



ESCUELA DE ENFERMERÍA "MARÍA ELENA MAZA BRITO"
DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRAN"

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM CLAVE 3049-12

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

APLICADO A UN PACIENTE CON RETRASO EN EL CRECIMIENTO
INTRAUTERINO DE MUY BAJO PESO AL NACER TRISOMÍA 21
TRATADO CON PROGRAMA MAMÁ CANGURO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
"LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA"
P R E S E N T A :
AIDA GALINDO SOLÓRZANO
Nº Cta 401501289

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. ENF. FLORITA LÓPEZ CARVAJAL



MÉXICO

NOVIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Doy gracias por darme la vida, por ser mi fortaleza espiritual para seguir adelante y llegar a la culminación de mi carrera.

A MI MADRE: Por impulsarme a cumplir mis sueños, gracias por acompañarme en mis desvelos, por esa dedicación y amor que me demuestras todos los días.
Gracias por depositar tu confianza en mí, para poder lograr mi meta.

A MI HERMANA: Por preocuparse por mi preparación académica, a pesar de estar lejos.

A MIS PROFESORES: A todos y cada uno de ellos; por las enseñanzas, las críticas constructivas para así mejorar cada día y por haber tenido diversas experiencias que compartieron durante este largo y sinuoso camino.

INDICE

Página	
1. Introducción	4
2. Justificación	6
2.1 Objetivo General	7
2.2 Objetivo Específico	7
3. Metodología	8
4. Marco Teórico	9
4.1 Historia de la Enfermería	9
4.2. Cuidado enfermero	20
4.2.1 Proceso Atención de Enfermería	26
4.2.2 Etapas del PAE	28
4.2.3 Desarrollo Histórico del PAE	43
4.3. Modelo de Virginia Henderson	45
4.3.1 Principales conceptos	46
5. Aplicación del Proceso a un neonato con Retraso en el Crecimiento Intrauterino, Bajo Peso al Nacer, Trisomía 21 tratada con programa Mamà canguro, mediante el modelo de Virginia Henderson.	50
5.1 Presentación del caso	50
5.1.1 Valoración inicial en el servicio de Neonatología	51
5.2 Valoración mediante las 14 necesidades	53
5.3 Diagnósticos de Enfermería	56
5.4 Planeación	57
5.4.1 Plan de Atención de Enfermería	57
5.4.2 Ejecución del plan de cuidados	57
5.5 Plan de alta	73
5.6 Conclusiones	76
5.7 Sugerencias	77
6. Glosario	78
7. Referencias Bibliográficas	81
8. Anexos	83
8.1 Anatomía y Fisiología (Embriología)	84
9. Retraso en el Crecimiento Intrauterino	92
10. Muy Bajo Peso al Nacer	96
11. Trisomía 21	98
12. Programa Mamá Canguro	102
13. Instrumento Metodológico	105

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene la finalidad de presentar un proceso de Atención de Enfermería de un neonato con los diagnósticos de Retraso en el Crecimiento Intrauterino, Muy Bajo Peso al Nacer, Trisomía 21, y que fué tratado con Programa “Mamá Canguro” en el área de Prematuros del servicio de Neonatología del Hospital de la Mujer.

Basado en el modelo de Virginia Henderson para valorar las necesidades del neonato, así mismo diagnosticar, planear, ejecutar las acciones de enfermería y evaluar el plan de cuidados de enfermería.

Se hace una revisión sobre la Historia de la Enfermería desde la evolución del hombre y como la mujer ha sido piedra angular a través de las distintas etapas de la vida; y de como ha desarrollado y refinado lo que hoy conocemos como Cuidados de Enfermería.

La enfermera ha evolucionado a lo largo de los años; ya que el cuidado de enfermos está a cargo de las mujeres de tribus, matronas, amas de cría, prostitutas, religiosas, diaconisas, etc, hasta llegar a la enfermera diplomada; con la cuál se han desarrollado las teorías y modelos de enfermería.

Hablaremos del Proceso Atención de Enfermería, mencionaremos por cuantas etapas está compuesto y en que consiste cada una de ellas.

Se explicará el Modelo de Virginia Henderson y de las 14 necesidades básicas, ya que en base a este se realizó el PAE.

En los anexos se menciona la Embriología y Fisiología de la Circulación Fetal, Retraso en el Crecimiento Intrauterino, Muy Bajo Peso al Nacer, Trisomía 21, se explicará su etiología, cuadro clínico, Diagnóstico y tratamiento de cada una de ellas.

Se explicará el “Programa Madre Canguro”, y como ayudó al neonato para su crecimiento y desarrollo, así como el control de sus patologías y en consulta externa.

2. JUSTIFICACIÓN

El proceso atención de enfermería permitirá al pasante de la Licenciatura en Enfermería contar con un instrumento metodológico, que le sirva como material de consulta para tener mayor conocimiento sobre los siguientes diagnósticos Retraso en el Crecimiento Intrauterino, Muy Bajo Peso al Nacer, Trisomía 21. Este es de gran utilidad en la planeación de los cuidados de enfermería específicos en estas patologías.

El presente trabajo tiene la finalidad de dar a conocer el Programa Mamá Canguro, y los cuidados de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson.

La realización principal de este trabajo es para obtener el título profesional de la Licenciatura en Enfermería y Ginecoobstetricia.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso atención de enfermería a un neonato con Retraso en el Crecimiento Intrauterino, Muy Bajo Peso al Nacer, Trisomía 21, tomando el modelo de Virginia Henderson, identificando las 14 necesidades para el cuidado holístico del neonato.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las intervenciones de enfermería en un neonato con diagnósticos de Retraso en el Crecimiento Intrauterino, Muy Bajo Peso al Nacer, Trisomía 21.
- Coordinar las acciones a realizar en el paciente en conjunto con el equipo de salud, para reincorporar al neonato a su entorno.
- Proporcionar atención de enfermería con base en un método propio que permita la toma de decisiones sistematizada de acuerdo con la valoración, diagnóstico y el tratamiento de enfermería.

3. METODOLOGÍA

Para la realización del Proceso de Atención de Enfermería se eligió a un paciente neonato femenino con retraso en el crecimiento intrauterino, muy bajo peso al nacer, trisomía 21, que fué atendida en el servicio de Neonatología-Prematuros del Hospital de la Mujer.

Con la siguiente recopilación de datos:

- Selección de la paciente en hospitalización para la realización y aplicación del proceso enfermero.
- Se obtiene bibliografía para ampliar y reafirmar el conocimiento sobre las siguientes patologías: retraso en el crecimiento intrauterino, muy bajo peso al nacer, trisomía 21.
- La obtención de datos se realiza a través de una entrevista directa a la madre de la paciente en diversas ocasiones con la finalidad de realizar una valoración fidedigna y obtener una valoración con datos subjetivos y objetivos.
- Una vez obtenida la información de la entrevista directa a la madre de la paciente, se consulta el expediente clínico, para ratificar algunos datos.
- Se realiza exploración física con el fin de corroborar y ampliar la información obtenida, de las patologías que presenta la paciente.
- La realización de la valoración de enfermería se realizó mediante las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Con la información obtenida se eligieron los diagnósticos enfermeros en base a los elaborados por la NANDA.
- Se elabora y se aplica el plan de cuidados a la paciente.
- Se realiza la evaluación del plan de cuidados.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 HISTORIA DE LA ENFERMERÍA

SIGNIFICADO HISTÓRICO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El ámbito enfermero de “significación” está constituido por la materia histórica, relacionada a su vez con las manifestaciones que ha planteado el “saber” y el “que hacer” de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos.

Así mismo, su contenido se remonta a las “prácticas cuidadoras” ligadas a la conservación de la especie humana. En todas las etapas de la historia las madres, mujeres y esclavos han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo y/o de transmisión oral, tanto en su saber teórico como en su práctica ligados inevitablemente, a la sociedad humana.

Los elementos del cuidado son capaces de establecer lazos con una totalidad histórica, en base a un sistema de referencia con el que se relacionan y articulan. Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que, en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que, desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente.

Collière afirma:

“Las enfermeras les aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus prácticas de cuidados, a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural.”¹

El que hacer como enfermeras el intentar ilumina, a la luz de la historia, el contenido propio de nuestra disciplina, tratando de extraer el significado que han tenido los cuidados, quién los ha proporcionado cómo, dónde, por qué y para qué.

¹ 1 Marie Françoise Collière, “Promover la vida”, Edit. Interamericana Mc Graw-Hill, España 1993, Pág.5.

PERÍODO PALEOLÍTICO

Estaba conformado por cazadores que habitan al aire libre, o en cuevas después de conseguir el dominio del fuego, configuraran una organización social, con ideas mágico-religiosas, y prácticas alimentarias y de conservación de la especie.

El concepto de ayuda Paleolítico está a su vez impregnado de falta o de cierta falta, de premeditación y de individualidad. A si mismo, no existe en las actividades del cuidado, a través de la ayuda un razonamiento que derive forzosamente de premisas previas.

Se tienen pocos datos objetivos para argumentar el modus vivendi del hombre paleolítico, ya que tan solo algunas inferencias nos hacen sospechar su organización social, su comunicación, como se protegían del frío y de lo que se alimentaban.

Que la vida del hombre era solitaria, misera, desagradable, bárbara y breve.

Se descubrió legados por el Homo Erectus (Paleolítico): el fuego, dada la gran influencia que este ejerció sobre los elementos básicos que constituyen la práctica de los cuidados, con el dominio de la producción del fuego, se transformarán las organizaciones sociales y mágico-religiosas, y su uso modificará materias y alimentos, lo cuál junto al calor y a la luz, contribuirán inexorablemente a la conservación del grupo y de la especie, objeto de las actividades cuidadoras.

PERIODO NEOLÍTICO

Los hombres del periodo neolítico que conocen de la agricultura, la cerámica y viven sedentariamente en un lugar fijo y es caracterizada por el paso de la economía depredadora a la productora, nos describe el contexto prehistórico en el que se inscriben las coordenadas que configuran el origen de las prácticas de los cuidados, o de la actividad de cuidar.

Estás concepciones colectivas como las imágenes, las ideas y el lenguaje, son transmitidos de generación en generación.

El concepto de ayuda, bajo el que se configuran “las prácticas de cuidados”, está inmerso, en un principio, dentro de la consideración de grupo ya que el hombre primitivo se cree incapaz de subsistir dissociado del mismo.

El proceso de humanización Homo Sapiens Neolítico se incorporan a la práctica de los cuidados elementos psicológicos y culturales que las desligan de pautas meramente instintivas, lo que supone un aumento en la capacidad de aprendizaje y una mayor variabilidad de comportamientos de la especie.

Durante el período neolítico los cuidados comienzan a ejercerse según un plan, con medios conscientemente útiles, en interés de la existencia del grupo y de la especie, basados en el conocimiento de las condiciones naturales del medio que habitan y en la regularidad de los fenómenos-climatológicos; a lo que debemos añadir sus propias formas de aprendizaje, fundamentadas en la experiencia que proporcionan los principios de la causalidad.

CUIDADOS DE SUPERVIVENCIA

LAS PRÁCTICAS DE LAS MUJERES CUIDADORAS

Que las diferencias y peculiaridades biológicas, determinarán la participación y el reparto de las actividades en el seno de las comunidades prehistóricas; esto nos indica que la actividad de cuidar estará ligada, en un principio, a las peculiaridades biológicas femeninas relacionadas con la fecundidad, que se irán perfilando paulatinamente, hasta concretarse en “tareas asignadas” por la comunidad.

Las principales responsabilidades femeninas serán:

- El mantenimiento del fuego y sus secretos en cuanto a la preparación de alimentos, calor y prácticas para procurar bienestar y alivio.
- El cuidado de las gestantes, de los partos y de la prole a través de la observación y el aprendizaje de comportamientos que garantizan la

continuidad de la especie y de la vida.

- La recolección de vegetales, que implica la selección de alimentos y la obtención de conocimientos relacionado con sus propiedades, así como su repercusión en las prácticas de los cuidados.

El saber empírico se va configurando mediante la práctica de las tareas asignadas, establece el valor social de los cuidados de supervivencia proporcionados por las mujeres en las primeras comunidades prehistóricas.

El valor social de los cuidados de supervivencia está la motivación de las figuras femeninas, como son:

Las imágenes de la realidad.

- Las representaciones de un ideal estético.
- Las imágenes de la fecundidad.
- Y las figuras de magos y sacerdotisas.

Afirmar que la mujer madre le corresponden por imperativos biológicos que la sitúan cerca de los secretos de la naturaleza, el papel de cuidadora intuitiva, a través de recetas misteriosas repetidas en el más estricto secreto para el hombre y que proporcionaron a las primeras cuidadoras un bagaje de conocimientos sobre esta actividad.

“El origen de la práctica cuidadora debemos situarlo en la observación directa de los animales, ya que estos realizan ciertas acciones significativas para su bienestar como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes”.²

Este hecho fue generando un amplio cuerpo de conocimientos, basado en

² Juana Hernández Conesa, “Historia de la Enfermería”, Edit. McGraw-Hill, España, 1995, pág. 61.

los principios activos, de las diferentes especies vegetales que podían ser utilizadas en forma de tisanas, bálsamos o emplastos o inhalados con la finalidad de dar bienestar del componente afectado.

“Las plantas constituyeron la base de todas las prácticas, tanto curativas como cuidadoras, mejorando la actividad desempeñada por las mujeres.”³

El campo de actuación de las prácticas de cuidados femeninos, que se relacionaron con la gestación, el parto, el amamantamiento, la protección de la prole, la alimentación y el cuidado general del grupo.

LA ENFERMERÍA EN LAS SOCIEDADES PRIMITIVAS

Puede suponerse que los individuos daban cuidados o curaban basándose en la experiencia y transmisión oral de conocimiento que tenían sobre la salud y la enfermedad. Los roles tradicionales de la mujer: esposa, madre, hija, hermana incluían siempre el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia. El término enfermera se deriva de los cuidados maternos dados a sus hijos pequeños desamparados.

De las antiguas civilizaciones, hay poca información sobre aquellos que cuidaban a la madre y al hijo durante el parto; y que las amas de cría a menudo daban de mamar y cuidaban a los hijos pequeños de las familias ricas, estos roles eran desempeñados por esclavas.

Porque los esclavos no tenían estatus y como tales su trabajo no merecía documentarse. La enfermera-esclava dependía del maestro, curandero o sacerdote para su instrucción o dirección en el cuidado a su cargo. La persona encargada de los enfermos debía tener una dedicación exclusiva que le permitiera proporcionar a estos los cuidados considerados como básicos: alimentación, descanso e higiene.

En Egipto existía una cultura del cuidado que hubiera garantizado su desarrollo racional y su valor social, si este no hubiese estado condicionado

³ 3 Op. cit, (1) pág 25-26.

por las relaciones de servidumbre y de género de las personas que tradicionalmente lo practicaban.

En el valle del Nilo, el sabio Amenemope recomendaba tener una amabilidad extrema para con el ciego, el manco, el cojo o el loco. No se podía dejar a los pacientes sin ayuda y nunca consideraron al enfermo impuro o intocable. Hay una amplia gama de costumbres y actitudes que se debía tener hacia los niños, basada en extremos de ternura y resaltando el papel de la nodriza, así como los cuidados de crianza relacionados con la gestación, el parto y la crianza.

Estás actividades delegadas eran efectuadas por sirvientes y esclavas de la casa y organizados por el ama, al igual que las actividades propias, relacionadas con el mantenimiento de la salud del grupo, familia, como la alimentación, higiene, y remedios básicos que implicaban unos cuidadosos hábitos sanitarios.

