

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

***“APLICADO A UN RECIEN NACIDO PRETERMINO
CON SEPSIS NEONATAL TEMPRANA”***

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MERCEDES GARCIA VALENZUELA

No. DE CUENTA: 096713743

DIRECTORA DEL TRABAJO:

LIC. MARIA DE LOS ANGELES GARCIA ALBARRAN

MARZO 2006



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.

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
Introducción-----	4-5
Justificación-----	6
Objetivo General-----	7
Objetivos Específicos-----	8
I. Marco Teórico	
1.1 Enfermería-----	9-10
1.2 Proceso Atención Enfermería-----	10
1.3 Concepto de Proceso Atención Enfermería-----	10-20
1.4 Modelo de Virginia Henderson-----	20-24
II. Prematurez	
2.1 Incidencia-----	25
2.2 Factores que afectan a la Prematurez-----	25
2.3 Problemas fisiológicos-----	26-29
III. Infecciones postnatales	
3.1 Septicemia neonatal-----	30-33
Esquema de sepsis neonatal-----	34
IV. Metodología -----	35
V. Aplicación del Proceso Atención de la Enfermera	
5.1. Presentación del Caso Clínico-----	35
5.2. Valoración-----	36
5.3. Instrumentos de Valoración-----	36-38
5.4. Diagnósticos de Enfermería-----	39-41
5.5. Planeación-----	42
5.6. Ejecución-----	43-51
5.7. Experiencia personal-----	52-59
VI. Conclusiones-----	60
VII. Glosario-----	61-62
VIII. Bibliografía -----	63-64

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios que me permitió hacer realidad mi superación profesional en mi carrera de enfermería y guió mis aspiraciones para lograr mis Estudios de Licenciatura.

A mis catedráticos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por su motivación y consejos encaminados principalmente para ser una persona con espíritu de servicio y entrega a la importante labor de ser mejor en todo momento en mi desarrollo y desempeño.

Al Hospital Ingles que me brindó el apoyo necesario para poder asistir a mis estudios y sobretodo el de poder realizar mis practicas de enfermería.

A mi familia por su comprensión, impulso y soporte que me permitieron avanzar en mi carrera profesional.

A la Licenciada Maria de los Ángeles García Albarrán por su asesoría durante este proceso.

INTRODUCCIÓN

El proceso Atención de Enfermería (PAE) es el único método sistemático con el que cuenta la enfermera para poder proporcionar atención al cliente viéndolo desde el punto de vista holístico para poder conservar, presentar y preservar la salud del individuo, familia y comunidad, es un respaldo para la **Primera Etapa** que es la valoración, la cual aporta datos para formular una historia clínica.

La **Segunda Etapa** que es el diagnóstico, es donde se estructura el diagnóstico de enfermería, basado en la taxonomía de la NANDA. En su **Tercera Etapa** que es la planeación, nos permite jerarquizar las necesidades detectadas en el paciente, así como también la **Cuarta Etapa** que es la ejecución, ya que son propiamente las acciones de enfermería encaminadas a satisfacer las necesidades del individuo de acuerdo con el modelo de Virginia Henderson con su debida razón científica.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) concluye con su **Quinta Etapa**, que es la evaluación, la cual determina los resultados positivos o negativos. En la aplicación de este proceso a un recién nacido pretérmino con sepsis neonatal temprana asociada a la inmadurez.

Tomando como referencia lo antes señalado, el presente documento consta de ocho capítulos y que me permito describir brevemente a manera de fortalecer el interés para su lectura y análisis:

- El Capítulo primero describe el marco teórico de la profesional de enfermería con sus principios fundamentales y ofrece una síntesis ejecutiva del proceso atención de enfermería tomando como base el modelo de Virginia Henderson.
- En el Capítulo dos se desarrolla el tema de la prematuridad, considerando su incidencia así como los factores de riesgo que influyen en la misma y como afecta el desarrollo del feto y posteriormente al recién nacido pretérmino con sus complicaciones en su sistema interno.
- Las infecciones postnatales que se señalan en el capítulo tercero, tienen como finalidad tomar como base a la septicemia neonatal como eje en el desarrollo del presente trabajo identificando en el caso (motivo de estudio) lo expuesto en la teoría, teniendo especial cuidado tanto en el cuadro clínico como su manejo por la enfermera.

- La metodología del capítulo cuarto tiene como enfoque la actividad de la enfermera como responsable de las decisiones y actividades dentro del dominio de la práctica de la enfermería.
- En el capítulo quinto expreso la oportunidad que tuve de poner en práctica el proceso de atención de enfermería, en un caso de un recién nacido pretermino con sepsis neonatal.
- La importancia que tiene la aplicación del proceso de atención de enfermería en mi actividad profesional en el hospital en donde presto mis servicios de enfermería es concluyente para mí y lo expreso en el capítulo sexto.
- Por último en los capítulos séptimo y octavo enlisto un glosario de términos inherentes a lo desarrollado en el documento y la bibliografía utilizada.

JUSTIFICACIÓN

La enfermería es una disciplina sometida a un cambio constante a medida que la investigación y la experiencia clínica amplíe nuestros conocimientos.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es una metodología que permite a la enfermera intervenir de manera sistemática al planificar nuestra atención de enfermería, ya que nos facilita definir la problemática, que la enfermería puede ayudar a resolver desde nuestro rol autónomo y diferenciado en nuestra función de cuidar.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) nace de la necesidad de realizar un trámite para poder obtener la titulación de Licenciada en Enfermería.

A la vez de la preocupación por contar con los conocimientos actualizados para poder brindar atención integral, tomando en cuenta con suma importancia al paciente en forma biopsicosociocultural de una persona con sepsis neonatal temprana para interactuar en su entorno.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer el presente Proceso Atención de Enfermería (PAE) basado en la taxonómica de la NANDA, congruente con el modelo que plantea Virginia Henderson el cual dice, que cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

Describir las características fisiológicas del recién nacido pretérmino que predisponen al organismo a sufrir las distintas complicaciones de la prematurez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Obtener la titulación de Licenciada en Enfermería
- Conocer el Proceso Atención de Enfermería en forma ideal para poder proporcionar atención de calidad al individuo.
- Aplicar él (PAE) con bases científicas para obtener resultados favorables, que permitan al individuo reintegrarse a la sociedad.
- Utilizar datos de apoyo para identificar los diagnósticos de enfermería necesarios para planear las acciones dirigidas al cuidado del neonato de pretérmino.

I. MARCO TEORICO

1.1. ENFERMERIA

DEFINICIÓN:

De acuerdo a Virginia Henderson (1966) define a la enfermería como: ayudar a las personas enfermas o sanas en la realización de actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila) y que pueden efectuarlas sin ayuda si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Además hacerlo de manera que se les ayude a recuperar su independencia con la mayor rapidez posible. ¹

En 1980 la (ANA) desarrollaba una definición básica vigente que describe los alcances de esta actividad.

La enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas o los problemas de salud reales o potenciales.

FUNDAMENTO:

Se le denomina fundamento de enfermería lo que nos va a dar conocimientos y enseñanza básica sobre principios, técnicas y conservación del material y equipo; nos enseña básicamente a dar atención de enfermería al paciente, familia o comunidad.

PRINCIPIO:

Es un hecho provocado a grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente admitida, o sea una ley moral aceptada por la mayoría de la sociedad.

TÉCNICA:

Conjunto de procedimientos propios de un arte, ciencia u oficio.

NORMA:

Son las reglas que controlan las acciones y la conducta humana.

PRINCIPIO CIENTÍFICO:

Esta basado en observaciones de un hecho que sigue siendo verdad en cualquier circunstancia que se presente.

¹ Bruner, D.S. Suddarth L.S. "Enfermería Médico Quirúrgica" 6ª. Edición, Vol. I, Editorial Interamericana, p.2

PRINCIPIO DE ENFERMERIA:

Esta basado en experimentos y observaciones de un hecho aprobado o un grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente por la mayoría de la sociedad.

El principio sirve para normar la acción, nos determina lo que debe hacerse, sin embargo ayuda a guiar la acción necesaria de acuerdo al resultado que se desea.

Sirven para guiar a la enfermera en la atención del paciente y en la aplicación de diferentes terapias.¹

CUIDADOS BÁSICOS:

Son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermería en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.

Son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo varían constantemente porque cada persona, se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades, o a la idiosincrasia de cada persona.²

1.2 PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación en los cuales se van a realizar acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.

El Proceso de Enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se miden por el grado de eficiencia de satisfacción y progreso del paciente.

1.3 CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA

Es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basados en el método científico considerado como un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.

Su objetivo es identificar las necesidades de cuidados reales o potenciales del cliente para establecer planes y realizar actividades específicas que las satisfagan y que puede aplicarse a individuos, familias y comunidades.³

¹ IDEM

² Rosales Barrera "Fundamentos de Enfermería" Tomo I, 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, D.F. Santa Fe de Bogotá. p. 27

³ Alfaro Lefevre Rosalinda "Aplicación del Proceso de Enfermería" 3ª. Edición, Editorial Mosby Barcelona, España. 1966, p. 2-5.

1.3.1 VALORACION

Es el primer paso del proceso de cuidados y de mayor importancia en la recolección de datos y consiste en reunir toda la información disponible que nos permitan formarnos una idea clara del estado de salud del paciente, se identifican problemas y capacidades.

Todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida en esta etapa, se considera muy importante porque se realizan actividades específicas que contribuyen a ser una pensadora crítica para encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados. ⁴

RECOLECCION DE DATOS

Empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continúa durante el tiempo que se necesitan esos cuidados.

La información recopilada proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establece un plan inicial de cuidados. La información recopilada en visitas posteriores no sólo aporta datos sobre la situación de salud, sino también como responsable el individuo al plan de cuidados, esto implica la utilización de diferentes recursos no obstante se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de los registros médicos, de enfermería y de otros profesionales de salud, así como de la familia y la bibliografía relevante para elaborar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería y poder conocer los problemas que aquejan al individuo.

El profesional de enfermería posee tres medios para la recopilación de información primaria como la observación, entrevista y la exploración física. ⁵

1.3.1.1. OBSERVACIÓN

Es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica, las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo es esencial para la valoración.

La observación es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y un enfoque organizado y que implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del individuo, como de cualquier otra fuente significativa, del entorno y de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación deberán de ser posteriormente confirmados o descartados. ⁶

⁴ Op.cit. Alfaro Rosalinda, p. 36 – 37

⁵ IBIDEM

⁶ Murray Mary Ellen Ph, D., RN, Atkinson Leslie. D.R.N.M.S.N. 5a. Edición Mc Graw Hill Interamericana, p. 18 - 21

1.3.1.2 ENTREVISTA

Es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad.

Algunos objetivos son: recabar datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

Existen dos planteamientos de la entrevista. Dirigible y no dirigible.

ENTREVISTA DIRECTA:

Esta muy estructurada y se obtiene una información específica, a menudo son utilizadas para recopilar y dar información en un tiempo limitado.

ENTREVISTA INDIRECTA

Es aquella en la cual se obtiene información de fuente secundaria como la familia o exponentes.⁷

1.3.1.3 EXPLORACION FÍSICA

Se realiza para obtener información y completar nuestra base de datos, objetivos y sub-objetivos que permitan a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas del cliente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.

La exploración física se hace sistemáticamente para evitar omisiones, se puede seguir un planteamiento de pies a cabeza (céfalocaudal) o un planteamiento por aparatos y sistemas.

METODO CEFALOCAUDAL

Se inicia el reconocimiento físico valorando cabeza, continua con el cuello, tórax, abdomen, extremidades terminando en los dedos de los pies.⁸

METODO POR APARATOS Y SISTEMAS

Se puede iniciar considerando el sistema respiratorio, circulatorio, nervioso, digestivo, etc. cualquier enfoque metodológico es aceptable siempre que satisfaga las necesidades de reunir datos relevantes que ayuden a identificar problemas de salud que requieren la intervención de enfermería.

Para la realización del examen físico la enfermera utiliza sus sentidos y habilidades que le permiten reunir la información necesaria sobre el individuo y utiliza técnicas como la visualización, palpación y percusión.

⁷ Op.cit. Alfaro Rosalinda p. 48 - 52

⁸ Op. cit. Murria Mary Ellen, p. 24 -25

VISUALIZACION

Es la inspección del cuerpo del individuo, la enfermera usa sus sentidos como el oído, olfato y tacto, la visualización es a menudo el punto de partida para la realización de un examen físico.

AUSCULTACIÓN

Consiste en escuchar, a través de un estetoscopio los sonidos propios del corazón, pulmones e intestinos.

PALPACIÓN

Consiste en sentir y valorar la posición de los órganos, la temperatura corporal, tumores, rigidez abdominal o localización del dolor.

