



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESTUDIO DE CASO

DÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE UN APORTE  
SUFICIENTE DE AIRE EN UN NEONATO DE 23 DVEU,  
COMO CONSECUENCIA DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA.

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA:

L.E.O. BEATRÍZ SERAFÍN HERNÁNDEZ

ASESORA:

E.E.I. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO

OTOÑO 2010.

MÉXICO D.F.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS.

*A Dios por fortalecer mi corazón, iluminar mi mente y guiar mis manos durante mi trabajo.*

*A Isabel y Juan mis padres quienes con su amor, paciencia, valores y enseñanza, formaron una base sólida en mi vida, que me permite crecer y guiarme al éxito, soy muy afortunada por tenerlos.*

*A Yuri, Lucy y Carlos mis hermanos, por su ternura y apoyo incondicional durante mi formación profesional.*

*A mis sobrinos Karla y Carlos por los sueños y risas compartidas*

*A Dara la inspiración de mi trabajo por su lucha y por la gran lección de vida.*

*A los padres de Dara por la confianza depositada durante la realización de este trabajo.*

*A mis amigas (os) pasados, por las experiencias compartidas, por ayudarme a crecer como persona, a los presentes por apoyarme en todas las circunstancias posibles y por su motivación para concluir esta etapa.*

*A Paty Silva por su valiosa amistad, conocimiento y apoyo*

*A mis pacientes que siempre llevo en mi corazón, enriqueciendo mi vida y día a día me hacen recordar que existen personas valiosas en el mundo.*

*A mi asesora E. E. J. Nera Clarissa Castro, por el tiempo, sonrisa y preparación que me motivo día a día durante la formación de esta etapa*

*A mis sinodales E. E. J. Maricela Cruz, E. E. J. Estela Peña, E. E. J. A. Adriana Granados, Dr. Carlos López, por su orientación, tiempo, paciencia, por compartir su experiencia y su amor a la profesión durante esta etapa.*

*A todos los que de alguna manera intervinieron de manera directa o indirecta en la realización de este trabajo por el apoyo, colaboración y sobre todo cariño y amistad.*

## **INDICE**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO, GENERAL Y ESPECÍFICOS</b>	<b>3</b>
<b>III.</b>	<b>SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO</b>	<b>4</b>
	3.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	4
	3.2 MOTIVO DE CONSULTA	4
	3.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO	4
	3.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLOGICOS	5
	3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS	5
	3.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS	5
	3.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	5
	3.8 MAPA FAMILIAR	6
	3.9 DINAMICA FAMILIAR	6
<b>IV.</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO</b>	<b>7</b>
	4.1 ANTECEDENTES	8
	4.2 TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM	9
	4.3 PROCESO ENFERMERO	19
	4.4 RELACION DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM Y EL PROCESO ENFERMERO	27
	4.5 DAÑOS A LA SALUD	39
	4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
<b>V.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>63</b>
<b>VI.</b>	<b>APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO</b>	<b>64</b>
	6.1 VALORACIÓN DE ENFERMERIA	
	6.2 ESQUEMA METODOLOGICO	
	6.3 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES	
	6.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	
	6.5 OBJETIVOS PARA EL PACIENTE	
	6.6 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	
	6.7 FUNDAMENTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN	
	6.8 EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN	
	6.9 EVALUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN EN RELACION A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.	
<b>VII.</b>	<b>PLAN DE ALTA</b>	<b>82</b>
<b>VIII.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>83</b>
<b>IX.</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>84</b>
<b>X.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>86</b>

## **I. INTRODUCCIÓN**

El alto índice de mortalidad en el manejo de pacientes cardiopatas en la etapa neonatal , en ausencia de medidas terapéuticas rápidas y eficaces; reflejan la importancia de que exista personal de salud y en particular de enfermería involucrado en los protocolos de atención específicos en este grupo de pacientes. Para garantizar la efectividad de las intervenciones de enfermería, se requiere un personal con dominio en el conocimiento de la fisiopatología, tratamiento farmacológico, efectos terapéuticos y adversos, y cuidados de enfermería; los cuales deben basarse en diagnósticos basados en las necesidades del paciente neonatal y dirigidos hacia una gestión de calidad para un cuidado de enfermería científico, humano y espiritual.

La historia natural demuestra un alto índice de mortalidad en todos los grupos de edad neonatal, en ausencia de medidas terapéuticas rápidas y eficaces; razón por la cual, el personal de enfermería debe involucrarse en los protocolos de atención para el establecimiento de intervenciones de enfermería conjuntas con el equipo multidisciplinario de salud y en la toma de decisiones idóneas para el paciente neonatal con cardiopatía.

La frecuencia y la complejidad de la atención de pacientes cardiopatas, requiere de una preparación profesional, conocer las características de cada una de ellas para brindar un cuidado de calidad, actualmente dentro de las cardiopatías congénitas existen muchas posibilidades para la corrección quirúrgica de un gran número de defectos. Los cuidados de enfermería apuntan en primer plano al tratamiento de estas patologías partiendo desde los cuidados básicos hacia los mas específicos con seguimiento y apoyo educacional, para brindar un cuidado de manera integral a los pacientes que lo requieren. Debemos tomar en cuenta los factores de riesgo para minimizar las posibles complicaciones ya que estas pueden retardar la cirugía ,lo que implicaría un compromiso para la vida del paciente, quien depende de esa cirugía correctora o paliativa para mejorar la calidad de vida de esos pacientes.

---

La finalidad del cuidado es lograr que el paciente cardiópata llegue en óptimas condiciones a su cirugía, detectar a tiempo signos y síntomas de descompensación en estos pacientes y afianzar conocimientos sobre el cuidado para disminuir la mortalidad en estos pacientes evitando posibles complicaciones durante los periodos preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

El proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem, permite sistematizar y organizar la administración de cuidados enfermeros individualizados, durante esta etapa encontramos que se encuentra en una etapa de desarrollo neonatal y la prescripción del cuidado se basa en un sistema totalmente compensatorio, con apoyo educacional a la madre. En la valoración de enfermería a los pacientes con alteraciones cardiacas se identifican los siguientes signos y síntomas: facies de angustia, fatiga, disnea, taquipnea, retracción xifoidea, tiros intercostales, estertores audibles en lóbulos pulmonares inferiores, cianosis central y periférica, saturación de oxígeno menor a 60% y acidosis respiratoria por gasometría.

Con la información obtenida, se establecen los diagnósticos de enfermería y la prescripción del cuidado, su implementación operativa es decir el tratamiento regulador en la atención, permite evaluar el impacto de las intervenciones en el estado y la evolución de estos pacientes.

Por este motivo, el presente trabajo tiene como propósito hacer evidente la importancia en la pertinencia y oportunidad de la intervención profesional de la enfermera con el equipo multidisciplinario de salud, en la toma de decisiones conjuntas para la atención idónea del paciente con cardiópata.

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **OBJETIVO GENERAL**

Brindar un tratamiento regulador de enfermería realizando una valoración especializada con la prescripción del cuidado de alta calidad humana mediante un estudio de caso para la atención al neonato con cardiopatía congénita basado en la teoría de Dorothea Orem.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- ✓ Realizar una valoración detallada del neonato para poder establecer un tratamiento regulador de enfermería para prevenir posibles complicaciones, así mismo elaborar estrategias para el manejo terapéutico de los neonatos basados en los juicios clínicos establecidos.
- ✓ Aplicar y reafirmar conocimientos basados en la Teoría de Dorothea Orem basados en un instrumento de valoración específico realizado por la 1ª generación del posgrado en enfermería del neonato.
- ✓ Obtener conocimientos para el manejo del neonato con cardiopatía congénita para prevenir posibles complicaciones y dirigir el cuidado hacia el restablecimiento de la salud.
- ✓ Elaborar una herramienta que sea útil para obtener un grado aplicando los conocimientos adquiridos dentro y fuera de la profesión, desarrollando habilidades técnicas basadas en el código de ética.

### **III SELECCION Y DESCRIPCION DEL CASO**

Dentro del INP se selecciona un neonato de 23 DVEU con cardiopatía congénita por la incidencia de casos, ya que en la actualidad es preciso entender y actuar adecuadamente en la atención de los pacientes que la padecen, por la posibilidad de la corrección quirúrgica de un gran número de defectos. Tomando en cuenta que las mayores posibilidades de sobrevivida radican fundamentalmente en que el neonato llegue en óptimas condiciones a la cirugía y disminuyan los posibles riesgos para evitar las complicaciones que puedan terminar con la vida del neonato.

#### **3.1 FICHA DE IDENTIFICACION.**

##### **NEONATO**

NOMBRE: D.P.

FECHA DE NAC: 09-NOV-2008

SEXO: FEMENINO

LUGAR DE NACIMIENTO: DISTRITO FEDERAL EN CLINICA PARTICULAR

FUENTE DE INFORMACION: MADRE Y EXPEDIENTE

PESO: 3,420

23 DVEU la cual nace por vía vaginal, respira y llora al nacer, presenta cianosis que cede a la aplicación de oxígeno, con Apgar 8/9 Silverman desconocido con un peso de 2,400 kg y talla de 48 cm, se mantiene en incubadora 5 horas en observación por la presencia de cianosis al nacimiento, se egresa a las 24 horas como binomio sano, onfalorexis a los 4 días.

#### **3.2 MOTIVO DE CONSULTA**

Inicia desde el nacimiento, cuando la madre nota cianosis periférica y central relacionado con episodios de llanto, acompañado de sudoración en la cabeza durante la lactancia desde su inicio la madre no ha notado aumento de la intensidad o frecuencia de los síntomas. El 25 de noviembre acude a valoración médica por médico particular realizándose placa de tórax EKG y electrocardiograma que reporta situs atrial solitus, estenosis pulmonar severa



,foramen oval permeable , crecimiento de cavidades derechas e insuficiencia tricúspidea funcional; por lo que es enviado al INP para valoración y tratamiento.

#### **3.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLOGICOS**

Madre de 28 años de edad, escolaridad preparatoria ama de casa, aparentemente sana; Padre de 31 años de edad, escolaridad licenciatura ingeniero en empresa de comunicaciones aparentemente sano ambos refieren tabaquismo negativo, hermana de 3 años de edad aparentemente sana.

#### **3.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS**

Por línea maternal antecedentes de diabetes mellitus y cáncer de estomago.

#### **ANTECEDENTES PERINATALES**

Producto de la G2 P1C1 madre de 28 años de edad con FUM el 16 de febrero del 2008 confiable, control prenatal desde el primer trimestre, con ingesta de acido fólico vitamínicos y hierro. Aplicación de refuerzo de vacuna Td .Control prenatal USG sin alteración aparente, refiere atención de infección de vías urinarias en el tercer trimestre manejado con keflex y binotal por 10 días con lo cual mejora el cuadro clínico, inició trabajo de parto espontáneo a las 38 SDG niega inductoconducción, refiere ruptura de membranas intraparto.

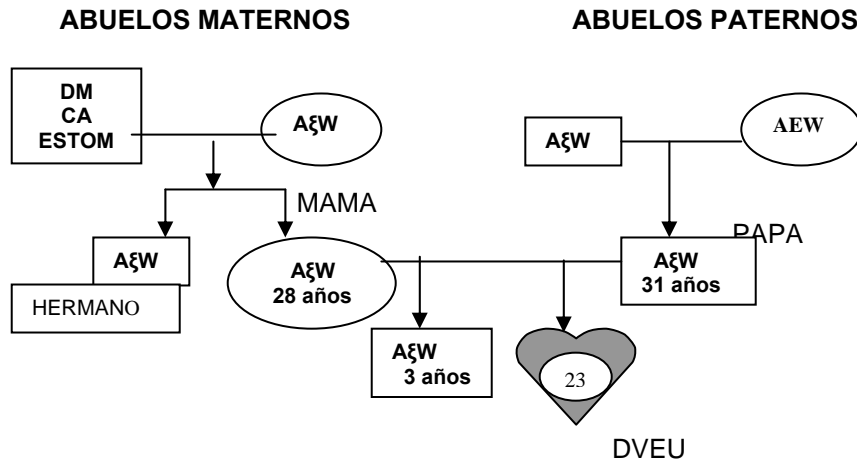
#### **3.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS**

Alimentación al seno materno exclusivo desde el nacimiento con tomas de formula al inicio, esporádicas, reflejos de succión, prensión y moro presente, aplicación de BCG y realización de tamiz neonatal al nacimiento.

#### **3.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS**

Niega antecedentes médicos, transfusionales quirúrgicos y traumáticos, ingesta de polivitamínicos desde el nacimiento y refiere la madre diaforesis y cianosis durante la alimentación.

### 3.8 MAPA FAMILIAR



### 3.9 DINAMICA FAMILIAR

La familia es el núcleo básico de la sociedad y como todo [grupo](#) social, se encuentra entrelazada por roles y posiciones que demarcan el [comportamiento](#) del individuo. Cada miembro de la familia ejerce diferentes roles o papeles que van cambiando de acuerdo al [ciclo de vida](#) de cada individuo.

Todo ser humano cambia con el [tiempo](#) según su [género](#) de edad y [cultura](#); así también van cambiando y transformándose los roles, debido a que [el hombre](#) está expuesto e influenciado por las constantes interacciones que mantiene con el medio social y por las diferentes y numerosas problemáticas que enfrenta nuestra sociedad .

Es una familia funcional en hay comunicación efectiva entre los integrantes, todos expresan sus necesidades, sentimientos .emociones. La madre se encarga del hogar, la hija de 3 años en la interacción que tiene con otros niños de su misma edad, actúa teniendo en cuenta las pautas de comportamientos aprendidas en el sistema familiar, pero a la vez se comienza a incorporar sus nuevas experiencias, el padre es el encargado del sustento familiar.

#### **IV FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO**

La enfermería basada en evidencia es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado del paciente procedente de una investigación válida y fiable, se obtiene información científicamente comprobada y aplicable a la práctica, cuyo principal representante son las revisiones sistemáticas.

La revisión sistemática es la integración estructurada y, tanto cualitativa como cuantitativa de los resultados de varios estudios independientes sobre un problema de interés de su análisis y de su síntesis es una investigación de investigaciones, el objetivo básico de esta es evaluar solidez de una evidencia científica con el fin de tomar una decisión que se fundamenta en la revisión planificada de la bibliografía la combinación de resultados de varios estudios y la aplicación de métodos para resumir y combinar los datos numéricos de múltiples trabajos<sup>1</sup>

En los anexos se adjuntan artículos relacionados a la patología del estudio de caso que sustentan la fundamentación de este así mismo se anexa instrumento de valoración utilizado dentro del mismo.

Dentro de estos estudios se encontró un estudio relacionado a la reparación quirúrgica y 2 basados en los cuidados de enfermería, por lo considero que sería importante realizar investigaciones en enfermería para poder establecer el mejor cuidado al neonato con estas patologías.

<sup>1</sup>Straus, A. y Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada 1ª edición Editorial Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería 2002.

## 4.1 ANTECEDENTES

### MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

- ✓ Valvuloplastia pulmonar con balón experiencia 15 años en el centro medico nacional siglo XXI (1985-2001). La vpb tratamiento de elección en la estenosis pulmonar con éxito inmediato y a largo plazo con alto riesgo de seguridad y eficacia.

El objetivo del estudio fue evaluar la experiencia de 15 años de la valvuloplastia pulmonar con balón en el centro medico nacional siglo XXI. Se realiza a 150 pacientes dentro de los cuales el 48.7% sexo masculino y el 51.7 % del sexo femenino la edad promedio de los 141 pacientes que se les realizo el procedimiento 10.5 y 11.3 años, reportes subsecuentes documentaron la seguridad y eficacia del procedimiento por lo que esta aplicación se extendió a estenosis valvular critica en neonatos en el CMN "LA RAZA". Desde entonces numerosos informes en la literatura han acreditado a la VPB como un procedimiento efectivo y seguro para el tratamiento de la estenosis valvular pulmonar en niños y adultos recomendando un seguimiento de mediano a largo plazo para valorar su eficacia<sup>2</sup>.

### ENFERMERIA BASADA EN EVIDENCIA

- ✓ Cuidados de enfermería al niño cardiópata Se establece con el fin de lograr que el paciente cardiópata llegue a su cirugía en óptimas condiciones , afianzando conocimientos sobre el cuidado en pacientes con cardiopatía congénita y detectar precozmente signos de descompensación en estos pacientes<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Valvuloplastia pulmonar con balón, experiencia de 15 años en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez México D.F. Julio-Septiembre 2003

<sup>3</sup> Enfermeras flores Caludia ,Gallardpo Nelida Medicna Infantil Vol IV Num 2. Junio1997

- ✓ Diagnósticos de enfermería en el cuidado del niño con Insuficiencia cardiaca <sup>4</sup>.

El objetivo dentro de este documento se basa en un conocimiento firme y sólido para el cuidado a los pacientes cardiopatas , lo que brinda un cuidado de calidad a estos pacientes por lo que es aplicable a este trabajo .