No hay un registro específico de la enfermería en las civilizaciones babilónicas; sin embargo hay referencias a las tareas y prácticas proporcionadas tradicionalmente por las enfermeras. La ilustración médica de ese período incluye una figura del tipo de la enfermera que proporciona apoyo o consuelo al paciente.

Los hebreos tenían un código de salud mosaico con la historia de los cuidados de salud fué considerado la primera legislación sanitaria y cubría los aspectos de salud individual, familiar y comunitaria, diferenciaba lo limpio de lo sucio.

Se proporcionaban principios de salud personal relacionados con el descanso, el sueño, la limpieza; había normas para las mujeres relacionadas con la menstruación y el embarazo.

El uso de la cuarentena como prevención contra la transmisión de enfermedades contagiosas como la lepra o la difteria se documentan en la Biblia. Las enfermeras se mencionan ocasionalmente en el Antiguo

Testamento como mujeres que cuidaban a los bebés, niños, a los enfermos, agónicos y como parteras que ayudaban durante el embarazo y el parto.

En la antigua India los primeros hospitales estaban a cargo de enfermeros varones de los que se requería que tuvieran cuatro calificaciones:

1.-Conocimiento de la forma en que deben prepararse las drogas para su administración.

2.-Inteligencia.

3.-Dedicación al paciente.

4.-Pureza de mente y cuerpo.

El papel de la mujer en la Grecia Antigua se reducía al hogar, ya que no podía iniciarse en los misterios de las artes; en el terreno de los cuidados, aparecen como amas de cría y parteras empíricas.

Se hace una división social que hace imposible que un mismo individuo sea a la vez trabajador y ciudadano; estos cuidados fueron relegados al mundo de los sirvientes y esclavos en un mundo que los excluía.

Fué un arte aprendido en condiciones sociales de desventaja, no fue posible introducir los cuidados bajo la óptica de la filosofía natural, ya que quienes la practicaban como las mujeres eran considerados jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual; y en el caso de los esclavos y siervos eran como objetos jurídicos sobre los que se tenía la propiedad.

En la Roma pagana, los nosocomios o subalternos, actuaban como enfermeros en las “valentudinarías”, hospitales situados en el campo de batalla. Los cuidados que proporcionaban estaban relacionados con la fuerza física y con las situaciones de enfrentamiento bélico.

Es una clara muestra de la institucionalización de los cuidados que hasta el momento poseían un carácter doméstico.

EL PAPEL DE LA RELIGIÓN EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA

El valor cristiano de “ama a tu prójimo como a ti mismo” influyó significativamente en el desarrollo de la enfermería occidental.

Al crecer la iglesia cristiana, se construyeron más hospitales al igual que instituciones especializadas en el cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos, pobres y enfermos. La iglesia fomentaba el cuidado y el consuelo de los enfermos y pobres, pero no permitía el avance del conocimiento en la prevención o cura de enfermedades; esta actitud impregnó el periodo conocido como edad oscura, que duró aproximadamente quinientos años.

Los grupos de diaconisas, tuvieron sus orígenes en el Imperio romano del tercer y cuarto siglo con Macella, Fabiola, Paula y fueron suprimidas durante la edad media por las iglesias occidentales

De la enfermería volvieron aparecer ocasionalmente a lo largo de los siglos, con más notoriedad en 1836 cuando Theodor Fliedner reinstauró la orden de diaconisas y abrió un pequeño hospital con escuela de formación en Kaiserswerth, Alemania donde Florence Nightingale recibió su formación en enfermería.

EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA MODERNA

Un rol adecuado de la mujer en la vida era mantener un hogar agradable y elegante para su familia; las mujeres comunes trabajan como criadas en casas privadas o dependían del salario de su esposo. La prestación de cuidados para los enfermos de los hospitales o en casas privadas recaía en mujeres poco corrientes, a menudo presas o prostitutas que tenían poca o ninguna formación en enfermería y aún menos entusiasmo por el trabajo.

La enfermería tenía escasa aceptación y ningún prestigio; el único rol de enfermería aceptable estaba dentro de una orden religiosa donde se daban servicios al hospital con poco o ningún coste.

La escuela de formación para enfermeras en Kaiserswerth incluía el cuidado de los enfermos en los hospitales, instrucción en enfermería visitadora, doctrina religiosa, ética y farmacia.

Florence Nightingale, nació en una familia rica e intelectual su educación incluía el dominio de varios idiomas antiguos y modernos, literatura, filosofía, historia, ciencias, matemáticas, religión, arte y música.

Se esperaba de ella que siguiera el camino habitual de una mujer rica e inteligente al momento casarse, tener hijos y mantener una casa elegante. Ella estaba determinada sin embargo, a convertirse en enfermera para aliviar la carga de sufrimientos de los desamparados y míseros. Como joven viajera del momento, en 1847 tuvo la oportunidad de visitar Kaiserswerth, dónde recibió una formación de tres meses en enfermería. En 1853 estudió en París con la hermanas de la caridad, después de lo cuál regresó a Inglaterra para asumir el cargo de superintendente de un hospital de caridad para maestras enfermas.

Durante la guerra de Crimea, hubo una protesta, pública por lo inadecuado del cuidado de los soldados. El índice de mortalidad, calculado en un 42-60%, se atribuyó a heridas, infecciones, cólera, nutrición inadecuada, falta de medicamentos y falta de cuidados. A Florence Nightingale le pidió Sir Sidney Herbert del departamento de guerra que reclutara un contingente de enfermeras para cuidar de los enfermos y heridos en Crimea.

A pesar de la oposición de los oficiales médicos del ejército, ella y sus enfermeras transformaron el entorno creando cocinas dietéticas, una lavandería, centros recreativos y salas de lectura, organizando clases además adiestró a los ordenanzas para que fregaran las salas y vaciaran la basura.

En el curso de seis meses el índice de mortalidad disminuyó a menos del 2%, cuando volvió a Inglaterra, a Nightingale le dieron unos honorarios de 450 libras procedentes de un agradecido público inglés. Esto fue utilizado posteriormente para desarrollar la escuela de formación para enfermeras Nightingale, que se abrió en 1860 y sirvió como modelo para otras escuelas de formación.

Los esfuerzos de Florence Nightingale y de sus enfermeras cambiaron el estatus de la enfermería hacia un trabajo respetable para las mujeres.

EL IMPACTO DE LA GUERRA EN LA ENFERMERÍA

Durante la guerra civil, Dorothea Dix fué designada como superintendente del primer cuerpo de enfermeras del ejército de los Estados Unidos. Ella sólo reclutó a mujeres que fueran mayores de 30 años y no tuvieran atractivo; éstas enfermeras vendaban heridas, daban medicinas y atendían las dietas. Además de las heridas de guerra los soldados sufrían de disentería y viruela y muchas enfermeras murieron como resultado de enfermedades contraídas durante el servicio.

Un grupo adicional que proporcionaba servicios fué la asociación central de mujeres para el socorro, este grupo pleiteó con el gobierno para establecer una comisión que investigará las condiciones sanitarias de los hospitales del ejército. Como respuesta se estableció la comisión sanitaria de los Estados Unidos en 1861.

En 1901 se estableció formalmente el cuerpo de enfermeras del ejército de los Estados Unidos por una ley del Congreso y en 1908 se estableció el cuerpo de enfermeras de la Armada de los Estados Unidos.

Durante la I Guerra Mundial, aproximadamente 20,000 enfermeras fueron asignadas al servicio militar; muchas de éstas enfermeras siguieron prestando cuidados o con programas de ayuda en Europa y Asia. La necesidad de enfermeras formadas produjo tensiones en el aporte de enfermeras cuyo resultado fué el miedo a la disminución en los estándares de ingreso y graduación en la formación de las enfermeras.

Adelaide Nutting, Annie Goodrich y Lillian Wald se reunieron para elaborar un programa de formación alternativo que combinará la formación universitaria y hospitalaria.

La II Guerra Mundial tuvo un tremendo impactó en la Enfermería, las

enfermeras sirvieron en el frente, en hospitales de campaña, en barcos hospital y en ambulancias aéreas. Pero la necesidad de enfermeras influyó en la enseñanza en enfermería, dando como resultado el desarrollo del cuerpo de enfermeras cadetes de los Estados Unidos, un programa de formación para enfermeras fundado con fondos federales en 1942.

La Ley de formación de enfermeras 1942 tenía las siguientes disposiciones que prohibieron la discriminación a cusa de la raza y del estado civil, exigieron unos estándares docentes mínimos y obligaron a las escuelas de enfermería a repasar y revisar sus planes de estudio.

4.2 CUIDADO ENFERMERO

El origen de los cuidados humanos se remonta a los tiempos en los que, tanto la explicación de lo desconocido por la creencia en seres sobrenaturales, como la observación de ciertos sucesos recurrentes de la naturaleza, así como de las plantas y animales para aplicar los primeros cuidados, en relación con lo que hoy se puede denominar Enfermería, Medicina y cirugías primitivas. Los hombres tomaron un camino equivocado, basándose en la idea de semejanza produce semejanza, e intentaron provocar las lluvias, el sol, la fertilidad y fecundidad de la tierra así como el mantenimiento de la vida, el origen de la actividad de los cuidados humanos; imitando a la naturaleza mediante ciertos ritos de magia simpática.

Prevalecía la creencia de que existía un alma o espíritu mientras que otros se dedicaban a observar las estrellas fijas y los movimientos regulares de los planetas y además concibieron la idea de que el pensamiento primitivo atribuye a las personas, animales y seres inertes un poder sobrenatural que regia los destinos de los seres humanos.

Las creencias religiosas que suponían la existencia de seres superiores que confrontaban los fenómenos que escapaban a su poder. La mujer como sujeto de fecundación y transmisora de vida, sacerdotisa mantenía estos conocimientos integrados en el mundo de la magia y la religión elementos a considerar el origen de la ciencia.

El nacimiento de la actividad de los cuidados humanos en el contexto científico nos remite a una pelea mágico-religiosa, lejos de una intención propedéutica de sistematizar y organizar los fenómenos que los configuraban.

La cierta estructuración de conocimientos empíricos, formas sencillas y elementales de observación directa, inferencia y clasificación que posteriormente se materializaron en la elaboración de instrumentos y

herramientas, utensilios para los cuidados humanos que con posterioridad cristalizaron en el desarrollo de sistemas mas o menos complejos de conocimiento, a saber: unidades y reglas de medición, aritmética elemental, calendario anual comprobación de la prioridad de ciertos acontecimientos astronómicos y hasta de los eclipses, como se puede constatar en documentos de Babilonia y del antiguo Egipto.

Fueron los griegos padres de la ciencia y en concreto los filósofos naturalistas, los primeros que sometieron esos conocimientos al análisis racional y trataron de establecer las relaciones causales que los enlazaban.

De la idea de ciencia en enfermería, ya que los cuidados enfermeros estaban sujetos a coordenadas de servilismo, dentro del campo de lo doméstico y considerados como un saber práctico exclusivamente.

La influencia de las concepciones mágico-religiosas primero los enfoques lógico racionales aristotélicos que se sumaron después, impidieron que el cúmulo de conocimientos técnico-prácticos heredados de las sociedades primitivas y de las viejas civilizaciones, entre los que se encontraban las actividades de los cuidados humanos enfocadas a cubrir las necesidades básicas del hombre.

Dicho conocimiento práctico, indispensable en las antiguas sociedades y civilizaciones cohabito con un cúmulo de mitos y leyendas, constituido por una literatura anónima e inconexa expresada con torpeza.

Las sugerencias emanadas de los procesos técnicos pudieron ser aplicados con audacia a todos los fenómenos de la naturaleza hasta que pudo destruirse el hechizo que envolvía el modo de explicación mitológica y oscurantista.

Las barreras mito-religiosas y con posterioridad la aristotélicas que se interpusieron entre los “saberes prácticos” y el “saber” fueron posibles y se consolidaron históricamente, en virtud de la concurrencia de otras circunstancias, entre ellas especialmente las “concepciones negativas” sobre

el trabajo manual, asociadas al régimen esclavista; que dieron lugar a la germinación de importantes prejuicios sociales, que estimulaban el abandono de los saberes técnico-prácticos, por considerarlos actividades menores propias de siervos y esclavos.

El amor y el socorro a los pobres es esencial y específicamente una virtud cristiana la asistencia a los pobres y enfermos no es solo una virtud social, si no también una virtud individual que obliga en conciencia a cada cristiano en particular. El cristianismo institucionaliza, por su naturaleza los cuidados de enfermería a través de la caridad, la humildad y la salvación del alma de las “buenas obras”.

La idea de ciencia en enfermería se ve comprometida nuevamente por directrices que la enmarcan en una concepción humilde y modesta en cuanto a la transmisión y elaboración de los conocimientos relativos al saber y el que hacer enfermero, relegándolas a un sistema de transmisión oral no estructurado ya que su fin ultimo no será la propedéutica de una incipiente disciplina, si no que tan solo será una actividad enmarcada y definida desde las connotaciones evangélicas de las “buenas obras”

El saber enfermero entendió la capitular citada tan solo parcialmente: “las buenas obras son mejores que el mucho conocimiento”.

Eran mas importantes el tiempo y los astros que el dolor y el sufrimiento, así como sus métodos de alivio, ya que en si, mismos constituían un medio inequívoco de salvación eterna de este modo, los ciudadanos de enfermería se enmarcan en: llevar una vida devota y acorde a las reglas. La Biblia como contiene la verdad de los cristianos, no quería para los enfermeros y enfermeras la necesidad de la gramática como utillaje imprescindible para la recta comprensión de lo que se lee ya que no consideraban la propuesta de la citada capitular en la que se afirmaba: “pero sin conocimiento de las cosas son imposibles las buenas obras” el saber antiguo que imprime a la monarquía carolingia el carácter de Epígona del imperio romano-cristiano, no

constituía para las personas encargadas de cuidar a los enfermos la piedra angular de ningún programa educativo..

En su concepción técnica influyen muchos factores ya que Nightingale consideraba la enfermería como una vocación religiosa para ser contestada solo por mujeres potenciando la disminución caritativa y militar, estableciendo de este modo la base lógica de su filosofía enfermera que se centro en el paciente, mas que en la enfermedad, así como en los aspectos, de higiene del medio y en el entorno; sin embargo, no separo de forma precisa el ambiente del paciente de los aspectos físicos, emocionales o sociales.

De igual modo creía en un periodo u otro, que toda mujer podría ser enfermera, en el sentido de que la enfermería era tomar la responsabilidad de la salud de otro, lo que resulta paradójico; si analizamos su obra globalmente ya que su orientación fue la base para la creación de muchas de las primeras escuelas de formación de enfermeras.

La actividad del cuidado humano, una constante que surge con carácter propio desde el principio de la humanidad.

En palabras de Collière:

“Cuidar representa un conjunto de actos de la vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie”^{.4}

La tarea de cuidadora a sido acompañada por un saber latente que a nuestro juicio, no se a hecho explicito en parte por los problemas de trasfondo que albergan las formas de pensamiento en las cuales el saber enfermero ha dejado descansar sus principios de explicación más básicas y fundamentales.

La creencia en seres sobrenaturales, inmateriales, pero dotados de realidad y poder pero para quienes creen en ellos; en este caso es una categoría que

⁴ 4 Ibid, (1) pág.7.

es conceptualizada en forma de “alma” o “espíritu”, el cual surge para dar explicación como la muerte supone un largo sueño donde el alma se va pero no regresa al cuerpo; a diferencia del sueño durante el cual el alma se va pero regresa. De manera análoga la enfermedad es considerada como la corrupción del alma o la pérdida de parte de ella.

El pensamiento mágico supera la libre asociación de ideas como forma de explicación de los fenómenos más incomprensibles. En el pensamiento mágico y la ciencia hay cierta similitud, ya que en ambos casos la finalidad última es el control directo de los fenómenos naturales, lo que presupone algún tipo de creencia en leyes inmutables.

