



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

<i>INTRODUCCION</i>	<i>01</i>
<i>OBJETIVOS</i>	<i>02</i>
<i>MARCO TEORICO</i>	<i>03</i>
<i>PRESENTACION DEL CASO CLINICO</i>	<i>28</i>
<i>EXPLORACION FISICA</i>	<i>29</i>
<i>VALORACION DE ENFERMERIA</i>	<i>29</i>
<i>PLAN DE ATENCION Y CUIDADOS DE ENFERMERIA</i>	<i>32</i>
<i>PLAN DE ALTA</i>	<i>40</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>46</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>47</i>

INTRODUCCION

Los cuidados inmediatos y mediatos que se le realizan al recién nacido, son de vital importancia ya que de ello depende, en gran medida su adaptación al medio ambiente exterior, recordemos que se encontraba en un ambiente húmedo y tibio, y que contaba con el cuidado de su madre, de cierta manera se sentía protegido y seguro.

Al nacer cambian todas sus expectativas, ya que de entrada tiene que realizar funciones fisiológicas que la madre hacía por él. Desde respirar, nutrirse, oxigenarse etc.

El recién nacido necesita todo el cariño, cuidados y protección que en especial sus padres le proporcionen para lograr una adaptación rápida y exitosa.

Como profesionales de la salud, proporcionamos cuidados inmediatos que son eficientes y oportunos.

En este proceso mencionare cuales son dichos cuidados de forma mas explicita, que fueron realizados en la sala de expulsión y después tuve la oportunidad de valorar nuevamente al RN en alojamiento conjunto y ya mas adaptado al medio,

Es impresionante en la forma que se va logrando esta adaptación, ya que es un ser que en apariencia no tiene conocimiento de lo que tiene que realizar ni la forma de cómo lograr alcanzar sus metas, Pero para ello cuenta con una información genética que hace que su cerebro inmaduro logre adaptarse y acondicionar los órganos y sistemas a su nueva vida extrauterina.

Con la ayuda de la madre y de ser posible del padre, se logra que el nuevo ser tenga un desarrollo rápido, eficiente y sobre todo, dentro de los parámetros que nosotros consideramos normales.

OBJETIVO

Adquirir habilidades en base a los conocimientos aprendidos para la realización de cuidados inmediatos y mediatos al recién nacido, así como detectar factores de riesgo después del nacimiento del producto. En el área del cunero transitorio y alojamiento conjunto.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Brindar atención de enfermería oportuna en el área de cunero transitorio y alojamiento conjunto. para la pronta adaptación del R.N. al medio externo.
- Satisfacer las necesidades requeridas del R.N. a través de las cinco etapas del proceso de atención de enfermería.
- Elaborar un plan de cuidados para la atención integral del R.N.

Marco Teórico

Evolución Histórica del Método Enfermero

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como proceso, esto ocurrió con Hall (1955) quién lo descubre como un proceso diferente, Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación); y Blach (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Para la asociación Americana de Enfermería (A.N.A) el proceso es considerado como estándar en la práctica de enfermería; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención del individuo, familia y comunidad.¹

Requerimientos para la aplicación del Método Enfermero

El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

La enfermera debe reunir una serie de competencias profesionales en las áreas del saber, saber hacer y saber ser y convivir para aplicar el proceso con facilidad y lograr cambios que favorezcan la salud de la persona, familia y comunidad.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades y destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

¹ Asociación Americana de Enfermería (2004) estándares en la practica de enfermería. Pág. 24

Importancia y ventajas del proceso de enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.

En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención. Aunado a lo anterior, Schwiran (1998) señala que actualmente enfermería hace grandes esfuerzos por ser reconocida como una profesión, y como tal debe disponer de un método de trabajo propio que le permita atender en forma particular el objeto de estudio de la disciplina "El Cuidado". Además de lo anterior, debe contar con un cuerpo de conocimientos propio, un marco ético-filosófico, un objeto de estudio bien definido y evaluar periódicamente su trabajo.

Indicadores del proceso de enfermería

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tiene como propiedades ser dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

El Proceso de Atención Enfermería es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

- **Valoración.** Es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en recoger y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores (Diagnóstico de Enfermería).
- **Diagnóstico.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Con frecuencia al diagnóstico de Enfermería se le conoce como respuesta humana, siendo responsabilidad de la Enfermera (o) atenderla, bajo principios éticos y científicos adquiridos en su formación académica y experiencia profesional.
- **Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud. Durante esta etapa se establecen los objetivos o resultados esperados del plan dirigidos a la persona, familia o comunidad según sea el caso.
- **Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
Evaluación. Consiste en comparar las repuestas de la persona y determinar si se han conseguido los objetivos o resultados esperados. Durante el desarrollo del método enfermero es necesaria la interacción entre el personal de enfermería y el paciente, además la enfermera (o) debe tener una serie de capacidades entre ellas:
 - ✓ Capacidad técnica (manejo de instrumental y equipo)
 - ✓ Capacidad intelectual (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico).
 - ✓ Capacidad de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar)

Las características método enfermero

- ❖ Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- ❖ Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- ❖ Es dinámico: Responde a un cambio continuo.