#### 4.2 TEORIA DE ENFERMERIA “DOROTHEA OREM”



Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica

El modelo de enfermería de Dorothea Orem ha ganado una popularidad creciente en todo el mundo como medio de organizar el conocimiento las habilidades y la motivación de las enfermeras necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Al igual que otros modelos de enfermería, la aplicación práctica y el apuntalamiento conceptual de Orem, por lo general no se han estudiado en profundidad en el Reino Unido de hecho, se ha tenido que contemplar el modelo como sinónimo del concepto de autocuidado, lo que actualmente constituye una parte del modelo y no necesariamente la más importante<sup>5</sup>. La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente finales de los años 50's y se centro en tres cuestiones:

¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?

<sup>4</sup>Martha María Quintero Barrios. Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chavez”. *Rev Enferm IMSS* México D.F. 2005;pp97-104

<sup>5</sup>Rosa Ma. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María Teoría general del déficit de autocuidado 1ª edición ENEO Junio 2006

¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?

¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

Orem proporciona un marco desde el cual contempla la práctica, la educación y la gestión de enfermería.

## NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de las actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones
4. Prevención de la incapacidad o su compensación

El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. En este sentido el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud y también promoverán el bienestar<sup>6</sup>. Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

<sup>6</sup>Rosa Ma. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pag.9.

A fin de comprender, usar y criticar el modelo de Orem, es importante considerar algunas de las presunciones que ella hace sobre la naturaleza de los seres humanos:

a) los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas de mantener la motivación esencial para el autocuidado y para el cuidado de los miembros dependientes de la familia.

b) las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado tienen elementos culturales y varían con los individuos y con los grupos sociales mayores

c) la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada que esta condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de un individuo y se basa en la premisa de que los individuos saben cuando necesitan ayuda y por lo tanto son consientes de las acciones específicas que necesitan realizar.

d) los individuos investigaran y desarrollaran formas para satisfacer las demandas de autocuidado conocidas, cuando las identifiquen desarrollaran hábitos de autocuidado.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

No solo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente. El termino “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de si mismo<sup>7</sup>.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social
- 7.

<sup>7</sup>Margarita Cárdenas Jiménez y colbs. Teorías y modelos de enfermería 1ª edición ENEO Junio 2006 pp242

8. Prevención de peligros para la vida , el funcionamiento humano y el bienestar humano
9. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida.

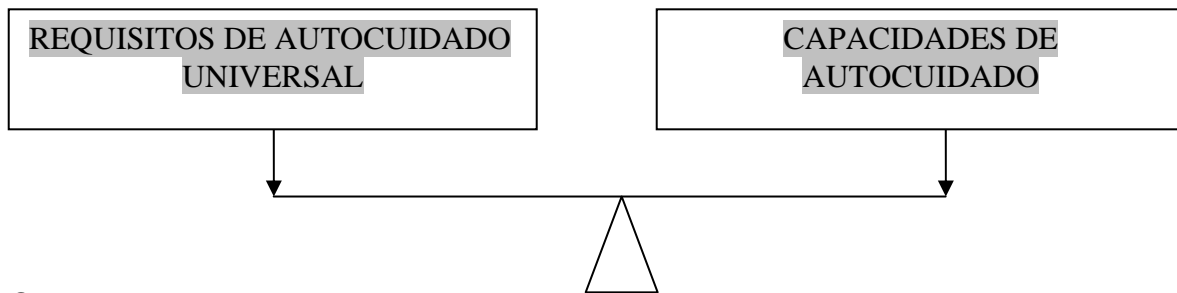
El mantenimiento de aire, agua, alimentos suficientes y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la actividad y reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo normal. La interacción social tiene así mismo importancia práctica puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida incluyendo los alimentos. La soledad requiere igualmente una importante consideración, ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como el entorno que los rodea.

La prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas y que sea capaz de adaptarse a tales entornos. La normalidad, como denomina Orem a esta tendencia, implica que el individuo tenga un auto concepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo.



## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias asociados con el desarrollo humano, estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican en 2.



O

### ETAPAS ESPECÍFICAS

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyan los procesos vitales y el desarrollo- es decir el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración-. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser **neonato**. En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos de cuidado necesario para sostener la vida y específicamente a la promoción del desarrollo<sup>8</sup>.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento
2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta
6. Embarazo, ya sea adolescencia o en edad adulta

<sup>8</sup>Margarita Cárdenas Jiménez y cols ídem pag.11

Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero también puede haber demandas específicas de salud a causa de un nivel prevalente de desarrollo del individuo.

Un ejemplo de ello sería el neonato y la regulación de la temperatura, mientras que los adultos sanos son capaces de cuidar el control de su propia temperatura corporal, por razones de desarrollo, un neonato requiere asistencia para cubrir esa necesidad.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar el desarrollo humano; este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos el primero se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas, el segundo mitiga o supera los efectos negativos existentes de una condición o acontecimiento vital particular.

#### Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

En el modelo de Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado en la desviación de la salud; estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos<sup>9</sup>.

Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a daño que se sabe que produce patología humana o están asociadas a esta.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ellos
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías o la compensación de incapacidades.

<sup>9</sup>Margarita Cárdenas Jiménez y cols idem pag.11

4. Ser consciente de los efectos positivos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el medico
5. Modificación del auto concepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnosticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando el es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona que la persona cumplirá entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca .Orem reconozca que la alteración del propio auto concepto puede ser una parte importante de sentirse mal y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

#### Cuidados preventivos de salud

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo .La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la Prevención terciaria ocurre cuando hay rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad<sup>10</sup>.

Estos conceptos están en consonancia con el creciente interés que la enfermería manifiesta por la salud en vez de hacerlo por la enfermedad.

<sup>10</sup>Margarita Cárdenas Jiménez y colbs idem pag.11

## Visión general de los requerimientos de autocuidado

Desde una perspectiva general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

1. Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.
2. Mantener la estructura y funcionamiento humano
3. Desarrollar plenamente su potencial humano
4. Prevenir lesiones o enfermedades
5. Curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada)
6. Curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada)

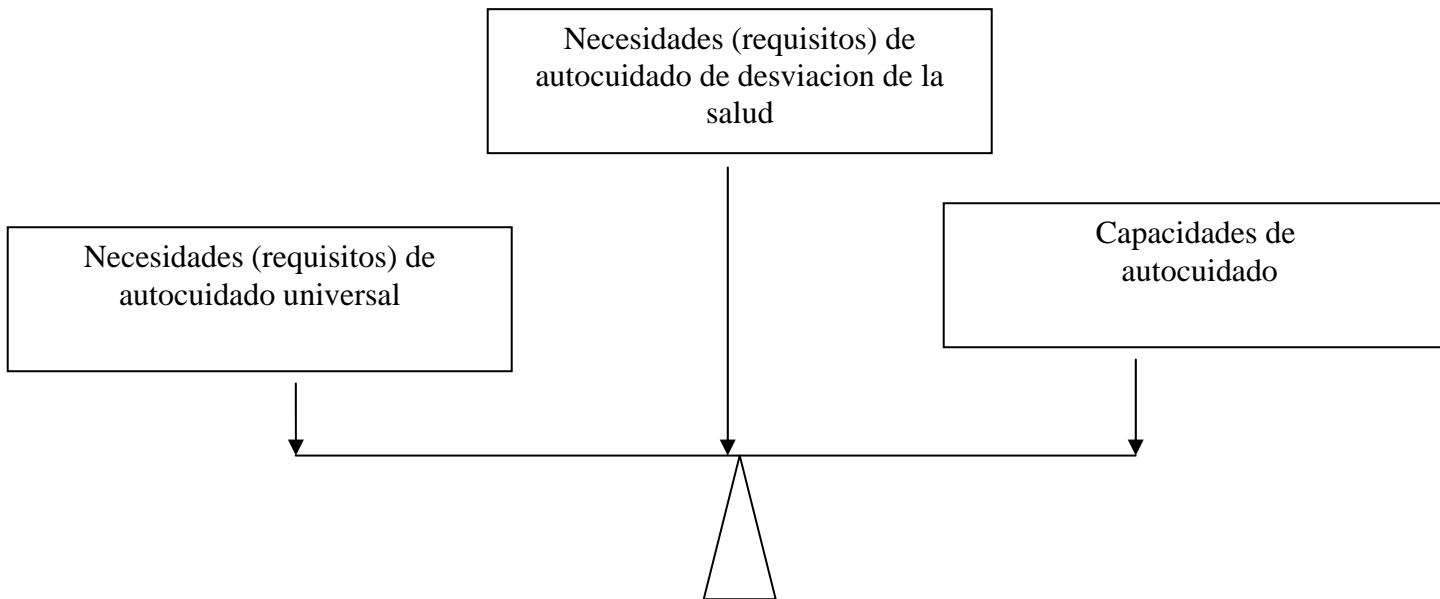
### DEFICIT DE AUTOCUIDADO

A parte de la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de si mismo. La enfermedad reciente o crónica o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de si misma y solicite ayuda de otros <sup>6</sup>. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o sin la ayuda de que otros satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado un trauma emocional o que no han aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener solo una capacidad limitada, para satisfacer sus necesidades de autocuidado<sup>11</sup>.

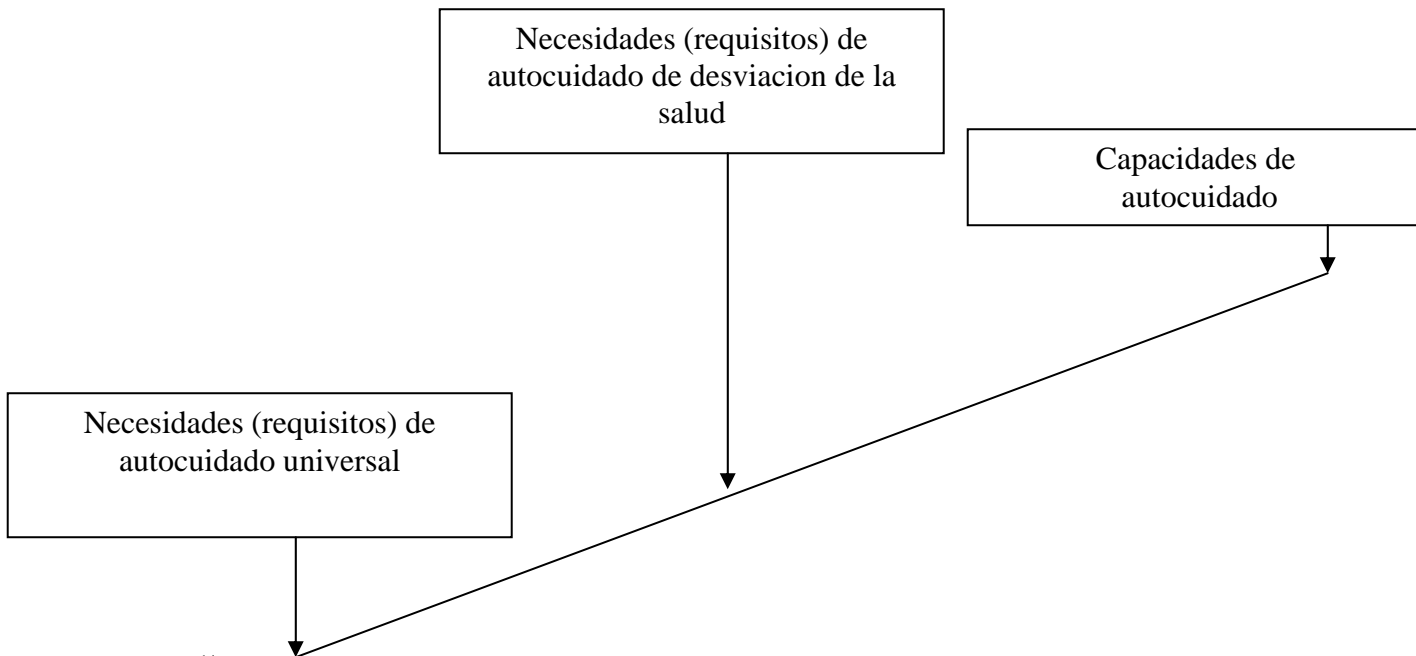
Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptarse a los cambios que producen en si mismo o en su entorno. Sin embargo, puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En tal situación, la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado; la ayuda puede proceder de muchas

<sup>11</sup>Margarita Cárdenas Jiménez y colbs idem pag 13

fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería



Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, pero aun es capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud<sup>14</sup>.



<sup>14</sup> Margarita Cárdenas Jiménez y cols idem pag

Individuo que experimenta un cambio en el estado de salud, siendo incapaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud y que, por tanto necesita de la intervención de la enfermera.

En resumen los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos. El “déficit” debe contemplarse como la relación existente entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en si mismo no es un trastorno, aunque el individuo puede tener problemas físicos y psicológicos.

#### Demanda de autocuidado terapéutico

Es el conjunto de acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos, puede verse como el “resumen” de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o lo que pueda ocurrir en el futuro) y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por tanto una descripción del individuo en términos de su desarrollo estructura y función

#### Agencia de autocuidado.

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que real-mente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica <sup>7</sup>. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado<sup>15</sup>.

En la persona media sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en un proceso de desarrollo. Se considera que los individuos que saben como satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos la agencia de autocuidado esta aun desarrollándose como en los

<sup>15</sup>Margarita Cárdenas Jiménez y colbs ídem pp242-25

niños cuando se les esta enseñando el control esfinteriano: hay un desarrollo creciente del control esfinteriano y una comprensión creciente del proceso de eliminación y su aprendizaje tiene lugar dentro de los limites culturales bien definidos. En tercer lugar los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, no funcione.

#### Agencia de autocuidado dependiente

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería.

#### Naturaleza de la acción de enfermería

Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes.

Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías<sup>8</sup>:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros
2. Guiar o dirigir a otros
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales
5. enseñar

### 4.3 PROCESO DE ENFERMERIA

El proceso de enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada que va adquiriendo, lentamente un mayor reconocimiento en nuestro país a pesar de ser un método de intervención de enfermería, bastante consolidado en Norteamérica.

En 1955 Lydia May pronuncio una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria. Esta autora en el transcurso de su conferencia , empezó desarrollando sus ideas acerca de la asistencia sanitaria, para llegar a la afirmación central de su conferencia a la asistencia sanitaria es un proceso”.<sup>18</sup> En este sentido definió como preposiciones fundamentales “la asistencia

<sup>18</sup> Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

sanitaria a el paciente, para el paciente y con el paciente.” Dichos enunciados deberían guiar el objetivo del proceso de enfermería, por lo que podría utilizarse para evaluar el grado de calidad del mismo.

Del mismo modo la obra de J. Orlando , publicada a comienzos de la década de los 70, ha sido citada con frecuencia por su presentación en el proceso de enfermería, así como por la identificación que en ella se realiza de las actividades sanitarias . El componente central de la obra de Orlando , titulada la relación dinámica enfermera-paciente lo constituye la relación interpersonal. Al proponer la realización de acciones deliberadas . Orlando establece las distinciones entre estas y las actividades automáticas , que pueden llegar a formar parte de la actuación profesional de enfermería; así mismo , fue una de las primeras autoras que utilizo el termino proceso de la asistencia sanitaria, hoy conocido como el proceso de enfermería.

**La definición del proceso de enfermería, sea cual sea aquella por la que se opte, va a depender del esquema mental que se adopte y de la orientación del personal profesional de enfermería que lo defina de acuerdo con su formación y experiencia.**

Se debe entender por proceso de enfermería al METODO ENFERMERO de una intervención que permite tras el análisis de un caso concreto crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado en palabras de Alfaro “es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.



## FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERIA PARA LAS INSTITUCIONES

Simbólica, que trata de generar respuestas a las deficiencias percibidas por la organización. Desempeña esa función de símbolo en torno a la cual se dan respuestas a los problemas detectados, por tanto, su existencia es garantía de que poseen los instrumentos , pertinentes para solucionar dificultades.

Propagandística, debe servir como una seña de identidad de la propia profesión con la que trata de acreditar su servicio y obtener su reconocimiento.

Racionalidad, es un instrumento para analizar e interpretar las propias practicas y su historia desde perspectiva de cientificidad.

Política , en la medida en que crea un marco organizativo para la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan a muchos ciudadanos.

## FUNCIONES DEL PROCESO DE ENFERMERIA PARA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Satisfacer, ciertas necesidades personales inmediatas, como las de reducir la incertidumbre y la ansiedad.

Lograr , un sentimiento de control , seguridad y confianza en las decisiones y acciones a realizar.

Ayudar , a la formación continua del profesional dada la necesidad de reordenar y aprender nuevos conocimientos que pueden ser requeridos ante nuevos casos.

Ordenar los medios y recursos, tanto cognoscitivos como materiales de los que dispone para la actuación de enfermería.

Organizar el tiempo que se dispone para conseguir los fines propuestos

Preparar las actividades que se pondrán en marcha

Facilitar , el recuerdo de los objetos y las actividades propuestos para el desarrollo de la intervención de enfermería.

Organizar la relación y preparación del paciente para la intervención de enfermería<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

Modificar el plan de actuación a fin de adecuarlo a las circunstancias particulares que encontraremos en cada situación de los cuidados.