PERCUSIÓN

Se realiza golpeando suavemente con un martillo de punta de caucho o con la yema de los dedos, esto se hace para evocar respuestas, usualmente en la forma de sonido o movimiento que dan información acerca de la parte corporal subyacente.⁹

1.3.1.4 HISTORIA CLINICA

Es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el individuo, cuyo propósito es recopilar información como sea posible para identificar problemas y planear la actuación de enfermería (Yura y Waish 1988, pág. 116)

Los datos obtenidos en la historia de enfermería entre enfermera e individuo constituyen ampliamente un reconocimiento subjetivo, pues se consigue información sobre el individuo, su salud, respuestas a la enfermedad, factores socioculturales, prácticas y creencias sanitarias, patrones de lucha y las actividades diarias.¹⁰

1,3,2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales y potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que son responsable la enfermera.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA son: reales, de alto riesgo, posible y de bienestar o síndrome.

⁹ Op. Cit. Murria Mary Ellen, p. 25

¹⁰ Op. Cit. Murria Mary Ellen p. 21 - 23

DIAGNOSTICO REAL

Describe un juicio clínico que la enfermera ha confirmado a causa de la presencia de características que lo definen, signos o síntomas principales. ¹¹

DIAGNOSTICO DE ALTO RIESGO²

Este describe un juicio clínico de un individuo o grupo que es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

DIAGNOSTICO DE BIENESTAR

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar (NANDA).

DIAGNOSTICO DE SÍNDROME

Consiste en una agrupación de diagnósticos de enfermería reales o de alto riesgo que afirma se presentarán debido a la existencia de una situación o acontecimiento determinado.

DIAGNOSTICOS POSIBLES

No constituyen un tipo de diagnóstico, representan una opción a quien diagnóstica para indicar que aun cuando existen datos para establecer un diagnóstico estos no son suficientes.

ENUNCIADO DE DIAGNOSTICO

Este describe el estado de salud del individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado.

ENUNCIADO DE UNA PARTE

Son los diagnósticos de enfermería de bienestar potencial para favorecer, seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desea alcanzar. ¹²

DIAGNOSTICO SINDROMICO

Son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenido en la denominación diagnóstica.

ENUNCIADO EN DOS PARTES

¹¹ Carpenito Juan Linda. R. N. M. S. N. "Manual de Diagnóstico de Enfermería" 5ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana Madrid 1995 p. 28 - 29

² IBIDEM

¹² Ibid. "Manual de Diagnóstico de Enfermería" p. 29

Son los diagnósticos de enfermería de alto riesgo. Es la comprobación de un diagnóstico de enfermería y la presencia de factores de alto riesgo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POSIBLES

Se sospecha la presencia de ciertos factores que la enfermería debe descartar o confirmar con datos adicionales. Diagnóstico de enfermería en relación con factores de alto riesgo.

ENUNCIADO EN TRES PARTES

Son los diagnósticos de enfermería reales, consta de la denominación del diagnóstico más factores concurrentes más signos y síntomas.

Presencia de signos y síntomas principales confirman que un diagnóstico real este presente.

La presencia de un diagnóstico de enfermería se determina por la valoración del estado de salud del individuo y su capacidad para funcionar. ¹³

1.3.3 PLANIFICACION

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

La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de los cuidados de enfermería de calidad. Es un proceso en el que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de los problemas identificados durante el diagnóstico de enfermería. ¹⁴

LA PLANIFICACIÓN IMPLICA

- Fijación de prioridades.
- Establecimiento de los resultados esperados
- Determinación del plan de cuidados.
- Documentación del plan de cuidados.

EL PLAN DE CUIDADOS TIENE LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS

1. Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores.
2. Dirigir los cuidados y las anotaciones de los mismos.
3. Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación. ¹⁵

¹³ Op. Cit. "Manual de diagnóstico de enfermería" p. 31

¹⁴ Marriner A.N.N. "Proceso de Atención de Enfermería con un enfoque científico".

¹⁵ Op cit. Aplicación del proceso de Enfermería p. 129

FIJACIÓN DE PRIORIDADES

Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería, establecer prioridades.

- ❖ ¿ Qué problemas necesitan atención inmediata ?
- ❖ ¿ Qué problemas tienen soluciones sencillas ?
- ❖ ¿ Qué problemas deben derivarse a otro profesional ?
- ❖ ¿ Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados ?

El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquización de necesidades básicas de Maslow (1968) quien postuló que todos los seres humanos tenemos:

- ❖ Necesidades Básicas.
- ❖ Necesidades Fisiológicas.
- ❖ Necesidades de Protección / Seguridad
- ❖ Necesidades de Amor o Pertenencia
- ❖ Necesidades de Autoestima
- ❖ Necesidades de Autorrealización

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADO

Un objetivo del individuo es un resultado o un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la seguridad. El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el Diagnóstico de Enfermería.

Los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

Un objetivo del cliente es el resultado deseado de la atención de enfermería y estos objetivos son indicadores amplios de resultados.

Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo; y son aquellos que pueden lograrse en forma rápida con frecuencia a menos de una semana.

Los objetivos a largo plazo, son aquellos que van a lograrse a un tiempo más largo con frecuencia de semanas o meses y son adecuados para individuos con problemas crónicos de salud, y atendidos en su domicilio. ¹⁶

¹⁶ Op. Cit. Alfaro Rosalinda p. 128

DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluirán en el plan de cuidados y por tanto tratados, estos deben de aprobarse con el individuo de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario esto nos facilitará aún más la relación terapéutica.

DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS

La cuarta etapa y final de la fase de planeación es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

La finalidad de los planes de cuidados están dirigidos a fomentar cuidados de calidad mediante:

- Los cuidados individualizados.
- La continuidad de los cuidados.
- La comunicación.
- La evaluación.¹⁷

1.3.3 EJECUCION

También denominada actuación y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos (Bulechek y Mc Closkey 1985).

La fase de la ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y las necesidades existenciales del individuo.

Durante toda la fase de la operación se debe continuar recopilando información ya que a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos cambiara por lo que es necesario revisar y actualizar el plan de cuidados.

Las actividades de enfermería que se realizan en esta etapa son de tipo: dependiente, Interdependiente y de colaboración.¹⁸

ACTIVIDADES DEPENDIENTES

Son aquellas que se realizan bajo una orden o supervisión del médico o jefe inmediato.

ACTIVIDADES INDEPENDIENTES

¹⁷ Op. Cit Alfaro Rosalinda p. 129

¹⁸ Op cit Murria Mary Ellen p. 115

Son las acciones que realiza la enfermera como resultado de sus conocimientos y su capacidad para decidir su actuación.

ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN

Son aquellas que se realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.

Para la ejecución del plan de cuidados, la enfermera debe reunir las siguientes capacidades: Cognoscitiva, interpersonal y técnica o manual.

COGNOSCITIVAS

Se refiere a la capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y creatividad.

INTERPERSONALES

Son todas las actividades que realiza una persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

TÉCNICAS O MANUALES³

Son las actividades que se realizan con las manos como la aplicación de técnicas y procedimientos o la utilización del equipo médico a su disposición.

Es de especial importancia el conocimiento de los principios científicos en los que se basa un procedimiento para que se pueda adaptar sin riesgos a cada individuo.

Para que la enfermera pueda aplicar o ejecutar el plan de cuidados de enfermería al individuo generalmente realiza las siguientes actividades; cuidar, comunicar, ayudar, educar, asesorar, actuar como abogado de la persona y agente de cambio, conducir y controlar.¹⁹

Esta fase finaliza con el registro de las actividades de enfermería y las respuestas del paciente, esta información debe ser precisa, concisa y objetiva.

1.3.4 EVALUACION

Es juzgar o valorar y consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería ya que a las conclusiones a las que se llega determinan si

³ IBIDEM

¹⁹ Op cit. Aplicación del proceso de Enfermería pags. 247, 248, 249.

la introducción de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse. Constituye un proceso continuo y terminal.²⁰

CONTINUO

Porque se realiza también durante la ejecución o implementación del plan de cuidados. En esta etapa la enfermera puede cambiar algunas actividades para ayudar al individuo a lograr sus objetivos.

TERMINAL

Porque una vez aplicado el plan de cuidados de enfermería evalúa si se han cubierto los objetivos del individuo.

EL PROCESO DE EVALUACIÓN TIENE SEIS ETAPAS.

1.- IDENTIFICAR LOS CRITERIOS DE RESULTADO. (Estándares de medida).

Que utilizará para determinar el grado de los objetivos. Estos criterios tienen dos propósitos. Orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos. Si estos criterios están bien definidos, son precisos y mensurables orientan al siguiente paso.

2.- RECOLECCION DE DATOS

Los datos se recopilan de manera que se puedan sacar conclusiones sobre el logro de los objetivos, por lo que los datos deben tener relación con los criterios de resultado recopilándose mediante la observación, la comunicación directa con la persona o los registros de otros profesionales de salud.

Estos datos pueden ser objetivos y subjetivos.

Objetivos: Son los más útiles en la evaluación ya que estos son medibles.

El registro de los datos debe ser conciso y exacto.

3.- CUANTIFICACION DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Consiste en comparar los datos recopilados con los criterios establecidos dando tres posibles resultados.

- Si se ha logrado el objetivo, es decir la respuesta del individuo es la esperada
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente; o sea solamente se han alcanzado objetivos a corto plazo pero no los de largo plazo.
- Si no se ha cubierto el objetivo.

²⁰ Op cit. Aplicación del proceso de Enfermería pags. 52-56.

4.- RELACION DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA CON LOS RESULTADOS DEL INDIVIDUO.

Jamás se debe suponer que las acciones de enfermería son el único factor casual de que se logren o no el total de los objetivos.

Por lo tanto la enfermera deberá revisar todos los aspectos del plan de cuidados y del proceso de enfermería independientemente de los objetivos que se hayan alcanzado, así como evaluar y reestructurar sus estrategias.

5.- MODIFICACIÓN DEL PLAN

Cuando se determina la necesidad de cambiar o modificar el plan de cuidados la enfermera debe de seguir los siguientes pasos:

- Modificar los datos de valoración y para diferenciar los nuevos hallazgos se anota la fecha y alguna señal que nos indique que son nuevos.
- Revisar los diagnósticos y anotar igualmente la fecha a los nuevos.
- Revisar las prioridades del individuo, los objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos y fecharlos también.
- Establecer nuevas estrategias que corresponden a los diagnósticos; estas estrategias pueden incrementar o disminuir las necesidades del individuo, cambio de esquemas y nuevas disposiciones en las actividades de enfermería que permitan agrupar actividades similares o para permitir al individuo periodos de descenso de actividades más largos.

6.- MODIFICAR LOS CRITERIOS DE RESULTADO

Ajustándolos a los cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben indicar el nivel de bienestar deseado por el individuo.

Invalidar los diagnósticos de enfermería incorrectos.

1.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

La función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte serena) actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria, todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

CONCEPTOS BÁSICOS DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Persona:	Necesidades básicas
Salud:	Independencia y Dependencia Causas de la dificultad o problema
Rol Profesional:	Cuidados básicos de enfermería Relación con el equipo de salud
Entorno:	Factores Ambientales Factores Socioculturales. ²¹

LA PERSONA Y LAS CATORCE NECESIDADES BASICAS

Cada persona se configura como un ser humano único y completo con componentes biológicos, socioculturales y espirituales, que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Necesidad de Oxigenación
2. Necesidad de Nutrición e Hidratación
3. Necesidad de Eliminación
4. Necesidad de Moverse y Mantener una 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 los Peligros
10. Necesidad de Comunicarse
11. Necesidad de Vivir Según sus Creencias y Valores
12. Necesidad de Trabajar y realizarse
13. Necesidad de Jugar, Participar en Actividades Recreativas
14. Necesidad de Aprendizaje.

LA SALUD, INDEPENDENCIA / DEPENDENCIA Y CAUSAS DE LA DIFICULTAD.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales que buscan y tratan de lograr la

²¹ Fernández Ferrín Carmen, Novel Martín Gloria “El proceso atención de enfermería, estudio de casos”, Marco Conceptual Henderson Virginia Taxonomía Diagnóstica NANDA Ediciones científicas, S.A. Masson Salvat Enfermería Barcelona, 1993 p. 3-4

independencia y por lo tanto la satisfacción de las necesidades de forma continúa con el fin de mantener un estado óptimo de la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe a tres causas y son: falta de fuerza, falta de conocimiento y falta de voluntad.²²

INDEPENDENCIA

Es la capacidad de la persona para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Los niveles de independencia en la satisfacción de las necesidades también son específicos y únicos para cada individuo.

Los criterios de independencia deben ser considerados de acuerdo con las características específicas de cada persona, las cuales varían según los aspectos biofisiológicos, socioculturales y espirituales

DEPENDENCIA

Se considera desde una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las catorce necesidades.

