físico?: _____

¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores u creencias? _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo:

¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____
¿Está satisfecho con su trabajo? _____ ¿Su remuneración le permite cubrir necesidades básicas y/ o las de su familia?: _____
¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:

Estado emocional/ calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ inquieto/
Otros: _____

Necesidades de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____
¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____
¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____
Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo.

Integridad del sistema neuromuscular: _____
¿Rechaza las actividades recreativas?: _____
¿Su estado de ánimo es apático/ aburrido, participativo?: _____

Necesidad de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____
Problemas de aprendizaje: _____
Limitaciones cognitivas _____ Tipo: _____
Preferencias: leer/ escribir: _____
¿Conoce la fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____
¿Sabe cómo utilizar esas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud? _____

Otros: _____

Objetivo: _____

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional/ ansiedad/ dolor: _____

Memoria reciente: _____ Memoria remota: _____

Otras manifestaciones: _____

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Nombre	_____
Cédula	_____
Edad	_____ Sexo _____
Servicio	_____
Cama/Cuna	_____
Diagnóstico	_____

REGISTROS CLINICOS, TRATAMIENTOS Y OBSERVACIONES DE ENFERMERIA

UNIDAD _____

Fecha			Dias de Hosp.																			
F.C.	T.I.	T.C.	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4		
170	36	41																				
160	35	41																				
150	34	40																				
140	33	40																				
130	32	39																				
120	31	39																				
110	30	38																				
100	29	38																				
90	28	37																				
80	27	37																				
70	26	36																				
60	25	36																				
50	24	35																				
Tensión Arterial			/ /																			
F. Respiratoria			/ /																			
C. Temperatura			/ /																			
Talla		Peso	/ /																			
Fórmula		Perímetro	/ /																			
Dieta			/ /																			
Líquidos Orales			/ /																			
TOTAL			/ /																			
Líquidos Parenterales			/ /																			
Electrolitos y Elementos Sanguíneos			/ /																			
TOTAL			/ /																			
Uresis			/ /																			
Evacuaciones			/ /																			
Vómito, Succión y Drenajes			/ /																			
Laboratorio y Productos Biológicos			/ /																			
Reactivos			/ /																			
Estudios Operaciones			/ /																			

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEDICAMENTOS									
TRATAMIENTOS									
MEDIDAS ASISTENCIALES	SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS		
	HORAS			HORAS			HORAS		
	RESPUESTA Y EVOLUCION	SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS	
HORAS			HORAS			HORAS			
OBSERVACIONES		SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS			SIGNOS Y SINTOMAS	
	HORAS			HORAS			HORAS		
	E.G.	MAT.	VESP.	NOCT.	MAT.	VESP.	NOCT.	MAT.	VESP.
J.P.									
S.J.									

MEDICAMENTOS UTILIZADOS.

AMBROXOL.

Antitusígenos y expectorantes. Indicada en bronquitis aguda y crónica, bronquiectasia, neumonía, para facilitar la expectoración.

AMIKACINA.

Antimicrobiano. Infecciones sistemáticas graves producidas por bacilos aerobios gram negativos susceptibles. Particularmente útil en infecciones nosocomiales graves producidas por microorganismos.

AMINOFILINA.

Broncodilatador. Indicada en bronquitis aguda y crónica, afecciones que cursan con broncoespasmo y otras condiciones de insuficiencia pulmonar.

AMPICILINA.

Antimicrobiano. Infecciones graves por microorganismos susceptibles, en especial cepas de HAEMOPHILUS, Salmonella, Escherichia, Shigella, Proteus y Neisseria.

DEXAMETASONA.

Corticoesteriode. Disminuye la presencia de síndrome de diestres respiratorio hasta en un 10 a 25 % en recién nacidos pretérmino.

SALBUTAMOL.

Adrenérgico, broncodilatador. Profilaxis y tratamiento del asma bronquial, broncoespasmo asociado a bronquitis y enfisema

VITAMINA E.

También conocida como tocoferol. Vitamina liposoluble, es un nutriente esencial, tiene propiedades antioxidantes, por lo que evita la oxidación de constituyentes

celulares esenciales o evita la formación de productos tóxicos de oxidación. Favorece la absorción intestinal de vitamina A.

TRI-VI-SOL.