Cumplir los requisitos administrativos

Facilitar la tarea del equipo de enfermería , en el caso de los turnos de 24 horas ,así como la continuidad de la intervención iniciada por un profesional de enfermería, en caso de baja del mismo o por traslado del paciente de enfermería, lo que permite mejorar las actuaciones de distintos profesionales sobre los mismos pacientes.

El uso de un modelo teórico no debe ser arbitrario , sino que el profesional que opte por utilizar uno de forma concreta debe conocerlo en profundidad con el fin de no cometer errores en su aplicación en la práctica de enfermería.

La finalidad del proceso de enfermería es , mantener el nivel optimo de bienestar del paciente y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad 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.

El proceso de enfermería se divide cinco fases. Con el fin de realizar un análisis deliberado y reflexivo del mismo , es preciso distinguir las distintas fases y sugerir que el profesional de enfermería se esfuerce en definir cada acción en términos de la fase de asistencia sanitaria que esta realizando. Esta practica garantizara que se esta persiguiendo cuidados, consciente y deliberadamente el como proceso de enfermería.

Valoración: Recopilación de la información de datos

La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnostico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer

conclusiones posteriormente. Supone el establecimiento de prioridades entre los datos según las necesidades del cliente, por lo que es de suma importancia hacer participaren la recogida de los datos a los clientes , a los familiares y a otros profesionales que pueden intervenir durante la actuación de enfermería.

Dado que todas las decisiones y actividades de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase, debe considerarla de importancia crucial:

1. obtención de datos : recopilar la información sobre el paciente
2. Validación de datos : comprobar que los datos son hechos reales y cuales son cuestionables
3. organización de los datos; reunir los datos en grupos de información a fin de identificar modelos de salud o enfermedad.
4. identificación de los modelos : formar una impresión inicial sobre los modelos de información , obtención de datos adicionales para cubrir las lagunas existentes y describir con mayor claridad el significado del mismo.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera. La valoración de cada una de ellas puede ser un poco realista o difícil de manejar, por tanto es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar marco que, a su vez dependerá del modelo teórico de enfermería que utilicemos para valorar al paciente, por ejemplo en la Teoría de Dorotea Orem , las prioridades en cuanto al orden en el que se van a recoger los datos vienen determinadas por los requisitos de autocuidado universales en el orden establecido (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social peligros y normalidad), a continuación se recogerá la información relativa a los requisitos del desarrollo y por ultimo los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente. Independientemente del modelo empleado se utilizan 3 técnicas principales para obtener información durante la valoración de enfermería. Estos métodos incluyen entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan al personal al profesional de

enfermería un enfoque lógico , sistemático continuo en la recogida de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

El primer paso de la fase de valoración , la recogida de datos, consiste en la acumulación de información subjetiva , objetiva actual y anterior , obtenida de fuentes primarias y secundarias. El profesional de enfermería debe establecer prioridades para la recogida de datos y utiliza métodos como la entrevista, la observación y la exploración física<sup>20</sup>.

#### Obtención de los datos

La recogida de los datos empieza con el primer contacto entre el paciente y el cliente y el sistema de cuidados de salud.

Para reunir datos durante la fase de valoración del proceso de enfermería deberá utilizar todos los recursos que tenga a su disposición ; esto supone usar la información obtenida de las fuentes:

Información procedente de la familia del individuo o de otros allegados.

Información obtenida del expediente del enfermo (análisis de laboratorio, radiología, historia clínica, ordenes del medico, notas de evolución, consultas por escrito, registros de enfermería)

Información verbal y escrita facilitada por otros profesionales

Los datos deben de obtenerse a través de la observación, la entrevista y el examen físico.

Validación de los datos de valoración.

Significa asegurarse que la información que ha reunido es verdadera. Al realizar la valoración de enfermería, las enfermeras deben identificar en primer lugar las

<sup>20</sup> Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

señales dadas por el paciente. Tras identificar las señales, la enfermera realiza deducciones sobre lo que significan.

## DIAGNOSTICO

Se ha de considerar este segundo paso como la fase final de la valoración , ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado. Por lo tanto el diagnostico permitira, mediante un termino concreto, entender la situación del paciente, en la que se identificaran los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquel como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones. Debemos entender el diagnostico, de forma general, como un juicio acerca del problema del paciente, al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos

Los diagnósticos de enfermería son descripciones de la respuesta humana de un individuo o grupo a su estado de salud y a menudo se expresan como alteraciones potenciales o reales de esta.

### El formato PES

Conscientes de la importancia de que todo diagnostico de enfermería constara de tres componentes (problema, etiología y signos y síntomas) Gordon (1976) surgió el formato PES para su descripción , este formato permite confirmar o validar , la existencia de un diagnostico de enfermería<sup>21</sup>.

1. Enunciar el problema
2. enunciar la etiología utilizando las palabras “relación a”
3. enunciar los signos y síntomas (s) utilizando “manifestado por”

<sup>21</sup> Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

## PLANIFICACION.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar , reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnostico de enfermería.

La fase de planificación se entiende como un proceso de toma de decisiones para la elaboración de un plan de cuidados, es decir la realización de una programación o plan de acción antes de su puesta en práctica.

1. establecimiento de prioridades
2. elaboración de objetivos corto mediano y largo plazo
3. desarrollo de intervenciones de enfermería

## EJECUCION

La ejecución supone la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto. Se ejecutaran intervenciones de enfermería concretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente. Por lo tanto podemos señalar que se trata de la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboro previamente.

## EVALUACION

Es durante esta fase cuando determinara como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería. Es decir tendrá que establecer si el paciente ha alcanzado los objetivos del plan de cuidados de enfermería.

Para M. Rogers, la atención de enfermería debe presentarse allá donde existan individuos que presenten problemas reales o potenciales de falta de armonía o irregularidad en su relación con el entorno<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

En líneas generales, se admite que el modelo de enfermería de M. Rogers es eminentemente filosófico e impulsa a las enfermeras a extender su interés hacia todo lo que pueda afectar al paciente como ser humano.

El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas muy avanzadas, y dice que la enfermería requiere una nueva perspectiva del mundo y sistema del pensamiento nuevo enfocado a lo que de verdad le preocupa a la enfermería (el fenómeno enfermería).

#### **4.4 RELACION DEL PROCESO DE ENFERMERIA Y LA TEORIA DE DOROTHEA OREM**

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y al igual que otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica. La traducción se logra usando el proceso de enfermería, el cual contempla como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular las enfermeras deberían:

1. Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros
2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud
3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de enfermería con los pacientes.

### Operaciones tecnológico- profesionales

Las operaciones son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación) , es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidado de casos sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. Orem contempla las operaciones tecnológico-profesionales como las “piedras angulares” en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

### Diagnóstico de enfermería

El diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

El diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos:

**DETERMINA LAS DEMANDAS DE AUTOCUIDADO PRESENTES Y FUTURAS DEL INDIVIDUO.**

- ✓ Examinar cada requisito de autocuidado
- ✓ Identificar los efectos de la interacción entre los requisitos
- ✓ Identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado.
- ✓ Identificar y describir las capacidades del autocuidado



- ✓ Identificar y describir las limitaciones
- ✓ Validar las inferencias mediante la observación etc.
- ✓ Determinar los conocimientos del paciente, sus aptitudes y sus deseos de satisfacer las necesidades de autocuidado
- ✓ Juzgar lo que el paciente debería y no debería hacer para satisfacer las demandas de autocuidado presentes y futuras.

El cálculo de la demanda de autocuidado de una persona sigue al proceso lógico de examinar el estado del paciente a la luz de los requisitos de autocuidado universales , del desarrollo y de desviación a la salud<sup>23</sup>.

#### OPERACIONES PRESCRIPTIVAS

Son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos y que, pueden equipararse con la fase de planificación, del proceso de enfermería tradicional.

1. Medios que se usan para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
2. Totalidad de las medidas de cuidados para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos.
3. Papeles de la/s enfermera/s el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico
4. Papeles de la/s enfermera/s el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

#### OPERACIONES REGULADORAS O DE TRATAMIENTO

Son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Es particularmente importante el desarrollo del sistema apropiado (una disposición ordenada) para brindar cuidados.

<sup>23</sup>Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

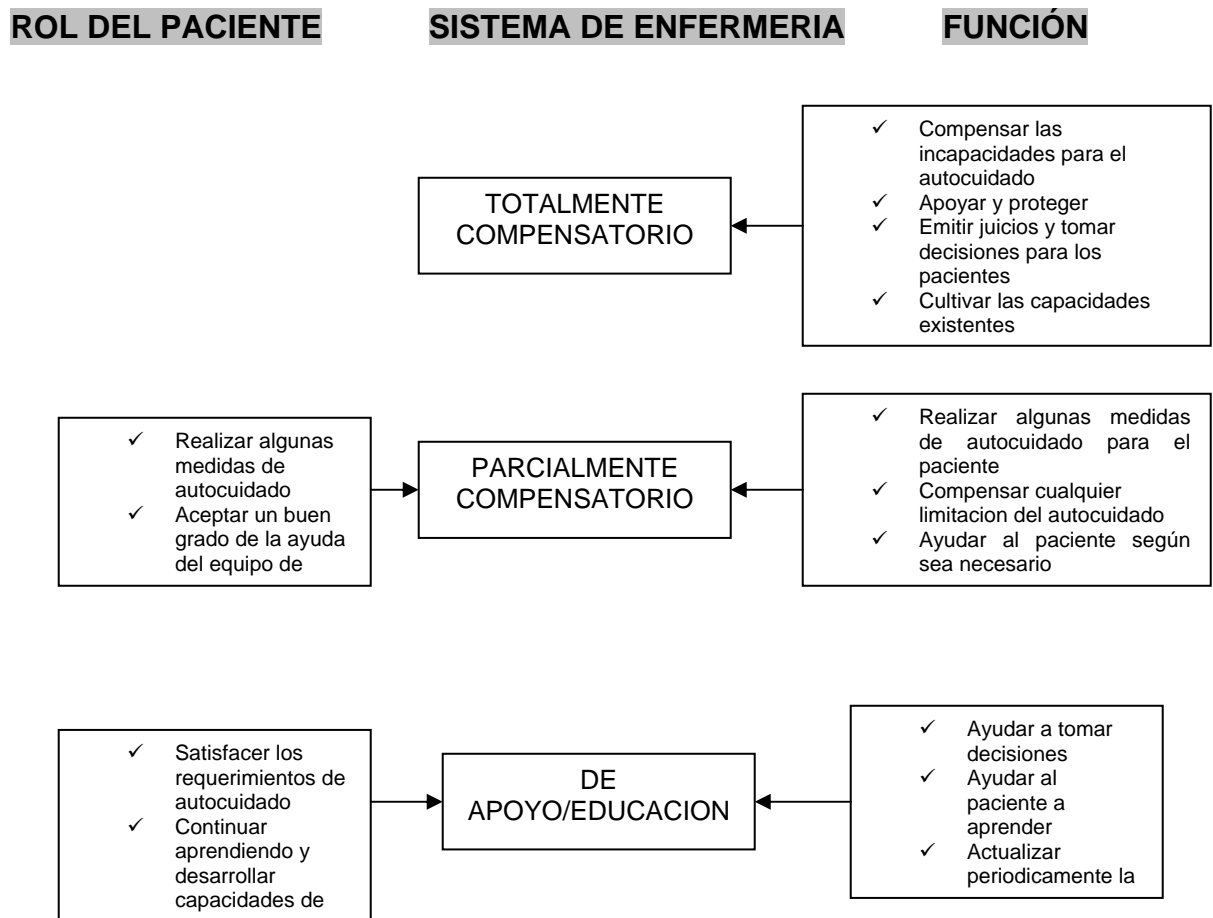
Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de “intervención” y “evaluación” del proceso tradicional de enfermería.

Todos los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular:

Las razones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas Los papeles generales y específicos de la enfermera el paciente y las personas significativas deben ser determinados

Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería

Debe formularse la acción específica que se va adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados a la salud Debe estimarse la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro<sup>24</sup>.



<sup>33</sup>Rosa Ma.. Ostiguin Meléndez, De la Luz Velásquez Silvia María ídem pág. 9

Después de anotar la decisión de adoptar un sistema particular o parte de un sistema, la enfermera está en disposición de decidir cómo lograr mejor los objetivos de cuidado del paciente. Los métodos generales que pueden usarse, descritos previamente, incluyen realizar tareas por el paciente, guiar y dirigir a otros, ofrecer apoyo físico y psicológico, proporcionar un entorno adecuado para que el paciente continúe desarrollándose y educar al paciente.

La planificación es considerada por Orem como la adición de implicaciones prácticas y recursos al sistema de enfermería, en particular la planificación añade las siguientes dimensiones: tiempo, lugar, condiciones ambientales, equipamiento y suministros, equipo necesario para conducir, evaluar y modificar el plan de cuidados.

**CUIDADOS REGULADORES:** Las enfermeras ayudan a los pacientes a cubrir sus necesidades de autocuidado y regulan el ejercicio o desarrollo de las habilidades para ocuparse en el autocuidado, esta operación es en el último extremo, el aspecto de “hacer” y “pensar” de la enfermería<sup>9</sup>. A este respecto Orem es prescriptiva dando claras guías respecto a lo que las enfermeras deberían hacer pero también lo que deberían registrar en sus informes diarios sobre los pacientes.

### OPERACIONES DE CUIDADO (CONTROL) DE CASOS

Las operaciones de cuidado de casos se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo. El cuidado de casos es particularmente importante dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta de cambios. Adicionalmente, asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados.

Específicamente, las operaciones de control incluyen la observación y valoración para determinar:

- Si se realizan periódica o continuamente operaciones reguladoras o de tratamiento de acuerdo con el diseño del sistema de enfermería que se produce para el paciente.
- Si las operaciones realizadas están de acuerdo con las condiciones del entorno del paciente o pacientes para cuya regulación se han prescrito, o si la prescripción ya no es válida.
- Si se está logrando la regulación del funcionamiento del paciente mediante la realización de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico, si la actuación del paciente como agente de autocuidado está adecuadamente regulada, si el cambio de desarrollo está en proceso y es adecuado, o si el paciente se está ajustando a la reducción de sus capacidades para ocuparse de su autocuidado,

## PARADIGMAS

El paradigma de la categorización nació a finales del siglo XIX con la primera publicación de Florence Nightingale y duró hasta principios del siglo XX. Su principal característica es que el cuidado está orientado hacia la enfermedad bajo el principio de efecto-causa. El paradigma de la integración se caracteriza por centrar la atención en la persona integral y se extiende desde mediados del siglo XX hasta la década de 1970. El paradigma más moderno es el denominado como de la transformación o simultaneidad y se sitúa temporalmente a partir de la década de 1980. Su característica principal es que el cuidado se orienta desde un enfoque de apertura al mundo del que el ser humano forma parte. Una apertura que supone un cambio cualitativo al dejar de *trabajar para* las personas (categorización), al dejar de *trabajar con* las personas (integración), y pasar a *estar con* las personas (transformación) y desde ahí, transformar las realidades<sup>25</sup>.

Es por ello por lo que se trató de que el análisis paradigmático se realizara a partir de la identificación de los significados que se extraen de los metaparadigmas de

enfermería. Los metaparadigmas son los conceptos que suponen la mayor perspectiva global de la disciplina y se identifican como los ejes centrales o nucleares por donde transita cada disciplina. En enfermería se distinguen el de persona, salud, entorno y enfermería. Para el estudio en que nos centramos en el concepto de persona y en el concepto de enfermería puesto que tanto en el libro como en la teoría misma de Virginia Henderson, no se ofrecen los elementos necesarios como para clasificar los conceptos nucleares de entorno y salud en uno u otro paradigma. Para ello se partirá del concepto de persona desde los paradigmas descritos por K rouac y desde la orientación de la teorizante, y posteriormente se tratar  de analizar y clasificar el concepto que utilizan las autoras.

Orem desarrollo su teoría a partir de los 4 elementos:

- Se define persona como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.
- La salud es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.
- Por su parte el entorno implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.
- Enfermería, se establece como un servicio humano de cuidado cuya acción se traduce en beneficios para la persona<sup>26</sup>

<sup>25</sup>Pinus R. Paradigmas en investigación de salud 2002. <sup>26</sup>Rosa Ma. Ostiguin Melendez, idem pag. 9

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA Y LOS PARADIGMAS

Si la ciencia utiliza la investigación para la producción de nuevos conocimientos, teorías, a su vez la investigación es precedida por enfoques paradigmáticos, es decir, se aplica igual en la disciplina de enfermería que, desde sus fundamentos teóricos y de su práctica, necesita continuar en el camino de construcción de investigación desde cualquiera de las visiones o paradigmas. En la evolución histórica de investigación en enfermería, Polit y Hunter (2000) registran su aparición en 1859 con los apuntes de enfermería de Florence Nightingale, quien colectó y analizó datos sobre factores ambientales que favorecen el medio físico y emocional. Desde este hecho se puede observar cómo, a través de los datos de Nightingale –que tenía formación estadística–, se configuraba aspectos cuantitativos a partir de sustantivos o cualitativos, como el ambiente y el bienestar. Y aquí se puede mencionar aproximaciones de complementariedad más allá del dilema de los paradigmas.