Por otro lado puede ocurrir que se realicen actividades que ni resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona.²³

CAUSAS DE LA DIFICULTAD

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades, se agrupan en tres posibilidades.

1.- FALTA DE FUERZA

Se interpreta por fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual estará determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2.- FALTA DE CONOCIMIENTO

Relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad; la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

²² Op. cit. Fernández Ferrin Carmen, Novel Martín Gloria p. 4

²³ Op. cit . Fernández Ferrin Carmen Novel Martín Gloria p. 6-7

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 catorce necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas como puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente, aspectos que deberían ser valoradas para la planificación de las intervenciones correspondientes.²⁴

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 criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Virginia Henderson dice: "Este es el caso de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla en el que es dueña de la situación".

ENTORNO

Comprende la importancia de los aspectos socioculturales y de los aspectos físicos (familia, grupo, aprendizaje, factores de ambiente) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

APLICACIONES DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del proceso de atención.

1.- ETAPA DE VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO

Sirve de guía en la recolección de datos, en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina:

- El grado de independencia / dependencia en la satisfacción.
- Las causas de dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad indefinidas.

2.- ETAPA DE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN

²⁴ Op. cit. Fernández Ferrin, Carmen Novel Martín Gloria pág. 7

En la cual se formulan objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectada, en la elección del modo de intervención más adecuado de la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impiden al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado. Lo que significa determinar el modo de intervención más adecuado a la situación, todos estos criterios serán los que guiarán la etapa de ejecución.

3.- ETAPA DE EVALUACIÓN

Determina los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados pues nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápido posible ya que nuestra actuación va encaminada a ayudarle al individuo a alcanzar dicha independencia por sí mismo de acuerdo con sus propias capacidades y recursos.²⁵

²⁵ Op. cit. Fernández Ferrín, Carmen Novel Martín Gloria pág. 9-10

II. PREMATUREZ

2.1. INCIDENCIA

La prematurez es uno de los problemas más frecuentes en los hospitales de obstetricia y al hablar de cifras de morbilidad y mortalidad en el prematuro se observan variaciones en los datos estadísticos de un mismo país debido a que los reportes son incompletos, ya sea por subregistro o porque no se emplea el mismo criterio.

Así tenemos que por ejemplo: en los países del primer mundo en los años de 1980-1988 en el Reino Unido y en los Estados Unidos de Norteamérica el índice de prematurez fueron iguales de 7%, en Suecia el 4%, en Japón el 5%.

En los mismos años en países del tercer mundo hay gran diferencia, por ejemplo: la India con un índice de prematurez del 30%, Mozambique y Afganistán el 20%. En países de Latinoamérica, Honduras tiene un índice de prematurez del 20%, Guatemala el 14%, la República Mexicana y Bolivia el 12%, Perú el 9% y Colombia el 8%.²⁶

En nuestro país existen diferencias en los diversos hospitales que conforman el Sector Salud y así tenemos que en el año de 1991 el número de nacimientos de recién nacidos vivos en hospitales de la Secretaría de Salud fue 369,744 de los cuales 23,658 fueron prematuros siendo el índice de 6.39%.

2.2. FACTORES QUE AFECTAN A LA PREMATUREZ

Los lactantes prematuros o de pretérmino nacen antes de la semana 37 de gestación sin importar su peso. Los que pesan menos de 2500 gr. al nacer son prematuros como también casi todos los que pesan menos de 1500 gr. sin embargo, como se explicó no todos los lactantes que pesan menos de 2500 gr. son de modo necesario prematuros. El principal criterio es la edad gestacional. La mayor parte de estos lactantes de pretérmino son de tamaño adecuado para su edad gestacional, aunque algunos son más pequeños. Se identifican diversos factores que se asocian con el trabajo de parto pretérmino.

La prematurez es el factor más frecuente relacionado con la muerte de neonatos. Una criatura puede nacer mucho antes de la semana 37 y así vivir, pero suele estar muy mal desarrollado para sobrevivir fuera del útero.

La malnutrición materna y el estado socioeconómico bajo pueden ser causa de recién nacidos con bajo peso al nacer. Un recién nacido que pesa 2300 gr. puede ser a término y pequeño para su edad gestacional; o prematuro (con 35 semanas de gestación) y con peso adecuado para su edad gestacional, o prematuro (con 30 semanas de gestación) y grande para la edad gestacional.²⁷

²⁶ Rubio Domínguez, Ortega Gutiérrez. Antología. Obstetricia II U.N.A.M. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, SUA febrero 2002. p.346

²⁷ IBIDEM

2.3. PROBLEMAS FISIOLÓGICOS

El prematuro presenta varios problemas físicos que se deben tomar en consideración para su atención. De hecho, debido a que estos recién nacidos requieren muchos cuidados especiales, a menudo se les traslada a un hospital que tenga una unidad de terapia intensiva de alto riesgo para neonatos prematuros. Antes y durante la transferencia, este recibe la reanimación necesaria; se le administra oxígeno, se mantiene caliente y se protege contra infecciones.

2.3.1.- SISTEMA CARDIOVASCULAR

El defecto cardiovascular más frecuente de los lactantes de pretérmino es el conducto arterioso persistente. El conducto, que es la estructura fetal que actúa como vía para la sangre entre la arteria pulmonar y la aorta, permanece abierto en los niños de pretérmino. Los lactantes a pretérmino tienen menor resistencia vascular pulmonar como consecuencia de la falta de desarrollo muscular de las arteriolas pulmonares. Los esfuerzos de vasoconstricción no son tan fuertes con respecto al aumento de niveles de oxígeno. Mientras el conducto permanece abierto se observa incremento en la cantidad de sangre que se deriva al circuito pulmonar lo que en último término produce edema pulmonar y aumenta el esfuerzo respiratorio y el consumo de oxígeno. Cerca de 15% de los lactantes con conducto arterioso persistente tienen defectos cardíacos adicionales.²⁸

2.3.2.- SISTEMA RESPIRATORIO

El lactante de pretérmino tiene riesgo de problemas respiratorios. Los pulmones no maduran en su totalidad sino hasta después de la semana 35 de gestación. La cantidad de factor surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones es deficiente en los lactantes de pretérmino. Además, hasta la 34ª semana maduran los alvéolos del pulmón fetal.

Apnea.- Desde un punto de vista general el patrón respiratorio del lactante de pretérmino es regular o presenta periodos de apnea frecuentes o que van en aumento. La apnea es un problema clínico frecuente en la unidad intensiva neonatal. Los centros respiratorios inmaduros de los lactantes de pretérmino no responden con facilidad al aumento en los niveles de PaCO₂ como ocurre en el caso de los niños a término. Como resultado, se produce hipoventilación e hipercapnia.

Con frecuencia se reportan patrones de respiración periódica en los niños pretérmino (con pausa de 5 a 10 segundos). Sin embargo, los episodios apneicos verdaderos duran de 10 a 15 segundos y se acompañan de palidez, cianosis, hipotonía y bradicardia. Los episodios apneicos repetidos se presentan con mayor frecuencia en lactantes de pretérmino que pesan menos de 100 gr. esta afección se debe a la inmadurez de los sistemas de control respiratorio en el cerebro, los episodios

²⁸ op cit p.347

apneicos en el neonato deben recibir tratamiento inmediato de ser posible, estos pueden presentarse por los siguientes factores:

- Inestabilidad de temperatura
- Uso de fármacos (materno-fetales)
- Infección
- Afecciones metabólicas
- Asfixia neonatal
- Distensión abdominal
- Problemas del sistema nervioso central

Durante las dos primeras semanas de vida se aconseja colocar un monitor de apnea a todos los lactantes con riesgo. La estimulación táctil y el cambio de posición para evitar la obstrucción faríngea por hiperflexión del cuello son de gran ayuda para controlar y prevenir los episodios de apnea. Otras técnicas de control incluyen presión nasal baja positiva y continua en vías respiratorias (CPAP) a razón de 3 a 5 cm de H₂O. Xantinas y doxapram.²⁸

2.3.3.- SISTEMA DIGESTIVO

El aparato digestivo madura de la semana 36 a la 38 de gestación. Por lo tanto, en lactantes de pretermino este aparato aún no funciona a todo su potencial. Estos lactantes están expuestos a los siguientes factores que interfieren en el funcionamiento gastrointestinal maduro:

- Succión y deglución sin coordinación hasta la semana 34 ó 35
- Esfínter del cardias incompetente
- Retraso del tiempo de vaciado gástrico
- Reducción de la absorción de grasa
- Digestión incompleta de proteínas
- Reducción o descoordinación de la motilidad.²⁹

2.3.4.- SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Es difícil evaluar los ciclos de sueño y vigilia en el lactante de pretermino. Este experimenta por lo general sueño más tranquilo, con menor actividad y niveles mayores de pO₂ en posición prona. Duerme con mayor tranquilidad en medios térmicos neutros.

Se observa poca expresión facial antes de la semana 30 a la 32 de gestación y presenta poco llanto espontáneo antes de la semana 30 a la 32. A partir de este momento, expresa hambre mediante llanto. Sólo se presenta succión rítmica no nutritiva después de la semana 32 de gestación.

²⁸ ibidem

²⁹ op cit p-348

El sistema auditivo funciona desde la semana 26 de vida intrauterina, se observan respuestas auditivas congruentes de la semana 32 a la 34.

Se observa incremento gradual del tono muscular al aumentar la edad gestacional. A medida que el tono muscular aumenta las extremidades asumen la posición de flexión. Esta posición y la naturaleza flexible de las extremidades representan parte de las características que se evalúan para determinar la edad gestacional. A la semana 36 los movimientos musculares se hacen con más coordinación. La etapa de desarrollo del sistema nervioso que se valora en el nacimiento depende del grado de madurez. El feto cuenta casi con la totalidad de sus neuronas de la semana 18 a la 20 de la gestación. La membrana basal de los capilares cerebrales es de grosor mínimo en comparación con el cerebro del adulto. Este fenómeno tal vez sea uno de los factores que predisponen al lactante de pretermino a hemorragia subependimal e intraventricular. En el lactante de pretermino se observan reflejos como el Moro y reflejo tónico del cuello.²⁹

2.3.5.- SISTEMA RENAL

En el lactante pretermino, los riñones y las estructuras urinarias que se relacionan son inmaduras. Los riñones no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquido. Además la excreción de fármacos toma más tiempo. La eficiencia en la velocidad de filtración glomerular es paralela a la edad gestacional. La capacidad de amortiguación de los riñones es baja lo que predispone al neonato a sufrir acidosis por reducción de la excreción de bicarbonato y ácido.³⁰

2.3.6.- SISTEMA HEPÁTICO

El hígado inmaduro del lactante de pretérmino plantea graves problemas durante el periodo neonatal inmediato. Los niveles de bilirrubina aumentan con más rapidez que en los niños a término debido a que el hígado es incapaz de procesar la bilirrubina. Los lactantes que pesan menos de 1500 gr. pueden recibir fototerapia profiláctica.

La hipoglucemia del recién nacido se debe a bajas reservas de glucógeno hepático. Los niveles inferiores de proteína en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguínea y la conjugación y detoxificación deficiente de ciertos fármacos son atribuibles a inmadurez hepática.³⁰

2.3.7.- PROBLEMAS INMUNITARIOS

El lactante de pretermino tiene niveles inferiores de IgG, la cual se adquiere de modo principal en el último trimestre. Es probable que el neonato que no reciba alimentación oral por determinadas enfermedades no cuente con la IgA e IgM ya que éstas provienen del calostro.

²⁹ ibidem

³⁰ op cit p.349

³⁰ ibidem

La elevación de niveles de IgM o IgA a en la sangre del cordón umbilical en ocasiones refleja exposición del feto a algún antígeno in útero. En caso de hemorragia transplacentaria de la madre al feto también se detecta elevación de los niveles de IgM o IgA. Los leucocitos de los lactantes de pretermino no funcionan muy bien para combatir las bacterias.³⁰

2.3.8.- PROBLEMAS TEGUMENTARIOS

La piel del lactante de pretermino es delgada, transparente y cubierta de vérnix abundante. Se aprecia mayor proporción de pérdidas insensibles de agua, en particular en lactantes menores de 30 semanas de gestación. Además, la piel del lactante de pretermino absorbe los productos químicos con facilidad por lo cual hay que tener precaución al aplicar ungüentos y soluciones tópicas sobre ella. Por último, la piel es vulnerable a daños por materiales adhesivos, de manera que hay que cuidar el tipo y cantidad de adhesivo que se emplea para fijar monitores y otros aparatos a la piel.³¹

2.3.9.- REGULACIÓN TERMICA

Los siguientes factores causan problemas con respecto a la regulación de la temperatura en el neonato de pretermino:

- Alta proporción de superficie con respecto a masa corporal
- Reducción de las reservas de grasa parda
- Aumento de pérdidas insensibles de agua
- Sufrimiento respiratorio, que favorece las pérdidas insensibles de agua por el trabajo de respiración
- Extremidades en posición extendida
- Control vasomotor inmaduro.³¹

³⁰ ibidem

³¹ op cit p350

³¹ ibidem

III. INFECCIONES POSTNATALES

3.1. SEPTICEMIA NEONATAL

Es el conjunto de signos y síntomas de infección sistémica, generalmente de origen bacteriano, que se presenta dentro de los primeros 28 días de vida extrauterina.