- ❖ Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera (o) y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud

- ❖ Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- ❖ Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen las aportaciones de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de la enfermera (o) Medina (1999).

Método Enfermero

El Método Enfermero es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería. Comprende una serie de pasos sistematizados, que permiten la administración del cuidado a partir de la identificación de respuestas humanas. Alfaro (1999).

Respuesta Humana

Es la forma en que la persona responde a un estado de salud o enfermedad, representando todos aquellos fenómenos que tienen que ver con el profesional de enfermería. Esta forma de responder incluye reacciones fisiológicas del organismo, percepciones, sentimientos y conductas que presentan tanto los individuos sanos como enfermos. Las respuestas humanas, son individuales y múltiples por obedecer a la naturaleza propia de cada persona y surgen como resultado de las necesidades del ser humano, de la interacción con el entorno y de los problemas que origina la pérdida de la salud. Iyer (1997).

Es importante mencionar que enfermería se ha dedicado a la identificación de respuestas fisiopatológicas como resultado de la enfermedad, debido a que la formación y ejercicio profesional ha girado en torno a ellas. Al definir la enfermería su campo de acción específico, se hace necesario centrar la atención en las respuestas humanas para conocerlas y aprender a identificarlas, situación que será posible si existe una interrelación estrecha con el paciente, además de la utilización de una teoría o modelo de enfermería que guíe y permita detectar las múltiples y variadas reacciones del ser humano.

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales, para ello, el trabajo de la enfermera se basa en un amplio marco teórico-conceptual. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco al desempeño de enfermería.

Las respuestas humanas son fenómenos de interés para la enfermera, de las cuales se reconocen dos tipos de respuesta:

- 1.- Las reacciones del individuo y grupos a problemas de salud, tales como el impacto de las enfermedades.
- 2.- La preocupación que tienen los individuos y grupos por posibles problemas de salud, como el control y la información en poblaciones o comunidades de riesgo en donde surgen necesidades educativas, desarrollo de técnicas, actitudes orientadas hacia la salud y cambios de comportamiento relacionados.

Enfermería tiene el compromiso de valorar, diagnosticar, planificar, tratar y evaluar las respuestas observadas tanto en personas sanas como enfermas. Las respuestas humanas son de naturaleza dinámica, cambian conforme progresa el paciente, la familia o ambos entre la salud y la enfermedad.

La enfermera (o) se ocupa de las respuestas de la persona ante el problema de salud. Estas respuestas difieren y varían en su naturaleza, debido a la individualidad de la persona y la respuesta al problema de salud real o potencial. Así mismo, la respuesta es un reflejo de la interacción del individuo con el ambiente, por lo cual difiere de una persona a otra.

Aplicación del Método Científico en Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Este sistema de cuidados conocido como PAE, actualmente en algunas áreas se reconoce como Método Enfermero, más sin embargo este cambio en los términos no se ha podido unificar, por lo cual es común ver en la literatura ambos nombres.

Definición de Enfermería según Virginia Henderson

Enfermería: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda. La enfermería ayuda a la persona a ser independiente lo antes posible.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Evolución de las Teorías de Enfermería.

Florence Nightingale escribió en 1859 que "... uno de los intereses más importantes de la enfermera es crear las mejores condiciones para que la naturaleza actúe su curso en el paciente... "

Tomando esto como inicio diré que la enfermería ha ido evolucionando de manera paulatina, forjando cimientos sólidos en los cuales edificar una disciplina sólida y bien fundamentada en bases del conocimiento científico, creando condiciones para su desarrollo disciplinar que ya han sido aceptados, ejemplo de esto son los cuatro patrones fundamentales sobre la construcción del conocimiento de enfermería:

Conocimiento empírico (ciencia de enfermería); Conocimiento estético (arte de enfermería); Conocimiento moral (ética de enfermería); Conocimiento personal (uso terapéutico de uno mismo), y así también se ha logrado consenso sobre los conceptos dominantes o ejes del metaparadigma de enfermería, a saber, **persona, entorno, salud y enfermería.**

Los expertos de enfermería están comprometidos en el proceso de desarrollo de la ciencia de enfermería, estableciendo y estudiando las interconexiones entre los conceptos dominantes del metaparadigma.