Entre 1900-1923 el Comité de Estudios para la Educación en Enfermería en Estados Unidos facilita el informe Golmark (in Polit y Hunter, 2000), esto es una evidencia histórica de observación y evaluación, por lo tanto, de investigación en enfermería. Brown (1940, In Polit y Hunter, 2000) hacia 1940 evaluó la formación de enfermeras, observando numerosas deficiencias en la formación de ellas, lo que estimuló a la realización de investigaciones. En ese decenio de 1900 se impulsa la investigación en enfermería con el Centro de Investigaciones en Enfermería en el Walter Reed Army Institute of Research, aparece el American Journal y en 1952 aparece la Nursing Research.

Polit y Hunter (2000) señalan que la investigación en enfermería tomó durante este lapso un giro que no experimentó la investigación en otras disciplinas, cuando menos no en esa magnitud. Las enfermeras investigaron sobre sí mismas, quién es la enfermera, qué hace, por qué determinadas personas deciden estudiar enfermería, cuáles son las características de la enfermera ideal y cómo perciben

otros grupos a la enfermera. Liderman 1970 (in Pólit, Hunter 2000) registró el cambio de orientación en la investigación; se crea conciencia de generar base científica para la práctica. En esta década enfermería parece no ser ajena al paradigma cuantitativo, pues las investigaciones responden más al método científico preestablecido; por otra parte se tiene el convencimiento que desde la teoría se genera bases científicas para la práctica, mas hoy existe el convencimiento que desde la práctica también se sientan bases para el conocimiento y transformación de la misma. Según el objeto de investigación los temas que investigaba la enfermera podían ser abordados desde ambas perspectivas. Entre los '80 y los '90 ya se encuentran profesionales con maestrías y doctorados, se establecen prioridades para la investigación en enfermería. Se continúa con el desafío de reforzar la base de conocimientos para la práctica de la disciplina; simultáneamente se desarrollaba conocimientos para su transformación. Se considera que aquí se revela la evidencia práctica para formar conocimientos en la disciplina. Enfermería no ha sido ajena a los momentos histórico-sociales y culturales por los cuales se han generado los paradigmas cualitativo/cuantitativo; sin embargo, de acuerdo a los temas investigados por enfermeras, podrían ser abordados desde cualquiera de los paradigmas, intentándose el sustento metodológico de triangulación o convergencia. En enfermería, su objeto disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, más sí, a través de procesos sistematizados, que le permitan en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno. El objetivo de la investigación en enfermería debe estar por encima del dilema de los paradigmas, es comprender los fenómenos que existen, que están allí, que influyen en las interacciones del cuidado, para apoyar intervenciones favorables a la vida misma. El enfoque de la investigación en enfermería debe salir de las necesidades y desde la concepción del saber de la disciplina, siempre

<sup>27</sup> Pinus R. ídem pág. 32

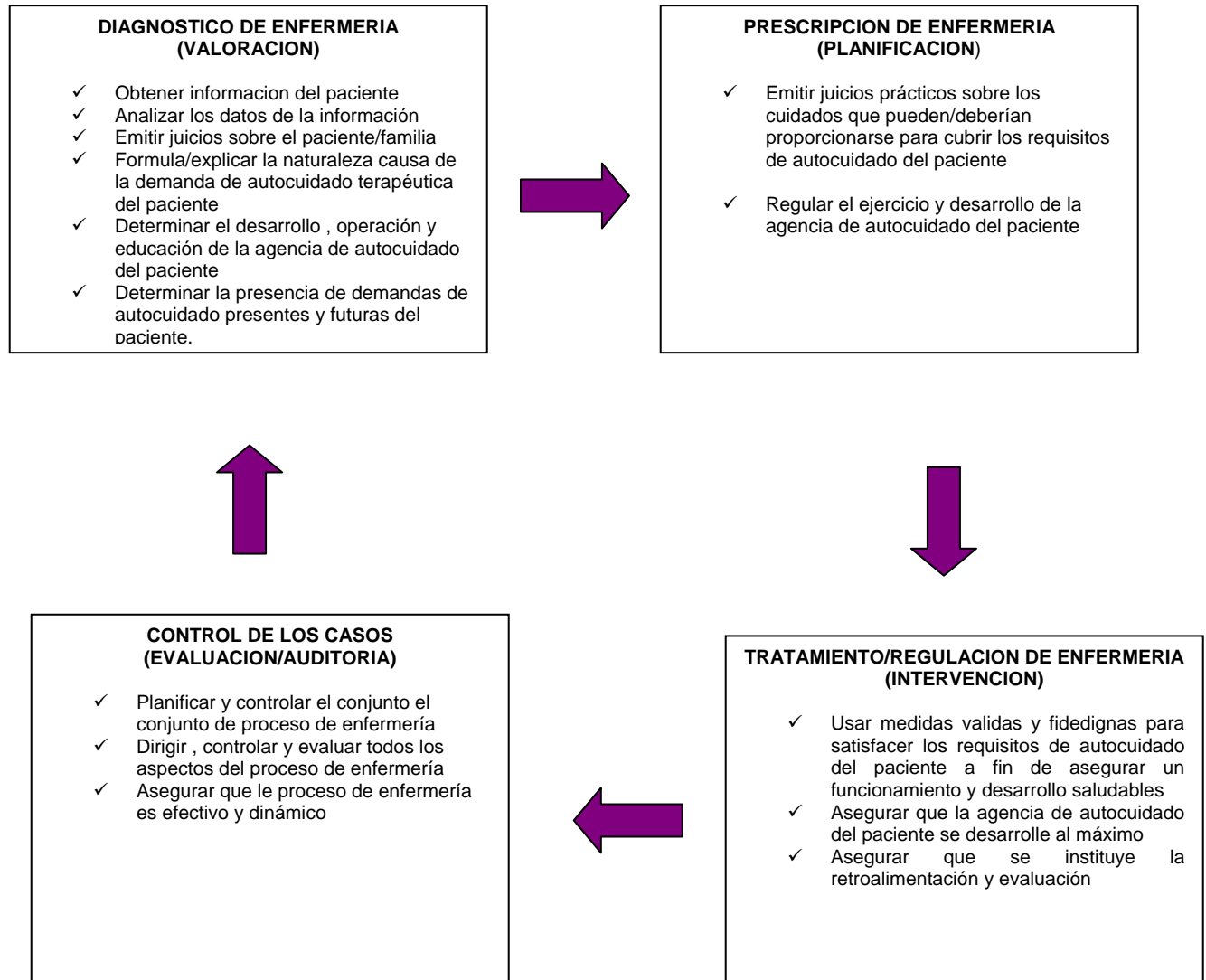
orientados por el objeto de investigación y la visión del investigador. Frente al empirismo en cualquier método, ambos paradigmas utilizan, reúnen y analizan pruebas externas extraídas de la realidad. Bunge (1974) dice que es necesario destacar que enfermería se basa en el conocimiento de las ciencias factuales, divididas en naturales, como la física, química, y otras, y las ciencias sociales, como la antropología, psicología, entre otras, que estudian hechos, experiencias, percepciones, a diferencia de las ciencias formales, que estudian ideas, como las matemáticas y la lógica. Barriga y Henríquez (2004) plantean que la ciencia avanza en la medida que sus panoramas y puntos de vista son plurales, más que excluyentes y que cualquier exclusión de conocimientos se debe hacer en función de la calidad del aporte a nuestra comprensión de un fenómeno, y no de una postura ideológica a priori. Al respecto, Mendoza (2004) encontró en ese contexto mayor frecuencia de estudios con enfoque cuantitativo en enfermería y también Alarcón, Astudillo y Rivas (2000) señalan que la disciplina de enfermería ha utilizado mayoritariamente el enfoque positivista, con métodos cuantitativos de la ciencia fáctica y últimamente la filosofía humanística. Desde el enfoque cualitativo, Marriner (2003) expresa que los modelos de interacción simbólica han sido utilizados moderadamente en los estudios de maestría y doctorado. L. Muñoz (1995) considera que es necesario iniciar en el currículo de enfermería el estudio y las bases de la investigación cualitativa desde pregrado. Este enfoque permitiría comprender los fenómenos que viven los usuarios de enfermería. En las perspectivas de investigación en Chile se ha señalado la importancia de aprender y explorar la investigación cualitativa (Figueroa, 1990, in en Muñoz, 1995). Torres (2004), en resultados iniciales de un estudio exploratorio en proceso, observa en 13 mallas curriculares de universidades chilenas que la asignatura metodología de la investigación se realiza de manera independiente y desarticulada de las demás asignaturas<sup>28</sup>.

<sup>28</sup>Polit Hunter Investigación científica en ciencias de la salud 6ta edición Mc Graw Hill Interamericana 2000














Enfermería tiene el desafío de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva, es decir, su práctica y objeto disciplinar, que es el cuidado. Los fundamentos de enfermería como profesión sustentan conocimientos filosóficos, éticos y biosicosociales como soporte al desarrollo de la misma. Las actividades de docencia, asistencia e investigación en enfermería representan los escenarios para la construcción de conocimiento, siguiendo caminos que le faciliten dicha construcción; para esto hará uso de aquella macro visión que le permita acercarse de manera más efectiva a la comprensión y, por que no, también a la explicación de los sujetos/objetos de su interés. De acuerdo a esta premisa, enfermería no por moda utilizará los paradigmas estudiados aquí, sino con la convicción que puede desarrollar su producción científica desde el espectro que brindan los paradigmas mencionado.

## PERSPECTIVA DEL PROCESO EN ENFERMERIA CON EL MODELO OREM



## 4.5 DAÑOS A LA SALUD

### DESARROLLO EMBRIOLOGICO

<b>DESARROLLO DEL FETO (EMBRIÓN) DENTRO DE LA MADRE</b>						
<i>Días</i>	<i>Etapa</i>	<i>Aparencia</i>	<i>Extremidades</i>	<i>Corazón</i>	<i>Pulmón</i>	
<i>Longitud</i>		<i>General</i>				
30	4	XII 21-29 somitos		Muñón del brazo 	Redículo gelatinoso Excrecencia ventricular 	Muñón pulmonar 
38	11	XVI		Plato de la mano Condensación mesenquimal 	Fusión media del canal AV Comunicación interventricular muscular 	Lóbulos principales 
55	28	XXII		Cartilago central aclaramiento 	Septo "secundum" 	

#### INICIO DE LA FUNCION CARDIACA

El corazón comienza a latir desde el principio de su desarrollo, lo cual ocurre aproximadamente los días 21-22

## CIRCULACION FETAL

A principios de la vida fetal, la sangre fetal llega a la placenta a través de las dos arterias umbilicales y regresa al feto a través de dos venas umbilicales. Más adelante, la vena umbilical derecha desaparece y la vena izquierda persiste como el único vaso de retorno. La sangre fetal recibe oxígeno y nutrientes por el contacto cercano con la sangre maternal en la placenta. La vena umbilical (vena umbilical izquierda persistente) entra en el abdomen por el ombligo y corre a lo largo del borde del ligamento falciforme a la superficie visceral hepática, donde envía ramas al lóbulo hepático izquierdo y se une a la rama izquierda de la vena porta. En el lado opuesto de estas anastomosis emerge el conducto venoso, la cual se une a la vena cava inferior, transportando sangre rica en oxígeno que viene de la placenta materna. La vena porta fetal es pequeña, y la función de las ramas derecha e izquierda como las ramas del conducto venoso, llevan sangre oxigenada al hígado. En la vena cava inferior, la sangre oxigenada se mezcla con una pequeña cantidad de sangre pobre de oxígeno desde la porción caudal del feto. La sangre de la vena cava inferior junto con la sangre del conducto venoso entra en la aurícula derecha y golpea la membrana interauricular y se dirige a través del agujero oval en la aurícula izquierda, dirigido por la válvula de la vena cava inferior. En la aurícula izquierda la sangre rica en oxígeno se mezcla con una pequeña cantidad de sangre no oxigenada de la vena pulmonar. Desde la aurícula izquierda, la sangre entra en el ventrículo izquierdo y, posteriormente, en la aorta. Una pequeña porción de sangre oxigenada, en vez de cruzar el agujero oval, se une al flujo sanguíneo de la vena cava superior y después pasa a través de la aurícula derecha, entra en el ventrículo derecho del corazón. La afluencia desde la vena cava superior más la pequeña cantidad de sangre de la vena umbilical es desviada a la arteria pulmonar, de tal modo que irriga los pulmones. La mayoría de este flujo sanguíneo, sin embargo, se desvía a través del conducto arterial directamente en la aorta descendente, donde se une a la corriente sanguínea eyectada del ventrículo izquierdo. La mayoría de la sangre oxigenada eyectada del ventrículo izquierdo alcanza la circulación del corazón y del cerebro, proporcionando un contenido de oxígeno más alto a estos órganos más que a estructuras menos sensibles a la hipoxia en el abdomen y en las extremidades. La sangre en la aorta descendente es más pobre en oxígeno y se distribuye en parte para los miembros inferiores y vísceras del abdomen y pelvis, pero la mayor parte regresa a la placenta a través de las arterias umbilicales, ramas de las arterias ilíacas internas.

Después del nacimiento, el conducto venoso se cierra rápidamente y después se oblitera, transformándose en el ligamento venoso, conectando con el ligamento redondo, en el sitio de la vena umbilical ocluida. El ligamento redondo alcanza el ombligo, así como los ligamentos umbilicales laterales, el remanente de las arterias umbilicales, alcanzan las arterias ilíacas internas. Después del cierre del conducto venoso y de la vena umbilical, el hígado es irrigado por sangre oxigenada de la aorta abdominal a través del tronco celiaco y de la vena porta.

Con la primera respiración, la resistencia del lecho vascular pulmonar se reduce marcadamente, y los cambios de presión causan una redistribución de presiones y fluyen entre las aurículas derecha e izquierda de una manera tal que no hay sangre que pasa a través del agujero oval. En la mayoría de los individuos el agujero oval se cierra en el primer año de vida, primero por aposición y luego por fusión de los tabiques interauriculares.

El feto recibe sangre oxigenada de la placenta a través de la vena umbilical. La parte de la sangre recibida pasa a través de las sinusoides hepáticas, mientras que la mayoría de la sangre que entra pasa a través del conducto venoso directamente en la vena cava inferior. En la vena cava inferior, la sangre rica en oxígeno de la placenta se mezcla con la sangre de las porciones caudales del feto. La corriente mezclada de la sangre entra en la aurícula derecha y cruza la membrana interauricular a través del agujero oval en la aurícula izquierda. En la aurícula izquierda, la sangre se mezcla otra vez con sangre pobremente oxigenada de las venas pulmonares y después pasa a través del ventrículo izquierdo a la aorta. La sangre de la vena cava superior y una pequeña cantidad de sangre de la vena cava inferior es desviada en la arteria pulmonar, donde la sangre se desvía en la aorta torácica descendente a través del conducto arterial. La sangre mezclada resultante entra en la aorta abdominal, a la circulación de las vísceras y de las extremidades inferiores, alcanzando eventualmente la placenta a través de las arterias umbilicales, para la oxigenación.

### **CARDIOPATIAS CONGENITAS:**

Desde el punto de vista cardiovascular el cambio mas importante para el recién nacido ocurre al momento de pinzar el cordón umbilical , en donde cesa la perfusión placentaria , se cierra el foramen oval y el conducto arterioso y se inicia la pequeña circulación , en donde el Corazón envía la sangre a los pulmones para ser oxigenada y la gran circulación , en la cual la sangre oxigenada se lleva a todos los tejidos y se recogen los productos de desecho del metabolismo intermedio, entre ellos el bióxido de carbono, para ser eliminado por los pulmones a través de la respiración.

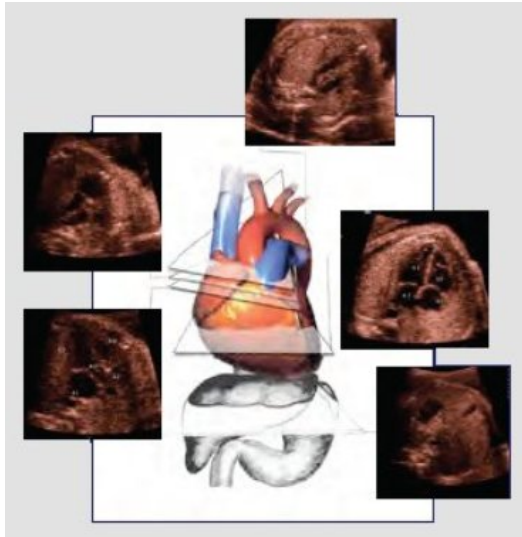
En eventos que suceden poco tiempo después del nacimiento se efectúan sin contratiempos en la mayoría de los casos, aunque cuando existe una alteración estructural cardíaca, la adaptación no ocurre como se ha descrito<sup>29</sup>.