La frecuencia es variable oscilando entre 2 a 10/1000 recién nacidos vivos, alcanzando hasta 1/250 RN vivos prematuros; en las unidades de cuidados intensivos la frecuencia es mayor.

Los agentes bacterianos más frecuentemente identificados en nuestro medio se resumen en el siguiente cuadro:

MICROORGANISMOS AISLADOS EN MENINGITIS BACTERIANA NEONATAL*

Microorganismos	Frecuencia
Escherichia coli	19.7
Klebsiella sp.	11.6
Staphylococcus áureas	11.2
Staphylococcus coagulasa negativa	6.7
Proteus sp.	5.6
Pseudomonas sp.	5.8
Enterobacter sp.	5.0
Salmonella sp.	4.5
Streptococcus pneumoniae	4.0
Streptococcus sp.	3.5
Enterococcus sp.	3.5
Ureaplasma urealyticum	3.5
Streptococcus grupo B	2.6
Anaerobios	2.2
Acinetobacter	1.7
Listeria monocytogenes	1.3
Micrococcus	1.3
Citrobacter	0.9

*Porcentaje global de reportes de cuatro instituciones: Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital de Infectología Centro Médico "La Raza", Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional "Siglo XXI"

Resalta la gran frecuencia de las enterobacterias y el resurgimiento de cocos grampositivos como los *Staphylococcus coagulasa negativa* y los *Enterococcus sp.*³²

³² Games Eternod J. Dr. y Palacios Treviño Jaime L. Dr. Introducción a la Pediatría, sexta edición, Méndez editores, 2003. Págs.257-259

3.2. CLASIFICACION

La septicemia se ha dividido en temprana si se presenta antes de los dos o cuatro días de edad y tardía si se presenta después. La primera se asocia a factores perinatales y la segunda se relaciona más a factores de tipo ambiental.

3.3. ETIOLOGIA

La etiología puede ser diferente para cada uno de ellas y esta clasificación se ha empleado más para la septicemia causada por *Streptococcus hemolítico* del grupo B (que en nuestro medio se ha identificado con una frecuencia menor que lo referido en Norteamérica) y *Listeria monocytogenes*. Las formas de inicio tardío generalmente son de adquisición intrahospitalaria.

En la septicemia de inicio temprano predominan los antecedentes de problemas maternos y en las tardías de procedimientos y estancia prolongada en el hospital.

3.4. CUADRO CLINICO

La signología clínica es inespecífica y puede dividirse en:

- a) General: distermia o fiebre, letargo, rechazo al alimento y “mal aspecto del paciente”.
- b) Neurológica: irritabilidad, temblores, hipotonía, movimientos oculares anormales.
- c) Respiratoria: taquipnea, respiración irregular, apnea, cianosis, quejido.
- d) Cutánea: exantema, púrpura, esclerodema, pústulas.
- e) Hematológica: sangrado, ictericia.
- f) Cardiovascular: taquicardia, hipotensión, edema.

Los signos más tempranos suelen ser alteraciones en la regulación de la temperatura y el aspecto “grisáceo” de la piel. En presencia de los signos inespecíficos descritos deberá investigarse siempre septicemia.

3.5. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Además de la sospecha clínica se requieren realizar diferentes estudios bacteriológicos para confirmar el diagnóstico.

En el protocolo de estudio de un paciente con sospecha de septicemia se solicitarán los siguientes exámenes:

- Biometría hemática, cuyos datos útiles son: leucopenia $<5,000/mm^3$ y una relación bandas: neutrófilos mayor o igual a 0.2. Cerca de un 30-40% de los pacientes con septicemia pueden tener cifras normales de leucocitos y debido a que estas alteraciones no son muy sensibles o específicas, es necesario encontrar dos o más de ellas para pensar en septicemia.

- Plaquetas. Aproximadamente el 60% de los neonatos con septicemia tienen plaquetopenia. Existen otras patologías no infecciosas en las que es común esta alteración.
- Velocidad de sedimentación globular. Con frecuencia está acelerada.
- Reactantes de fase aguda. Incluye proteína C reactiva, fibrinógeno, hepatoglobina, orosomucoide. Su utilidad es variable, pueden servir como auxiliares.
- Hemocultivos. Se tomarán tres en un lapso no mayor de 12 horas. El hemocultivo positivo dará el diagnóstico de certeza, pero el tratamiento se indicará desde la sospecha clínica y no hasta tener el resultado. Para considerar a *Staphylococcus coagulans* negativa como causante de septicemia, debe aislarse en dos hemocultivos o de sitios habitualmente estériles; para las bacterias gramnegativas con un solo hemocultivo es suficiente para establecer el diagnóstico de septicemia.
- Otros cultivos dependerán de la localización de los focos infecciosos.
- Líquido ceforraquídeo (citoquímico y cultivo). Se tomará aunque no haya signos neurológicos ya que en un 10-20% de los casos de septicemia se puede presentar meningoencefalitis, en cuyo caso el tratamiento y pronóstico variarán.
- Dextrostix. Pueden haber hipo o hiperglucemia. Se indicará cada 6-8 horas en la fase aguda del padecimiento.
- Radiografía de tórax. Puede haber neumonía no manifiesta para signos clínicos. Otros estudios radiológicos se solicitarán de acuerdo a orientación clínica.³²

3.6. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial tiene que hacerse básicamente con los padecimientos del complejo TORCH y en ocasiones, con eritroblastosis fetal grave, alteraciones metabólicas como hipoglucemia o hiponatremia o neurológicas como hemorragia del sistema nervioso central o kernícterus.

3.7. COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden ser choque séptico, coagulación intravascular diseminada, hipo o hiperglucemia y localización de la infección en diferentes sitios del inicial como meningoencefalitis, osteoartritis.

3.8. TRATAMIENTO

La elección de antimicrobianos debe basarse en el conocimiento epidemiológico de cada unidad u hospital, así como la sensibilidad de los distintos antibióticos. En general, se iniciará con ampicilina-amikacina en algunas condiciones puede utilizarse como alternativa cefotaxima-ampicilina. Estos se

³² op cit p. 258-259

administrarán hasta la curación del paciente la cual se basará en la desaparición de los focos infecciosos, la normalización de la curva térmica, incremento ponderal, buen estado general y desaparición de las alteraciones de los exámenes de laboratorio. Esto habitualmente sucede en 10-15 días.

Se han propuesto otras medidas coadyuvantes como la exanguinotransfusión, transfusión de granulocitos gammaglobulina intravenosa cuyos resultados han sido variables y los estudios hasta la actividad no permiten apoyar una indicación concluyente.

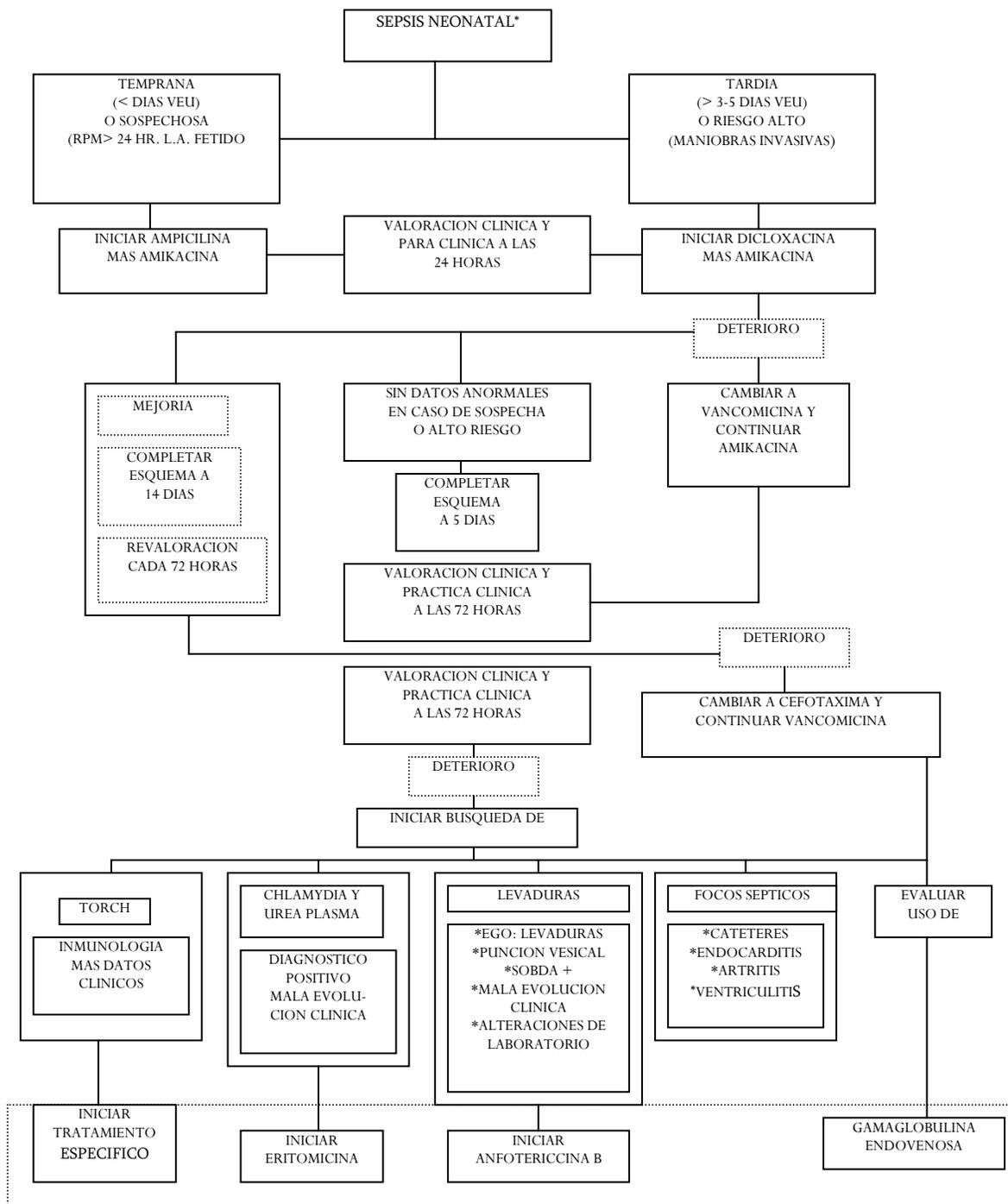
La letalidad de este padecimiento es de 15 a 35% de acuerdo a distintos centros. En la recuperación no se observan secuelas si no hubo localización de la infección a nivel óseo, articular o meníngeo.³²

3.9. MEDIDAS PREVENTIVAS

Algunas medidas preventivas para ésta y otras infecciones son: atención obstétrica adecuada, reanimación neonatal con técnica aséptica. En el medio hospitalario es fundamental el lavado de manos antes y después de manejar a un paciente y técnicas asépticas en los procedimientos invasivos. Lavado y desinfección de incubadoras, cunas, pisos, paredes y ventanas, asepsia y antisepsia de tuberías de ventiladores y nebulizadores.³²

³² op cit p. 259

³² op cit p- 259



*Esquema copiado de: Instituto Nacional de Perinatología. Normas de Neonatología 1998. P.255

IV. METODOLOGIA

4.1. PRACTICA DE ENFERMERIA

La enfermera es responsable de las decisiones y actividades dentro del dominio de la práctica de la enfermería. La atención compresiva de enfermería incluye ayudar a la persona para cubrir sus necesidades físicas, psicosociales, espirituales y del desarrollo. El uso sistemático del proceso de enfermería que incluye la valoración, diagnóstico, planeación, realización y evaluación cubrirá las necesidades del paciente. La atención individualizada de enfermería se logra mejor si se cuenta con la colaboración del paciente, la familia y otros miembros del equipo de salud. Es esencial el registro completo y preciso de todo el cuidado de enfermería y la respuesta del paciente para la continuidad de la atención y para cubrir los requerimientos legales. La enfermera debe promover un ambiente seguro y terapéutico para el individuo, la familia y la comunidad.³³

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

5.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Se trata de paciente femenino dentro de sus primeras dos horas de vida extrauterina que presenta los siguientes antecedentes:

Hija de madre de 33 años de edad, producto de la Gesta 2, Para 0, Aborto 0, Cesárea 2; la primera Cesárea fue hace 3 años y medio y tuvo un producto prematuro de 28 semanas de gestación, del sexo masculino, con un peso de 1 Kg., actualmente sano, desconociéndose la causa de su prematurez.