Trilogía vitamínica para aportar vitaminas en específico Vitamina A, Vitamina D y Ácido ascórbico.

La Vitamina A (retinol) es indispensable para el normal desarrollo y funcionamiento del tejido epitelial, desempeña un papel importante en la visión, es necesaria para la elaboración y secreción de glucocorticoides. Su deficiencia produce conjuntivitis, piel seca y rugosa)

La vitamina D (calciferol) influye en la función de la glándula paratiroides, aumenta la absorción de las sales de calcio y de fósforo por el intestino, su carencia produce raquitismo, hipotonía muscular y ligamentosa.

La vitamina C (ácido ascórbico), Su carencia produce deficiencia del cemento intercelular, hemorragias, retardo de la cicatrización de las heridas y alteración de la formación de tejido osteoide.

PARÁMETROS DE LA NORMALIDAD SEGÚN EDAD

Edad	Peso/Kg	F.C.: lpm	F.R.: rpm	Tensión Arterial: mm Hg	
				Sistólica	Diastólica
Pretérmino	1	140-160	40-60	39-59	16-36
RN	3-4	120-180	30-50	50-75	30-50
6 m	7	100-130	20-40	80-10	45-65
1 año	10				
1-2 a	10-12		20-30	80-105	45-70
2-3 a	12-14	90-120	15-25	80-120	50-80
3-6 a	12-19				
6-8 a	19-26	80-110	15-20	85-130	55-90
8-10 a	26-32				
10-14 a	32-50	70-100	13-15	90-140	60-95
> 14 a	> 50				

TABLAS DE VALORACIÓN PEDIÁTRICA.

Test de Vitalidad del Recién Nacido (RN) Test de Apgar

SIGNO	0	1	2
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
Esfuerzo Respiratorio	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
Tono Muscular	Flácido	Extremidades algo flexionadas	Movimientos activos
Respuesta a Estímulos (Paso de sonda)	Sin respuesta	Muecas	Llanto
Coloración	Cianosis o Palidez	Acrocianosis, tronco rosado	Rosáceo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Test de Valoración Respiratoria del RN (Test de Silverman)

SIGNOS	2	1	0
Quejido espiratorio	Audible sin fonendo	Audible con el fonendo	Ausente
Respiración nasal	Aleteo	Dilatación	Ausente
Retracción costal	Marcada	Débil	Ausente
Retracción esternal	Hundimiento del cuerpo	Hundimiento de la punta	Ausente
Concordancia toraco-abdominal	Discordancia	Hundimiento de tórax y el abdomen	Expansión de ambos en la inspiración

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Evaluación Edad Gestacional

Pleegues plantares	Ausentes 0	1 o más en 1/3 ant. Del pie 8	Pleegues en 2/3 ant. 15	Pleegues en toda la planta 24
Pabellón auricular	Plana y sin forma 0	Fácilmente plegable, escaso cartilago, no vuelve a posic. 5	Menos deformable, cart. regular, demora en volver a posición 10	Rígido, poco deformable. Cart. grueso, vuelve rápido 15
Textura de la piel	Muy fina y gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa y apergaminaada 15
Tejido mamario	Apenas visible no se visualiza areola. 0	0.5 cm diámetro 5	0.5-1 cm diámetro 10	>1cm diámetro (excepto desnud) 15
Forma del pezón	No palpable 0	Diámetro de 0.5 cm. 5	Diámetro de 0.5 a 1.0 cm. 10	Diámetro de 1.0 cm. 15