## EPIDEMIOLOGIA

Se considera que se detecta una malformación cardíaca 80-120 de cada 10 000 nacidos vivos en los estados unidos de Norteamérica la malformación congénita mas frecuente mientras que en México ocupan el Segundo lugar , dentro de las cardiopatías mas comunes se encuentran los defectos a nivel de tabique interventricular, la persistencia del conducto arterioso y los defectos de tabique auricular.

<sup>29</sup>Miguel Ángel Rodríguez Weber , Udaeta Mora Enrique NEONATOLOGIA CLINICA 1ª edición Edit. Mc Graw Hill Interamericana pp 544-55

La incidencia de cardiopatías congénitas no parece variar de acuerdo a la raza aunque la frecuencia de ciertas lesiones es mayor en determinado sexo, por ejemplo la transposición de grandes vasos la estenosis valvular aortica y la atresia tricúspidea son mas comunes en e sexo masculino mientras que la comunicación interauricular e interventricular y el canal en pacientes con Síndrome de Down . ambientales en la madre incrementan el riesgo de



presentación de cardiopatía congénita, si la madre manifiesta rubéola durante el primer trimestre del embarazo en 35% de los casos hay estenosis periférica pulmonar , comunicación interventricular, persistencia del conducto arterioso o comunicación interauricular

Podemos clasificarlas en 3 partes :

Acianógenas:

- Comunicación Interauricular: se debe a un defecto en el desarrollo del tabique interauricular.
- Comunicación Interventricular: se debe a un defecto en el desarrollo del tabique interventricular.
- Ductus Persistente: no es una verdadera cardiopatía pero se las incluyen dentro de las mismas, el afectado posee insuficiencia aortica.

Cianógenas

Tetralogía de Fallot: su patogenia corresponde al desplazamiento hacia la derecha del tabique tronco-conal y produce cuatro componentes anatómicos:

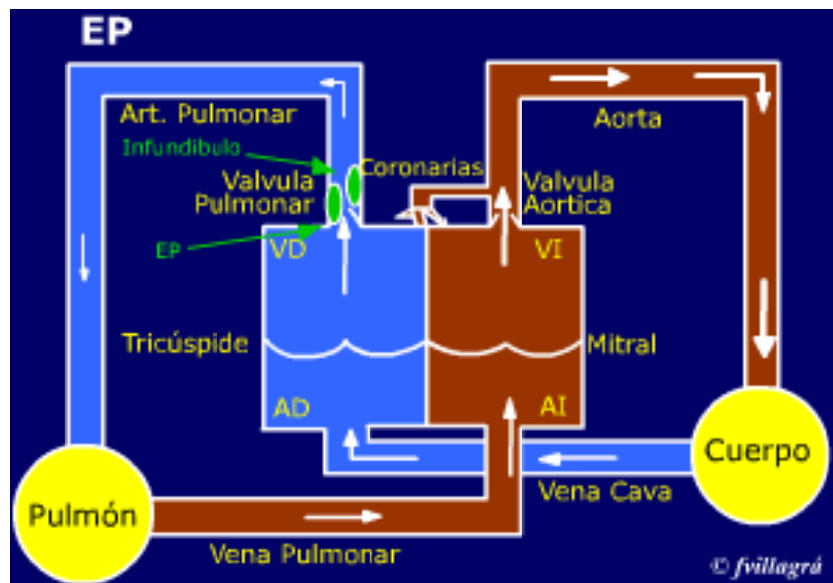
a) Comunicación Interventricular

- b) Estenosis Pulmonar
- c) Cabalgamiento Aórtico
- d) Hipertrofia del ventrículo derecho

Síndrome de Eisenmenger: se refiere a una combinación de hipertensión pulmonar y una comunicación interauricular, interventricular o un ductus.

## ESTENOSIS PULMONAR

Es probablemente la cardiopatía congénita que se detecta con mayor frecuencia por la auscultación de un soplo cardíaco. Habitualmente se trata de un estrechamiento de la parte proximal de las ramas de la arteria pulmonar aunque también puede tratarse de una obstrucción de la válvula pulmonar. Por definición cuando se presenta cianosis en el recién nacido se acompaña de un ventrículo derecho hipoplasico.



### EPIDEMIOLOGIA

Se presenta en 1/14000 recién nacido vivos. La estenosis pulmonar pura es responsable del 80-90% de los casos de obstrucción al tracto de salida del ventrículo derecho.



La estenosis valvular pulmonar se presenta en 8-10% de los pacientes con cardiopatía congénita. Se ha reportado una incidencia familiar. Predomina en hombres y existe el antecedente de un embarazo y parto normales. Las anomalías asociadas son raras. Si la estenosis es periférica y múltiple esta asociada con la infección prenatal por rubéola o puede ser parte de cardiopatías como Tetralogía de Fallot; también se puede acompañar de hipercalcemia, cutis laxa, Síndrome de Ehlers Danlos, displasia arteriohepática y artritis Takayasu

## FISIOPATOLOGIA

En la vida fetal la obstrucción de la válvula pulmonar condiciona una hipertrofia y una pérdida de la distensibilidad del ventrículo derecho, lo que lleva a que un mayor flujo sanguíneo del retorno venoso pase a través del foramen oval a la aorta. Si la estenosis se presenta en una etapa temprana de la gestación el cuadro es muy similar al de la atresia pulmonar sin comunicación interventricular.

Después del nacimiento el grado de cortocircuito derecha-izquierda a nivel auricular y la hipoxemia depende del grado de estenosis pulmonar y de la hipoplasia del ventrículo derecho. La presión sistólica del ventrículo derecha es igual o mayor a la sistémica (se han reportado valores de 200 mmhg). La presión diastólica final del ventrículo derecho puede ser normal o estar elevada y puede haber regurgitación tricúspideas<sup>30</sup>.

La estenosis valvular se considera leve cuando el gradiente máximo por eco doppler es igual o inferior a 30mmhg moderada entre 30 y 80mmhg y severa mayor de 80mmhg

<sup>30</sup> Miguel Ángel Rodríguez Weber , Udaeta Mora Enrique idem pag 42

## CUADRO CLINICO

- Habitualmente sano al nacimiento
- Dos semanas después se manifiesta cianosis o soplo cardiaco

- Puede haber insuficiencia cardiaca derecha con ingurgitación yugular y hepatomegalia que puede ser pulsátil
- A la exploración física se observa cianosis de moderada a severa
- Thrill sistólico mesocardico
- Soplo de eyección en el borde izquierdo del esternón a nivel de foco pulmonar
- El segundo ruido cardiaco puede ser único o dividido, con el componente pulmonar disminuido

#### RADIOGRAFIA DE TORAX

- Leve cardiomegalia a expensas de crecimiento de aurícula derecha y por la hipertrofia del ventrículo derecho
- Flujo pulmonar normal
- Segmento correspondiente a la arteria pulmonar cóncavo prominente

#### ELECTROCARDIOGRAMA

Es normal si la estenosis es leve-moderada

En la forma severa habitualmente se presenta:

- Ritmo sinusal
- Eje eléctrico del complejo QRS entre +30 a +120
- Datos de crecimiento de aurícula y ventrículo derechos
- Si hay hipoplasia del ventrículo derecho RS en V4R o V1 o menos RS o mas en V4 V6

## ECOCARDIOGRAMA

En la toma del hueco supraesternal se puede lograr ver las ramas izquierda y derecha de la arteria pulmonar. Con doppler se ve el flujo disminuido, a través de la válvula pulmonar; con el doppler continuo se valora el gradiente que normalmente es mayor de 5-10mmhg; con el eje corto y largo subxifoideo se valora el tamaño de la válvula tricúspide y de la cámara del ventrículo derecho.

## CATETERISMO

Es esencial si se considera la cirugía. Es especialmente útil la definición de las lesiones periféricas. En la actualidad solo está indicado cuando se realiza valvulotomía pulmonar.

## TRATAMIENTO

El manejo ideal en estos neonatos inicia con el rápido reconocimiento del diagnóstico. Como preparación de la cirugía se utiliza la prostaglandina E1 para mantener permeable el conducto arterioso ; se utiliza bicarbonato para la corrección de acidosis metabólica, así como para mejorar la oxigenación, el estándar de oro es la valvulotomía mientras que la valvuloplastia con balón es utilizada de primera intención en la mayoría de los centros cardiológicos<sup>31</sup>.

## PRONOSTICO

Se ha demostrado en el seguimiento de neonatos operados con valvulotomía el posterior crecimiento de la cavidad de ventrículo derecho- A diez años de seguimiento cerca de la mitad de los casos es necesaria reintervención para controlar la elevada presión sistólica del ventrículo derecho. Se estima mortalidad actual por este padecimiento como menor a 3%.

<sup>31</sup> Miguel Ángel Rodríguez Weber , Udaeta Mora Enrique idem pag 4

## 4.6 CONSIDERACIONES ETICAS

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

“Ética” deriva de la palabra griega *ethos*. Hay dos significados de “ética” en el lenguaje griego que revelan dos modos de entender y explicar el comportamiento moral de las personas:

*Êthos* significaba “carácter”, “modo de ser”. Este es el sentido que tiene la palabra “ética” en los poemas de Homero (s. -IX o -IIIIV), Según este modo de entender la ética, el comportamiento moral depende del “carácter” o “modo de ser” de las personas. El “carácter” o “modo de ser” está determinado por la herencia (genética o social) y, por tanto, no se puede cambiar. Así, pues, las normas y los valores morales son inmutables.

Posteriormente (s. -V), *êthos* significó “uso”, “costumbre”, “hábito”. Con este sentido aparece la palabra “ética” en los escritos de la sofística, de Platón, de Aristóteles. Según esta manera de entender la ética, el comportamiento moral depende de los hábitos o costumbres los cuales son producto del acuerdo social y, por tanto, se pueden modificar mediante nuevos acuerdos sociales

Por todo esto se hace necesario que la enfermera conozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados

debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica. La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

## PRINCIPIOS

**Beneficencia y no maleficencia.-** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad: esto tiene una aplicación individual y social.

**Justicia.-** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermería, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto,

las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

**Confiabilidad.-** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

**Solidaridad.-** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua

**Tolerancia.-** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.

**Terapéutico de totalidad.-** Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de

la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave



## CODIGO DE ETICA EN NEONATOLOGIA

La moralidad de la limitación del esfuerzo terapéutico para casos actuales neonatales es poco clara. Comúnmente distintas consideraciones morales pueden apoyar las decisiones. Algún grado de comprensión de los principios morales – autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia- pueden apoyar al profesional en el enfoque moral relacionado con el cuidado neonatal.

La Autonomía se refiere a individuos competentes que tienen el derecho de rechazar el tratamiento médico, incluso cuando la decisión no va en su mejor interés. Ya que los neonatos no son competentes, la autonomía no tiene relevancia moral.

El principio de Beneficencia se adscribe a la virtud moral de acciones que se dirigen a beneficiar a otra persona, ya que los neonatos son incapaces de formular alguna opinión en relación al beneficio propio. Sin embargo, éste principio no es claro en cuanto a si se debe apoyar la prolongación de la vida en situaciones extremas. En los casos de neonatos en etapa terminal, los cuidados paliativos se enmarcan en la aplicación de este principio. Esto es muy importante. El neonato que está en situación terminal no debe ser abandonado. Todavía hay mucho que se puede hacer por él y su familia acompañándola y dándole apoyo espiritual adecuado a sus creencias familiares, aliviar el dolor y el sufrimiento<sup>32</sup>.

El principio de No-maleficencia, sugiere que la acción moralmente correcta es aquella que no promueve el daño, dolor o sufrimiento. Actualmente, la tecnología moderna ofrecida para prolongar la vida también prolonga el sufrimiento. Aquellos tratamientos que prolongan el sufrimiento deben ser cuidadosamente considerados y justificados. Ejemplos de esta situación son aquellas terapias que tienen efectos transitorios sobre algunos sistemas u órganos, pero que no contribuyen a cambiar la condición fundamental de su enfermedad terminal.

<sup>32</sup>Molina V Consideraciones éticas en el periodo neonatal “ protocolos Diagnósticos y terapéuticos en Pediatría Cap. 7 pp 53-61

También significa no provocar daño o más daño al paciente, mediante exámenes innecesarios o procedimientos dolorosos que no van a significar una mejoría.

El principio de Justicia tiene relación con derechos y deberes. En relación a la medicina neonatal, la justicia dicta que un neonato debe recibir el mismo tratamiento que otros neonatos en condiciones médicas similares. El principio de justicia exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa; por esto, administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irrecuperables puede excluir, a otros más necesitados, con lo que se viola dicho principio. A pesar de que es responsabilidad de las autoridades sanitarias, la escasez de recursos no basta para fundamentar las decisiones de la limitación del esfuerzo terapéutico pero sí es una responsabilidad secundaria.

Actualmente la tecnología y el conocimiento disponible llevan consigo enormes posibilidades de solucionar cualquier problema, sea cual fuese su gravedad. Al evolucionar el neonato, los padres se “desilusionan” con las limitaciones que existen en algunos casos. A este respecto, influye negativamente la información dada a los padres, la cual no siempre coincide. A esto se suma que el entorno de la UCIN es amedrentador para casi todos los padres y este factor les hace sentir que tienen escaso control sobre el cuidado de sus hijos.

En relación a lo anterior, la relación entre los padres del neonato y los profesionales de la UCIN tiene tres etapas de evolución:

- Confianza Ciega: Los profesionales tienen un poder ilimitado y que siempre actuará en beneficio del neonato, sin errores.
- Desencanto: No se han satisfecho sus esperanzas, domina el sentimiento de abandono<sup>33</sup>.
- Alianza con reservas: Se percatan que deben cooperar y aceptar las limitaciones de la tecnología existente.

<sup>33</sup> Taboada P. “El principio de la proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos “ boletín Escuela de medicina , Pontificia universidad católica de Chile 1998 pp 17-23

El neonato, al tener más tiempo de hospitalización, es sometido a evaluaciones, series interminables de exámenes e intervenciones de especialistas, lo cual es una enorme cantidad de información para los padres.

En una situación ideal, el médico explicaría a los padres los procedimientos, sus beneficios y riesgos. Si ellos aceptan el procedimiento darían su consentimiento. Podrían existir ocasiones en las cuales los padres rechazarían algún procedimiento, ante lo cual el profesional podría reaccionar de distinta manera, pues rara vez acepta que la decisión de los padres va en relación con el bien del neonato (paternalismo).

En relación al neonato como paciente incompetente, dependiente, existen las siguientes orientaciones:

- Los profesionales y los padres del neonato deben guiarse por el principio de Beneficencia. En relación a las decisiones hay frecuentemente problemas de comprensión entre médicos y padres.
- Los profesionales deben ofrecer información a los padres del neonato para la toma de decisiones. Los diagnósticos y exámenes deben ser informados oportunamente. El pronóstico debe ser discutido con cautela.
- El médico debe expresar información y su opinión claramente a los padres. Los padres tienen derecho de aceptar o rechazar los procedimientos una vez que hayan sido informados. Las decisiones deben ajustarse a principios éticos.
- Tanto para el profesional como los padres, las decisiones deben ser un juicio de conciencia.
- Las decisiones deben ser el resultado de un proceso colaborativo que incluye: información, atención a los aspectos emocionales de la decisión y análisis de problema en el contexto de un comité de ética cuando la gravedad del caso lo amerite<sup>34</sup>.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos terapéuticos, posibles complicaciones, Así como secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decida y autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable.

En el Código de Conducta Bioética hay 3 principios que denotan la importancia del consentimiento informado, además de los principios generales de este código que son los siguientes:

- I. Principios básicos.
- II. Obligaciones hacia el paciente.
- III. Planificación familiar y regulación de fertilización humana.
- IV. Paciente moribundo.
- V. Trasplante de órganos y tejidos.
- VI. Investigación biomédica.
- VII. Respecto a personas con libertad restringida.
- VIII. Relaciones interpersonales con respecto a otros médicos.
- IX. Consideraciones finales.

A continuación se indican los principios que tratan sobre el consentimiento informado:

- I Principios básicos

Artículo 1 sección 11: La actuación del médico debe apegarse a la “Lex Artis” (arte de la ley) solicitando el consentimiento informado de los pacientes o sus familiares, excepto en los casos, como en el que se ejemplifica en el transcurso de una cirugía donde se debe tomar una decisión rápida, sin que ello se demore por la obtención del consentimiento informado.

- II Obligaciones hacia el paciente

Artículo 2 sección 3: Deben preservarse los derechos y dignidad del paciente, respetando su estado emocional o condición mental y concientizar al paciente y/o familiar responsable para obtener el consentimiento válidamente informado, con plena libertad de aceptar o rehusar, el plan de estudio, tratamiento médico y/o la ayuda médica recomendada.

- VI Investigación biomédica

Artículo 6 sección 1: El médico comprometido con la investigación debe solicitar el consentimiento válidamente informado a los participantes como sujetos de la investigación.

Existen otros documentos donde se menciona al consentimiento informado, tal como se dicta en los derechos de los pacientes que son los siguientes:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se esté inconforme por la atención médica recibida.