Con relación al caso clínico, la madre estuvo en control prenatal regular (4 consultas), no se reportan problemas obstétricos, durante el embarazo ingirió multivitamínicos y le indicaron óvulos de progesterona. La fecha de su última regla fue el 8 de enero de 2005, con fecha probable parto el 15 de octubre de 2005. Teniendo la resolución del embarazo el día 5 de septiembre de 2005 teniendo en ese tiempo 34.3 semanas de gestación por ultrasonido. Binomio A positivo, grupo sanguíneo del padre A positivo.

³³ Olds B. Sally, RNC, MS; London L. Marcia, RNC, MSN, NNP; Ladewing W. Patricia, PhD, RNC, NP. Enfermería Materno Infantil, Un concepto integral familiar. Ed. Interamericana. McGraw-Hill Cuarta edición 1995. p. 1156

Se realizó cesárea debido a la ruptura prematura de membranas de 14 horas de evolución, obteniéndose producto femenino que llora y respira al nacer, con apgar de 8/7, silverman 2 y peso de 2.165 Kg., talla de 46 cm.

Inicia su padecimiento actual a las 18 horas de vida extrauterina observándose: hipotónica, irritable a la manipulación, piel marmórea, palidez con acrocianosis, pausas respiratorias, hipotérmica, distensión abdominal, residuo alimenticio e hipoglucémica.

5.2. LA VALORACIÓN

Es el primer paso del proceso atención de enfermería considerándose la más importante ya que se lleva a cabo la recopilación de datos necesarios. Para comprender los problemas y posteriormente decisiones sobre el plan de cuidados, este plan se realizó con información obtenida por diferentes fuentes siendo la fuente principal, la madre de la recién nacida quien aportó datos para formular una historia clínica y un diagnóstico de enfermería y detectar los problemas que aquejan al paciente.

5.3. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

➤ DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Recién Nacido Pretermino de 34.4 semanas de gestación, con peso adecuado para su edad gestacional. Sexo femenino. Ingreso al servicio de cuna del hospital ABC el día 5 de septiembre de 2005 a las 16 horas, posterior a su nacimiento.

➤ DIAGNOSTICO DE INGRESO

Taquipnea transitoria del Recién Nacido o Síndrome de Adaptación Pulmonar.

➤ INICIO DEL PADECIMIENTO ACTUAL

5 de septiembre de 2005 a las 7 horas.

➤ PATRON DE MANTENIMIENTO DE SALUD

Tratamiento: Casco Cefálico 60%, Posición de Rossiere.

➤ SIGNOS VITALES

Frecuencia respiratoria 80 por minuto, Frecuencia Cardíaca 120 por minuto, Temperatura 36 grados centígrados, Tensión Arterial Media de 34 a 43 mm/Hg y Saturación de Oxígeno 89%.

➤ SOMATOMETRIA

Peso 2.165 Kg., Talla 45 cm, Perímetro cefálico 33 cm, perímetro torácico 34 cm, Perímetro abdominal 31 cm.

➤ **NECESIDADES**

a).- Respiración: presenta polipnea, aleteo nasal, quejido audible a la auscultación, campos pulmonares bien ventilados, acrocianosis.

b).- Alimentación: Es alimentado con complemento alimenticio (enfamil) para prematuros a media dilución cada 3 horas por sonda orogástrica.

Presenta mucosas orales secas, piel fría, abdomen globoso con peristalsis aumentada, doloroso a la palpación. Dejando residuo gástrico 75% y Destrostix de 38 mg/dl.

c).- Eliminación: No ha evacuado durante las primeras 20 horas de vida, orina concentrada 4.3 ml por kilo por hora (diuresis horaria), presenta distensión abdominal.

d).- Movilidad y postura: Se coloca en posición de Rossiere, decúbito ventral.

e).- Dormir y descansar: La bebe presenta hipodinamia. El sueño es interrumpido debido a la manipulación frecuente y a la agresión de ruido y luz.

f).- Vestido, Higiene y Protección de la Piel: baño bajo unidad de calor radiante, aseo de cavidades diario, cambio de pañal por razón necesaria, lubricación de piel. Cambio de ropa de cama completo una vez al día.

Muñón umbilical en proceso de deshidratación, uñas cianóticas y delgadas.

g).- Evitar Peligros: Se mantiene en cuna con barandales arriba, se toman medidas para evitar sobrecalentamiento o enfriamiento de la unidad.

h).- Comunicación: Hipotónico, irritable a la manipulación.

➤ **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Previa a la recopilación de datos se establecieron los diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades del paciente utilizando el esquema de taxonomías de la NANDA que se componen de la siguiente manera:

ETIQUETA DIAGNOSTICA	DEFINICIÓN	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS CONTRIBUYENTES
----------------------	------------	------------------------------	--------------------------------------

➤ **PLANEACION**

Una vez identificadas las necesidades se comenzó a trabajar desarrollando un plan para ayudar a la recién nacida a lograr un nivel de funcionamiento optimo y mejorando en las áreas problemáticas

identificadas en los diagnósticos de enfermería, analiza los puntos fuertes y débiles de la recién nacida y su familia, deben clasificarse en un orden de prioridad.

Que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

➤ **EJECUCION**

La enfermera realiza las intervenciones identificadas en el plan de atención.

La fase de realización o ejecución consiste en varias actividades:

Validación, escritura del plan, suministro y documentación de la atención y continuación de la colecta de datos.

INTERVENCIONES	JUSTIFICACION

➤ **EVALUACION**

Esta etapa d el proceso de atención de enfermería se desarrolla evaluando al conjunto de intervenciones de enfermería al finalizar cada necesidad. ³⁴

³⁴ Op. Cit. Mr y Ellen Murria, p. 59

5.4. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION.

DEFINICIÓN: Es una necesidad del ser vivo que consiste en captar el oxígeno indispensable para la vida celular y eliminar el gas carbónico producido por la combustión celular. Las vías respiratorias permeables y el alvéolo pulmonar permiten satisfacer esta necesidad.³⁵

✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con la disminución de la expansión pulmonar e infección, manifestado por taquipnea, cianosis, alteración de los movimientos torácicos, aleteo nasal y retracción xifoidea

2.- NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN.

DEFINICIÓN: Beber y comer es la necesidad de todo organismo, de ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable para su buen funcionamiento.

✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Déficit de volumen de líquidos corporales relacionado con infección e incremento del metabolismo, manifestado por pérdida de peso súbita, incremento de la frecuencia del pulso, sequedad de piel y mucosas e hipotonía.

Nutrición alterada, inferior a las necesidades corporales, relacionada con la incapacidad en la ingestión y digestión de alimento, debido a factores biológicos como náusea y vómitos, manifestado por dolor abdominal con existencia de condiciones patológicas, palidez.

³⁵ Riopelle Lise. Inf M. N. U de la persona”, Editorial Interamericana, España, 1999, p. 77

3.- NECESIDAD DE TERMORREGULACION.

DEFINICIÓN: Estado en que la temperatura corporal esta por debajo o por encima de los limites normales.

- ✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Hipotermia, relacionada con disminución del metabolismo, incapacidad para la autorregulación de la temperatura corporal, manifestada por piel fría, palidez moderada, llenado capilar lento y cianosis del lecho ungueal.

4.- NECESIDAD DE ELIMINACION.

DEFINICIÓN: Estado en que el patrón de eliminación de un niño se caracteriza por le emisión de heces duras, secas, liquidas y/o un retraso en la eliminación de los residuos alimentarios.

- ✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Estreñimiento relacionado con la disminución de movimientos intestinales, manifestado por dolor y distensión

5.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

DEFINICIÓN: Estado en que el individuo presenta una disminución de la capacidad para protegerse así mismo.

- ✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro de la integridad cutánea relacionada con alteraciones metabólicas e inmovilidad o disminución de la actividad física, inmunodeficiencia, manifestado por eritema, excoriaciones, y sequedad cutánea.

6.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

DEFINICIÓN: En el niño gravemente enfermo la interrupción de los periodos de sueño y descanso alteran su situación fisiológica y psíquica, consumiendo mas tiempo, oxigeno y calorías para recuperarla.

✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alteración del patrón del sueño, relacionado con manipulación continua, luz brillante y ruido de monitores, manifestado por: baja en la saturación de oxígeno e incremento de la frecuencia cardiaca.



7.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Deterioro de la integración de los tejidos relacionado con retiro de telas adhesivas, punciones, quemaduras químicas y térmicas.

8.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS

DEFINICIÓN: Estado en que el individuo presenta una disminución de protegerse así mismo de amenazas internas y externas como son enfermedades y lesiones.

✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Alto riesgo de infecciones relacionado con procedimientos terapéuticos invasivos, ruptura de la membrana amniótica.

9.- NECESIDAD DE COMUNICACION

DEFINICIÓN: Es una obligación que tiene el ser humano de intercambio con sus semejantes. La competencia de la habilidad para comunicar del recién nacido implica un grado de suavidad y

modulación, así como la regulación y el aumento de la diferenciación de los cinco sistemas funcionales (autónomo, motor, estado, sistema de atención e interacción y autorregulador).

✓ DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Dolor relacionado al estrés, manifestado por inestabilidad.

5.5. PLANEACION

NECESIDADES DETECTADAS	NECESIDADES JERARQUIZADAS	OBJETIVO
*Oxigenación.	1.- Oxigenación.	Mejorar la perfusión tisular.
*Hidratación.	2.Termorregulación.	Mantener eutémico al recién nacido y disminuir la acidosis metabólica.
*Termorregulación.	3.- Hidratación.	Mantener las necesidades de líquidos.
*Eliminación.	4.- Comunicación (Dolor).	Evitar la estimulación excesiva.
*Moverse y mantener una buena postura.	5.- Eliminación.	Mantener en buen funcionamiento las vías de eliminación.
*Descanso y sueño.	6.- Evitar peligros.	Protegerlo de amenazas internas y externas, como infecciones.
*Higiene y protección de la piel.	7.- Higiene y protección de la piel.	Mantener la integridad de la piel.
*Evitar peligros.	8.- Moverse y mantener una buena postura.	Evitar lesiones por presión en la piel.

*Comunicación (Dolor).	9.- Descanso y sueño.	Mantener un ambiente tranquilo y agradable. ³⁶

5.6. EJECUCIÓN

1.- NECESIDAD DE OXIGENACION

<p>Diagnóstico de Enfermería: Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con la disminución de la expansión pulmonar e infección, manifestado por taquipnea, cianosis, alteración de los movimientos torácicos, aleteo nasal y retracción xifoidea.</p> <p>Objetivos: Suministrar el tipo y grado de ayuda respiratoria compatible con las necesidades y la tolerancia del niño. Evitar la toxicidad producida por el oxígeno cuando se le administra a concentraciones muy elevadas durante periodos prolongados. Mejorar la perfusión tisular.</p>	
Intervenciones de enfermería	Justificación
<p>Iniciar las acciones siguientes:</p> <p>1.- Administrar oxígeno al 60 % con casco cefálico y humidificador térmico.</p> <p>2.- Colocar al recién nacido en posición decúbito ventral.</p> <p>3.- Colocar monitor de signos vitales.</p>	<p>1.- oxigenar en forma adecuada la sangre arterial y garantizar la eliminación de bióxido de carbono. Mejora la calidad del aire inspirado para disminuir la energía que invierte en la respiración. El oxígeno es el más potente vasodilatador pulmonar.</p> <p>2.- Mejora la oxigenación por las ventajas mecánicas que tiene la expansión de la pared del tórax.</p> <p>3.- Los pacientes deben ser monitorizados con saturometría continua y monitor cardio respiratorio los cuales deben mantenerse prefijados y con volumen estandarizado en nivel</p>

³⁶ Arlene Brurroughs, Med, R.N. traducción: Berenice del C. Rodríguez G. UNAM "Enfermería Materno Infantil", 7ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana México 1999 p. 81.

4.- Tomar muestras de laboratorio y rayos X.	cuatro. 4.- Son medidas de detección inicial de infecciones (BH completa, con recuento diferencial y plaquetario, cultivo en sangre, orina y heces, gasometría, punción lumbar y radiografía toraco abdominal. ³⁷
--	---

Evaluación: Con la administración de oxígeno fase 1 desapareció la cianosis, continuando con quejido audible, polipnea; la gasometría reporta acidosis respiratoria y en la placa de tórax se observa membrana hialina. Por lo cual se continúa con fase 2 de oxigenación. Los procesos metabólicos y fisiológicos del recién nacido se estabilizan y mejora la perfusión tisular. Se identifican en forma temprana los riesgos para desarrollar septicemia y se inician las acciones pertinentes para reducir al mínimo la evolución de la enfermedad.