El pensamiento religioso implica un método pasivo de invocación, donde no existe idea de intervención para modificar la realidad; y se encuentran dos campos claramente distinguibles, el sagrado y el profano es decir el dominio de la magia y la religión así como el dominio de la ciencia.

La existencia de un conocimiento racional y empírico como puede constatarse en la construcción de instrumentos rudimentarios para la caza, la pesca, la recolección así como el conocimiento de los suelos, la conservación de los alimentos, las propiedades de las plantas, la meteorología y las estaciones del año.

Se puede inferir que los pueblos primitivos fueron capaces de suponer la existencia de medios naturales como causa que altera dicho estado natural, la salud, y que incluso pueden llegar a destruir el cuerpo por ejemplo los venenos, heridas, quemaduras, caídas, siendo estos los fenómenos que dan la explicación de la incapacidad o muerte y se reconocen como causas de desarreglos menores fenómenos como el calor, el frío, el exceso de ejercicio o la escasez de comida que son tratados con remedios naturales por mencionar algunos como: el masaje, vapor, calor, proporcionado por el fuego y pociones.

Saber enfermero, además de participar de las explicaciones sobrenaturales

mediante ritos y ceremonias derivadas del pensamiento mágico-religioso, se ha servido de la utilización de formas de razonamiento que, están implicadas directamente en las actividades del cuidado humano. Así podemos entender que la adquisición de conocimientos tanto prácticos como teóricos para el desarrollo de las actividades del cuidado humano es algo necesario para la propia supervivencia en los clanes primitivos; que tenían como fin último el mantenimiento de la vida y de la especie.

Las actividades del cuidado enfermero y humano han quedado, históricamente relegadas al ámbito privado de lo doméstico. Es muy significativo el cambio experimentado en los cuidados enfermeros, ya que de ser una técnica con un sentido de actividad práctica de actuación, pierde dicha condición para quedarse en una mera acción expresiva, donde el acto de cuidar se convierte en una forma de expresar sacrificio, bondad y humildad, perdiendo la finalidad práctica de toda actuación técnica en pro de la salvación del alma del que cuida.

Hemos de tomar conciencia de que, hasta el momento de su profesionalización, no podemos decir que la Enfermería sintiera la necesidad de explicarse de forma consciente y científica, es decir, de forma segura; ya que siempre ha estado implicada en el ámbito de lo doméstico y lo religioso.

4.2.1 PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

“Es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados”.⁵ Para la correcta aplicación del proceso de enfermería, nos referimos al modelo teórico elegido como marco conceptual, en torno al cuál se fundamentará el análisis que se haga de toda la situación que rodea a la intervención enfermera.

El modelo elegido determinará los fenómenos que debemos valorar y el modo en que debemos entender sus relaciones, de manera que podamos extraer un juicio consciente con los postulados propuestos por dicho marco o esquema conceptual. Ello permitirá tomar las decisiones oportunas para la consecución de los objetivos que se propongan durante el proceso.

La finalidad última del proceso de enfermería es, como se ha señalado anteriormente, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente, el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

CARACTERISTICAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.
- Individualiza el abordaje a las necesidades particulares de cada paciente.
- Está planeado.
- Está dirigido a los objetivos.
- Es flexible para cubrir las necesidades propias del paciente, familia o comunidad.

⁵ J. Hernández Conesa/M Esteban Albert, “Fundamentos de la Enfermería Teoría y Método”, Edit, Interamericana Mc Graw-Hill, 1999, pág129

- Permite la creatividad a la enfermera y al paciente para idear formas de resolver el problema de salud establecido.
- Es interpersonal. Requiere que la enfermera se comunique directa y coherentemente con los pacientes para satisfacer sus necesidades.
- Es cíclico. Como todos los pasos están interrelacionados, no hay un principio o un fin absoluto.
- Recalca la retroalimentación, que conduce a la revaloración del problema o a la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente. El proceso de enfermería se usa como marco de los cuidados de enfermería en todos los organismos sanitarios, con pacientes de todos los grupos de edad.

4.2.2 ETAPAS DEL PAE

VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, implica la recogida y validación de los datos. La valoración es parte de cada actividad que hace la enfermera por y con el paciente.

La valoración es un proceso continuo llevado a cabo durante todas las fases del proceso de enfermería.

Puede utilizarse durante la fase de diagnóstico para validar un diagnóstico; los estadios de planificación y ejecución, puede usarse la recogida de datos antes de anotar una actuación de enfermería o al obtener información sobre la respuesta de un paciente a las estrategias de enfermería. En la fase de evaluación, se hace la valoración para determinar los resultados de las estrategias de enfermería para evaluar el logro de los objetivos. Todas las fases del proceso de enfermería dependen de la exactitud y recogida completa de los datos de información.

La valoración establece una base de datos sobre la respuesta de un paciente a las preocupaciones de salud o a la enfermedad para determinar las necesidades de cuidados de enfermería del paciente. Las respuestas incluyen áreas de la vida diaria, salud e inquietudes biofísicas, emocionales, socioeconómicas, culturales y religiosas.

Una base de datos comprende la historia de enfermería y la valoración física, la historia clínica y la exploración física, los resultados de las pruebas de laboratorio y de diagnóstico, así como el material aportado por otros profesionales de la salud

La recogida de datos es el proceso de recoger información sobre el estado de salud del paciente, debe ser sistemática y continua; además de que implica una participación activa tanto del paciente como de la enfermera, el

paciente puede ser uno o más individuos, una familia e incluso una comunidad y entran en una relación con conocimientos específicos y experiencias previas que influyen en sus percepciones e interpretaciones.

METODOS DE RECOGIDA DE DATOS

OBSERVAR

Es recoger datos usando los cinco sentidos, las enfermeras observan principalmente mediante la vista, todos los sentidos están ocupados durante las observaciones; las observaciones de enfermería deben organizarse de tal forma que no se pierda nada significativo.

La observación tiene dos aspectos a) anotar los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos.

ENTREVISTAR

Una entrevista es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad; sus propósitos posibles son recoger datos, dar información, identificar problemas de preocupación mutua, evaluar el cambio, enseñar, dar apoyo, y dar consejo o terapia.

Un ejemplo de entrevista es la historia de salud de enfermería, es el instrumento principal para la recogida de datos.

Datos subjetivos: Son las informaciones que proporciona el paciente, y están constituidos por sus propias percepciones de su salud. La enfermera o puede confirmar estas percepciones.

EXAMINAR

La valoración física es fundamental para obtener los datos objetivos necesarios para completar la fase de valoración del proceso de enfermería

Datos objetivos: Son los que obtiene el examinador mediante el interrogatorio, las técnicas de examen físico, las pruebas de laboratorio u otras mediciones fisiológicas. Los datos objetivos son verificables; es decir

que pueden ser observados o medidas por otros profesionales de la salud. La valoración física se lleva a cabo sistemáticamente, como abordaje céfalo-caudal o por aparatos y sistemas. Una base completa de los datos subjetivos y objetivos permiten a la enfermera formular diagnósticos de enfermería y desarrollar los objetivos del paciente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad

DIAGNÓSTICO

DEFINICIÓN DE LA NANDA DE 1990

DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

“El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las actuaciones de enfermería con el fin de corregir los resultados de los que es responsable la enfermera.”⁶

Los diagnósticos de enfermería describen:

- a) Problemas de salud reales.
- b) Problemas de salud potenciales (factores de riesgo que predisponen a las personas y a sus familias a problemas de salud).
- c) Áreas de enriquecimiento del crecimiento personal.

Un diagnóstico de enfermería es un juicio que se hace después de un proceso de recogida de datos completo y sistemático; describe las respuestas de un paciente a una enfermedad o un problema de salud potencial; esta respuesta varía entre los individuos están orientados hacia los pacientes y se modifican al cambiar la respuesta del paciente.

⁶ 6 B. Kozier/G. Erb/K. Blais, “Conceptos y temas en la práctica de la enfermería, 2a. Edición, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana, 1995, pág 120.

Los diagnósticos de enfermería se refieren a las condiciones físicas, socioculturales, psicológicas y espirituales, mientras los diagnósticos médicos se refieren a la enfermedad. Los diagnósticos de enfermería se relacionan con las funciones independientes de la enfermera, es decir en áreas de cuidados de salud que son propias de la enfermería y son independientes y distintas de los cuidados incluidos en el tratamiento médico. En este proceso, las enfermeras usan los datos subjetivos y objetivos adquiridos y validados durante la fase de valoración además de sus conocimientos para desarrollar un enunciado de diagnóstico de enfermería. El resultado del proceso de diagnóstico, el enunciado de diagnóstico de enfermería, se registra en el plan de cuidados.

PROCESO DE DATOS

- 1.- Organizar los datos.
- 2.- Comparar los datos con estándares (identificar las sugerencias significativas).
- 3.- Agrupar los datos (generar hipótesis de prueba).
- 4.- Identificar las lagunas e incoherencias.

Estas actividades se desarrollan continuamente más que secuencialmente.

ORGANIZAR LOS DATOS

Los marcos teóricos y los modelos conceptuales a menudo guían el formato del instrumento de valoración, facilitando así la organización de los datos.

AGRUPAR LOS DATOS

La agrupación o reunión de los datos consiste en determinar la relación entre los hechos y los patrones de hallazgos en los hechos.

Agrupar los datos subjetivos y objetivos esto es un enfoque deductivo para la agrupación de datos, o formación de un patrón.

IDENTIFICAR LAS LAGUNAS E INCOHERENCIAS

Las lagunas son ausencias de información necesaria para determinar un patrón de datos. Las incoherencias son datos en conflicto.

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En este estadio final, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores relacionados con ellos. Con un problema de salud puede relacionarse más de un factor. También es importante determinar en este momento que el problema pueda resolverse con actuaciones de enfermería independientes. Si no, la enfermera debe remitir al paciente al miembro adecuado del equipo sanitario. Al incluir los factores causales en los enunciados de los diagnósticos, la enfermera puede diseñar un plan de cuidado del paciente.

FORMATO DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Hay tres componentes esenciales de los enunciados de los diagnósticos de enfermería; se denominan formato PES los componentes son:

1.-Los términos que describen el problema (P). Es denominado la categoría diagnóstica o título, es una descripción del problema de salud (real o potencial) del paciente (individuo, familia o comunidad) para el que se da tratamiento.

2.-La etiología del problema (E). Este componente identifica una o más causas probables del problema de salud y da directrices para el tratamiento de enfermería requerido. La etiología puede incluir las conductas del paciente, los factores ambientales o las interacciones de ambos.

Es esencial la diferenciación entre las posibles causas y los diagnósticos de enfermería porque cada uno puede requerir diferentes tratamientos de enfermería.

3.-Las características que lo definen o grupo de signos y síntomas (S). Las características definitorias proporcionan la información necesaria para llegar a la denominación de la categoría diagnóstica. Cada categoría de diagnóstico de enfermería se asocia con los signos y síntomas que se producen como una entidad clínica. Los signos y síntomas principales son aquellos que deben presentarse para hacer un diagnóstico válido. Las características secundarias pueden o no presentarse.

ESCRIBIR UN ENUNCIADO DE DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado claro sobre el problema de salud real o potencial del paciente que está dentro del ámbito de la actuación de enfermería independiente. El resultado del proceso de enfermería: es la segunda fase del proceso de enfermería.

Se pueden escribir los diagnósticos como enunciados en dos o tres partes.

Un enunciado de diagnóstico de enfermería en tres partes incluye:

- 1.- Problema (P) – Enunciado de la respuesta del paciente.
- 2.- Etiología (E) – Factores que contribuyen o causas probables de la respuesta.
- 3.- Signos y síntomas (S) – Características definitorias manifestadas por el paciente.

El enunciado de diagnóstico en tres partes comprende el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (PES). Los diagnósticos de enfermería reales pueden documentarse usando el enunciado en tres partes (usando “**en relación con**” y “**manifestado por**”), ya que los signos y síntomas se han identificado.

Se han sugerido varias alternativas por el formato PES.

- 1.-En un formato de plan de cuidados. Las características que lo definen pueden incluir tanto datos objetivos como subjetivos.
- 2.-Los signos y síntomas pueden escribirse después del enunciado del

diagnóstico uniendo las palabras “**manifestado por**” o “**evidenciado por**”.

PLANIFICACIÓN

Planificar es la tercera fase del proceso atención de enfermería, es diseñar y ordenar las partes de algo para lograr un fin u objetivo.

Planificar es el proceso de designar las estrategias o actuaciones de enfermería requeridas para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas del paciente identificados y validados durante la fase de diagnóstico. Las siguientes personas pueden estar implicadas en la planificación de estrategias de enfermería: una o más enfermeras; el cliente, los miembros de la familia, las personas de apoyo y cuidadores, y a veces miembros de otras profesiones de la salud.

La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es vital para alcanzar la calidad de los cuidados de enfermería. Es un proceso en el que se llevan a cabo la toma de decisiones y la solución de problemas. El proceso de planificación utiliza:

- Los datos obtenidos durante la valoración.
- Los enunciados de diagnóstico que presentan los problemas de salud del cliente (potenciales y reales).

Los diagnósticos de enfermería correctos proporcionan directrices para determinar los objetivos del cliente y desarrollar un plan de cuidados.

COMPONENTES DE LA PLANIFICACIÓN

FIJAR PRIORIDADES

La fijación de prioridades es el proceso de establecer un orden de preferencia para las estrategias de enfermería. Deciden cuál es el que merece atención primero, cuál es el segundo y así sucesivamente.

Los diagnósticos pueden agruparse como de alta, media o baja prioridad. La fijación de prioridades resulta más fácil usando un marco tal como un modelo

o teoría de enfermería

Las prioridades asignadas a los problemas no deben permanecer fijas; las prioridades de enfermería deben cambiar al cambiar los problemas de salud y el tratamiento del paciente.

ESTABLECER LOS OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADOS

Alcanzar los objetivos refleja la resolución de la preocupación o problema desalud del paciente que se especifica en el diagnóstico de enfermería.

Los objetivos de enfermería se orientaban hacia el cuidado directo.

PLANIFICAR LAS ESTRATEGÍAS DE ENFERMERÍA

Son acciones de enfermería elegidas para tratar un diagnóstico de enfermería específico para alcanzar los objetivos del paciente; y estos pueden ser a corto o largo plazo, las estrategias específicas elegidas para los diagnósticos de enfermería reales deben centrarse en la eliminación o reducción de la causa del diagnóstico.

ESCRIBIR LAS PRESCRIPCIONES DE ENFERMERÍA

Las prescripciones de enfermería deben incluir los cinco componentes siguientes:

- La fecha en que se escriben.
- El verbo de acción preciso para iniciar la prescripción.
- El elemento de tiempo.
- La firma de la enfermera que prescribe.

ESCRIBIR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

El plan de cuidados de enfermería organiza la información sobre la salud del paciente en un todo significativo; se centra en las acciones que deben realizar las enfermeras para abordar los diagnósticos de enfermería

identificados en el paciente y cumplir los objetivos establecidos. También se denomina plan de cuidados del paciente, ya que su centro de atención es el paciente.

Los propósitos de un plan de cuidados escrito son:

- Proporcionar directrices para un cuidado individualizado del paciente. El plan se organiza según las necesidades de cuidados de enfermería propias del paciente.

- Proporciona continuidad a los cuidados. El plan escrito es un medio de comunicar y organizar las acciones de un personal de enfermería que cambia constantemente.

- Proporciona directrices sobre lo que tiene que documentarse en las notas de evolución del paciente.

- Servir como guía para asignar el personal que cuida al paciente. Ciertos aspectos de los cuidados del paciente pueden tener que ser delegados en alguien que pueda hacer juicios necesarios sobre las respuestas del paciente.