Según Julio César Galán: “El consentimiento informado es un presupuesto y elemento integrante de la “Lex Artis”, ajeno a la tradición médica que lo ha desconocido como principio a lo largo de su historia”, situación que a lo largo de la práctica médica se ha ido marginando y por consiguiente olvidando. En el derecho legislado se le considera al consentimiento informado como el acto jurídico

personalísimo del paciente para admitir o rehusar uno o varios actos biomédicos concretos, en su persona, con fines de atención médica.

El derecho mexicano lo menciona como el acto jurídico no solemne, personalísimo, revocable y libre del paciente para admitir o rehusar, por sí mismo o a través de su representante legal, uno o varios actos biomédicos concretos, en su persona, con fines de atención médica. Para la validez del consentimiento se requiere no haber sido manifiesto por error, arrancado por violencia, o sorprendido por dolo (Código Civil Art. 1794-1823).

En la Ley General de Salud en su artículo 81 se menciona: “En caso de urgencia... el documento que debe ser firmado como autorización, será suscrito por el familiar, tutor o representante legal ...” porque “ la urgencia no permite demoras ante la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento”.

Existen limitantes para brindar la información, éstas son:

1. “Deberá respetarse la voluntad de la persona a no ser informada” (derecho a no saber).
2. No brindar información a familiares y/o terceros si así lo desea el paciente.
3. No dar información claramente perjudicial para la salud del paciente, en caso de trastornos mentales, como sería el caso de depresión severa, trastornos de personalidad, intentos previos de suicidio, etc<sup>34</sup>.

En cuanto a la revocación del consentimiento, éste como se menciona con anterioridad es temporal y revocable sin sujeción a formalidad alguna y la decisión debe basarse en la información completa de las consecuencias que el

<sup>34</sup> Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. México, D.F.: Editorial Porrúa; 2000.  
Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Expediente Clínico. México, D.F.: Diario Oficial de la Federación; 30 de septiembre de 1999.

abandono al tratamiento implica. La revocación es válida en los siguientes supuestos: Tratamientos sanitarios obligatorios por ley, urgencias, e incapacidad declarada o de hecho para tomar decisiones.

En la Ley General de Salud en su artículo 80 se decreta que “En todo hospital ... deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico o terapéuticos los procedimientos médico-quirúrgicos necesarios debiendo informarle claramente el tipo de documento que deberá firmar ...”

El formato oficial del consentimiento informado basado en los artículos 80, 81 y 83 de la Ley General de Salud deberá contener:

- I. Nombre de la institución a la que pertenezca el hospital.
- II. Nombre, razón o denominación social del hospital.
- III. Título del documento.
- IV. Lugar y fecha.
- V. Nombre y firma de la persona que otorgue la autorización.
- VI. Nombre y firma de los testigos.

## DERECHOS DE LOS NIÑOS

La asamblea general proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño a fin de que éste pueda tener una infancia feliz y gozar, en su propio bien y en bien de la sociedad, de los derechos y libertades que en ella se enuncian e insta a los padres, a los hombres y mujeres individualmente y a las organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a que reconozcan esos derechos y luchen por su observancia con medidas legislativas y de otra índole adoptadas progresivamente en conformidad con los siguientes principios:

***Principio 1***

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

***Principio 2***

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

***Principio 3***

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

***Principio 4***

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

***Principio 5***

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

***Principio 6***

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor



y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

### ***Principio 7***

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

### ***Principio 8***

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

### ***Principio 9***

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo

alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

***Principio 10***

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.<sup>35</sup>

<sup>35</sup> Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México ídem pág. 58

## V. METODOLOGÍA



Se selecciono un estudio de caso de un paciente con cardiopatía congénita, por la complejidad de la patología ya que en esta, es preciso entender y actuar adecuadamente en el cuidado de estos pacientes para evitar posibles complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Buscando estudios relacionados dentro de los cuales se encontraron 1 de la reparación quirúrgica y 2 de cuidados de enfermería específicos para pacientes cardiopatas



Utilizando un instrumento elaborado por la 1a generación del posgrado basado en la Teoría General del autocuidado de Dorothea Orem



Recolección de datos mediante  
Entrevista y expediente  
Valoración y  
Exploración física  
Jerarquizar requisitos (Orem)



Establecer la prescripción del cuidado y el tratamiento regulador



Se Evalúa el cumplimiento de los objetivos y en caso de fallo se valora y replantea la prescripción del cuidado

## VI. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA

### 1.1 VALORACION DE ENFERMERIA

**A) PREPARACION DEL ENTORNO:** Se mantiene lejos de corrientes de aire, limpieza de incubadora, evitar en lo posible ruidos con monitores a bajo volumen, procurando horas de descanso

**B) PREPARACION DEL EQUIPO:** verificar funcionalidad de termómetro, estetoscopio, otoscopio, cinta métrica, monitor de signos vitales con oxímetro de pulso, calentar manos e instrumental para el manejo del neonato.

**C) SISTEMA TEGUMENTARIO:** Piel integra sin lesiones

**D) INSPECCION GENERAL:** Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, sin facies característica sin movimientos anormales aparentemente integra, bien conformada activa-reactiva.

**1. CABEZA Y CUELLO:** cabeza normocefala con fontanela anterior de 1X2.5 normotensa con fontanela posterior puntiforme, cuello corto redundante con pulsos carotídeos presentes de Buena intensidad sin fenómenos agregados

**2. OÍDOS:**, emplazamiento de orejas lineal entre el pabellón de la oreja y el canto interno del ojo, firme y en curva el pabellón auricular. Se observa el reflejo de sobresalto del neonato en respuesta a un ruido fuerte.



**3. OJOS:** simétricos, ángulos de inclinación de los cantos internos, mirada conjugada, conjuntivas bien hidratadas, pupilas isocóricas, reflejo pupilar presente, sigue objeto a 180 grados horizontalmente y a 30 grados verticalmente. las fisuras palpebrales se encuentran horizontalmente a lo largo de la línea imaginaria, párpados bien situados, entre el borde superior del iris y el borde superior de la pupila, sin orzuelo, cejas con forma y movimiento simétrico, pestañas se curvan hacia afuera, esclerótica Blanca y clara, pupilas isocóricas

.muestra dorsiflexión como respuesta a la luz.

**4. CARA NARIZ Y CAVIDAD ORAL:** Membranas mucosas húmedas bien hidratadas y sonrosadas cianosis peribucal al llanto, barbilla con movimientos de la boca simétricos Puente estrecho, boca corta y regular con paladar blando, reflejo perioral de succión y deglución enérgicos y coordinados., encías lisas con borde de tejido elevado a lo largo de la línea gingival, sin dentición, simetría de pliegues nasolabiales faringe hiperémica leve.

**5. TORAX Y PULMONES:** tórax normolíneo, con movimientos respiratorios simétricos de Buena amplexión y amplexación, ruidos respiratorios presentes de Buena intensidad sin fenómenos agregados

**6. SISTEMA CARDIOVASCULAR:** ruidos cardíacos rítmicos de Buena intensidad con soplo holo sistólico en C2-2

**7. ABDOMEN:** blando, depresible, no doloroso a la palpación no viceromegalias Se palpa levemente hígado, con perístasis presente de Buena intensidad y frecuencia. Onfalorexis a los 5 días.

**8. SISTEMA LINFÁTICO:** No se palpan nódulos inflamados en cuello ni en axilas

**9-SISTEMA REPRODUCTOR** labios mayores cubren a menores acordes a la edad y permeabilidad anal.

**10. SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO:** miembros torácicos y pélvicos con cianosis distal hemangioma en MPI, con tono y fuerza , sensibilidad conservada pulsos presentes y llenado capilar inmediato, completos sin agregados ,surcos en toda la planta del pie, reflejo de moro vigoroso y bilateral, reflejo de enderezamiento de columna adecuado , sin datos de luxación de cadera, simetría de pliegues debajo de cadera, movilidad coordinada de extremidades sin datos fractura y articulaciones, presión palmar y plantar presente .

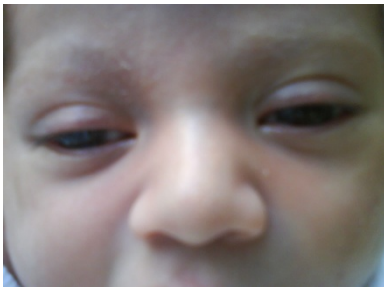


de

**11. SISTEMA NERVIOSO:** fuerza y simetría muscular presente ,reflejo superficial anal presente.

**1.2 JERARQUIZACION DE REQUERIMIENTOS**

**1.MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE**



SIGNOS VITALES FC\_\_168\_\_ FR\_\_36X\_ T.A 94/62 //70\_ TEMP\_\_36.0\_\_

**CIANOSIS AL LLANTO**

FASE DE VENTILACION AMBIENTAL ( x )

**SAT O2 67% -**

**2. Y 3 MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACION**

PERIMETRO ABDOMINAL CONSERVADO DESTROSTIX\_75-mg/dl  
 CARACTERISTICA DE LAS MUCOSAS : HIDRATADAS CIANOSIS PERIBUCAL AL LLANTO  
 TIPO DE ALIMENTACION :

VIA ENTERAL

TIPO DE LECHE	CANTIDAD	TIEMPO
SENO MATERNO	LIBRE DEMANDA	C/3HRS
LM 13% SOG		C/3 HRS

**PRESENTA CIANOSIS DURANTE LA ALIMENTACION**

**4. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO**

VALORACION NEUROLOGICA

**REFLEJOS PRIMARIOS**

SUCCION ( x ) DEGLUCION ( x ) BUSQUEDA ( x ) MORO( x)TONICO CUELLO ( x )  
ENDEREZAMIENTO DEL TRONCO ( x ) PUNTOS CARDINALES ( x ) ARRASTRE( x )  
INERVACION DEL TRONCO ( x ) PRESION PLANTAR ( x ) PRESION PALMAR ( x ) BABINSKY ( x )

### ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO

ESTADO I: SUEÑO PROFUNDO: RESPIRACION REGULAR, OJOS CERRADOS SIN MOVIMIENTOS SIN ACTIVIDAD ESPONTANEA A EXCEPCION DE LOS SOBRESALTOS ( )

ESTADO II: SUEÑO LIGERO RESPIRACIONES IRREGULARES, OJOS CERRADOS CON MOVIMIENTOS RAPIDOS DE LOS OJOS, BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD CON MOVIMIENTOS DE SUCCION. ( )



### ESTADOS DE VIGILIA (BRAZELTON)

ESTADO VI LLORANDO ACTIVIDAD MOTORA ELEVADA Y LLANTO INTENSO, ES DIFICIL ABRIRSE CAMINO HACIA EL NEONATO ( x )

**EL NEONATO PRESENTA ALTERACION EN EL PATRON DEL SUEÑO POR QUE NO SE ADAPTA AL CAMBIO DEL ENTORNO CASA-HOSPITAL**

### 5. PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRETAS

PAÑAL ( x )  
EVACUACION EN 24 HRS (2-3) ESTIMULACION RECTAL SI ( ) NO ( x )  
FORMADA ( ) PASTOSA ( x ) BLANDA ( ) LIQUIDA ( ) S/ LIQUIDA ( )  
CODIGO DE EVACUACIONES AMARILLA ( ) VERDE ( ) CAFÉ ( x ) MECONIAL ( ) BLANCA ( )

ORINA EN 24 HRS ( si )  
OLOR \_\_\_\_\_ COLOR: CLARA LABSTIX: NO

### 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

NEONATO PLANEADO ( x ) DESEADO ( ) ACEPTADO ( )  
RECIBE VISITA MATERNA: VISITA DE AMBOS PADRES  
PRESENCIA DE CONTACTO FISICO Y PLÁTICA CON EL NEONATO: SI  
APEGO MATERNO: SI PLATICA MUCHO CON EL NEONATO, PUES ELLA LA RECONOCE  
TECNICA CANGURO: SI SE LE EXPLICA A LA MADRE LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO FISICO  
METODO DE COMUNICACION DE LA MADRE CON EL HIJO: MIRADA Y CONTACTO FISICO  
**PARA EL NEONATO ES DIFICIL ADAPTARSE POR EL CAMBIO CASA-HOSPITAL, MADRE-ENFERMERA**

### 7. PREVENCION DE LOS PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO



EXISTE ALGUN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO  
SI ( x ) NO ( )

¿POR QUE? POR EL DIAGNOSTICO YA ESTABLECIDO DEL NEONATO Y LA CIANOSIS PERSISTENTE

LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO

SI (X) NO ( )

ESPECIFICA SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: AUNQUE LA MADRE TIENE UN HIJO REFIERE HABER PERDIDO PRACTICA ADEMÁS DE TEMOR POR LA PATOLOGIA DEL NEONATO.

**EL NEONATO TIENE RIESGO POR LA PATOLOGIA DIAGNOSTICADA Y LA PROGRAMACION A CIRUGIA**

**8. PROMOCION A LA NORMALIDAD**

SE REALIZA ASEO DE CAVIDADES O BAÑO SI ESPECIFIQUE: BAÑO DE INMERSION E INSTRUYE A LA MADRE

PIEL INTEGRAL: SIN DATOS DE LESION HEMANGIOMA EN MPI

LLENADO CAPILAR INSTANTANEO

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO**

**ANTECEDENTES PERINATALES**

GESTA 2 PARA 0 ABORTO CESAREA 1 FUM: DESC TIPO SANGUINEO O+ RH - ISOINMUNIZACION PREVIA NO

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD DE LA MADRE	20-30	15-19	<14 O >36
ENFERMEDAD MATERNA (DIABETES, TOXEMIA ESPECIFICAR -)	NO		SI
RPM	ARTIFICIAL O ESPONTANEA < 6HRS		6 HRS
MONITORIZACION FETAL	FC 120-160		<110 >160
ANESTESIA	BPD	ANALGESIA	ANESTESIA GENERAL

RIESGO BAJO

**CUIDADOS INMEDIATOS**

**CUIDADOS MEDIATOS**

	SI	NO
1.CONTROL TERMICO	SI	
2.SECAR Y ESTIMULAR	SI	
3. ASP. SECRECION (PERMEABILIDAD ESOFAGICA Y COANAS)	SI	
4.APGAR	SI	
5.PERMEABILIDAD DEL ANO	SI	
6.CORTE Y LIGAMENTO DE CORDON	SI	
7.IDENTIFICACION	SI	
8.SILVERMAN	SI	
9.ANTROPOMETRIA	SI	
.		

	SI	NO
10. PROFILAXIS OFTALMICA	SI	
11.ADMINISTRACION DE VIT K	SI	
12. SOMATOMETRIA	SI	
13. VALORAR ICTERICIA	SI	
14.CUIDADOS DE CORDON UMBILICAL	SI	
15.EVACUACION Y MICCION	SI	
16. EDUCACION A LA MADRE	SI	
17. TOMA DE TAMIZ NEONATAL O AUDITIVO	SI	

RIESGO BAJO (SI)  
RIESGO ALTO (NO)

## VALORACION APGAR

SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	<A 100 LT/MIN	>A 100 LT/MIN
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	RESP LENTA E IRREG	RESP NORMAL
TONO MUSCULAR	NINGUNO FLACIDEZ	LIGERA FLEXION	MOVIMIENTO ACTIVO
IRRITABILIDAD REFLEJA	AUSENTE	LLANTO LEVE AL ESTIMULO	LOS ESTORNUDOS Y TOS DESAPARECEN AL SER ESTIMULADO
COLORACION	AZUL, GRISACEA O PALIDEZ	EXTREMIDADES AZULES	NORMAL

**CALIF\_ 8/9**

## SILVERMAN

SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	TORAX INMOVIL ABDOMEN EN MOVIMIENTO	TORAX Y ABDOMEN EN SUBE Y BAJA
TIRO ABDOMINALES	NO HAY	DISCRETO	ACENTUADO Y CONSTANTE
RETRACCION XIFOIDEA	NO HAY	DISCRETA	MUY MARCADA
ALETEO NASAL	NO HAY	DISCRETO	MUY ACENTUADO
QUEJIDO RESPIRATORIO	NO HAY	LEVE E INCONSTANTE	CONSTANTE Y ADECUADO

**CALIF\_ 0**

## CEDULA (A) VALORACION DE RIESGO DEL NEONATO

FACTOR DE RIESGO	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
1) PESO EN GRAMOS	2.500-3.499	2.000-2.499 3.500-3.999	<DE 2.000 >DE 4.000
2) EDAD GESTACIONAL CAPURRO	37-41 SDG	33-36 SDG	<32 Y >42 SDG
3) APGAR A 5 MIN	7-9	4-6	1-3
4) MANIOBRAS DE REANIMACION	NORMALES	MODERADAS	INTENSIVAS
5) SIGNOS DE INFECCION	NO	SOSPECHA	POSITIVA
6) SUFRIMIENTO FETAL	NO	MODERADO	SEVERO
7) MALFORMACIONES EVIDENTES	NO	MENOR	MAYOR
8) PERDIDA PONDERAL	HASTA EL	9-12%	>13%