En este sentido el profesor Manuel Esteban de la universidad de Murcia, España, da su punto de vista y nos dice que: **el enfermero es un profesional en busca de identidad.**

Con vinculaciones y dependencias atávicas a otras profesiones en el ámbito de las llamadas ciencias de la salud, los enfermeros profesionales presienten, saben, cada vez con mayor lucidez, que ellos desarrollan una tarea que tiene algo específico y propio que no se encuentra implicado en otras profesiones como la medicina, o que tienen un mismo objeto inmediato, la persona, como en la educación, trabajo social etc.

El contexto en que se desenvuelve el profesional actual de enfermería se puede resumir en los siguientes rasgos

- Un profesional en busca de identidad.
- Una historia.
- Una practica secular.
- Unos conocimientos y técnicas en busca de una disciplina.

Una disciplina como ciencia, debe pensarse y construirse:

- Desde la historia.
- Desde la práctica profesional.
- Desde la filosofía de la ciencia.
- Desde la historia comparada de las ciencias.
-

Cabe aclarar que la filosofía de la ciencia no construye disciplinas. Estas o lo son, aunque no se sepa de ellas como organización científica o simplemente no lo son, y la filosofía de la ciencia solo permite constatarlo.

La palabra Ciencia, etimológicamente quiere decir saber e históricamente se ha configurado como un conjunto de conocimientos riguroso y sistemático sobre una determinada materia.

Por su parte el conocimiento científico es el resultado de la investigación realizada con el método y objetivo de la ciencia (Bunge).

En conclusión la enfermería es una disciplina que poco a poco se esta profesionalizando y toma para esto bases científicas específicas, día con día el profesional de enfermería se prepara investiga y desarrolla modelos de atención, para el cuidado específico de sus pacientes logrando en gran medida resultados óptimos en el ejercicio de su profesión.

Cabe mencionar que solo con la participación en conjunto del gremio de enfermería lograremos que nuestra profesión sea dignificada y considerada como lo que es:

Una profesión muy importante e insustituible dentro las ciencias de la salud.[†]

[†] Rubio Domínguez Severino, Téllez Ortiz Sara, Bernal López Beatriz. “Teorías y modelos para la atención de Enfermería (ANTOLOGÍA)”, División Universidad Abierta ENEO-UNAM, 3ª reimpresión.

Teorías y Modelos

Introducción

La profesión enfermera viene desarrollándose desde hace algo más de un siglo y ha sido a partir de los años 50 cuando el desarrollo de las teorías en este campo ha sufrido una rápida evolución hasta alcanzar un cuerpo doctrinal de conocimientos propio de una disciplina académica. Antes de esa fecha, no se había empezado a desarrollar, articular y contrastar una teoría global en esta disciplina. La práctica profesional se basaba en un compendio de principios y tradiciones determinados por una formación basada en el aprendizaje y en el sentido común desarrollado por los años de experiencia. ‡

Ya en la década de los 70, existía consenso sobre el ejercicio profesional de la Enfermería, el cual debía basarse en un sustrato teórico propio y no en conocimientos de otras disciplinas. No obstante, las investigaciones revelaban que la disciplina carecía aún de conexiones conceptuales y de sistemas teóricos sólidos.

Posteriormente, en los años 80 cada vez más bases teóricas eran incorporadas a los currículos profesionales y el interés se centraba en el análisis y el uso de las teorías en la práctica clínica. Así se alcanzó un consenso sobre los *conceptos dominantes* de la disciplina: persona, entorno, salud y la disciplina de la enfermería (cuidados enfermeros, acción/actividad de enfermería).

En los años 90, no ha existido acuerdo sobre un enfoque teórico unitario, el cual presenta sus defensores y sus detractores. Estos últimos abogan por el pluralismo en las teorías y por el enriquecimiento que aporta la diversidad al conjunto de la disciplina ya que *ninguna visión es lo bastante amplia para abarcar u orientar el conocimiento de la enfermería en su totalidad* [

Evolución histórica de modelos y teorías enfermeras

Para este apartado hemos decidido adaptar la clasificación que hacen Marriner Tomey y Raile Alligood de las diferentes teóricas enfermeras a lo largo de la historia:

1. Aquellas que se centraron en cuestiones filosóficas, que llamaremos grupo de las filosofías.
2. Aquellas que se dedicaron a diseñar modelos conceptuales y grandes marcos teóricos, que llamaremos grupo de los modelos conceptuales.
3. Aquellas que desarrollaron teorías de enfermería de nivel intermedio, que llamaremos grupo de las teorías.