FORMATO

Aunque los formatos difieren según los centros, el plan generalmente se organiza en cuatro columnas o categorías:

- a) Diagnósticos de enfermería.
- b) Objetivos.
- c) Intervenciones de enfermería.
- d) Evaluación.

CONSULTAR

Consultar es deliberar entre dos personas, las enfermeras consultan a una diversidad de personas; incluyendo a las demás enfermeras, a lo largo de todo el proceso de enfermería. La consulta implica que la enfermera involucrada en el cuidado busca consejo o clarificación con respecto a los objetivos del paciente.

Además, la enfermera puede servir como recurso para proporcionar ayuda a los temas relacionados con la salud o el paciente. Las enfermeras también pueden consultar con otros profesionales de la salud como médicos, nutriólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc.

Ninguna enfermera puede saberlo todo sobre la enfermería y otra enfermera puede tener conocimientos y experiencia sobre un problema en particular.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

La estancia media de los pacientes en los hospitales de cuidados agudos debido a los esfuerzos de la reducción de coste, las personas a las que se da de alta a veces necesitan todavía cuidados. Dichos cuidados cada vez se dan con más frecuencia en el domicilio del paciente. La planificación del alta, el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital, se está convirtiendo en una parte fundamental de los cuidados generales de salud.

La planificación eficaz del alta comienza con el ingreso de la persona y continúa con la valoración continua de las necesidades tanto del paciente como de la familia hasta el alta. Implica una valoración general no sólo de las necesidades físicas si no también de la disponibilidad de los cuidadores de la familia y amigos, el entorno familiar según lo describe el paciente y la familia, los recursos del paciente y los recursos comunitarios.

También proporciona a la enfermera la oportunidad de identificar las necesidades de aprendizaje de los pacientes y sus familias. Estas necesidades de aprendizaje pueden cubrirse mediante la educación individualizada antes del alta o, si es necesario, después del alta por parte de la enfermera.

EJECUCIÓN

La ejecución es la cuarta fase del proceso atención de enfermería, la ejecución es poner en acción las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados; es la acción de enfermería llevada a cabo para alcanzar el resultado deseado de los objetivos del paciente.

TIPOS DE ACCIONES DE ENFERMERÍA

Los términos independiente, dependiente e interdependiente se usan con frecuencia para describir las acciones de enfermería.

Una acción de enfermería independiente es una actividad que la enfermera inicia como resultado de los conocimientos propios y técnicas de la enfermería.

Las acciones de enfermería dependientes son aquellas actividades llevadas a cabo por una prescripción médica, bajo supervisión médica o según unos hábitos especificados.

Las acciones de enfermería interdependientes son aquellas actividades realizadas ya sea conjuntamente con otro miembro del equipo de salud o como resultado de una decisión conjunta de la enfermera y otro miembro del equipo de salud.

EL PROCESO DE EJECUCIÓN

El proceso de ejecución consiste normalmente en revalorar al paciente, validar el plan de cuidados de enfermería, determinar la necesidad de ayuda de enfermería, ejecutar las estrategias de enfermería y comunicar las acciones de enfermería.

REVALORAR AL PACIENTE

La revaloración del paciente se lleva a cabo a lo largo de todo el proceso atención de enfermería, es decir, durante la valoración, ejecución y evaluación; de hecho, siempre que la enfermera tiene contacto con el paciente. Mientras dan cuidados, las enfermeras deben continuar recogiendo datos sobre los cambios (sutiles o agudos) en el nivel de

bienestar del paciente, es decir, los problemas de salud además de las reacciones, sentimientos y potenciales. Las enfermeras son capaces de determinar si las intervenciones de enfermería planificadas son adecuadas en ese momento para el paciente.

VALIDAR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Un plan de cuidados de enfermería no puede ser fijo; debe ser un instrumento flexible. Cuando se recogen nuevos datos, deben compararse con la base de datos.

A veces, los nuevos datos son incongruentes con los datos básicos. La enfermera debe juzgar el valor de los nuevos datos y determinar si aún es válido el plan de cuidados de enfermería. Cuando cambia el estado de salud del paciente, es decir, cuando cambian las respuestas físicas o psicosociales, el plan de cuidados de enfermería tiene que ser adaptado.

Si los datos referentes al estado de salud de un paciente no cambian, la enfermera continúa con el proceso de ejecución.

EJECUTAR LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA

Las estrategias de enfermería se ejecutan para ayudar al paciente a cubrir sus objetivos de salud. Hay cuatro áreas principales de ejercicio de la enfermería:

- _ La promoción de la salud.
- El mantenimiento de la salud.
- El restablecimiento de la salud.
- El cuidado de los moribundos.

Seis consideraciones importantes para ejecutar las estrategias de enfermería son:

1. La individualidad del paciente. Se necesitan acciones individualizadas siempre que los cuidados no violen la base científica de la actividad.
2. La necesidad de implicación del paciente.
3. Prevención de las complicaciones.

4. Preservación de las defensas del cuerpo.
5. Provisión de comodidad y apoyo al paciente.
6. Ejecución correcta de todas las actividades de enfermería.

EVALUACIÓN

La evaluación es la quinta y última fase del proceso de atención de enfermería. Aquí evaluar significa identificar hasta que punto se han alcanzado los objetivos del paciente.

La evaluación es un aspecto sumamente importante del proceso de enfermería porque las conclusiones extraídas a partir de evaluación determinan si las actuaciones de enfermería pueden darse por finalizadas o deben revisarse o cambiarse.

Evaluar es un proceso concurrente y terminal. Es concurrente porque la enfermera normalmente evalúa durante la fase de ejecución del proceso. La enfermera puede cambiar una acción de enfermería para ayudar al paciente a cubrir los objetivos planeados. Es un proceso terminal porque después de finalizar la actividad de enfermería, la enfermera evalúa si se han alcanzado los objetivos del paciente.

EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN

RECOGER DATOS

Se recogen los datos para que puedan extraerse conclusiones sobre si han alcanzado los objetivos. La enfermera recoge los datos en relación por medio de la observación, por comunicación directa y por escuchar intencionadamente o a partir de los informes de otros profesionales de la salud. Puede ser necesaria la recogida de datos subjetivos y objetivos. Entre los ejemplos de datos subjetivos se incluyen las quejas de náuseas o dolor del paciente.

Los datos objetivos requieren interpretación, la enfermera puede obtener el punto de vista de una o más enfermeras para comprobar los cambios.

JUZGAR EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Los datos recogidos se comparan con los criterios establecidos. Hay tres posibles resultados de la evaluación:

1. El objetivo se cubrió; es decir, el cliente respondió como se esperaba.
2. El objetivo se cubrió parcialmente, es decir, se alcanzó un objetivo a corto plazo; o, se alcanzaron algunos, pero no todos, los criterios de resultados.
3. No se alcanzó el objetivo.

RELACIONAR LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA CON LOS RESULTADOS DEL PACIENTE.

El cuarto aspecto del proceso de evaluación es determinar si las acciones de enfermería tuvieron alguna relación con los resultados.

REEXAMINAR EL PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE

La evaluación del logro de los objetivos proporciona la retroalimentación necesaria para determinar si fue eficaz el plan de cuidados para resolver, reducir o prevenir los problemas del paciente. Entonces es necesario que la enfermera reexamine todos los aspectos del plan de cuidados, si se han alcanzado o no los objetivos. Reexaminar es el proceso de revalorar y replanificar.

MODIFICAR EL PLAN DE CUIDADOS

Cuando se determina que el plan de cuidados necesita revisión, la enfermera sigue cinco pasos:

1. Cambiar los datos en la columna de valoración para reflejar los hallazgos más recientes; los nuevos datos deben fecharse.

2. Revisar los diagnósticos de enfermería para reflejar nuevos datos.
3. Revisar las prioridades del paciente, los objetivos y los criterios de resultados para reflejar los nuevos diagnósticos de enfermería.
4. Establecer nuevas intervenciones de enfermería que correspondan con los nuevos diagnósticos de enfermería.
5. Cambiar los criterios resultados para reflejar los otros cambios del plan.

EVALUAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En los últimos años ha habido un trabajo considerable sobre la calidad de los cuidados de enfermería para determinar qué es un buen cuidado, si los cuidados de enfermería que se dan son adecuados y eficaces y si es buena la calidad de los cuidados que se prestan. El enfoque de la evaluación del proceso es las actividades de la enfermería, es decir, el trabajo del cuidador en relación con las necesidades del paciente.

4.2.3 DESARROLLO HISTÓRICO DEL PAE

El término PAE (Proceso Atención de Enfermería), es relativamente nuevo, ya que fué Hall su creadora en el año 1955. Desde entonces varias enfermeras han descrito el proceso de diferentes modos. Para Wiedenbach (1963) el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Más tarde Lois Knowles (1967), sugirió que eran necesarias cinco fases para la práctica de enfermería: descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir.

Durante las dos primeras fases, se recogen datos sobre el paciente. En la tercera (decidir), se determina un plan de acción, y durante la cuarta (hacer), la enfermera ejecuta el plan. En la quinta (distinguir), se valora la respuesta

del paciente a las actuaciones realizadas.

En 1967, la Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE), describió cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. La WICHE definió el proceso como “La interrelación entre un paciente y una enfermera en un momento dado, que incorpora la conducta del paciente y de la enfermera y la interacción resultante”⁷ (WICHE 1967); “también en 1967, la facultad de enfermería de la Catholic University of América propuso cuatro componentes del PAE: valoración, planificación, ejecución y evaluación.”⁸

“En 1973, la America Nurses Association (ANA), publicó los criterios de la práctica de enfermería siguiendo las fases del proceso. A partir de aquí, en varios estados se revisaron las historias de enfermería, para reconsiderar estos aspectos.”⁹

Como el proceso de enfermería se desarrolló de ambas maneras, teórica y clínicamente, el término de enfermería ganó un considerable reconocimiento en la literatura de la enfermería. “El concepto de diagnóstico de enfermería, desarrollado entre los años 1950 y 1960 se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del paciente.”¹⁰ El término no fué aceptado fácilmente, aunque, muchos autores de enfermería consideraron el diagnóstico de enfermería como básico para la enfermera profesional (Durand y Prince 1966; Rothberg 1967). Aproximadamente una década más tarde, Bloch definió los términos que fueron cruciales en enfermería y encontró en el término diagnóstico en relación con la práctica de la enfermería todavía era bastante controvertido (Bloch1974).

En 1973, Gebbie y Lavin en St Louis University School of Nursing ayudaron a

⁷ 7 Kozier/Erb/Olivieri, “Enfermería Fundamental Conceptos Proceso y Práctica, Tomo 1,4a edición, Edit. Mc Graw-Hill Interamericana 1994, pág181.

⁸ 8 Ibid (7) pág. 181.

⁹ 9 Ibid (7) pág. 181

¹ 10 Ibid (7) pág 181.

organizar la primera conferencia sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería. “Los participantes de está conferencia definieron al diagnóstico en enfermería como la conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería (Gebbie y Lavin 1975).”¹¹ Como consecuencia, las conferencias se celebraron cada dos años y han ganado en apoyo e interés. En 1982, el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), aunque reconociendo la participación y aportaciones de las enfermeras canadienses. En la actualidad, este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 categorías diagnósticas (NANDA1990).

Esta asociación consideró, de forma clara, que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituada a ello y pensara que el diagnóstico era una prerrogativa del medio.” En 1982 el National Council of State Boards of Nursing definió y escribió las cinco fases del proceso enfermero en términos propios de enfermería: valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.”¹²

4.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson nació en 1897, en Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, se despertó en Henderson el interés por la enfermería.

En 1918 ingresó en la escuela de enfermería del ejército en Washington, D.C, y se graduó en 1921, y aceptó un puesto como enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia, cinco años más tarde ingresó en el Teachers College de la Universidad de

¹ 11 Ibid (7) pág 181.

¹ 12 Ibid (7) pág 181.

Columbia, donde consiguió títulos B.S. Y M. A. en la rama de enfermería.

Regreso a Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948. Henderson vivió una larga trayectoria profesional como autora e investigadora.

En 1955, Henderson publicó su definición de enfermería, en una versión revisada el libro de texto *The Principles and practice of nursing*.

Henderson falleció de muerte natural en marzo de 1996, “La señorita Virginia Avene Henderson significó para el siglo XX lo que Florence Nightingale para el siglo XXI. Las dos escribieron una extensa obra de amplia resonancia mundial “(internet, 21 marzo de 1996)”¹³

El modelo de Virginia Henderson ha sido clasificado por las teóricas, en el grupo de la enfermería Humanística, por que considera a la profesión de Enfermería como un arte y una ciencia.

¹ 13 Martha Alligood/Ann Marrine, “Modelos y Teorías en Enfermería”, 4a. Edición, Edit. Harcourt-Brace,pág 100.

4.3.1 PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES DEL METAPARADIGMA ENFERMERO.

ENFERMERÍA

La función singular de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo; en la realización de las actividades que contribuyan a la conservación de su salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) y que el paciente llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza de voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude adquirir independencia lo más rápidamente posible.

PERSONA

Es considerada por Henderson como individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia o una muerte tranquila, y que el cuerpo y el alma son inseparables. La persona y la familia son consideradas como una unidad.

SALUD

Se considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades y es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano en relación con las 14 necesidades básicas.

ENTORNO

El conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo.

NECESIDADES BÁSICAS

- 1.- Respirar normalmente.
- 2.- Alimentación e hidratación adecuada.
- 3.- Eliminar los desechos corporales por todas las vías.
- 4.- Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- Sueño y descanso
- 6.- Selección de ropa apropiada (para vestirse y desvestirse).
- 7.- Mantener la temperatura corporal, dentro de parámetros normales.
- 8.- Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9.- Evitar peligros ambientales, e impedir que perjudiquen a otros.
- 10.- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11.- Vivir según valores y creencias.
- 12.- Trabajar de manera que exista un sentido de logro.
- 13.- Jugar y participar en actividades recreativas.
- 14.- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

La enfermera trabaja en una relación de interdependencia con otros profesionales de la salud, y compara las porciones de una tarta, con el grado de participación de los profesionales del equipo de salud en la atención del paciente.

Las porciones de la tarta varían de acuerdo con las necesidades del paciente; la meta es que el paciente represente la porción más grande de la tarta al ir recuperando su independencia.

El modelo de Virginia Henderson está basado en las 14 necesidades básicas del ser humano; que aplicadas en forma conjunta proporciona un enfoque holístico de la enfermería.

Los 15 componentes de los cuidados de enfermería orientan en la valoración, diagnóstico, planificación, realización y evaluación de los cuidados de enfermería.

El diagnóstico se basa en el grado de dependencia o independencia, que tiene el paciente en cada una de las necesidades, según el resultado de la valoración.

Así se determinan los diagnósticos enfermeros y se toman las etiquetas aplicadas por la NANDA; en la fase de la planificación se elabora un plan que responda a las necesidades del paciente, y que integre los tres tipos de funciones que ejecuta la enfermera, (independientes, dependientes, interdependientes) así como las que el paciente puede ejecutar.

Este plan se actualizara de acuerdo con los cambios que se van presentando; en la fase de ejecución, la enfermera ayuda al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad (o a tener una muerte pacífica).

La evaluación se hará según el grado de capacidad de actuación independiente. El niño y el inconsciente no pueden ser independientes por si mismos, pero la madre y los familiares si pueden aprender a darles los cuidados que necesitan de manera independiente, si reciben la orientación educativa oportuna por parte de la enfermera.

Henderson identifico tres niveles de relación entre la enfermera y el paciente:

1. La enfermera como sustituto del paciente.
2. La enfermera como ayuda del paciente
- 3 La enfermera como compañera y orientadora del paciente.