	8%		
9)CONTROL DE TEMPERATURA	SI		NO
10)ALIMENTACION	SENO	OTRA	
11)DISTENSION ABDOMINAL	NO	MODERADA	SEVERA
12)ONFALITIS	NO	SI	
13)ICTERICIA	LEVE	MODERADA	SEVERA
14)REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION	NORMAL	FATIGA	ANORMAL
15)LLANTO	NORMAL	AGUDO	DEBIL
16)CONVULSIONES	AUSENTE	FOCAL	GENERALIZADA
17)FONTANELA	NORMAL	DEPRIMIDA	TENSA
18)TONO MUSCULAR	NORMAL	HIPOTONICO	HIPERTONICO
19)MOVIMIENTOS ANORMALES	NO	TEMBLOR	CLONICOS
20)OPISTOTONOS	NO		SI
21)ASIMETRIA POSTURAL	NO		SI
22)CADERA	NORMAL	ABDUCCION	ORTOLANI +
23)PRESION	CON JALON	SIN JALON	AUSENTE
24)REFLEJO DE BUSQUEDA	NORMAL	LIMITADA	AUSENTE
25)MORO	NORMAL	ASIIMETRICO	AUSENTE
26)ENDEREZA MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	INCOMPLETO	AUSENTE
27)CABEZA SIGUE TRONCO	SI		NO
28)MARCHA	NORMAL	INCOMPLETO	NO
29)HEMORRAGIA	NORMAL	MODERADA	EXCESIVA
30)HIPO O HIPERTENSION	NO	MODERADA	SEVERA
31)TAQUICARDIA	NO	MODERADA	SEVERA
32)HIPERTERMIA	NO	MODERADA	SEVERA
33)INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NO	MODERADA	SEVERA

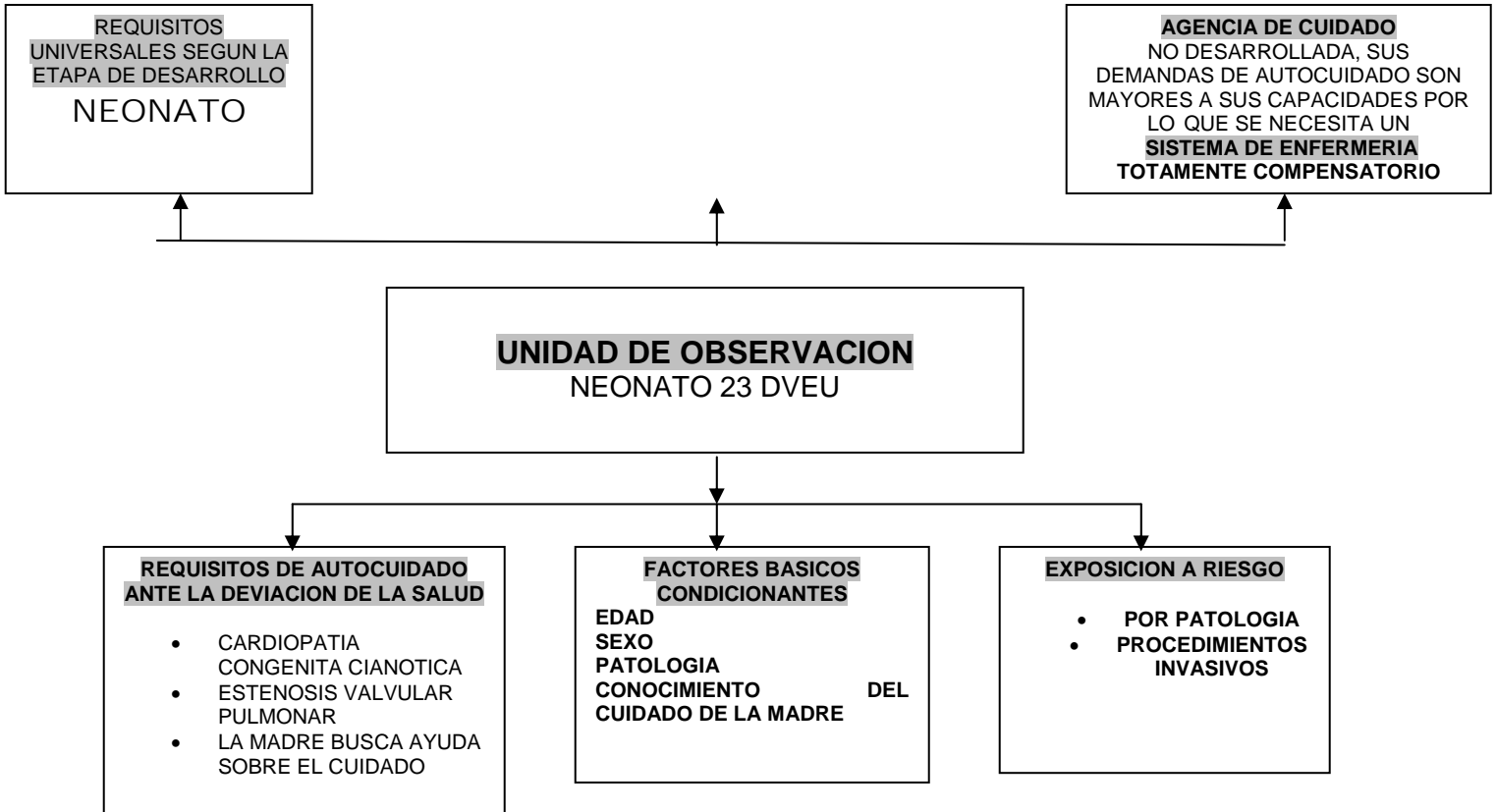
RIESGO: **BAJO**

#### REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE LA DESVIACION DE LA SALUD (DX MEDICO)

- CARDIOPATIA CONGENITA CIANOTICA
- ESTENOSIS VALVULAR PULMONAR
- LA MADRE BUSCA AYUDA Y ORIENTACION SOBRE LA PATOLOGIA DEL NEONATO

#### 6.2 ESQUEMA METODOLOGICO

REQUISITOS UNIVERSALES AFECTADOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MANTENIMIENTO EN EL APORTE SUFICIENTE DE AIRE.</li> <li>• MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO E INTERACCION SOCIAL</li> <li>• PREVENION DE PELIGROS PARA LA VIDA , EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO</li> </ul>



**PROCESO ENFERMERO**



## REQUISITO AFECTADO

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE



DEFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE R/C  
MALA PERFUSION TISULAR M/P CIANOSIS PERIFERICA AL LLANTO Y  
CIANOSIS UNGUEAL PERSISTENTE



## OBJETIVO

MANTENER ESTABILIDAD HEMODINAMICA DURANTE EL PERIODO PREOPERATORIO,  
ACÓRDES A LA PATOLOGIA DE BASE Y VIGILAR POSIBLES COMPLICACIONES PARA QUE  
LLEGUE EN CONDICIONES OPTIMAS A SU CIRUGIA

## PRESCRIPCION DEL CUIDADO

**STC** Alimentación con SOG formula al 13% 50ml c/ 3 horas para disminuir el esfuerzo por succión.

**STC** Mantenimiento de una adecuada situación hemodinámica, valorando la presión arterial y la PVC ambiente térmico neutral.

**STC** Vigilar saturación de oxígeno entre 75% y 85% y un estado nutricional óptimo así como Disminuir factores de stress, conteniendo extremidades al instalar vía venosa y toma de muestras de exámenes de laboratorio, acercándose de manera reposada.

**A. E.** Cuidado de los padres para un correcto afrontamiento del periodo intraquirúrgico y posquirúrgico por parte de los mismos, considerar a los padres como agentes del autocuidado y proporcionar ambiente terapéutico que disminuya factores estresantes, asesorar sobre el consentimiento informado

**AGENCIA DE CUIDADO:** ENFERMERIA

### FUNDAMENTACION CIENTIFICA.

La monitorización proporciona datos esenciales sobre las variaciones que se producen en el estado del neonato incluidas taquicardias, bradicardias, hipotensión y frecuencia cardiaca irregular indican descompensación cardiaca

### EVALUACION:

El neonato mantendrá niveles de saturación óptimos en espera de la intervención quirúrgica.

## PROCESO ENFERMERO



### REQUISITO AFECTADO

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO



ALTERACION EN EL MANTENIMIENTO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO RELACIONADO CON EL CAMBIO DE HABITAT MANIFESTADO CON IRRITABILIDAD Y LLANTO



### OBJETIVO

NEONATO DESCANSARA Y DISMINUIRÁ PERIODOS DE IRRITABILIDAD DURANTE SU ESTANCIA HOSPITARIA

## PRESCRIPCION DEL CUIDADO

**STC** Adaptar la cuna de una manera que sea confortable para el neonato  
**SPC** Mantener el mayor tiempo posible a la madre, de ser posible el tiempo que no este la madre brindar apego al neonato para brindarle confianza

**STC** Respetar las horas de sueño, programando nuestras actividades y uso de monitores para menor manipulación, procurando al menos ciclos de sueño de tres horas.

**SPC** Procurar ambiente relajado y manipularla lo menos posible durante el sueño.  
- Evitar ruidos, luces y movimientos bruscos

### FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Los factores que alteran el sueño son el ruido, calor, frio, recordando que la buena alineación corporal reduce la tensión y favorece la comodidad para dormir.

**AGENTE DE CUIDADO** : L.E.O. BEATRIZ SERAFIN HERNANDEZ

### EVALUACION:

EL NEONATO DESCANSARA MEJOR CON PERIODOS DE SUEÑO LARGOS Y DISMINUYE LA IRRITABILIDAD

## PROCESO ENFERMERO



### REQUISITO AFECTADO

**MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOCIEDAD Y LA INTERACCION SOCIAL**



**ALTERACION EN EL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL RELACIONADO CON UN ENTORNO DIFERENTE Y SEPARACION DE LA MADRE MANIFESTADO POR INDIFERENCIA AL CONTACTO E IRRITABILIDAD**



### OBJETIVO

**EL NEONATO MANTENDRÁ TRANQUILIDAD DENTRO DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y SENTIRÁ UN AMBIENTE CONFIABLE**

### **PRESCRIPCION DEL CUIDADO**

**SPC Brindar acercamiento a la madre el mayor tiempo posible.**

**SPC Cuestionar a la madre sobre los cuidados que se le brindan en casa para adaptarlos y aplicarlos dentro del ambiente hospitalario (canto, plática)**

**STC Detectar los factores que disminuyan stress en el neonato**

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA**

**Un ambiente seguro disminuye la ansiedad ante la incertidumbre de lo desconocido.**

**AGENTE DE CUIDADO: L.E.O. BEATRIZ SERAFIN HERNANDEZ**

### **EVALUACION:**

**El neonato muestra confianza ante el cuidado e interacciona en la mirada con el personal del enfermería**

## PROCESO ENFERMERO



### REQUISITO AFECTADO

REVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO



RIESGO DE HIPOTERMIA RELACIONADO CON:  
ACTO QUIRURGICO  
INFUSION DE SOLUCIONES FRIAS Y TRASLADO HACIA EL QUIROFANO



### OBJETIVO

DISMINUIR FACTORES DE RIESGO QUE ALTEREN  
LA TEMPERATURA DEL NEONATO PARA MANTENERLO EUTERMICO

## PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

STC Trasladar al neonato en incubadora de transporte que mantenga la temperatura corporal, precalentando el módulo de transporte, las almohadillas, y las sábanas.

STC Envolver al neonato en sábanas de plástico o con papel aluminio, si no hay incubadora disponible, haciendo énfasis en cubrir la cabeza

STC Recibir al neonato en cuna radiante y mantener la temperatura de la Sala a 26°C.

STC Proporcionar infusiones con soluciones a temperatura ambiental.

STC Reducir al mínimo el tiempo fuera de la incubadora o el calentador, manipulando al niño únicamente a través de los manguitos de entrada

STC Entibiar las soluciones antisépticas y los líquidos endovenosos

STC Evitar el uso de recipientes que contengan líquidos calientes, como método para proporcionar calor porque existe riesgo alto de ocasionar quemaduras al neonato

**AGENTE DE CUIDADO: L.E.O. BEATRIZ SERAFIN HERNANDEZ**

## FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Las consecuencias de la hipotermia pueden ser muy serias e incluso producir la muerte del neonato. Las estrategias para prevenirla son múltiples y variadas pero todas ellas están dirigidas a reducir la pérdida de calor y proveer fuentes externas de calor.

## EVALUACION

El neonato se mantendrá eutermico en los momentos adecuados.

## SEGUIMIENTO DE CASO SINTESIS DE VALORACION FOCALIZADA

FECHA 02-DIC-08

NUM DE SEGUIMIENTO 1

**NOMBRE DEL CASO:** Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire en un neonato de como consecuencia de cardiopatía congénita

**EDAD** 24 DIAS **LUGAR** INP

### **SINTESIS DE LA VALORACION FOCALIZADA INCLUIDOS LOS REQUISITOS MÁS AFECTADOS**

**P 3450 FC 146 FR 40 T 36.8°C SAT 69%**

D.P. A la exploración física se encuentra activa reactiva con cianosis central generalizada, peribucal y en extremidades, ruidos cardiacos rítmicos con soplo sistólico GII C2, manchas hipercromicas en MPI que desaparecen a la digito presión, en ayuno con venoclisis en MT Izq. funcional.

Se le realiza cateterismo cardiaco terapéutico en el cual se corrobora estenosis critica de la arteria pulmonar, presenta bradicardia y paro asistido con duración de 6 minutos al cual se recupera, se introduce catéter 5Fr de tres lúmenes se fija y se corrobora ubicación central.

Se mantiene con monitorización continua estable.

### **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Riesgo de infección R/C Cateterismo



### **PROCESO ENFERMERO**



## REQUISITO AFECTADO

PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA , EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO



RIESGO DE INFECCION R/C CIRUGIA Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS



## OBJETIVO

PREVENIR INFECCIONES

DETECTAR PRECOZMENTE SIGNOS DE INFECCIÓN

### PRESCRIPCION DEL CUIDADO

STC Extremar las medidas de asepsia, utilizando medidas estándar, Lavarse bien las manos antes y después de tocar al neonato , mantener adecuada situación hemodinámica y proporcionar ambiente térmico neutral.

STC Extremar las medidas de asepsia a la hora de manipular el tubo endotraqueal y realizar la aspiración, utilizando una sonda en cada aspiración y aspirando en sentido rotatorio, así como en la manipulación de las vías periféricas cambio de los sistemas de infusión de líquidos y llaves de tres pasos cada 72 horas, así como sistemas de aspiración.

STC Identificar y registrar cualquier signo o síntoma compatible con infección

SPC Participar en la capacitación del personal, en la educación de los padres del paciente, su familia y visitantes.

STC Identificar puntos críticos de riesgo en área física, equipo, materiales, personal.

STC Verificar los procedimientos de limpieza, descontaminación y esterilización del material, del equipo y del área física.

STC Manejo de antibióticos según prescripción medica

**AGENTE DE CUIDADO: L.E.O. BEATRIZ SERAFIN HERNANDEZ**

### FUNDAMENTACION CIENTIFICA

.

### EVALUACION

Los accesos vasculares no presentaron datos de infección y el personal y familiares participaron activamente en el lavado de manos para el manejo de los neonatos retroalimentando en la importancia del lavado de manos



**SEGUIMIENTO DE CASO  
SINTESIS DE VALORACION FOCALIZADA**

**FECHA** \_\_\_\_03-DIC-08

**NUM DE SEGUIMIENTO** 2

**NOMBRE DEL CASO** Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire en un neonato de como consecuencia de cardiopatía congénita

**EDAD** \_25 DIAS \_**LUGAR** \_INP\_\_\_\_

**SINTESIS DE LA VALORACION FOCALIZADA INCLUIDOS LOS REQUISITOS MÁS AFECTADOS**

**P 3420 FC 176 FR 51 TA 94/48-64 T36.8°C SAT 72% PVC 11**

Ingresa a quirófano para operación de valvulotomía de la pulmonar, estable durante la cirugía sin complicaciones aparentes.

Se encuentra con ventilador mecánico con últimas gasometrías PH 7.29 PCO2 51.3 HCO3 24.4 (ACIDOSIS RESPIRATORIA) con T/A dentro de límites normales con apoyo de milrinona, adrenalina, calicó, fentanil sol barredora,

A la exploración física se encuentra con mala coloración palidez de tegumentos, acrocianosis, cianosis en parte distal de extremidades mas inferiores cráneo con fontanela normotensa mucosa oral seca, con tubo nasotraqueal , cuello tórax con herida central cubierta sin datos de sangrado o secreción .CsPs con murmullo disminuido izquierdo , hipoventilacion,taquicardia .

Se indica cefalotina , ranitidina vit k heparina y un paquete globular 52ml en 3 hrs se reporta sangrado de cirugía 240ml, se trasfunde plasma.