‡ Marriner Tomey, Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería 5ª edición Pág. 58

Concepto Básico del Modelo de Cuidados de Enfermería de Virginia Henderson.

Virginia nació en 1897 en Kansas (Missouri). Se graduó en 1921 y se especializó como enfermera docente. Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión enfermera.

Para esta autora, la función de ayuda al individuo y la búsqueda de su más pronta independencia es el aspecto del trabajo que la enfermera inicia y controla, y en el que es dueña de la situación. V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer. Dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

La función propia de la enfermera consiste en atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos a la hora de su muerte); actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente, corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible.

Define necesidad fundamental como " todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tiene las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones i culturales, modos de vida, motivaciones... Considera catorce necesidades:

- Respirar normalmente.
- Comer y beber adecuadamente.
- Eliminar residuos corporales.
- Moverse y mantener una postura convenientemente
- Dormir y descansar
- Seleccionar ropas adecuadas, ponerse y quitarse la ropa.
- Mantener la temperatura corporal, controlando la ropa y el ambiente
- Mantener limpieza e integridad en la piel.
- Evitar los peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros
- Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores, etc.
- Profesar su religión.
- Trabajar en alguna actividad que produzca una sensación de rendir provecho.
- Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas.

Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionadas a una falta de conocimientos.

Henderson defiende la independencia funcional de la enfermería respecto a la del médico, pero reconoce la gran relación que existe entre uno y otro dentro del trabajo, hasta el punto que algunas funciones se superponen. Utilizó el método deductivo de razonamiento lógico para desarrollar su teoría.

Virginia Henderson consideraba que el paciente es un individuo que necesita ayuda para conseguir su independencia. Pensaba que la enfermería era independiente de la medicina, y reconocía que su interpretación de la función de la enfermería era una síntesis de muchas influencias.

Su filosofía se basaba en el trabajo de Thorndike (un psicólogo estadounidense), su experiencia como enfermera de rehabilitación y el trabajo de orlando sobre la conceptualización de la acción enfermera reflexiva.

Henderson puso especial énfasis en el arte de la enfermería e identificó las 14 necesidades humanas básicas sobre las que se basan los cuidados de enfermería. Sus contribuciones fueron la definición de la enfermera, la delimitación de las funciones de enfermería autónoma, la importancia de los objetivos de interdependencia para el paciente y la creación de los conceptos de autoayuda. Estos últimos influenciaron los trabajos de Abdellah y Adam.

Virginia Henderson contribuyó enormemente a la enfermería con sus más de 60 años de experiencia como enfermera, profesora, autora e investigadora, y publicó un gran número de obras durante ese tiempo. La primera vez que apareció su definición de la enfermería fue en 1955, en la quinta edición de *Textbook of the Principles and Practice of Nursing* de Harper y Henderson. Henderson afirmó que “la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, a su recuperación o a una muerte tranquila y que podría realizar sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios.

Asimismo, es imprescindible realizar estas acciones de tal forma que pueda ser independiente lo antes posible”.

En *The Nature of Nursing: A Definition and its Implications for Practice, Research, and Education*, también identificó las 14 necesidades básicas de los pacientes que conforman los cuidados enfermeros: De oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación, termorregulación, moverse y mantener una buena postura, descanso y sueño, uso de prendas de vestir adecuadas, de higiene y protección de la piel, de evitar peligros, de comunicarse, de vivir

según sus creencias y valores, de trabajar y realizarse, de jugar y participar en actividades recreativas, y de aprendizaje.[§]

Identifico tres niveles de relaciones entre un profesional de la enfermería y un paciente en las que el primero es: (1) un sustituto del paciente, (2) un ayudante del paciente y (3) un compañero del paciente. Estaba a favor de la empatía y afirmaba que todo profesional de la enfermería “Debe ponerse en el lugar de todos los pacientes para saber cuáles son sus necesidades”.

Aunque Henderson cree que las funciones de médicos y enfermeras se solapan, afirma que estas trabajan interdependientemente con otros profesionales de la sanidad, y compara al equipo sanitario con las diferentes partes que componen un gráfico circular. El tamaño del gráfico puede variar dependiendo de las necesidades del paciente, pero el objetivo es que éste se vea reflejado en la mayor parte del gráfico a medida que va ganando independencia. En la obra *The Nature of Nursing: Reflections After 40 Years*, Henderson amplió todos los capítulos de la edición de 1996 para presentar los cambios en su opiniones y explicarlos. El trabajo de Henderson puede considerarse una filosofía de la enfermería.