Henderson afirma: "Para que una enfermera ejerza como experta por derecho propio y haga uso del enfoque científico para perfeccionarse, ha

de tener el tipo de formación que solo se da en las instituciones de educación superior y universidades”¹⁴

Esto es la formación de nivel Licenciatura, o el equivalente; por que la educación de la enfermera exige un entendimiento universal de los diversos seres humanos.

¹ 14 María de Jesus García González, “El Proceso de Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson”, Edit, Progreso, 1997, pág. 13.

5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A UN NEONATO

RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO, BAJO PESO AL NACER, TRISOMÍA 21, TRATADA CON PROGRAMA “MAMÁ CANGURO” MEDIANTE EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

A.G.S. Neonato femenino de 45 días de vida extrauterina. Paciente que nace en el Hospital de la Mujer 01/septiembre/2005 e ingresa al servicio de Neonatología-Prematuros 11/septiembre/2005, para crecimiento y desarrollo dentro del Programa “Mamá Canguro”.

Entre los antecedentes personales de importancia están:

1. Retraso en el Crecimiento Intrauterino

Con inició desde el nacimiento dado los antecedentes patológicos de la madre y determinado por su talla 37cm peso 1150 grs al nacer.

2. Muy Bajo Peso al Nacer

Diagnósticado desde el nacimiento y determinado por su antropometría, al ingresar al servicio se mantiene en incubadora, con fórmula, y medición de perímetro cefálico y peso cada tercer día.

3. Trisomía 21

Al nacer se observa con estigmas de Síndrome de Down

Cabeza redonda, ojos rasgados e inclinados hacia arriba, puente nasal deprimido, macroglosía, pabellón auricular de baja implantación, cuello corto, palmas anchas con pliegue simiano. Se toma cariotipo el 06/septiembre/05 teniendo un resultado normal.

5.1.1 VALORACIÓN INICIAL EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

EXPLORACIÓN FÍSICA

FRECUENCIA CARDIACA 140 POR MINUTO

FRECUENCIA RESPIRATORIA 53 POR MINUTO

TEMPERATURA 36.5 C

Neonato alerta, reactiva, con piel marmórea, en cráneo con fontanelas normales con región occipital plana, presenta alopecia areata, cuello corto, pabellón auricular de baja implantación, puente nasal deprimido, boca pequeña con macroglosía, extremidades hipotróficas con manos anchas y con pliegue simiano, en tórax campos pulmonares limpios, latido cardíaco de buena intensidad, abdomen globoso con peristalsis, sin megalías a nivel umbilical con hernia, y cicatriz limpia, genitales de acuerdo a edad y sexo y miembros inferiores hipotróficos, las cuatro extremidades con movimiento espontáneo.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente que inicia su padecimiento actual desde su nacimiento el 01/09/05 iniciando con retraso en el crecimiento intrauterino, muy bajo peso al nacer, trisomía 21.

DIAGNÓSTICO

- Retraso en el crecimiento intrauterino.
- Bajo peso al nacer.
- Trisomía 21.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

BIOMETRÍA HEMÁTICA

Neutrofilos 31.9	Hct 29.5	Mchc 34.8
Leucocitos 55.6	Rbc 3.25	Rdw 16.6
Monocitos 0.7	Hgb 11.7	Plt 131
Eosinofilos 1.9	Mcv 1030	Mpv 7.7

Basofilos 0.9 Mch 35.9

Grupo sanguíneo: O + POSITIVO

ESTUDIOS DE GABINETE

- Cariotipo – 6/09/05
- Ultrasonido transfontanelar -normal-12/10/05
- Ecocardiograma – Doble defecto septal interatrial -20/10/05
- Tamiz neonatal - normal

TRATAMIENTO

- Trivisol 15 gotas vía oral cada 24 horas.
- Ferrinsol 5 gotas vía oral cada 24 horas.
- Vitamina E 25 UI vía oral cada 24 horas.

5.2 VALORACIÓN MEDIANTE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

1. NECESIDAD DE OXIGENACIÓN

Neonato alerta, activa y reactiva, con piel marmórea de tegumentos, presenta cuadros de cianosis peribucal y distal, presenta aleteo nasal, fatiga y uso de los músculos accesorios de la respiración se coloca oxígeno directo a 3 litros por minuto. Y posición semifowler.

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN

Peso de 1,500 gramos, talla de 44 cm; se da seno materno a libre demanda por la mañana, y complementado con fórmula para recién nacidos de bajo peso 45 ml cada 3 horas siendo 8 tomas en 24 horas, se observa con buen reflejo de succión y deglución en los labios presenta restos de leche.

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

Se observa abdomen globoso blando y con peristalsis presente, con cicatriz umbilical limpia a la palpación presenta hernia umbilical. La paciente presenta 3 a 4 evacuaciones verdosas semipastosas en 24 horas.

La diuresis es de 6 a 8 ocasiones por día.

4. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

Presenta piel marmórea, reseca la cuál se lubrica se mantiene en incubadora con una temperatura corporal de 36.5 oC, al tacto su piel es tibia.

5. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

La paciente se mantiene en incubadora, y por parte del personal de enfermería se le dan cambios de posición cada dos o tres horas. Es capaz de adoptar una postura libre.

6. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Ciclo de sueño del neonato es de 17 a 18 horas por día.

7. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Al estar en la incubadora sólo tiene el pañal, durante el programa “mamá canguro” se le coloca un gorro y calcetines.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Por ser un neonato de bajo peso se le da baño de esponja y se lubrica la piel cada tercer día, los días en que no se realiza baño se da aseo con vaselina líquida.

9. NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS

En incubadora mantener cerradas las mangas y puertas así como vigilar la temperatura de la incubadora o probables fallas de la misma; darle cambios de posición semifowler y prona después de alimentarla para reducir el riesgo de broncoaspiración.

10. NECESIDAD DE COMUNICACIÓN

La paciente emite llanto y balbuceos y esa es su forma de demostrar alguna insatisfacción o malestar.

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Su familia es católica en su unidad clínica tiene medallas y estampas de algunos santos.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Aún no es valorable por la edad de la paciente.

13.NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

No realiza ninguna actividad recreativa; se le da estimulación táctil y auditiva con música además del uso de imágenes de acuerdo a su edad.

14.NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Aún no es valorable por la edad de la paciente.

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Deterioro de la respiración espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea.
2. Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez manifestado por cianosis de los lechos ungueales.
3. Fatiga relacionado con anemia manifestado por letargo.
4. Lactancia materna eficaz relacionado con edad gestacional del lactante > 34 semanas manifestado por avidez del neonato para mamar.
5. Retraso en el crecimiento y desarrollo relacionado con alteración del crecimiento físico manifestado por un bajo peso.
6. Riesgo de infección relacionado con estancia intrahospitalaria prolongada
7. Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con malformación congénita manifestado por descenso de los percentiles del peso y talla.
8. Riesgo de aspiración, relacionado con incapacidad para elevar la porción superior del cuerpo, manifestado por tos.
9. Riesgo de Lactancia Materna ineficaz, relacionado con problemas de la continuidad secundario a horarios hospitalarios.
10. Riesgo de deterioro en la vinculación entre los padres y el lactante relacionado con estancia hospitalaria prolongada, manifestado por

separación.

5.4 PLANEACIÓN

5.4.1 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

5.4.2 EJECUCION DEL PLAN DE CUIDADOS

NOMBRE. A.G.S. EDAD.51 DIAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la respiración espontánea relacionado con fatiga de los músculos respiratorios manifestado por disnea.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mejorar la capacidad respiratoria mediante la oxigenoterapia	<ol style="list-style-type: none">2. Monitorización de los signos vitales3. Colocar en posición semifowler y prona.4. Oxigenoterapia5. Mantener la vía aérea permeable.6. Vigilar el flujo de litro de oxígeno.	<ol style="list-style-type: none">7. Permite ver alteraciones como polipnea y taquicardia.8. En esta posición los órganos abdominales se desplazan lejos de los pulmones permitiendo una mayor expansión.9. Esta medida aumenta los niveles de oxígeno circulante.10. El proporcionar oxígeno mejora la perfusión alveolar.11. Un flujo superior aumenta la retención de dióxido de carbono.	Se observa en el neonato con frecuencia respiratoria dentro de parametros normales y sin disnea.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDAEXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIANÓSTICO DE ENFERMERÍA: Termorregulación ineficaz relacionado con inmadurez manifestado por cianosis de los lechos ungueales.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mejorar la regulación de la temperatura con ayuda de la incubadora	<ol style="list-style-type: none">3. Colocar al neonato en incubadora4. Observar el color y la temperatura de la piel.5. Vigilar la temperatura hasta que se estabilize6. Ajustar la temperatura de la incubadora a las necesidades del neonato.7. Evitar la apertura frecuente de las portezuelas de la incubadora	<ol style="list-style-type: none">8. El mantener la incubadora a temperatura adecuada para mantener la temperatura corporal en los niveles normales.9. La presencia de cianosis denota hipotermia y la rubicundez es presencia de hipertermia.10. Permite observar si hay fluctuaciones de la temperatura y ajustar las medidas ya tomadas.11. Evita las perdidas de calor por convección.	El neonato logrará regular la temperatura dentro de parámetros normales y se mantiene en incubadora.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Fatiga relacionado con anemia manifestado por letargo.

OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Fomentar el reposo, sueño y el descanso.	<ol style="list-style-type: none">4. Fomentar el sueño.5. Reducir las luces por periodos6. Reducir los ruidos innecesarios cerca del paciente.7. Mantener en posición fetal.8. Manejo de la medicación (hierro y polivitaminas).9. Aplicación de los cinco correctos.	<ol style="list-style-type: none">10. El mantener calmado al neonato disminuye el consumo de oxígeno.11. Para promover el sueño profundo y el descanso, facilitando el ciclo día/noche.12. El ruido induce irritabilidad y llanto, que lleva a inestabilidad fisiológica.13. La posición con apoyo da confort al paciente.14. Administra las prescripciones médicas indicadas.15. La realización de los cinco correctos, favorece la correcta administración de los medicamentos	Presenta ciclos de sueño de 2 a 3 horas; y se observa más relajado. Continúa con apoyo farmacológico para la corrección de la anemia; hasta que el médico indique lo contrario.

NOMBRE: A.G.S EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Lactancia materna eficaz relacionado con edad gestacional del lactante > 34 semanas manifestado por avidez del neonato para mamar.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Proporcionar la información necesaria a la madre del paciente. Acerca de lactancia materna	<ol style="list-style-type: none">7. Enseñanza individual.8. Asesoramiento en la lactancia.9. Vigilancia de la piel.10. Técnica de lactancia materna	<ol style="list-style-type: none">11. Permite enfocarse en las necesidades de la mamá y el paciente.12. Ayuda a resolver las dudas y la escucha activa.13. Previene de probables lesiones en los pezones.14. Permite tener una guía y fomentar la continuidad de está.	La mamá aclarará sus dudas sobre la técnica y continúa con extracción manual en casa, no presenta alteraciones en los pezones.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Retraso en el crecimiento y desarrollo, relacionado con alteración del crecimiento físico, manifestado por un bajo peso.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mejorar el aumento de peso a través del Programa Mamá Canguro.	<ul style="list-style-type: none">8. Manejo de la nutrición.9. Ayuda para ganar peso.10. Alimentación por succión.11. Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none">12. El manejo de una fórmula adecuada para bebés de bajo peso.13. El manejo de una adecuada nutrición y manipulación mínima reduce las pérdidas de peso.14. Se fomenta durante las mañanas en el Programa Mamá Canguro y fomenta el contacto con la madre.	La paciente ha presentado incrementos en el peso con el contacto piel a piel, los requerimientos nutricionales de acuerdo a su edad.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección relacionado con estancia hospitalaria prolongada.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Reducir el riesgo de infección mediante técnicas de asepsia.	9. Lavado de manos. 10. Monitorización de los signos vitales. 11. Control de enfermedades transmisibles 12. Protección contra las enfermedades transmisibles. 13. Educación sanitaria.	14. Reduce los microorganismos. 15. Permite observar cualquier alteración ante la presencia de infección. 16. Mejora y reduce el riesgo de infección por parte de los familiares.	El llevar a cabo educación a la familia y al personal multidisciplinario o sobre medidas higiénicas; reduce el riesgo de infecciones. Los signos vitales se mantienen dentro de parámetros normales.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con malformaciones congénitas manifestado por descenso de los percentiles del peso y talla.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mejorar el aumento de peso mediante la alimentación mixta, y así favorecer el crecimiento.	<ul style="list-style-type: none">10. Manejo de la nutrición.11. Ayuda para ganar peso.12. Alimentación por succión.13. Lactancia Materna.14. Monitorización del peso y la talla.	<ul style="list-style-type: none">15. El manejo de una fórmula adecuada para bebés de bajo peso.16. El manejo de una adecuada nutrición y manipulación mínima reduce las pérdidas de peso.17. Durante la alimentación por succión se debe mantener al neonato en un ángulo de 45 a 60 ° grados ya que esto facilita la deglución y disminuye la posibilidad de reflujo.18. Se fomenta durante las mañanas a libre demanda.19. Se realiza cada tercer día, esto permite evaluar el aumento, y /o pérdida de peso y retraso en el crecimiento.	La paciente ha presentado incremento, en el peso pero aún no tiene un peso adecuado para su edad; se debe continuar con el manejo establecido; hasta que tenga un peso adecuado para su edad.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de aspiración, relacionado con incapacidad para elevar la porción superior del cuerpo manifestado por, tos.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Reducir y prevenir el riesgo de aspiración, mediante los cuidados de enfermería.	<p>14.Precauciones para evitar la aspiración.</p> <p>15.Alimentación por succión.</p> <p>16.Dar cambios de posición.</p> <p>17.Mantenimiento de la salud bucal.</p> <p>18.Vigilancia.</p>	<p>19.Ubicar al paciente sobre su lado derecho, la realización de este movimiento previene la aspiración.</p> <p>20.La ubicación del neonato en un ángulo de 45 a 60 ° grados facilita la deglución y disminuye la posibilidad de reflujo.</p> <p>21.La posición lateral derecha facilita el vaciamiento gástrico. La posición ventral previene la aspiración de leche en caso de que haya emesis y disminuye el reflujo gastroesofágico.</p> <p>22.El aseo de la mucosa oral previene, la acumulación de residuos, y se previene la ulceración de la</p>	Las medidas implementadas en el cuidado, del neonato han sido favorables; ya que no se ha presentado emesis.

delicada
mucosa del
neonato.

23. Mantener una
estrecha
vigilancia sobre
todo después de
alimentarlo,
mantienen
atenta a la
enfermera para
tomar medidas
precautorias.

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de lactancia materna ineficaz relacionado con problemas de la continuidad, secundario a horarios hospitalarios.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Alentar a la madre de la paciente a continuar con la lactancia materna; y los beneficios que le proporciona a su bebe.	<ul style="list-style-type: none">● Asesoramiento en la lactancia materna.● Enseñanza individual.● Alimentación por succión con la leche materna.● Fomento del acercamiento. ● Continuidad a la lactancia materna dentro del "Programa Mamá Canguro "	<ul style="list-style-type: none">● Suministrar la información necesaria, sobre la lactancia materna.● Permite enfocarse en las necesidades de la mamá y el paciente, además de resolver sus dudas.● El uso de leche materna por succión, estimula el esfuerzo materno para proveer leche para su bebé y también le da la sensación de que está colaborando para su establecimiento● Estimula el sentido de unión. emocional entre madre e hijo.● Las posibilidades	El proporcionar información, a través del curso de lactancia materna; a la mamá de la paciente manifiesta que adquirió conocimientos sobre los cuidados en casa para la conservación y mantenimiento de la lactancia materna hasta que su hija sea dada de alta.