Pronostico reservado



**DX DE ENFERMERIA:**

**RIESGO DE INFECCION R/C PROCESOS INVASIVOS**

**ALTERACION EN EL INTERCAMBIO DE GASES EN RELACION CON LA HIPOVENTILACION Y/O ANOMALIAS DE LA PERFUSION.**

**PROCESO ENFERMERO**



### REQUISITO AFECTADO

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL BIENESTAR HUMANO



ALTERACIÓN EN EL INTERCAMBIO DE GASES EN RELACIÓN CON LA HIPOVENTILACIÓN Y/O ANOMALÍAS DE LA VENTILACIÓN/PERFUSIÓN



### OBJETIVO

VIGILAR ESTABILIDAD HEMODINÁMICA SIN REPERCUSIONES PARA EVITAR POSIBLES COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS.

### **PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO**

STC VIGILAR POSTCARGA,  
Evaluación neurológica

Controlar PAM y saturación, perfusión tisular o llenado capilar, control de temperatura central y periférica, control de líquidos >2cc /kg/hr.

STC Vigilar contractilidad

valorar calidad de los pulsos

**AGENTE DE CUIDADO : L.E.O. BEATRIZ SERAFIN HERNANDEZ**

### **FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA**

En la estenosis pulmonar se produce una sobrecarga de presión que se traduce en hipertrofia concéntrica más que en hipermegalia. No hay hiperflujo pulmonar. Si la lesión es muy obstructiva pueden aparecer también signos de insuficiencia cardíaca.

### **EVALUACIÓN**

El neonato se observa estable hemodinámicamente y no se observan alteraciones que comprometan la recuperación del neonato.

**SEGUIMIENTO DE CASO**  
**SINTESIS DE VALORACION FOCALIZADA**

**FECHA** \_\_\_\_04-DIC-08

**NUM DE SEGUIMIENTO** 3

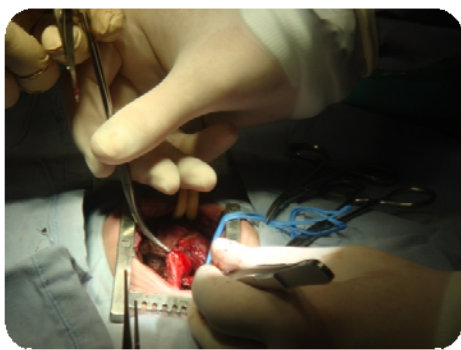
**NOMBRE DEL CASO** \_ Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire en un neonato de como consecuencia de cardiopatía congénita

**EDAD** \_26 DIAS \_**LUGAR\_INP** \_\_\_\_

**SINTESIS DE LA VALORACION FOCALIZADA INCLUIDOS LOS REQUISITOS MÁS AFECTADOS**

**P3450 T 37 FC 155 FR 53 T/A 81/49**

INTUBADO NASOTRAQUEAL MUESTRA RESOLUCION DE NEUMOTORAX EN RADIOGRAFIA FIO2 100% SAT O2 46% TA MEDIA ENTRE 40-58 AFEBRIL INGRESA A QUIROFANO PO DE VALVULOTOMIA PULMONAR PARA REALIZAR LA COLOCACION DE FISTULA SISTEMICO PULMONAR (BT) POSTERIOR A QUIROFANO MANTIENE MEJOR SATURACION HASTA 83% SE ENCUENTRA A FEBRIL BAJO VENTILACION MECANICA, CON APOYO DE INOTROPICOS A BASE DE VASOPRESINA, MILRINONA, ADRENALINA, LEVOSIMEDAN. SE OBSERVA HEMATOMA EN MS EN LA ZONA DE COLOCACION DE ARTERIOCLISIS



**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

DEFICIT EN LA PROMOCION A LA NORMALIDAD, EN LA INTEGRIDAD DE LA PIEL RELACIONADO CON ARTERIOCLISIS MANIFESTADO POR HEMATOMA

RIESGO DE INFECCION RELACIONADO CON PROCESOS INVASIVOS

RIESGO DE COMPLICACION CARDIOVASCULAR RELACIONADO CON CIRUGIA REALIZADA

MILRINONA: INFUSION POR BOMBA, NO DILUIR CON DEXTROSA POR QUE SE INACTIVA, NO ADMINISTRAR FUROSEMIDE POR LA MISMA VIA (SE INACTIVA) CONTROLAR FC, T.A. Y DIURESIS ASI COMO RECuento PLAQUETARIO.

**SEGUIMIENTO DE CASO**

## SINTESIS DE VALORACION FOCALIZADA

FECHA \_\_\_05-DIC-08

NUM DE SEGUIMIENTO 4

NOMBRE DEL CASO\_ Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire en un neonato de como consecuencia de cardiopatía congénita

EDAD \_27 DIAS \_LUGAR\_INP\_\_\_\_\_

### SINTESIS DE LA VALORACION FOCALIZADA INCLUIDOS LOS REQUISITOS MÁS AFECTADOS

P3450 T 36.7 FC 143 FR 48 T/A 76/41

SE ENCUENTRA CON APOYO VENTILATORIO FASE III MANEJO DINAMICO DEL VENTILADOR SE AUMENTAN LOS CICLADOS DURANTE EL DIA, LOGRANDO DISMINUIR PCO2 POR LO QUE LA TENDENCIA ES REDUCIR EL CO2 ASI COMO LA DISMINUCION DE PI, SE ENCUENTRA CON MANEJO DINAMICO DE AMINAS SIN MODIFICACIONES SE SUSPENDE FENTANIL, NO PRESENTA COMPROMISO, VALORAR CAMBIO DE VENTILACION.



### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

RIESGO DE INFECCION RELACIONADO CON PROCESOS INVASIVOS

RIESGO DE COMPLICACION CARDIOVASCULAR RELACIONADO CON CIRUGIA REALIZADA

DENTRO DE LAS INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS RELACIONADOS EN CUANTO AL MANEJO **BUENA EVOLUCIÓN**

**PREOPERATORIO**



**TRANSOPERATORIO**



**POST-OPERATORIO**



## PLAN DE ALTA

SE ESTABLECE CON UN SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO Y APOYO EDUCACIONAL, SE CAPACITA AL AGENTE DE CUIDADO QUE ES LA MADRE PARA EL MANEJO DEL NEONATO EN DOMICILIO.

REALIZAR BAÑO DIARIO PROTEGIENDO DE CORRIENTES DE AIRE Y MANTENIENDO EUTERMIA

CURACIÓN DE HERIDA CON AGUA Y JABÓN NEUTRO, VIGILANDO DATOS DE INFECCIÓN (HIPEREMIA, SECRECIÓN, O SALIDA DE LIQUIDOS POR LA HERIDA)

ALIMENTACION CON ESTRICTO CONTROL DE LIQUIDOS FORMULA 150ml cada 3 horas

VIGILAR DIURESIS Y EVACUACIONES PRESENTES.

VIGILAR EFECTOS SECUNDARIOS QUE PUEDEN PRESENTARSE CUANDO SE MINISTRAN MEDICAMENTOS

ESPIRINOLACTONA: nausea, vomito, diarrea, fiebre, ras, eritema

FUROSEMIDE deshidratación

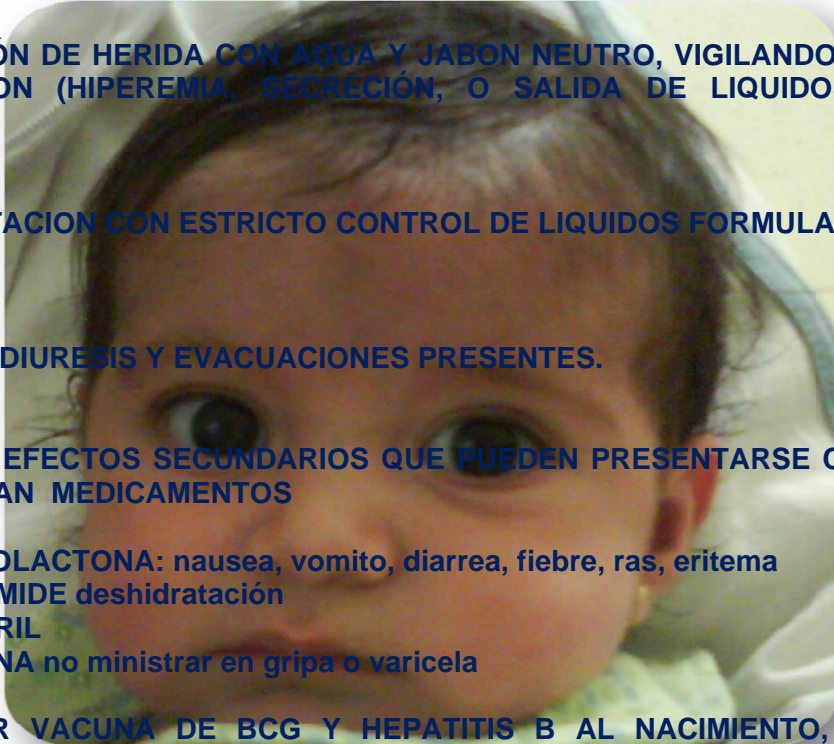
CAPTOPRIL

\*\*ASPIRINA no ministrar en gripa o varicela

APLICAR VACUNA DE BCG Y HEPATITIS B AL NACIMIENTO, ORIENTAR SOBRE LAS VACUNAS POSTERIORES

SEÑALES DE ALARMA, COMO CIANOSIS, DATOS DE FATIGA MODERADA, DIFICULTAD RESPIRATORIA ACUDIR A VALORACION EN CASO DE QUE SE PRESENTE.

CONTINUAR CON SEGUIMIENTO DE CONSULTA EN PEDIATRIA Y CARDIOLOGIA



## **CONCLUSIONES**

El método enfermero basado en la teoría de Dorothea Orem es aplicable al neonato, su teoría de sistemas desempeña un papel fundamental dentro del paciente, ya que define literalmente la función que debe realizarse dentro de su cuidado y establece la prescripción de enfermería jerarquizando los requisitos de manera que el tratamiento de regulación se brinde de forma inmediata.

El cuidado adecuado a los pacientes cardiópatas requiere de un equipo profesional interdisciplinario, de esta manera se enriquecen y fortalecen conocimientos y al unificar criterios se brinda un manejo integral del paciente de calidad, lo que permite prevenir complicaciones y ayuda a restablecer de la mejor manera posible la salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arias, M. La triangulación metodológica: Sus principios, alcances y limitaciones. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. Medellín, XVIII (1) (2000)..
2. Alarcón, María; Astudillo, Paula; Rivas, Edith Metodología de la investigación en enfermería. Manual. Proyecto de Desarrollo Docente N° 1620-499. Chile(2000)..
3. Delgado, J. M. y Gutiérrez, J. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Editorial Síntesis S.A. 1ª reimpresión. España. (1995).
4. Ibáñez, J.. Cuantitativo/cualitativo. Terminología científico-social, aproximación crítica. Reyes, R. editores. Barcelona. Anthropos. (1988)
5. Kline, M. . La pérdida de la certidumbre. Siglo XXI, Madrid.1993
6. Marriner, A., Rayle, M. Modelos y teorías en enfermería. 4ª edición. Editorial Servier Science. (2003).
7. Mendoza, S.. Estudio de revisión de revistas con publicaciones de enfermería. Mesas de trabajo Doctorado en Enfermería. Universidad Concepción, Chile. (2004)
8. Pinus, R. Paradigmas en Investigación. [www://A:/ParadigmasdeInvestigaciónenSalud-Monografias.com](http://www://A:/ParadigmasdeInvestigaciónenSalud-Monografias.com). (on line). Accesado el 30.04.2004
9. Polit y Hunter). Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. Mc Graw Hill Interamericana. (2000
10. Saporiti, E. (1989). Corrientes metodologicas na Investigacao. R. Gaucha Enferm., Porto Alegre, 10(1): 13-15, Jan.
11. Straus, A. y Corbin, J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª edición. Editorial Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. (2002).
12. Triviños, A. N. Abordagens teóricas e filosóficas da pesquisa. Río de Janeiro(1991)..
13. Torres, A. Revisión 13 mallas curriculares, exposición mesas de trabajo Doctorado en Enfermería. Universidad de Concepción, Chile. (2004).
14. Deacon J, O`Nelly P “Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos 2da Edición: Aspectos éticos de la enfermería neonatal”. Editorial McGraw-Hill Interamericana, Atlapampa, Capítulo 33, 2001 p 841-849.
15. Grupo de estudios de ética clínica. “Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento”. Rev. méd. Chile, jun. 2003, vol.131, no.6, p.689-696. ISSN 0034-9887.



16. Klaus M, Fanaroff A “Cuidados del Recién Nacido de Alto Riesgo Quinta Edición: Aspectos éticos en el periodo neonatal” . Editorial Mc GrawHill Interamericana, Atlampa, Capítulo 19, 2003 p 588-598.
17. Molina, V. “Consideraciones éticas en el Periodo Neonatal”. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Perinatología. Capítulo 7. pg 53-61
18. Stenson, B. McIntosh, N. “Some ethical considerations in the neonatal intensive care area”. Eur J Pediatr (1999) 158 Issue 13 p 13-17
19. **Sklansky, M** “Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability” J Med Ethics 2001; 27:5-11
20. Sociedad Española de Neonatología, “Decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico en recién nacidos críticos: estudio multicéntrico” Anales de Pediatría Domingo 1 Diciembre 2002. Volumen 57 - Número 06 p. 547 - 553
21. Taboada, P “El Principio de la Proporcionalidad terapéutica en las decisiones de limitar tratamientos” Boletín Escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 1998;27:17-23
22. Tapia JL, Ventura-Juncá P. “Manual de Neonatología 2ª Edición” , Editorial Mediterráneo, Santiago, 1997
23. **Wall, S. Partridge, J** “Death in the Intensive Care Nursery: Physician Practice of Withdrawing and Withholding Life Support” Pediatrics Vol. 99 No. 1 January 1997, p. 64-70
24. Margarita Cardenas Jimenez y cols TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA 1ª edicion ENEO Junio 2006 pp242
25. Rosa María Ostiguin Meléndez, De la Luz Velázquez Silvia María Teoría general del déficit de autocuidado 1ª edición Edit. Manual Moderno México D.F. 2001
26. Miguel Ángel Rodríguez Weber, Udaeta mora enrique NEONATOLOGIA CLINICA 1ª Edición Edit. Mc Graw Hill Interamericana pp544-553
27. [www.cohrane.com.mx](http://www.cohrane.com.mx) (2 ARTICULOS)
28. [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)( 5 ARTICULOS)

# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de la presente yo Tania Albarrán Noguerón doy mi consentimiento para que la Lic. En Enfermería y Obstetricia, Beatriz Serafin Hernandez, Estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento de mi hijo ( neonato ), como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

AUTORIZO:

Tania Albarrán Noguerón 5312-26-13




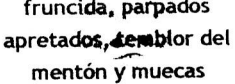





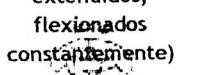











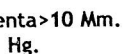


TESTIGO:






\_\_\_\_\_

## INSTRUMENTO DE VALORACION DEL DOLOR EN EL NEONATO

### DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Días de vida: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
 Edad Gestacional: \_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Días de estancia: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
 Fecha y hora de valoración: \_\_\_\_\_

PARAMETROS	2	1	0	TOTAL
1. SUEÑO	Despierto constantemente 	Despierta a intervalos frecuentes 	Duerme constantemente 	
2. EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR	Músculos faciales continuamente contraídos, frente fruncida, párpados apretados, temblor del mentón y muecas 	Contraída (músculos faciales tensos, frente fruncida) 	Calmado, músculos relajados con expresión neutra 	
3. LLANTO	Vigoroso, fuerte y continuo, inconsolable no responde a mimos 	Presente consolable, responde a mimos 	Tranquilo no llora ni se queja 	
4. MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados constantemente) 	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados frecuentemente) 	Relajados (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	
5. MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extendidas, flexionadas constantemente) 	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extensión y flexión rápidas frecuentemente) 	Relajadas (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	
6. CONSUELO	Ninguno después de 2 minutos 	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo 	Consuelo dentro de 1 minuto 	
7. FRECUENCIA CARDIACA	Incrementa > 20% 	Incrementa 10-19% 	Dentro De Las Percentilas 	
8. PRESIÓN ARTERIAL	Incrementa > 10 Mm. Hg. 	Incrementa 9 Mm. Hg. 	Dentro De Las Percentilas 	

<p>9.FRECUENCIA RESPIRATORIA</p>	<p>Retracciones intercostales y esternales marcadas, aleteo nasal, gemido espiratorio</p>	<p>Diferente del basal(retracciones intercostales mínimas)</p>	<p>Relajado (mantenimiento del patrón de respiración normal)</p>	
<p>10. SAO<sub>2</sub></p>	<p>Disminucion de la Sato<sub>2</sub> 71-76% requiere incremento del Fio<sub>2</sub></p> 	<p>Disminucion de la Sato<sub>2</sub> 79-85% requiere incremento de Fio<sub>2</sub></p> 	<p>88-95% con o sin oxigeno Ningún aumento en Fio<sub>2</sub></p> 	
<p>CALIFICACION</p>			<p>SUMA</p>	
<p>0-6 PUNTOS</p>	<p>LEVE</p>			
<p>7-15 PUNTOS</p>	<p>MODERADO</p>			
<p>16-20 PUNTOS</p>	<p>SEVERO</p>	