2.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: Hipotermia, relacionada con disminución del metabolismo, incapacidad para la autorregulación de la temperatura corporal, manifestada por piel fría, palidez moderada, llenado capilar lento y cianosis del lecho ungueal.

Objetivo: Mantener eutérmico al recién nacido y disminuir la acidosis metabólica.

Intervenciones de enfermería	Justificación
1.- Colocar al recién nacido en una unidad de calor radiante con servo control. 2.- Se toma glicemia siendo de 31 mg/dl. 3.- Se canaliza vena periférica en miembro torácico derecho, para administración de glucosa.	1.- la termoneutralidad es el estado térmico óptimo necesario para apoyar las funciones internas. Los neonatos depende de la termogénesis química (metabolismo de la grasa parda), para alcanzar su objetivo. En los prematuros el estrato corneo esta poco desarrollado lo que facilita la perdida de calor. La ganancia calórica se observa cuando se coloca al neonato en un objeto más caliente que su propio cuerpo. La rapidez de transferencia de calor es directamente proporcional a la magnitud del gradiente térmico. 2.- La glucosa es esencial para el metabolismo encefálico. Es importante evitar la hipoglucemia en productos en peligro hay que suministrarles sustratos de glucosa parenteral o enteral temprana. ³⁸

³⁷ Deacon Jane, O'Neill cuidados intensivos de enfermería en neonatos, segunda edición, editorial McGraw-Hill Interamericana. p. 131-138

³⁸ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 55

Evaluación: Se mantiene bajo unidad de calor radiante, ya que por su propia inmadurez no logra controlar temperatura (hipotálamo es el centro de control térmico) y pierde calor por evaporación. Después de tres horas logra modificar su metabolismo, tono muscular y actividad motora. Se colocó humidificador de oxígeno térmico para evitar las pérdidas de calor por convección (aire que se desplaza por todo el cuerpo), protectores en las paredes de la cuna. La hipoglucemia fue cediendo con el aporte de glucosa I.V. a perfusión continua, pero fue necesario pasarles bolos de 3 C.C. cada 2 horas en 3 ocasiones. Se mantiene normo térmico y se logra controlar la hipoglucemia, encontrándose activo y alerta, con glicemia de 45 mgr/dl y una temperatura de 36.8 grados centígrados.

3.- NECESIDAD DE HIDRATACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: Déficit de volumen de líquidos corporales relacionado con infección e incremento del metabolismo, manifestado por pérdida de peso súbita, incremento de la frecuencia del pulso, sequedad de piel y mucosas e hipotonía.

Objetivo: Mantener las necesidades de líquidos.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<p>1.- Control de peso.</p> <p>2.- Se instalan soluciones calculadas con glucosa y electrolitos (sodio, calcio, magnesio y potasio).</p> <p>3.- Se lleva régimen de ayuno y alimentación parenteral.</p> <p>4.- Se instala sonda orogástrica a derivación.</p> <p>5.- Control de líquidos.</p>	<p>1.- Es importante para hacer el cálculo de electrolitos.</p> <p>2.- El pH menor de 7.35 puede ser consecuencia de la pérdida amortiguadora (iones bicarbonatados). Los riñones inmaduros del neonato contribuyen a la acidosis al no reabsorber bicarbonato y al excretar hidrogeniones. Sodio es el principal catión extracelular participa íntimamente con el equilibrio del agua. Potasio es catión intracelular y contribuye a la actividad osmótica, rige el volumen de líquido intracelular, junto con el sodio regula los potenciales de membranas de las células. Magnesio es catalizador de reacciones enzimáticas, interviene en la contracción de músculos y metabolismo de carbohidratos, es un elemento importante para la función normal de las paratiroides y la homeostasis del calcio en hueso. Calcio es importante para la función cardíaca normal y el desarrollo del esqueleto, en donde se almacena el 99 % del calcio corporal.</p> <p>3.- La nutrición parenteral permite reunir los requisitos para el crecimiento y desarrollo cuando el tamaño o condición del infante le</p>

	<p>impiden recibir alimentos de forma enteral.</p> <p>4.- La descompresión gástrica recupera la función normal de los intestinos.</p> <p>5.- Conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos. ³⁸</p>
<p>Evaluación: Presenta mejor hidratación, micción espontánea, con la sonda orogástrica se logra descomprimir el abdomen, se evita la broncoaspiración y mejora la respiración. Se inicia la alimentación parenteral parcial, por el momento bien tolerada por vía periférica; esta se instaló después de 72 horas de nacida debido al cambio de fluidos y el estado electrolítico. Se estabiliza el metabolismo y la fisiología del recién nacido. Los padres conocen las causas, riesgos de tratamiento y atención de enfermería necesarios para su hijo con sepsis neonatal temprana.</p>	

4.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

<p>Diagnóstico de Enfermería: Dolor relacionado al estrés, manifestado por inestabilidad.</p> <p>Objetivo: Mejorar la calidad de cuidados.</p>	
Intervenciones de enfermería	Justificación
<p>1.- Se realiza mínima manipulación.</p> <p>2.- Eliminación de telas adhesivas en sitios de punción e instalación de sonda.</p>	<p>1 y 2.- El sistema nervioso del neonato muestra muy diversas respuestas a estímulos ambientales, las reacciones al dolor pueden describirse como conductuales en relación al estrés y estabilidad.</p> <p>El dolor tiene como objetivo principal proteger y ocurre cuando existe una lesión tisular.</p> <p>La evaluación del dolor debe considerarse como el quinto signo vital y debe evaluarse periódicamente. ³⁹</p>
<p>Evaluación: Durante la toma de muestras de laboratorio se mantiene irritable con aumento de la frecuencia cardíaca (193 por min.) y baja de la saturación de oxígeno (79 %), la sonda orogástrica le provoca náusea. Después de 15 minutos logra tranquilizarse. El éxito de la atención se confirma mediante valoraciones continuas de la conducta del recién nacido, la comunicación entre la familia y el equipo encargado de la salud y el uso de técnicas diagnósticas.</p>	

³⁸ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 386-389

³⁹ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 649

5.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Diagnóstico de Enfermería: Estreñimiento relacionado con la disminución de movimientos intestinales, manifestado por dolor y distensión abdominal.	
Objetivo: Mantener en buen funcionamiento las vías de eliminación.	
Intervenciones de enfermería	Justificación
1.- Se realizó estimulación rectal con supositorio de glicerina, expulsando tapón de meconio.	1.- La incapacidad para expulsar meconio en término de 12 a 24 horas es causa de distensión abdominal y dibujo de asas intestinales.
2.- Se mide orina, siendo de 7 ml en 8 horas.	2.- El aumento en el volumen de soluciones incrementa el flujo de orina. ⁴⁰
Evaluación: Se observan claramente las manifestaciones de infección, se muestra hipoactivo, se identifica dolor a la palpación del abdomen, perístasis presente, la diuresis esta disminuida, no ha evacuado por lo que se estimulo con supositorio de glicerina, expulsando tapón de meconio, disminuyendo el perímetro abdominal de 21 a 19 cm. Se mantiene el buen funcionamiento de las vías de eliminación	

⁴⁰ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 306

6.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

Diagnóstico de Enfermería: Alto riesgo de infecciones relacionado con procedimientos terapéuticos invasivos, ruptura de la membrana amniótica.

Objetivo: Protegerlo de amenazas internas y externas, como infecciones.

Intervenciones de enfermería	Justificación
1.- Lavado de manos antes y después de tocar al neonato. 2.- Se inicia antibiótico terapia (ampicilina y amikacina). 3.- Se retiran adhesivos con algodón húmedo con agua.	1.- Las infecciones cruzadas son frecuentes en el área de UCIN. 2.- Son agentes que inhiben la proliferación de microorganismos e impiden su multiplicación. 3.- El alcohol tiene efectos adversos potenciales como la absorción, las quemaduras y cambios del pH. Se debe usar agua para no desprender la epidermis y producir dolor. ⁴¹

⁴¹ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 751

Evaluación: Se inicia el tratamiento con antibióticos antes de conocer los resultados de los cultivos, se realizó cambio de venoclisis periférica por catéter central, se mantiene normotérmico con piel marmórea, equimosis en ambos talones y bajas de saturación. El uso adecuado de técnicas asépticas protege al recién nacido de una mayor exposición a la enfermedad. Los padres expresan sus preocupaciones respecto de la enfermedad de su hijo y comprenden las razones del tratamiento y manejo.

7.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integración de los tejidos relacionado con retiro de telas adhesivas, punciones, quemaduras químicas y térmicas. Manifestado por: excoriaciones.

Objetivo: Mantener la integridad de la piel.

Intervenciones de enfermería	Justificación
1.- Baño con agua templada, esterilizada, jabón neutro y algodón. 2.- Lubricación de la piel con crema hidratante. 3.- Aseo de la unidad con cambio de ropa. 4.- Cambios frecuentes de	1.- En los prematuros la grasa del tejido conectivo esta casi ausente por lo que es mas propenso a sufrir lesiones de la piel. 2.- Durante las primeras semanas no es aconsejable el baño diario conviene esperar a que su piel madure evitando la resequedad dérmica. 3.- Comodidad y confort al recién nacido. Evitar infecciones.

sensor de saturómetro y electrodos.	4.- La rotación frecuente de la posición del sensor ayuda a prevenir quemaduras locales. ⁴²
<p>Evaluación: durante el baño el recién nacido presenta saturaciones hasta el 80 % sin cambios de coloración, se observa hiperemia en la base del muñón umbilical, se realiza aseo con antiséptico indicado, la equimosis de los talones por tomas de muestras disminuyó con la aplicación de calor.</p> <p>Con el aseo y lubricación de la piel se mantiene la integridad de la piel y el retiro de adhesivos con cuidado, cambios continuos de brazaletes de oxímetro.</p>	

8.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER BUENA POSTURA

<p>Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con alteraciones metabólicas e inmovilidad o disminución de la actividad física, inmunodeficiencia, manifestado por eritema, excoriaciones, y sequedad cutánea.</p> <p>Objetivo: Evitar lesiones por presión en la piel.</p>	
Intervenciones de enfermería	Justificación
<p>1.- Se dan cambios frecuentes de posición.</p> <p>2.- Se coloca nido térmico.</p>	<p>1.- Los cambios de posición evitan las excoriaciones, fluctuaciones de presión arterial e intracraneal, además proporcionar confort y disminución del gasto calórico. Se mantiene al recién nacido lo más relajado posible disminuyendo el estrés.</p> <p>2.- El feto de ve constante arropado por las paredes uterinas que le sirven de apoyo. Cuando el prematuro se siente desprovisto de estos límites físicos presenta aumento en la actividad motora, mayor gasto calórico e irritabilidad.⁴³</p>

⁴² Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 440

⁴³ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 472

	<p>Evaluación: La posición ideal es la de decúbito ventral con manos cerca de la boca y piernas flexionadas (posición fetal), logrando disminuir el estrés por lo consiguiente mejora el gasto cardiaco. Se le dan cambios frecuentes de posición, evitando así las lesiones por presión y postura.</p>
--	--

9.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

<p>Diagnóstico de Enfermería: Alteración del patrón del sueño, relacionado con manipulación continua, luz brillante y ruido de monitores, manifestado por: baja en la saturación de oxígeno e incremento de la frecuencia cardíaca.</p>
--

Objetivo: Mantener un ambiente tranquilo y agradable.

Intervenciones de enfermería	Justificación
<p>1.- Se disminuye el volumen de alarma a los monitores.</p> <p>2.- Se baja a la intensidad de luz brillante, se coloca antifaz.</p>	<p>1y 2.- La organización del sueño-vigilia auxilia al recién nacido pretérmino a evitar la agitación, favorece la auto organización, se disminuye el consumo de calorías y de oxígeno, presentan menos periodos de apneas y tienen mejor incremento de peso. ⁴⁴</p>

⁴⁴ Op. Cit. Deacon Jane, O'Neill p. 873

Evaluación: En virtud de que en el área de UCIN hay un movimiento constante y excesivo del personal que producen ruidos y tonos de voz diferentes, el recién nacido lo logra la tranquilidad, debido a esto es necesario mantenerlo en lo posible en un ambiente libre de ruidos para disminuir la irritabilidad y así mejora su estado. Los síntomas del recién nacido desaparecen conforme la infección es tratada y se le da comodidad y confort logrando el sueño profundo.

5.7 EXPERIENCIA PERSONAL

Experiencia personal en el manejo de prematuros.