		<p>de éxito del amamantamiento aumentan proporcionalmente en relación con el período en que este se inicia; existe una gran correlación entre el contacto piel a piel y el aumento en la producción de leche materna, así como el éxito de la lactancia materna</p>	
--	--	---	--

NOMBRE: A.G.S. EDAD: 51 DÍAS DE VIDA EXTRAUTERINA

SEXO: FEMENINO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de deterioro en la vinculación entre el padres y el lactante relacionado con estancia hospitalaria prolongada, manifestado por separación.

OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Restablecer el trinomio, padre-hijo-madre; mediante el "Programa mamá canguro".	<ul style="list-style-type: none">● Estimulación de la integridad familiar con el neonato.● Fomento del acercamiento.● Dar cuidados de recién nacido.● Facilitar la expresión del sentimiento de culpa.● Tomar una fotografía con cámara instantánea cuando sea posible y entregarla a los padres.	<ul style="list-style-type: none">● Las visitas frecuentes ayudan a promover el amor de los padres para con el hijo, además de incentivarlos a participar en la recuperación de éste.● El contacto forma parte del mecanismo del apego y debe ser incentivado de acuerdo con las condiciones del paciente.● Promueve la aproximación y proporciona un sentido de participación que los identifica con el papel de padres.● Platicar sobre este asunto ayuda aliviar el estrés.<ul style="list-style-type: none">● Ayuda a promover el afecto, e incluso	La participación activa de mamá y papá en los cuidados básicos así como en el "Programa mamá canguro" les ha permitido tener mayor contacto físico con su hija, a pesar de la separación. Manifiestan sentirse más seguros en el cuidado de su pequeña hija.

		cuando el recién nacido esté lejos de los padres.	
--	--	---	--

5.5 PLAN DE ALTA

Nombre: A.G.S.

Sexo: Femenino

Diagnostico: Retraso en el crecimiento intrauterino, Muy Bajo peso al Nacer, Trisomia 21.

Objetivo: Brindar la información necesaria a la familia, de la paciente para que tenga un cuidado integral en el hogar; y así estar atentos ante cualquier alteración que se pueda presentar.

NESECIDADES	ACCIONES REALIZAR POR LA FAMILIA	OBSERVACIONES
12. Aumento de peso. 13. Corrección de la anemia. 14. Fomentar la lactancia materna. 15. Complementar la alimentación con fórmula. 16. Continuidad al Programa Mamá Canguro. 17. Vigilar patrón respiratorio. 18. Control de la temperatura. 19. Higiene y protección de la piel. 20. Uso de prendas de vestir adecuadas.	21. Que se mantengan al pendiente de las ganancias o pérdidas de peso. 22. Continuar con apego al tratamiento médico, hasta que el médico indique lo contrario. 23. Mantener la continuidad de la lactancia materna a libre demanda durante las visitas. 24. Seguir con la alimentación mixta durante la hospitalización, o hasta que el médico indique lo contrario. 25. Continuar con el contacto piel a piel hasta que la rechaze el neonato o tenga un aumento en el peso de 1800 kg. 26. Enseñar a los padres los datos	El plan de alta se realiza, de forma conjunta con el personal de enfermería y los familiares de la paciente; para cuando se llegue al alta tengan los conocimientos necesarios y tengan un mejor manejo del neonato en el hogar.

de dificultad respiratoria como disnea, cambios en la coloración de la piel cianosis, etc.

27. Capacitar a la familia sobre el uso del termómetro, así como los valores normales de la temperatura.

28. Se hace incapie en la importancia del baño de esponja, aseo genital, al realizar el cambió de pañal, y el secar la piel del bebé ya que la piel es muy delicada, y debe mantenerse limpia y seca; además se debe lubricar ya que los bebés con trisomía 21 tienden a tener la piel seca y se puede agrietar fácilmente.

29. Colocar gorro , calcetines y cobertor durante el “Programa mamá canguro”, para disminuir el riesgo de hipotermia; ya que dentro de la incubadora sólo necesita el pañal.

5.6 CONCLUSIONES

El manejo del neonato se realizó con Programa de Mamá Canguro, tuvo una mejoría significativa al encontrarse hospitalizado; pero debe continuar con el mismo manejo hasta que tenga un mayor incremento en el peso, complementado con apoyo farmacológico de vitaminas y hierro para incrementar la inmunidad y corrección de la anemia.

Todavía no regula totalmente la temperatura pero se espera, que crezca y se desarrolle; para tenga un mejor manejo de está.

Con respecto al contacto piel a piel favoreció y estrecho los lazos afectivos de la madre con el neonato; manifestado de forma verbal por parte de la mamá, que le permitió tener una aceptación total de su hija sin estigmatizarla.

5.7 SUGERENCIAS

- Se orienta a la familia, sobre la búsqueda de alguna institución, que atienda pacientes con Síndrome de Down de forma integral.
- Que la mamá de la paciente acuda al servicio de lactancia materna, para que adquiera los conocimientos necesarios sobre por qué es necesario el mantenimiento de ésta; así como el manejo de la extracción, almacenamiento, cuidado de los pezones etc.
- Se explica la importancia que al ser dada de alta continúe, sus visitas al Pediatra.
- Continuar con el Programa Mamá Canguro, hasta que la paciente la rechaze.

6. GLOSARIO

ACROCÉNTRICO: Que tiene el centrómero cerca de la extremidad; dicese de un cromosoma.

AGENESÍA: Desarrollo incompleto e imperfecto.

ANÁLOGO: Similar en función, pero no en origen.

ANASTOMOSIS: Comunicación natural, directa o indirecta entre dos o más vasos sanguíneos o estructuras tubulares.

APLASÍA: Desarrollo incompleto del tejido, falta de crecimiento.

ATRESÍA: Falta de perforación o de una abertura o conducto normal.

AUTOSÓMA: Cualquier cromosoma distinto a los sexuales.

BASAL: Dicese del nivel de actividad de una función orgánica durante el reposo y el ayuno. Necesidades energéticas del organismo.

BLASTOCISTO: Embrión en la etapa posterior a la morula.

BLÁSTOMERAS: Blastómero.

BLASTÓMERO: Célula hendida; una de las células en que se divide el huevo luego de su fertilización.

CARIOTIPO: Constitución cromosómica de un individuo. El cariotipo humano normal es 46, XY (varones) o 46, XX (mujeres).

CELOMAS: Cavidad que en el hombre y ciertos grupos de animales se desarrolla entre la pared del cuerpo y las vísceras.

CITOGÉNÉTICO: Rama de la genética que trata de la estructura y función de la célula, especialmente de los cromosomas.

CORIÓN : La membrana más externa que forma el saco ambrionario.

DECIDUA: Recubrimiento endometrial del útero, engrosado y alterado para la recepción del óvulo fecundado. Se elimina cuando se termina el embarazo.

DIPLOIDE: Que tiene un par de cromosomas. Individuo o célula con dos conjuntos completos de cromosomas homólogos.

DISYUNCIÓN: Separación de partes de un cromosoma en la anafase de la división celular.

FALCIFORME: Falcado; en forma de semiluna.

FENESTRADO: Que tiene uno o más orificios.

FENOTIPO: Son las características bioquímicas, fisiológicas o morfológicas de un individuo que están determinadas por el genotipo y el entorno en que se expresan.

GENOTIPO: Es la constitución genética, de un individuo y se emplea también para referirse a los alelos presentes en un locus.

HOMÓLOGA: En genética, indica los cromosomas o partes de un cromosoma idénticos con respecto a sus loci genéticos.

INTRINSECAS: Por dentro, inherente que pertenece por completo a una parte.

LACUNAR: Lagunar.

LAGUNAR: Perteneciente o relativo a laguna.

MALFORMACIÓN: Es un defecto morfológico de un órgano parte de este o región mayor del cuerpo que resulta de un proceso de desarrollo intrínsecamente anormal.

MONOSOMIA: Ausencia de un cromosoma en un par de cromosomas homólogos.

MONOSÓMICO: Relativo a la monosomía.

MORFOGÉNESIS: Diferencia de células y tejidos en el embrión primitivo, que sirve para establecer la forma y estructura de los diferentes órganos y partes del cuerpo.

OBLITERACIÓN: Eliminación, especialmente por relleno de un espacio natural o lumen por fibrosis o inflamación.

OVOCITO: Oocito óvulo inmaduro.

PERCENTIL: Posición o rango de un individuo en una serie ordenada de datos, expresada en términos del porcentaje del grupo que iguala o excede.

PROLAPSO: Caída o descenso de una viscera, o de todo o parte de un órgano.

PRONÚCLEO: En embriología material nuclear de la cabeza del espermatozoide o del óvulo después que el óvulo ha sido penetrado por el espermatozoide, cada pronúcleo lleva el número haploide de cromosomas. Cuando los pronúcleos se unen en la fertilización, se restablece el número diploide de cromosomas característico de la especie.

SÍNDROME: Conjunto de anomalías múltiples se piensa se relaciona en forma patogenética y que se desconoce si, representa una secuencia aislada o defecto politópico del campo.

SOMATOPLEURA: Capa embrionaria formada por asociación de la cara parietal del mesodermo lateral con el ectodermo.

SOMATOPLEURAL: Relativo a la somatopleura.

SOMITA: Segmento mesoblástico; una de las masas celulares pero dispuestas metaméricamente, formadas en el primitivo mesodermo paraaxial embrionario. Aparecen en la tercera semana o a comienzos de la cuarta en la región posterior del cerebro y se desarrollan en dirección caudal hasta formar 42 pares. Su presencia se considera evidencia de que la segmentación metamerica es una característica de los vertebrados.

SOMITÓMEROS: Somita.

TRISOMÍA: Situación en la que se poseen tres copias de un cromosoma determinado en lugar de un par normal .

VACUOLAS: Cualquier espacio de pequeño tamaño que se forma en el protoplasma de una célula.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albert M. Esteban / Conesa Hernández Juana, FUNDAMENTOS DE LA ENFERMERIA, TEÓRIA Y MÉTODO, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1999.

Allgood Martha / Marriner Ann, MODELOS Y TEORÍAS EN ENFERMERÍA, 4ª edición, Editorial Harcourt-Brace.

Behrman / Kliegman / Jonson, NELSON TRATADO DE PEDIATRÍA, Vol. I y II, 16 a. Edición, Editorial, Mc Graw-Hill 2001.

Cursos Crash, LO ESENCIAL EN CÉLULA Y GENÉTICA, 2ª edición, Editorial. Manson, Jones Morris, Editor Dan Horton – Sear, 2003.

Ceriani Cernadas, NEONATOLOGÍA PRÁCTICA, 3a. Edición, Editorial Médica Panamericana.

Collière Marie Françoise, PROMOVER LA VIDA, Editorial, Interamericana Mc Graw-Hill Madrid, 1993.

García Gonzalez María de Jesús, EL PROCESO DE ENFERMERIA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON, Editorial, Progreso, 1997.

Gary Cunningham F, WILLIAMS OBSTETRICIA, 21ª, Edición, Editorial. Médica Panamericana, 2002.

Godoy Ramírez Rafael, ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO, Editorial Mc Graw-Hill, 2002.

Kosier B. / Erb G. / K. Blais, CONCEPTOS Y TEMAS EN LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA, 2ª edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1995.

Kossier / Erb / Olivieri, ENFERMERIA FUNDAMENTAL. CONCEPTOS, PROCESO Y PRACTICA, TOMO1; 4ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill-Interamericana 1994 pp181.

- Lisker / Armendares, INTRODUCCIÓN A LA GENÉTICA HUMANA 2a edición, ED. Manual Moderno, 2001.
- Moore Persaud, EMBRIOLOGÍA CLÍNICA, 6a. Edición, ED. Mc.Graw-Hill Interamericana, 1999.
- NANDA, DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES 2003-2004, Editorial Elsevier, 2003.
- Piñero / Perez / Leyva, DICCIONARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD, Editorial, Mc Graw Hill, 1995.
- Rodríguez, Bertha, PROCESO ENFERMERO. APLICACIÓN ACTUAL 2a. Edición Cuellar 2000.
- Rope Nancy, DICCIONARIO DE ENFERMERIA, 16ª. Edición, Editorial Mc Graw-Hill-interamericana, 1991.
- Sadler Langman, "EMBRIOLOGÍA MÉDICA CON ORIENTACIÓN CLÍNICA", 9ª edición, Editorial, Médica Panamericana.
- Stedman, DICCIONARIO DE CIENCIAS MEDICAS ILUSTRADO, 25ª edición, Editorial, Medica Panamericana, 1993.
- Treviño, MANUAL DE PEDIATRÍA UNIVERSIDAD DE MONTERREY Editorial. Mc Graw-Hill, 2001.
- Wesley R. L. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA, 2ª edición. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana, 1998.

8.ANEXOS

8.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

EMBRIOLOGÍA

OVULACIÓN

“Cada ciclo ovárico comienza a crecer varios folículos primarios; solamente uno alcanza su madurez total y un sólo ovocito es expulsado durante la ovulación. En esta etapa, el ovocito se encuentra en la metafase de su segunda división meiótica y está rodeada por la zona pelúcida y algunas células de la granulosa. Por la acción del vólvulo de las fimbrias de la trompa de Falopio, el ovocito es conducido hacia el interior de la trompa uterina.”¹⁵

Antes de que los espermatozoides puedan fecundar a un ovocito deben experimentar ciertos cambios:

- a) Un proceso de capacitación, durante el cual se eliminan de la cabeza del espermatozoide una cubierta glicoproteica y proteínas del plasma seminal.
- b) La reacción acrosómica, durante la cual se liberan acrosina y sustancias del tipo de la tripsina para penetrar la zona pelúcida.

FECUNDACIÓN

El fenómeno de la fecundación es la unión de la célula sexual masculina espermatozoide, con la femenina llamada óvulo; y tiene lugar normalmente en la trompa de Falopio.

Durante la fecundación el espermatozoide debe atravesar:

- a) La corona radiada
- b) La zona pelúcida
- c) La membrana celular del ovocito

Tan pronto como el espermatozoide ha penetrado en el ovocito:

- a) Este completa su segunda división meiótica y forma el pronúcleo femenino.

¹ 15 Sadler Langman, “Embriología médica, con orientación clínica”, 9a. Edición, Edit. Médica Panamericana, pág 50.

- b) La zona pelúcida se torna imprenetrable para otros espermatozoides.
- c) La cabeza del espermatozoide se separa de la cola, se hincha y se forma el pronúcleo masculino.

Una vez que ambos pronúcleos han replicado su DNA, se entremezclan los cromosomas paternos y maternos, se dividen longitudinalmente y experimentan una división mitótica que da origen a la etapa bicelular.

Los resultados de la fecundación son:

- a) Restablecimiento del número diploide de cromosomas.
- b) Determinación del sexo cromosómico.
- c) Inicio de la segmentación.

SEGMENTACIÓN

Es una serie de divisiones mitóticas que provoca un aumento del número de células, denominadas blastómeras, que se tornan más pequeñas con cada división. Después de tres divisiones, las blastómeras entran en el proceso de compactación y forman un conjunto apretado de células, con una capa interna y otra externa. Las blastómeras compactadas se dividen para formar la mórula de 16 células. Cuando la mórula ingresa a la cavidad uterina, 3 o 4 días después de la fecundación, comienza a formarse una cavidad y se constituye el blastocisto.

La masa celular interna, formada en el momento de la compactación y que se convertirá en el embrión propiamente dicho, se sitúa en un polo del blastocisto. La masa celular externa, que rodea a las células internas y a la cavidad del blastocisto, formará el trofolasto.