La edad gestacional se calcula sumando todos los puntajes parciales + 204

CRECIMIENTO Y DESARROLLO CRONOLÓGICO

Fija la mirada a la semana de vida (Objetos luminosos)
Sigue objetos en un ángulo pequeño: 1 mes
Sigue objetos en un ángulo de 180° : 2 meses.
Reconoce a la madre y pueda sonreír: 2 meses.
Sostiene la cabeza : 3 meses
Sonríe con placer: 3 meses.
Sostiene bien la cabeza (firmemente) : 4 meses.
Se voltea; de prono a supino: 5 meses
Se sienta : 6 meses.
Pasa un sonajero de una mano a otra: 6 meses.
Toca "la pildora": 7 meses
Gatea: 8 - 9 meses
Atiende por su nombre: 8 – 9 meses.
Dice "ma - ma" (separado): 8- 9 meses.
Dice adiós, aplaudo: 9 meses
Hace la pinza con el pulgar y el índice: 9 meses
Se para: 9 meses
Camina: 12 meses.
Dice papá o mamá (todo junto): 12 meses
Introduce la pildora en un frasco: 15 meses.
Monta 2 cubos: 15 meses
Camina solo: 15 meses.
Saca la pildora de un frasco: 18 meses
Monta 3 cubos: 18 meses
Sube escaleras (peldaño por peldaño): 18 meses
Tiene un vocabulario de 10 palabras: 18 meses
Construye pequeñas frases: 18 meses
Se sienta en una silla alta: 18 meses
Baja la escalera: 20 meses
Hace las necesidades fisiológicas en un vasito: 18 - 24 meses
Monta 6 cubos: 24 meses.
Sabe si es varón o hembra y su edad: 3 años
Sube escaleras alternando los pies: 3 años
Parado en un solo pie imita la cruz: 3 años
Cuenta 3 objetos: 3 años
Cuenta 4 objetos: 4 años.
Dibuja un triángulo (viéndolo) : 5 años
Cuenta 10 objetos: 5 años
Salta en un solo pie: 5 años
Niño curioso: 5 años
Juegos dramáticos: 5 años
Juegos sexuales: 5 años
Temor a separarse de los padres: 5 años
Pesadillas, temor a la muerte: 5 años
Hace un rombo: 6 años
Va al colegio: 6 años

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹ <http://aibarra.org/onfermeria/profesional/temario/tablas/htm>.

LACTANCIA MATERNA

Ventajas:

1) Es nutricionalmente superior
2) Posee mayor digestibilidad
3) Es bacteriológicamente pura
4) Es psicológicamente mejor para la madre y el niño
5) Menos alérgica
6) Más económica
7) Está lista al instante para ser servida en cantidad, calidad y temperatura requerida por el niño
8) Contribuye al control de la natalidad
9) Ayuda a la aceleración de la involución uterina
10) Menor incidencia de cáncer en las madres que amamantan adecuadamente al niño
11) Consume menos tiempo y es cómoda de suministrar
12) Protege contra una serie de enfermedades sobre todo gastrointestinales. Menos cólicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA.

1. Alfaro, Rosalinda. Aplicación del proceso de Enfermería. Editorial Mosby doyma, 8ª. Edición, México, 1995.
2. Arellano P, Mario. Cuidados intensivos en pediatría. Segunda edición, Interamericana, México, 1995.
3. Atkinson L, Murray ME. Proceso de atención de enfermería. McGraw-Hill, Interamericana; 5 a ed. México 1999.
4. Brunner Sholtis, Lillian. Manual de la enfermera. Interamericana Mc Graw Hill. México, 1985.
5. De la Torre Verdusco, Rafael. El cuidado intensivo del Recién nacido. Segunda edición. Interamericana. México, 1998.
6. Fernández Ferrín, Carmen. El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería. Edit. Masson- Salvat. Barcelona, 1995.
7. Francoise Collieré. Marie. Promover la vida. Interamericana, Mc Graw Hill, 1993.
8. Griffith JW, Christensen PJ. Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. El Manual Moderno; México 1986
9. <http://aibarra.org/enfermeria/profesional/temario/tablas/htm>.
10. <http://teleline.terra.es/personal/duenas/pae.htm>. agosto2002.3-27
11. <http://codamedver.gob.mx/po34ssa2.htm>
12. http://gen.org.mx.nom007_ape_c.html.
13. Hernández Conesa, Juana. Historia de la enfermería, análisis históricos de los cuidados de enfermería. Interamericana Mc Graw Hill. México, 1995.
14. Kozier, Barbara. Enfermería fundamental. Ed. Mc Graw hill – Interamericana, México, 1994.
15. Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Mosby Doyma libros, 8ª. Edición. México, 1995

16. Phaneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería. Interamericana; Madrid 1999.
17. Reeder Mastroianni, Martín. Enfermería Obstetricia y Neonatológica. Decimoquinta edición. Editorial Harla, México. 1995.
18. Rodríguez Carranza, Rodolfo. Vademécum Académico de Medicamentos. Ed. Mc Grew Hill Interamericana. Tercera Edición, México, 1999