Comentario general:

En mi experiencia personal los cuidados de enfermería son universales y son especialmente aplicables en los momentos iniciales de la vida, continuándose a lo largo de ésta, hasta la muerte. Además la neonatología ha alcanzado en los últimos años avances tecnológicos importantes, enfocados a salvar a prematuros extremos y recién nacidos graves, que poco tiempo atrás no hubieran sobrevivido; éstos avances han fortalecido unidades de Cuidados Intensivos Neonatales. Las UCIN han aumentado significativamente el índice de supervivencia de neonatos, manteniendo un ambiente por lo general poco apacible y a veces incluso ruidoso y molesto, que contrasta con el cálido, oscuro y dulce ambiente uterino. Los bebés están expuestos a luces brillantes, ruidos importantes, procedimientos dolorosos e incómodos, superficies relativamente duras y ausencia de un micro-ambiente de apoyo y límites protectores,

Muchos de los procedimientos que realizamos en nuestras unidades de cuidados neonatales (intubaciones, punciones venosas, arteriales, vesicales, lumbares.) producen cambios fisiológicos en el niño: - aumento de la frecuencia cardiaca, - aumento de la presión arterial, - disminución de la saturación de oxígeno, que puede llevar a hemorragia intracraneana en los prematuros extremos.

Por lo que en nuestro quehacer diario el objetivo primordial es la de implementar un plan de cuidados de enfermería adaptados a las características fisiológicas del RN prematuro, disminuyendo factores estresantes con modificaciones ambientales, cambiando la forma de aplicación de los cuidados y enfatizando las necesidades individuales de cada paciente, denominado Protocolo de Estimulación mínima.

Y de manera mas especifica lo que buscamos en el servicio de neonatos, el equipo de salud es:

Modificar el ambiente para reducir elementos causantes de stress.

Disminuir iatrogenías e infecciones nosocomiales.

Optimizar el apoyo al crecimiento y al desarrollo integral del recién nacido prematuro.

Promover la atención individualizada.

Incrementar el conocimiento del equipo que presta los cuidados sobre el comportamiento y el desarrollo del recién nacido.

Modificar rutinas y procedimientos para apoyar mejor el desarrollo neuromotor.

Procurar confort y prevenir el dolor.

Incrementar los periodos de descanso y periodos de sueño profundo

Evitar fluctuaciones de presión arterial e intracraneal

Disminuir el gasto calórico.

Prevención de la hipotermia e hipertermia consiguiendo un ambiente normotérmico.

Tomando en consideración lo anterior nuestro enfoque es favorecer las intervenciones orientadas a las necesidades de los prematuros.

A.- Proporcionar seguridad

El RN no debe sentirse agredido por el medio que lo rodea. Debe tenerse sumo cuidado con la temperatura, humedad, el ruido, la luz y su piel.

I.- La termorregulación

Los Pacientes internados en la UCI Neonatal corren mayor riesgo de inestabilidad térmica debido a ciertos factores como:

Prematurez
Anomalías congénitas
Septicemia
Asfixia e Hipoxia
Compromiso SNC
Aporte nutricional y calórico inadecuado
Disminución de los movimientos involuntarios
Inmadurez sistema termorregulación
Cantidad deficiente de tejido adiposo subcutáneo

1.- Hipotermia: En el prematuro, los signos son más sutiles, pero sus efectos más graves pudiendo ocasionar apnea e hipoglucemia que si no son detectadas pueden poner en peligro su vida. Además el enfriamiento se ha asociado con la incidencia de enterocolitis necrotizante y con un aumento de la presión en la arteria pulmonar.

2.- Hipertermia: Este es un evento que puede suceder tanto en el RNT como en el prematuro. Se define con una temperatura axilar de $>37,5^{\circ}\text{C}$; con el esfuerzo del organismo por disipar calor, ocurre vasodilatación periférica. Puede ser en consecuencia de anomalías en el SNC, por sustancias tóxicas que afectan el centro de termorregulación, como en las infecciones bacteriana en las que se liberan toxinas o también se puede deber a condiciones ambientales, los cuales deberían ocurrir dado los sistemas de control que tienen las incubadoras y calefactores radiantes, los cuales presuponen siempre una buena enfermería.

3.- Ambiente Térmico neutral: Este es muy importante en el cuidado de los prematuros y del RNT enfermo. Se ha comprobado que se asocia con una menor mortalidad y mejor incremento de peso en los prematuros. Mejora la evolución de cualquier recién nacido enfermo, ya que el RN no necesita incrementar ni disminuir los niveles naturales de reposo teniendo un consumo mínimo de oxígeno.

II.- Humedad ambiental

En el RN de muy bajo peso, las pérdidas de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis; las consecuencias iatrogénicas y fisiológicas de las altas pérdidas de agua son: deshidratación, falta de equilibrio de líquido y electrolitos, lesión del estrato córneo superficial y posible absorción percutánea de tóxicos.

Siendo necesaria nuestra intervención para:

- * Mantener humedades altas durante los primeros 10 días; los tres primeros días de vida el grado de humedad debe estar por encima del 80%. Programar humedad al máximo sin que se produzca condensación.
- * Comprobar niveles de agua y temperatura del calentador de gases.
- * Mantenimiento de la incubadora: cambiar al tercer día mientras utilizamos humedades altas y posteriormente cada siete días.

III.- Control de signos vitales

- * Para una evaluación del sistema cardiorrespiratorio siempre controlamos los signos vitales. Si existiesen factores de riesgo para cardiopatía congénita y verificamos la presión en las cuatro extremidades.
- * Los signos vitales a través de manipulación deben ser tomados cada 4 horas, excepcionalmente cada 3 horas.
- * Los pacientes deben estar monitorizados con saturimetría continua y monitor cardiorrespiratorio, los cuales deben mantenerse encendidos con alarmas prefijadas y con volumen estandarizado en nivel 4.
- * Los vasos umbilicales deben ser cateterizados para la toma de exámenes, administración de soluciones parenterales y monitorización invasiva de presión arterial continúa en niños hemodinámicamente inestables.
- * El control de peso debe hacerse una vez al día. Si el niño está en ventilación mecánica, se debe realizar entre dos personas. Debe usarse una manta térmica para evitar las pérdidas de calor por convección.

IV.- Cuidado de la piel.

En los prematuros el estrato córneo está poco desarrollado, lo que facilita la pérdida de calor, de agua y de protección frente a toxinas y agentes infecciosos. Existe además edema en la dermis por lo que se reduce el flujo de sangre pudiendo ocasionar necrosis por presión. Hay menor número de fibras que conectan dermis y epidermis, la grasa del tejido conectivo está casi ausente, por lo cual son más propensos a sufrir lesiones como ampollas. El pH de la piel al nacimiento es de 6,34 , durante los cuatro primeros días disminuye a 4,95, este manto ácido protege frente a microorganismos.

Limpieza de la Piel:

* Utilizar guantes y material estéril hasta que la piel esté íntegra (mínimo una semana), para prevenir infecciones.

* Baño: lavar con toques suaves y solamente con agua destilada templada y gasas estériles suaves. Durante las dos primeras semanas no es aconsejable el baño diario y conviene esperar que su piel madure y de este modo no alterar su pH y función evitando el secamiento excesivo de la piel, la hiperestimulación, stress y fatiga.

* Cuando la piel esté íntegra es aconsejable el baño por inmersión. A partir de los quince días se puede utilizar jabón neutro, dos veces a la semana. Evitar el uso de jabones alcalinos ya que alteran el pH y pueden destruir la capa protectora ácida de la piel. La Limpieza de la piel procura efectos estéticos y antimicrobianos.

* Para mantener la piel área genital en óptimas condiciones:

Cambiar pañales frecuentemente.

Utilizar pañales absorbentes.

Utilizar agua y algodón para el aseo.

Estimule la alimentación con leche materna

Uso de lubricantes que contengan petrolatum o barreras que contengan oxido de zinc

No utilizar productos no recomendados para neonatos.

* Para tratar dermatitis del pañal utilizar los siguientes métodos:

Identificar y modificar su causa.

Proteger la piel utilizando una gruesa aplicación de barrera que contenga óxido de Zinc.

Utilizar una barrera libre de alcohol, basada en pectinas o hidrocloides por mínimo tres días, sin manipular.

* Identificar candidiasis genital mediante la presencia de lesiones rojas satélites. Esta dermatitis será más intensa si es cubierta por lociones oclusivas. El tratamiento es la utilización de lociones antifúngicas, además se puede dejar expuesta y con luz. No colocar pectinas o hidrocoloides (Duoderm).

* Cuando sea necesario realizar asepsia con soluciones de yodo, utilizar el mínimo posible y sólo en el área específica, eliminar inmediatamente la solución después del procedimiento, limpiando el área con agua tibia. A causa de la inmadurez de las capas de la piel, en especial del estrato córneo, es común que se produzcan quemaduras con soluciones a base de yodo, principalmente en los prematuros extremos. También ocurre absorción a través de la piel. Se recomienda evitar su uso y utilizar tintura de clorhexidina.

* El alcohol tiene efectos adversos potenciales como la absorción, las quemaduras, el impacto sobre la barrera de la piel y los cambios del pH, por lo cual debe ser utilizado en mínima cantidad como asepsia pre-procedimiento invasivo y retirado con agua estéril o suero fisiológico después del término.

- * Monitorear con cuidado los sitios de punción, en el caso de infusión continúa monitorear cada hora. Observar signos de infiltración (edema, isquemia, hipertermia local).
- * De existir infiltración, retirar vía venosa inmediatamente. Según la sustancia que se extravasó y el tiempo transcurrido, puede ocurrir necrosis del tejido con ruptura de la capa superficial y afección del tejido subcutáneo. Los medicamentos más peligrosos son: gluconato de calcio, bicarbonato de sodio, antibióticos e inótrupos.

Prevenir lesiones en la piel:

- * Utilizar solamente cinta adhesiva adecuada para la piel sensible del recién nacido utilizando la mínima cantidad para fijar vías venosas, manteniendo un área libre para poder observar el sitio. Se debe tener gran cuidado cuando se las quite humedeciendo con algodón y agua, para no desprender la epidermis y producir dolor.
- * En los prematuros menores de 1000g, usar protectores o barreras cutáneas a base de pectinas como segunda piel para evitar la remoción de la epidermis.
- * La tintura de Benjuí forma un vínculo potente entre el material adhesivo y la epidermis agravando el peligro de que se desprenda la epidermis al retirar el adhesivo. Es mejor no utilizar este producto en los RN pretérmino.
- * Cambiar los electrodos del monitor cardíaco solamente cuando no estén funcionando. En prematuros extremos, utilizar sostén.
- * Colocar apósitos adhesivos transparentes, tales como el Tegaderm en las eminencias óseas como las rodillas para evitar abrasiones en la piel.
- * Los cambios posturales frecuentes previenen la aparición de escaras. La presión prolongada del peso corporal disminuye la circulación local y favorece lesiones en la epidermis, originado a veces necrosis local.

Prevenir quemaduras:

- * Cuando sea necesario utilizar el monitor transcutáneo de oxígeno, la rotación frecuente de la posición del sensor ayuda a prevenir quemaduras locales. Para fijarlo utilizar gasa o algodón. Evitar aplicar presión excesiva al fijar los sensores.
- * Fijar el sensor del servocontrol el área apropiada con una vigilancia continua de su fijación.

Prevenir pérdida insensible de agua:

- * Mantener al prematuro en incubadora ya que la cuna de calor radiante aumenta la pérdida insensible de agua a través de la epidermis.
- * Usar humidificación y calor a través de la incubadora durante los primeros 10-15 días de vida.
- * La humidificación recomendada en la incubadora se obtienen mediante mecanismos especiales, como en el caso de incubadoras con dispositivos portátiles, lavables con filtro que disminuyen la contaminación, especialmente con *pseudomonas*.
- * Aplicar una capa de crema a base de aceite mineral, lanolina y vaselina, sin fragancias ni sustancia preservantes. (Aquafor) Aplicar cada 12 horas en prematuros < 30 semanas una capa fina en todo el cuerpo, excepto en la cara. En varios estudios la utilización de esta crema no tuvo influencia sobre infecciones cutáneas.