IMPLANTACIÓN

El útero en el momento de la implantación se encuentra en la fase secretora y el blastocisto se implanta en el endometrio a lo largo de la pared anterior o posterior. Si no se produce la fecundación, dará comienzo la fase menstrual durante la cual se desprenden la capa esponjosa y compacta. La capa basal

se mantiene para regenerar a las otras capas durante el próximo ciclo.

SEGUNDA SEMANA

Al comienzo de la segunda semana, el blastocisto está parcialmente incluido en la estroma endometrial. El trofoblasto se diferencia en :

- a) Una capa interna, de proliferación activa, el citotrofoblasto.
- b) Una capa externa, el sincitiotrofoblasto, que provoca la erosión de los tejidos maternos.

Hacia el noveno día se desarrollan lagunas en el sincitiotrofoblasto. Más tarde, cuando el sincitiotrofoblasto ocasiona la erosión de los sinusoides de la madre, la sangre de ésta pasa a la red lacunar y al término de la segunda semana se inicia la circulación útero placentaria primitiva.

Entre tanto, el citotrofoblasto forma columnas celulares que penetran en el sincitiotrofoblasto y son rodeadas por éste. Estas columnas constituyen las vellosidades primarias. Al terminar la segunda semana, el blastocisto está incluido por completo y la solución de continuidad producida en la mucosa ha cicatrizado.

Mientras tanto, la masa celular interna o embrioblasto se diferencia en :

- a) Epiblasto
- b) Hipoblasto

y los cuales, conjuntamente forman el disco bilaminar. Las células epiblasticas dan origen a los amnioblastos que revisten la cavidad amniótica situada por arriba de la capa epiblastica. Las células endodérmicas se continúan con la membrana exocelómica y juntas rodean al saco vitelino primitivo. Al término de la segunda semana, el mesodermo extraembrionario llena el espacio entre el trofoblasto, el amnios y la membrana exocelómica por dentro. Cuando se desarrollan vacuolas en este tejido, se forma el celoma extraembrionario o cavidad coriónica.

El mesodermo extraembrionario que recubre el citotrofoblasto y el amnios es la hoja somatopleural del mesodermo extraembrionario y la que cubre el saco vitelino es la hoja esplacnopleural del mesodermo extraembrionario.

PERIODO EMBRIONARIO

“Se extiende desde la tercera hasta la octava semana de desarrollo y es el lapso en el cuál cada una de las tres hojas germinativas, ectodermo, mesodermo y endodermo, da origen a sus propios tejidos y sistemas orgánicos. Como consecuencia de la formación de órganos se establecen las principales caracteres del cuerpo.”¹⁶

HOJAS GERMINATIVAS

ECTODÉRMICA

Sistema Nervioso Central

Sistema Nervioso Periférico

Epitelio sensorial del oído, nariz y ojo.

Piel, incluidos pelos y uñas

Glandúlas hipófisis, mamarias y sotoríparas y el esmalte de los dientes.

MESODERMO

Mesodermo paraaxial que forma somitómeros

Intermedio

Lámina lateral

El mesodermo paraaxial forma somitómeros, que dan origen al mesénquima de la cabeza y se organizan en somitas en los segmentos occipitales y caudales. Los somitas dan origen al:

¹ 16 Ibid (15) pág 117.

- MIOTOMA (tejido muscular).
- ESCLEROTOMA (cartilago y hueso).
- DERMATOMA (tejido subcutáneo de la piel)

y todos son tejidos de sostén del cuerpo.

También da origen al sistema vascular compuesto por el Corazón, las arterias, las venas, y los vasos linfáticos y todas las células sanguíneas.

Origina el sistema urogenital; riñones gónadas y sus conductos. Por último el bazo, la corteza de las glándulas suprarrenales son derivados mesodérmicos.

ENDODÉRMO

Proporciona el revestimiento epitelial del tracto gastrointestinal, aparato respiratorio y la vejiga urinaria.

Forma además el parénquima de las glándulas tiroideas y paratiroides; el hígado, y el páncreas.

Por último, el tejido epitelial que reviste la cavidad del tímpano y de la trompa de Eustaquio.

Como resultado de la formación de los sistemas orgánicos y el rápido crecimiento del sistema nervioso central, el disco embrionario en un comienzo aplanado empieza a delegarse cefalocaudalmente, para formar de esta manera los pliegues cefálico y caudal.

El disco también se pliega transversalmente (pliegues laterales), lo que da lugar a la forma redondeada del cuerpo. La conexión con el saco vitelino y la placenta se mantiene a través del conducto onfalomesentérico o vitelino y el cordón umbilical respectivamente.

PERIODO FETAL

DE LA NOVENA SEMANA DE GESTACIÓN HASTA EL NACIMIENTO

“Se caracteriza por el rápido crecimiento del cuerpo y la maduración de los sistemas orgánicos. El crecimiento en longitud es especialmente notable durante los meses tercero, cuarto y quinto (5cm. Por mes aproximadamente)

en tanto que el aumento de peso es más llamativo durante los dos últimos meses de la gestación (700g por mes, aproximadamente).”¹⁷

Un cambio sorprendente es el crecimiento relativamente lento de la cabeza, en el tercer mes el tamaño de la cabeza tiene aproximadamente la mitad de la longitud-vértice-nalga, hacia el quinto mes, representa alrededor de un tercio de la longitud vértice-talón, y en el momento del nacimiento, un cuarto de está.

Durante el quinto mes, los movimientos fetales son percibidos claramente por la madre y el feto se halla cubierto por un fino vello.

Un feto nacido durante el sexto mes o a principios del séptimo tendrá dificultad para sobrevivir, sobre todo por que el aparato respiratorio y el sistema nervioso central no se han diferenciado en grado suficiente.

En general la duración de la gestación para producir un feto de término se considera que es de 280 días o 40 semanas después del primer día de la última menstruación o, más exactamente, 266 días o 38 semanas después de la fecundación.

La placenta está constituida por dos componentes :

- Una porción fetal que deriva del corión frondoso o corión vellosos.
- Una porción materna proveniente de la decidua basal.

El espacio entre las láminas coriónicas y decidua está ocupada por lagos intervillosos, llenos de sangre materna. Los árboles vellosarios (tejido fetal) crecen dentro de los lagos sanguíneos maternos y son bañados por su contenido. En todo momento la circulación fetal se halla separada de la circulación materna por:

- Una membrana sincitial (derivada del corión).
- Células endoteliales de los capilares fetales.

En consecuencia, la placenta humana es de tipo hemocorial.

¹ 17 Ibid (15) pág.154.

“Los lagos intervillosos de la placenta que ha llegado a su desarrollo

completo contienen aproximadamente 150 ml de sangre materna, que se renueva cada tres o cuatro veces por minuto. La superficie de las vellosidades ocupa entre 4 y 14m², lo que facilita el intercambio entre la madre y el hijo.”¹⁸

Las principales funciones de la placenta son:

- El intercambio de gases.
- El intercambio de nutrientes y de electrolitos.
- El transporte de anticuerpos maternos, lo cuál confiere inmunidad pasiva al feto.
- Producción de hormonas como: progesterona, estradiol, estrógeno, además elabora gonadotropina coriónica humana (hCG) y somatomamotropina.
- La destoxicación de algunas drogas.

El amnios es un saco voluminoso que contiene líquido amniótico, en el cuál el feto está suspendido por el cordón umbilical.

El líquido amniótico cumple las siguientes funciones:

- Amortigua las sacudidas.
- Permite los movimientos fetales.
- Impide que el embrión se adhiera a los tejidos circundantes.

El feto deglute líquido amniótico el cuál es absorbido a través del intestino depurado por la placenta. El feto agrega además orina al líquido amniótico, pero la composición de está es en su mayor parte de agua. El aumento excesivo de líquido amniótico (hidramnios) se asocia con anencefalia y atresía esofágica, mientras que una cantidad insuficiente (oligodramnios) está relacionado con la agenesia renal.

¹ 18 Ibid (15) pág. 155.

El cordón umbilical del feto está rodeado por el amnios y presenta:

- Dos arterias umbilicales.
 - Una vena umbilical.
 - La gelatina de Wharton que hace las veces de almohadilla protectora de los vasos.

En embarazos múltiples, las membranas fetales varían según el origen y el momento de formación de los gemelos. Dos tercios de los gemelos son dicigóticos o fraternos y cada uno de ellos posee su propio amnios, corión y placenta; a veces las placentas están fusionadas. Los gemelos monocigóticos o idénticos tienen por lo general su propio amnios, pero comparten el corión y la placenta. En los casos de gemelos unidos, que no se separan por completo, existe solamente un amnios, un corión y una placenta.

Las señales que dan comienzo al parto (nacimiento) no son claras, pero generalmente la preparación para el trabajo de parto comienza entre las semanas 38 y 40.

El trabajo de parto consta de tres estadios:

1. Borramiento y dilatación del cuello uterino.
2. Expulsión del feto.
3. Alumbramiento de la placenta, y de las membranas fetales.

9. RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

DEFINICIÓN

Se considera que han sufrido retraso en el crecimiento intrauterino los niños que se encuentran por debajo del percentil 10 del peso de nacimiento esperado, para su edad gestacional determinada.

INCIDENCIA

Es más alta en la raza negra, que en los blancos.

CLASIFICACIÓN

TIPO I Ó SIMÉTRICO

“Estos niños generalmente son pequeños debido a una reducción de todas sus medidas externas – peso, talla, circunferencia cefálica. Las causas más comunes son intrínsecas en su naturaleza como en el caso de las causas genéticas, anomalías congénitas, las infecciones intrauterinas virales (rubéola, citomegalovirus, herpes simple, varicela, polio); bacterianas (listeriosis, tuberculosis); parasitarias (toxoplasmosis, malaria, tripanosomiasis).”¹⁹

Si la infección es muy temprana, antes de las seis semanas, no se observa efecto alguno o bien se produce el aborto. Posteriormente en cambio se produce la disminución del número celular.

Las drogas tienen un efecto teratógeno que se presenta de manera variada y son responsables de aborto, malformación, defecto funcional y pueden ser carcinógenos o mutágenos.

TIPO II Ó ASIMÉTRICO

“El inicio se verifica hacia el final del segundo trimestre o bien al principio del

¹ 19 Ceriani Cernadas, “Neonatología Práctica”, 3a. Edición, Edit. Médica Panamericana, 1999 pág 18.

tercero. Clínicamente, el recién nacido es pequeño, con una circunferencia cefálica y una talla normales para la edad gestacional pero con una reducción del índice del peso.²⁰

Generalmente se debe a factores extrínsecos que producen una insuficiencia placentari; tal es el caso de la hipertensión, el lupus o las anemias

FACTORES CAUSALES

Fetales

Placentarios

Maternos

Socioeconómicos

Constitucionales

DIAGNÓSTICO

- Medición seriada de la altura de fondo uterino.
- Ultrasonido ecográfico, (establece proporciones y calcula el peso fetal estimado e identifican y mesuran distintos parámetros de crecimiento fetal como:
 1. Diámetro biparietal (DBP).
 2. Circunferencia cefálica (CC).
 3. Circunferencia abdominal (CA).
 4. Longitud femoral (LF).
 - 5.. Volumen de líquido amniótico. (VLA).

- Velocimetría Doppler, se miden diferentes características del flujo sanguíneo como:

² 20 Ibid (19) pág. 18.

1. Dirección
2. Velocidad
3. Volumen

- Amniocentesis (para evaluar madurez pulmonar).

TRATAMIENTO

Dependiendo de la causa es el tipo de medidas a corregir.

RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO CERCANO AL TÉRMINO

Un parto en un plazo corto traerá probablemente los mejores resultados para el feto. En presencia de oligohidramnios significativo, la mayoría de los fetos serán hechos nacer si la edad gestacional ha llegado a las 34 semanas o más. Si se supone que el patrón de frecuencia cardiaca-fetal es intranquilizador puede intentarse un parto vaginal.

Es necesario cesárea en caso de compromiso fetal intraparto.

Es importante que la inseguridad acerca del diagnóstico de restricción del crecimiento fetal debería posponer la intervención hasta que se asegure la maduración pulmonar fetal.

RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO LEJANO AL TÉRMINO

Cuando se diagnóstica un feto con retraso en el crecimiento intrauterino antes de la semana 34 y el volumen amniótico y la vigilancia fetal preparto son normales se recomienda la

observación.

Se realiza una ecografía en búsqueda de anomalías fetales y se repite a intervalos de 2 a 3 semanas, mientras haya crecimiento continuado y la evaluación fetal permanece normal, se permite continuar con el embarazo hasta que se logra la madurez fetal de otra forma se efectúa el parto. En ocasiones la amniocentesis puede ser útil para evaluar la madurez pulmonar fetal.

10. MUY BAJO PESO AL NACER

DEFINICIÓN

“Son los recién nacidos que pesan menos de 1500g. Y que se encuentran por debajo del percentil 10 se denomina de muy bajo peso en relación con la edad gestacional.”²¹

Esto se complementa con la duración del embarazo, en tres grupos:

3. Recién nacido de término, los nacidos entre las semanas 38 y 41.
4. Recién nacido de pretérmino, los que nacían con 37 semanas o menos.
5. Recién nacido de posttérmino, cuando el nacimiento se producía a las 42 o más.

Con sólo dos parámetros y tener una idea clara de los riesgos probables y de las patologías que se deben prevenir.

Los recién nacidos de término sin antecedentes que hagan presumir una patología, están expuestos de cualquier manera a los riesgos del trabajo de parto, patologías no detectadas durante la gestación, como exposición a agentes teratógenos o virales).

“Los recién nacidos de muy bajo peso para su edad gestacional comúnmente llamados desnutridos (aún cuando no todos sean verdaderamente desnutridos), se asocian con malformaciones congénitas, infecciones intrauterinas y enfermedad hipertensiva del embarazo.”²²

²¹ Behrman/Kliegman/Jonhson, Nelson Tratado de Pediatría Vol. 1, 16a. Edición, Edit. Mc Graw-Hill 2001 pág 524.

²² Ibid (21) pág. 523.

Tienen un mayor riesgo de padecer asfixia, policitemia, hipoglucemia, hipotermia;son tantos los factores que influyen sobre el peso al nacimiento y la edad gestacional de un recién nacido la mayoría no son de orden médico, si no económicos, sociales y culturales.

Podemos decir que la edad gestacional y el peso al nacer están íntimamente ligados a los antecedentes obstétricos y al pronóstico de todo recién nacido. Con la combinación de ambos datos, se puede esbozar un plan de supervisión y control de cada neonato que permita anticipar patologías y detectarlas tempranamente, lo cuál se traducirá en menor morbimortalidad.

“Independientemente de la causa, los fetos con crecimiento insuficiente presentan una morbimortalidad perinatal elevada. La mortalidad se incrementa de cuatro a ocho veces; la morbilidad en el corto y en el largo plazo es marcadamente mayor en los pequeños para la edad gestacional.”²³

En la etapa perinatal aumentan de manera significativa la incidencia de asfixia, aspiración de líquido amniótico meconial, hipotermia, hipoglucemia, policitemia etc

² 23 Op Cit (19) pág. 27.

11. TRISOMIA 21

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1866 “El médico inglés John Landon Down describió por primera vez este síndrome.

1930 J. Lejeune establece la presencia de un cromosoma acrocéntrico pequeño extra.”²⁴

DEFINICIÓN

Es una anomalía cromosómica que se debe por lo general a una copia extra del cromosoma 21 .

FRECUENCIA

La trisomía 21 es la más común de las trisomías autosómicas, su frecuencia es de 1:700 recién nacidos vivos, y ocupa el primer lugar como causa de retraso mental esporádico.

ETIOLOGÍA

El origen materno de la no disyunción en 80 % de los casos y paterno 20 % restante.

Relación con la edad materna en forma bimodal:

- Menores de 25 años
- Mayores de 35 años.

Falta de disyunción de cromosoma que resulta de un gameto con 24 cromosomas en lugar de 23 y posteriormente un cigoto con 47 cromosomas.

²⁴ Treviño “Manual de Pediatría Universidad de Monterrey”, Editorial Mc Graw-Hill, 2001 pág 302.

PATOGENÍA

Desde el punto de vista citogenético existen tres variedades de trisomía 21, las cuales son clínicamente indistinguibles.

1. LA TRISOMÍA 21 O LIBRE

Representa 92.5 % de los casos, se encuentra un cromosoma 21 extra en todas las células del afectado. El riesgo de recurrencia es de 1 a 2 % independientemente de la edad materna.

2. LA TRISOMÍA 21 POR TRASLOCACIÓN

“Ocurre en 4.8 % de los afectados con síndrome de down. El cromosoma extra está unido a un cromosoma acrocéntrico (13, 14,15, 21 y 22).

Estás pueden ser de novo o heredadas de uno de los padres que sea portador de una traslocación heteróloga (Dq 21q), el riesgo de recurrencia será del 16 % si la madre es la portadora, y sólo e 5 % si el padre es el portador.

En caso de que cualquiera sae portador de una traslocación homóloga 21/21, 100% de la descendencia presentará el síndrome de Down ya que sólo producirán 50 % de cigotos monósomicos 21, los cuales se abortan y 50 % de cigotos trisomicos 21.”²⁵

3. LA TRISOMÍA 21 EN MOSAÍCO

Es la presencia de una línea celular normal con 46 cromosomas y otra línea celular con el cromosoma 21 extra, y representan 2.7 % del total de los casos.

CUADRO CLÍNICO

² 25 Ibid (24) pág. 303.

Cara redonda

Suturas craneales separadas

Cráneo asimétrico o deforme

- cabeza redonda con un área plana en la parte occipital .
- Cráneo pequeño (microcefalea)

Disminución del tono muscular al nacer

Braquicefalea

Aberturas palpebrales oblicuas llamadas epicanto.

Ojos inclinados hacia arriba.

Iris se encuentran manchas blanquecinas, manchas de Brushfield.

Puente nasal plano.

Boca pequeña con lengua protuyente.

Cuello corto

Pabellones auriculares displásicas y pequeños con implantación baja.

Pliegue transverso único en las palmas de las manos.

Braquimesofalangía y clinodactilia del 5to. Dedo.

En los pies hay una amplia separación entre el 1o y 2o ortejos.

Retraso en el crecimiento y desarrollo.

Retraso en las facultades mentales.

DIAGNÓSTICO

- Estudios cromosómicos o cariotipo (revelan tres copias del cromosoma 21 en el 94 % de los casos).
- Amniocentesis o una muestra de las vellosidades corionicas
- Radiografía de tórax (para determinar anomalías cardiacas).
- Ecocardiograma (para determinar la naturaleza de la anomalía cardíaca).
- Electrocardiograma.
- Radiografías gastrointestinales (para determinar obstrucción

intestinal, si hay síntomas que la sugieren).

TRATAMIENTO

No hay un tratamiento específico; en la mayoría de los casos se ofrece educación y capacitación especial para niños con discapacidades mentales. Ciertos defectos cardíacos específicos pueden requerir una corrección quirúrgica. La posibilidad de sufrir de problemas visuales, pérdida auditiva y aumento de la susceptibilidad a las infecciones exige exámenes y tratamiento a intervalos apropiados..

COMPLICACIONES

Problemas de la visión.

Pérdida auditiva

Anomalías cardíacas

Mayor incidencia de leucemia linfocítica aguda

Infecciones de oído frecuentes y en general mayor susceptibilidad a infecciones.

Obstrucción gastrointestinal (ano imperforado).

Atresia esofágica o atresia duodenal.

La tercera parte de los pacientes experimenta bloqueo de las vías respiratorias durante el sueño.

Aumento en la incidencia de demencia en pacientes mayores..

Inestabilidad de los huesos de la espalda en la parte superior del cuello que puede provocar lesiones compresivas de la médula espinal.

12. PROGRAMA MADRE CANGURO TECNICA DE LA MADRE CANGURO

DEFINICIÓN

“Es un método comprensivo de cuidado para niños de bajo peso al nacer que permite una mejor utilización de los recursos humanos y tecnológicos disponibles y un establecimiento precoz del vínculo madre-hijo.

Se debe ofrecer rutinariamente la técnica madre canguro a todos los niños nacidos con una edad gestacional inferior a 37 semanas o un peso <2,000g.”²⁶

CARACTERISTICAS ESENCIALES DEL PROGRAMA MADRE CANGURO

1. POSICIÓN CANGURO

Contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día colocando en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres son empleadas como incubadoras y como fuente principal de alimentación y estimulación. La temperatura del niño permanece dentro de lo normal, por el calor del cuerpo de la madre.

Cualquier otra persona (el padre, por ejemplo) puede compartir el papel de la

² 26 Rafael Godoy Ramírez “Atención al Recién Nacido Pretérmino” Edit. Mc Graw-Hill, 2002 pág. 342.

madre cargándolo en posición canguro. Para dormir hay que hacerlo en posición semisentada.

La posición canguro se mantiene hasta cuando el niño no tolera más y regula su temperatura adecuadamente.

2. ALIMENTACIÓN CANGURO

Cuando es posible, se lleva a cabo exclusivamente con leche materna y se da inicialmente en horarios muy estrictos. La meta es obtener una ganancia adecuada de peso (15-20 g/kg/día) hasta el término. Si con la alimentación exclusiva al seno y después de recibir una intervención intensiva llamada adaptación canguro ambulatoria no se logra esta meta, se complementa con leche de fórmula especial para prematuros, administrada con gotero o cuchara para no interferir en la lactancia materna.

3. POLÍTICAS DEL SEGUIMIENTO CANGURO

Los niños de bajo peso al nacer pueden ser elegidos para el manejo canguro tan pronto como superan los problemas de adaptación a la vida extrauterina, regulan temperatura en un ambiente térmico neutro y son capaces de succionar, deglutir y respirar coordinadamente. Una vez en casa, los niños se mantienen en posición canguro hasta cuando la rechacen (generalmente hacia las 37 semanas de edad gestacional).

Después de la salida los niños son controlados diariamente con monitoreo de peso, hasta cuando recuperan su peso de nacer y obtienen una ganancia de peso diario de 15-20 g/kg/día.

El cuidado mínimo neonatal ambulatorio (CMNA) incluye medicamentos profilácticos, vitaminas, hierro, etc, según la necesidad de cada niño

La técnica madre canguro se dirige al recién nacido de menos de 37 semanas de edad posconcepcional y / o de de menos de 2001g al nacer.

EVALUACIONES CIENTÍFICAS DEL PROGRAMA CANGURO

Evaluaciones de algunos componentes de la técnica madre canguro:

- Contacto limitado piel a piel.
- Posición canguro intrahospitalaria por algunas horas.
- Lactancia materna.
- Salida temprana.

“En 1991, Gene Anderson hizo una exhaustiva revisión de evidencias publicadas y no publicadas, principalmente de respuestas y efectos del contacto limitado piel a piel en pacientes hospitalizados en países desarrollados.”²⁷

“Con respecto a los bebés en el contacto piel a piel, los principales hallazgos de Anderson fueron:

1. La regulación de la temperatura es por lo menos tan buena como la que se obtiene dentro de una incubadora. Algunas muestras de evidencia sugieren que es aún mejor.
2. Los patrones reguladores de respiración, con un decrecimiento de episodios de apnea y respiración periódica, son más frecuentes que en los bebés no expuestos.
3. Los niveles trascutáneos de oxígeno no disminuyen.
4. Regulación mejorada de los estados de comportamiento del bebé periodos largos de vigilancia, menos lloriqueo, etc.
5. Sin riesgo adicional de infección.
6. Mayor duración de la lactancia materna.

Con respecto a los padres:

- 1.-Las madres reportaron más autoconfianza, sentimiento de realización y menos estrés.
- 2.-Las madres tienen más confianza en la lactancia materna.”²⁸

²⁷ Ibid (26) pág. 347

²⁸ Ibid (26) pág. 347.

**13. INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA ATENCIÓN DE
ENFERMERIA**

HOJA DE VALORACIÓN DE LA ENFERMERA

CARACTERISTICAS PERSONALES

Nombre _____ edad _____ sexo _____

Estado civil _____ religión _____ etnia _____

Escolaridad _____ ocupación _____

Cuál es su objetivo de salud _____

Hospitalizaciones previas _____

Motivo de ingreso _____

Está tomando medicamentos _____

Signos vitales. Temp. _____ Pulso. _____ Resp. _____ Ten. _____ Art. _____

Familia. No. de miembros _____ con quién vive _____

Problemas de relación con la familia. Sí ___ No ___ Porqué _____

1.OXIGENACIÓN

Estilo de vida. Sedentaria _____ Activa _____

Realiza actividades cotidianas sin fatigarse. (disnea) _____

Patrón respiratorio, ritmo, regularidad, profundidad. _____

Secreciones, tos, aleteo nasal, dolor asociado a la respiración. _____

Cuántos cigarrillos fuma al día, desde cuándo _____

Antecedentes de enfermedades cardiorespiratorias, dolor precordial,
asma, taquicardia, hipertensión, anemia,
várices _____

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Se alimenta solo _____ con ayuda _____

Horario y numero de comidas habituales _____

Cantidad y tipo de líquidos que ingiere al día _____

Preferencias o desagradados _____

Patrones de aumento/pérdida de peso _____

Suplementos de la alimentación _____

Conocimiento de factores que favorecen la digestión _____

Anorexia, náuseas, vómito, indigestión, hiperacidez _____

Medidas para purificar el agua hierve, desinfecta, garrafón _____

Revisión. Peso _____ talla _____

Boca: capacidad para hablar, masticar y deglutir _____

Lengua: hidratación, úlceras, inflamación. _____

Encías: color, edema, hemorragia, dolor _____

Dientes: caries, prótesis, sensibilidad al frío o calor. _____

Labios: color, hidratación, grietas. _____

3. ELIMINACIÓN

Frecuencia y cantidad en 24 horas, heces _____ orina _____

Color, Consistencia, Heces _____ Orina _____

Ardor o dolor al evacuar (____) (____) Orinar (____) (____)

Estreñimiento (____) hemorroides (____) dolor menstrual (____)

Ayudas. Líquidos, alimentos, medicamentos, enemas _____

Problemas de urgencia. Retención, incontinencia, infecciones:

Intestino: dolor, flatulencia, heridas, estomas. _____

Genitales: erupciones e irritaciones perineales, lesiones, secreción anormal _____

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Patrones de actividad y ejercicio, en casa, en el trabajo y en el tiempo libre _____

Medidas higiénicas para moverse y tener una buena postura. (ejercicios activos y pasivos para mejorar el tono muscular, uso de mobiliario y calzado adecuado) _____

Limitaciones en la deambulación _____

Postura habitual en relación al trabajo _____

Dolor muscular, inflamación de articulaciones, Defectos óseos

Revisión: Capacidad funcional, mano dominante, utilización de brazos, piernas y manos, fuerza, presión, marcha, utilización de aparatos:

5. DESCANSO Y SUEÑO

Patrones de reposo, sueño, horas en la noche, siesta _____

Alteraciones por los estados emocionales _____

Uso de reductores de tensión _____

Facilitadores del sueño, masaje, relajación, música, lectura, medicamentos: _____

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Distingue relaciones entre higiene personal y salud. _____

Necesita ayuda para vestirse o desvestirse. _____

Hábitos sobre la higiene personal y el vestido. _____

Tiene los recursos económicos para vestir ropa limpia y que conserve el calor. _____

7. TERMORREGULACIÓN

Se protege en los cambios de temperatura ambiente. _____

Sensibilidad extrema al frío o al calor. _____

Qué valor le dá a: comida, ropa y manejo adecuados en el control de la Temperatura. A otras medidas físicas. _____

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Hábitos higiénicos diarios que quiere mantener; higiene oral, higiene femenina, arreglo personal. _____

Aseo de dientes, manos, baño, con qué frecuencia. _____

Uso de algún producto específico, colonia, crema etc. _____

Revisión de piel. Pigmentación, temperatura, textura, turgencia, lesiones, contusiones, hemorragias, cicatrices, masas, prurito, edema, _____

Mucosa Oral. Íntegra, deshidratada, hidratada,

9. EVITA PELIGROS

Prácticas que afectan la seguridad personal: hábitos, drogas, alcohol, tabaco, café, bebidas con cola, nivel de consumo

Recursos de salud. Médicos, odontólogos, hospitales. _____

Prácticas de salud manejo de estrés/ansiedad, técnicas de relajación. _____

Autoexamen de mama y testículos. _____

Hogar, características que constituyen peligros para la seguridad: pisos, escaleras, aislamiento. _____

Entorno físico. Vecindario, presencia de peligros

ambientales. _____

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE

Facilidad para expresar sentimientos y pensamientos. _____

Relaciones con la familia y con otras personas. _____

Utilización de mecanismos de defensa, (agrsividad/hostilidad, desplazamiento, etc.). _____

Limitaciones que interfieran en su comunicación. _____

Contactos sociales frecuentes y satisfactorios. _____

Facilitadores de la relación: confianza, receptividad, empatía, disponibilidad. _____

11. VIVIR SEGÚN LAS CREENCIAS Y VALORES

Ritos que deben practicar de acuerdo a su religión _____

Frecuencia de algún servicio religioso. _____

Valores que ha integrado en su estilo de vida. _____

En qué medida sus valores se han alterado por su situación actual de salud. _____

Creencias religiosas significativas en este momento.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Historia laboral, tipo de trabajo, duración. _____

El trabajo le provoca satisfacción o conflicto. _____

La enfermedad, qué tipo de problemas le ha traído. _____

Psicológicos, económicos, laborales, otros. _____

Autoconcepto posistivo/negativo de sí mismo. _____

Capacidad de decisión y de resolver problemas. _____

Problemas en: olfato, gusto, tacto, memoria, orientación. _____

13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Intereses, pasatiempos y actividades recreativas que desarrolla en su tiempo libre. _____

La última vez que participó en actividades de este tipo. _____

El uso de su tiempo libre le proporciona satisfacción. _____

Dispone de recursos para dedicarse a cosas que le interesan.

La distribución de su tiempo es equilibrada entre el trabajo, y la recreación. _____

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Conocimientos sobre el desarrollo del ser humano en su ciclo vital.

Conocimiento de sí mismo, sus necesidades básicas, su estado de salud actual, su tratamiento y autocuidado que necesita.

Desearía incrementar sus conocimientos sobre aspectos relativos a su salud/enfermedad. Técnicas de autocontrol emocional, cambios necesarios en sus hábitos de vida.

Situaciones que alteran la capacidad de aprendizaje, ansiedad, dolor, pensamientos, sentimientos, angustia. _____

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Demuestra comodidad con la propia identidad sexual.

Capacidad para gozar y controlar la propia conducta sexual y reproductiva, de acuerdo con una ética personal y social.

Superación del miedo, de los sentimientos de culpa y de otros factores psicológicos, que inhiben la respuesta sexual y deterioran las relaciones sexuales. _____

Presencia de enfermedades que dificultan las funciones sexuales y reproductivas. _____

MUJER

Menstruación. Tipo _____ Flujo _____ cantidad _____

Dismenorrea _____ Hipermenorrea _____ Metrorragia _____

Historia de embarazo. Gesta ____ Partos ____ Abortos _____

Cesáreas _____

Medidas de control de natalidad. _____

Examen de Papanicolau. Si ____ No ____ Cuando _____

Otros problemas. _____