V.- Consideraciones ambientales

En este aspecto nos orientamos a:

- * Disminuir la intensidad lumínica, evitando luces intensas y brillantes y utilizando una intensidad que permita trabajar.
- * Intentar aislar a los RN con Fototerapia de los demás RN para disminuir el estímulo Lumínico.
- * Reducir las luces por determinados periodos o cubrir la incubadora casi totalmente para promover un ambiente más oscuro para promover el sueño profundo y descanso, facilitando también el ciclo día –noche.
- * Proteger al niño de la luz cubriendo parte de su incubadora con una manta acolchada. Es importante que también existan periodos de claridad moderada para la estimulación y la maduración de la retina.
- * Las paredes de la incubadora funcionan como un aislante de la voz humana pero actúan de caja de resonancia para los ruidos que se producen en la unidad. Se ha relacionado el ruido con la aparición de hipoxemia, bradicardia y aumento de la presión intracraneana por lo que es preciso intentar la disminución del ruido en las unidades.
- * Intentar aislar a los RN graves de los más estables.
- * Evitar ruidos bruscos
- * Cerrar puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad
- * Evitar el choque de las mesas, sillas soportes de suero y tabla contra la incubadora.
- * No colocar objetos sobre la incubadora. (mamadera, oxímetro ect)
- * Evitar golpear con los dedos la superficie de la incubadora.
- * Hablar en tonos bajos y lo absolutamente necesario,
- * No utilizar radio en la UCIN
- * Colocar señales de advertencia en la unidad para recordar: SILENCIO.

* Responder rápidamente a las alarmas

B.- Proporcionar comodidad y bienestar

I.- Evitar dolor.

* En el pasado se consideraba que el RN debido a su inmadurez neurológica, era incapaz de sentir dolor. Estudios recientes revelan que los prematuros y RN de término tienen una capacidad nociceptiva completa, por lo cual se han producido cambios importantes en las UCIN. El complejo sistema nervioso del neonato muestra muy diversas respuestas a los estímulos ambientales. Por esta causa, sus reacciones al dolor pueden describirse como conductuales en relación al dolor, estrés y estabilidad. El RN no debe sentir dolor. Si es necesario se deben poner en práctica todas las medidas farmacológicas y no farmacológicas para aliviarlo.

* El dolor tiene como objetivo principal proteger y ocurre cuando existe una lesión tisular. Las terminaciones nerviosas se encuentran en la piel y en otros tejidos.

II.- La Comunicación del Recién Nacido

Así como los adultos tienen una forma verbal y corporal para comunicarse, también los recién nacido posee su propio lenguaje no verbal. Cuando se atiende a un paciente adulto, antes de comenzar se le suele preguntar si está cómodo, si siente dolor, y si en algún momento del procedimiento éste siente molestias, se interrumpe. Por el contrario, en la atención del prematuro, se abren las ventanillas de la incubadora en cualquier momento para poder seguir con la lista de procedimientos que deben ser realizados durante el turno, sin darnos cuenta si el pequeño paciente puede intentar comunicar que no se siente bien, que tienen dolor y que necesita tiempo para mejorar su oxigenación y estabilizarse antes de experimentar stress con algún procedimiento.

Por último quiero mencionar que los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos me han permitido establecer una comunicación constante con el personal operativo y me han sido de apoyo en el desarrollo temas de capacitación al personal de enfermería del hospital en donde laboro.

VI. CONCLUSIONES

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático, que contribuye de manera importante en el desempeño de la actividad de enfermería, permitiendo atender al paciente de manera completa y evita la posibilidad de cometer omisiones. Este método se hace necesario para el profesional de enfermería debido a que requiere una actualización constante y conocimientos técnicos de soporte que harán posible la innovación y por consiguiente ser competitivo.

Debido a que el Hospital ABC, es de asistencia privada y de segundo nivel cuenta con los recursos humanos y materiales, así como el equipamiento tecnológico necesario para desarrollar una atención con calidad, a este respecto la neonatología ha alcanzado en los últimos años unos avances tecnológicos impensables, enfocados a salvar a prematuros extremos y recién nacidos graves , que poco tiempo atrás no hubieran sobrevivido, estos avances han hecho proliferar unidades de cuidados intensivos neonatales en las que el niño es aislado del vínculo paterno-materno y la salud emocional de nuestros pacientes., en este sentido, a partir del Proceso Atención de Enfermería se ha

demostrado que el cuidado individualizado de estos niños desde el nacimiento, prestando una especial atención a todos los aspectos que suponen una disminución de la agresividad de los cuidados intensivos, favorece el desarrollo psíquico y proporciona puntuaciones mayores en el cociente de desarrollo que los niños que reciben cuidados tradicionales. Por otro lado la disminución de las agresiones ambientales facilita la estabilización del niño clínicamente grave y disminuye las complicaciones.

Partiendo de la base de que el niño prematuro, es un ser consciente que reacciona a estímulos, con capacidades que se van modelando, y con unas expectativas de su entorno familiar y social puestas en su nacimiento se pretende transmitir la importancia que tiene el conocimiento de lo que son estos pequeños antes de “caer en nuestras manos”, olvidándonos de verlos como seres sin formar, sin experiencias para enfocarlos como niños capaces de sentir, ver, oír.

Este proceso rompe paradigmas tradicionales llevándonos por el camino de la sustentación teórico y técnica del trabajo que realiza el personal de enfermería convirtiéndose en una herramienta metodológica de gran utilidad.

La niña que fue objeto de mi estudio finalmente se recuperó y fue dada de alta con la indicación de continuar en seguimiento externo en la consulta.

VII. GLOSARIO

- ✓ **Analizar:** Examinar y clasificar fragmentos de información para determinar donde podrían situarse en la imagen completa.
- ✓ **Aprendizaje:** Adquisición de un comportamiento nuevo relativo a las actitudes, a los valores y a los interiores.
- ✓ **Bradycardia:** Lentitud anormal del pulso.
- ✓ **Competencia:** Cualidad de poseer los conocimientos y habilidad necesarias para llevar a cabo una acción. Cuidados de calidad. Servicios del cuidado de la salud del cliente que aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados y reducen la probabilidad de resultados indeseables.
- ✓ **Conducción:** Pérdida de calor por contacto directo del cuerpo con objetos fríos (sacos de hielo, baños fríos).
- ✓ **Convención:** Pérdida de calor por circulación de aire alrededor del cuerpo (abanicos, vientos fríos).

- ✓ **Descanso:** Estado de tranquilidad, relajación caracterizado por un descanso de tensión emotiva.
- ✓ **Diagnóstico:** Segunda etapa del proceso de enfermería durante la cual se analizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud (recursos y problemas de salud reales y potenciales).
- ✓ **Embarazo:** Estado fisiológico normal en la mujer.
- ✓ **Espacio Interveloso:** Lagos sanguíneos que forman parte de la placenta donde se llevan a cabo los intercambios nutritivos y respiratorios entre el feto y la madre.
- ✓ **Eficiencia:** Calidad de ser capaz de producir el efecto de forma segura con los mínimos riesgos, gastos y esfuerzos necesarios.
- ✓ **Empatía:** Compresión de los sentimientos o percepciones de otro, pero sin compartir los mismos sentimientos o puntos de vista (comparece con simpatía).
- ✓ **Evaluación:** Quinta etapa del proceso de enfermería durante la cual se determina hasta que punto se han logrado los objetivos. Se analiza cada una de las etapas previas para identificar los factores que favorecen o dificultan el proceso, y se modifica o finaliza el plan de cuidados según este indicado.
- ✓ **Feto:** Nombre que recibe el producto de la concepción a partir del 3er mes o cuando supera los 500 gr. de peso.
- ✓ **Fibrosis:** Proceso caracterizado por la proliferación de las fibras colágenas y disminución de las fibras elásticas del tejido conjuntivo.
- ✓ **Faneras:** Pelos, cabellos, uñas y dientes.
- ✓ **Habito:** Patrón de conducta que se establece por repetición continua y por lo tanto generalmente se hace con facilidad, incluso sin pensar.
- ✓ **Hemólisis:** Desintegración de los hematíes o disolución de los corpúsculos sanguíneos con liberación de hemoglobina.
- ✓ **Hipertensión:** Aumento de la presión vascular o sanguínea.
- ✓ **Hipertonía:** Tono o tensión exagerados, especialmente tono muscular, espasticidad, rigidez.
- ✓ **Intervención:** Acción realizada para prevenir, curar o controlar un problema de salud (Por Ej.: hacer un cambio postural cada 2 horas es una intervención para prevenir la solución de continuidad de la piel).
- ✓ **Meconio:** Materia pardoverdosa viscosa compuesta de moco, bilis y restos epiteliales que evacua el intestino del recién nacido: se llama así por su parecido con el sumo concreto de adormideras.
- ✓ **Medio Ambiente:** Conjunto de condiciones naturales y culturales susceptibles de actuar sobre los organismos vivos y las actividades humanas.

- ✓ **Necesidad:** Requerimiento de una persona que, cuando se satisface; alivia o reduce el sufrimiento o promueve una sensación de adecuación y bienestar.
- ✓ **Placenta:** Órgano redondeado, plano, blando y esponjoso de grosor y tamaño variables situado en el interior del útero durante el embarazo y que sirve para el intercambio nutritivo entre la madre y el feto.
- ✓ **Pensamiento Crítico:** Pensamiento cuidadoso, intencionado, dirigido al logro de un objetivo, que se usa para valorar las situaciones mas complicadas, identificar problemas reales y potenciales, y tomar decisiones sobre un plan de actuación.
- ✓ **Proceso de Enfermería:** Método empleado por las enfermeras para efectuar el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud reales y potenciales. El proceso de enfermería se centra en dos tipos de problemas de salud. A) los que las enfermeras tratan independientemente, B) los que las enfermeras tratan en colaboración con los médicos.
- ✓ **Radiación:** Perdida de calor en forma de ondas electromagnéticas, cuando la temperatura del entorno es más baja que la del cuerpo (tiempo, frío, aire acondicionado).
- ✓ **Sueños:** Actividad psíquica durante el sueño (imágenes).
- ✓ **Taquicardia:** Aceleración de los latidos cardiacos.
- ✓ **Taquinea:** Respiración acelerada, superficial.
- ✓ **Taxonomía:** Parte de la historia natural que trata de la clasificación de los seres.
- ✓ **Tegumentos:** Piel y mucosas.
- ✓ **Variabilidad:** Disposición a variar.
- ✓ **Valoración:** Primera etapa del proceso de enfermería durante la cual se reúnen y examinan los datos, en preparación para la segunda etapa: el diagnóstico.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- ✦ Alfaro Rosalinda, Le Feure “Aplicación del Proceso de Enfermería”, 3ª. Edición, Editorial Mosby, Madrid, España, 1996.
- ✦ Burroughs, Med, R.N. Traducción Rodríguez G. Berenice del C. UNAM “Enfermería Materno Infantil”, 7ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 1999.
- ✦ Carpenito Juall Linda, R. N., M. S. N. “Manual de Diagnóstico de Enfermería, 4ª. Edición, Editorial Mc Graw Interamericana, Madrid, 1995.
- ✦ Carpenito Juall Linda, R. N., M. S. N. “Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería”, Editorial Mc Graw Interamericana, 1994 Nueva York.
- ✦ Fernández Ferrin Carmen, Novel Martín Gloria “El Proceso atención de enfermería, estudio de casos”, Marco Conceptual Henderson Virginia, Taxonomía Diagnóstica NANDA, Ediciones Científicas, S.A. Masson Salvat, Enfermería Barcelona, España, 1993.

- ✦ Games Eternod Juan y Palacios Treviño Jaime L. "Introducción a la Pediatría". Sexta Edición. Editores Méndez. México D. F. 2003.
- ✦ García Pelayo Ramón y Gross, Tomo 1, 2 y 3, 5ª. Edición, Editorial Larousse, Indiana, USA, 1992.
- ✦ González Merlo J. Del Sol J. R. "Obstetricia", 4ª. Edición, Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson Salvat Medicina Barcelona, España, 1993.
- ✦ Instituto Nacional de Perinatología, "Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología". México, D. F. 1998.
- ✦ Kozier, Erb "Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica", Tomo I, 4ª. Edición, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, España, 1993.
- ✦ Mascaro José Ma. Y Porcar "Diccionario Médico", 9ª. Edición, Editorial Salvat Barcelona, España, 1993.
- ✦ Miguel, Simón, "Diccionario de la Mujer", Editorial Secretaría de Salud. 1999.
- ✦ Mondragón Castro Héctor, "Ginecología Básica Ilustrada", 4ª. Edición, Editorial Trillas, México, 1993, Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- ✦ Murria Mary Ellen, Ph DI., M. S. N. 5a. Edición Atkinson Leslie D. R. N., M. S. N. "Proceso de Atención de Enfermería", Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
- ✦ Nordmark / Rohweder "Bases Científicas de la Enfermería", 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, 1996, Washington, E. U. A.
- ✦ Olds London Ladewing, 4ª. Edición "Enfermería Materno Infantil", México, D. F., Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1995.
- ✦ Riopelle, lise, Inf. M. N. Grondin Louise, Inf. M. Ed. Phaneuf Margot, Inf. M. A. (Educación), "Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona", 1993. España.
- ✦ Rosales Barrera "Fundamentos de Enfermería", Tomo I, 2ª. Edición, Editorial Manuel Moderno, México D. F. Santa Fe Bogotá, Colombia, 1999.