Componentes de la Teoría

Estos se resumen en:

- Propósitos o metas.
- Conceptos.
- Definiciones.
- Supuestos.

Además, el concepto teoría maneja aspectos tales como sistemático, grupo, e interrelaciones específicas, por ello debe incluir un componente de relaciones entre conceptos y una estructura identificable.

Persona:

La persona o paciente es un individuo que necesita ayuda para conseguir su independencia.

[§] Henderson Virginia *The Nature of Nursing* 6ª edición pag 58

Salud:

El concepto de salud se identifica generalmente como la meta de enfermería.

Enfermería:

Es independiente de la medicina, y reconocía que su interpretación de la función de la enfermería era una síntesis de muchas influencias.

Además la enfermera es un sustituto del paciente, un ayudante del paciente y un compañero del paciente. Estaba a favor de la empatía y afirmaba que todo profesional de la enfermería “Debe ponerse en el lugar de todos los pacientes para saber cuales son sus necesidades”.

Entorno:

Es todo lo que rodea al paciente, el lugar, la sociedad, el ambiente, el clima con el interactúa o coexiste y cualquier modificación de la persona o del contexto se asimila recíprocamente. Se interpreta como una causa adicional de salud.**

La salud, independencia/dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson desde una filosofía humanística, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe, según Henderson a tres causas y que se identifica como:

	Fuerza
Falta	Conocimiento
	Voluntad

Independencia. Es la capacidad del individuo para satisfacer por si misma sus necesidades básicas, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades (de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación).

Dependencia. Ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las necesidades. Por otro lado puede ocurrir que se realicen

** Definición extractada de Marriner Tomey, Raile Alligood, 1999: 3.

actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Las Causas de la Dificultad:

Son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades.

- 1) Falta de fuerza. Tomamos como fuerza no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
- 2) Falta de conocimiento. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de la enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- 3) Falta de voluntad. Entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Cabe señalar que la presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente, aspectos que deberán ser valorados para la planificación de intervenciones.

Rol Profesional. Cuidados Básicos de Enfermería y Equipo de Salud

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleve a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificando en la persona.

El Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro, valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Para carpenito (1981), Enfermería es «un proceso terapéutico que implica la interacción mutua entre la enfermera, el cliente y la familia, quienes colaboran para conseguir la máxima salud posible". En esta interacción se emplea el proceso de enfermería para evaluar a la persona en sus procesos vitales psicológicos, fisiológicos, socioculturales, de desarrollo y espirituales, así como de los patrones de interacción con el medio, los objetivos de salud, las energías y limitaciones del cliente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud.

El Proceso de Atención de Enfermería se define por sus objetivos, así dice Iyer (1989) que, "el objetivo principal del Proceso de Enfermería, es constituir una estructura que pueda satisfacer, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad». En este sentido de estructura y refiriéndose a los objetivos, Yura y Walsh (1983) afirman que, «el proceso de enfermería es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de la enfermería: mantener el bienestar del paciente a un nivel óptimo; si éste estado se alterara, proveer entonces, todos los cuidados necesarios que la situación exija, para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso enfermero debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos, para conseguir la mayor calidad de vida durante el mayor tiempo posible». Alfaro define el proceso de Enfermería como: "El conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de Salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería"

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Etapas del Proceso de Enfermería:

1. Valoración

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las revistas profesionales, los textos de referencia y los especialistas clínicos, son también fuentes importantes de datos. Muchas enfermeras recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de Salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.
- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones. Un signo es un hecho que uno percibe a través de uso de los sentidos y una inferencia es el juicio o interpretación de esos signos. Las enfermeras a menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de Enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiriera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún

dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

2.- Diagnóstico.

Enunciado de los Diagnósticos Enfermeros y los Problemas Interdependientes.

El enunciado de los diagnósticos de enfermería se compondrá de una, dos o tres partes según sea el tipo de diagnóstico a formular, veamos como:

a.Diagnósticos de bienestar se enuncian en una sola parte: Ejemplo, «Potencial para favorecer la paternidad».

b.Diagnósticos de alto riesgo y posibles, enunciado en dos partes: Diagnóstico de alto riesgo + factores de riesgo. Ejemplo, «Alto riesgo de lesión, relacionado con, desorientación y confusión»

c.El diagnóstico real se enuncia en tres partes: Diagnóstico + factores relacionados + signos y síntomas. Ejemplo, «Dificultades para el autocuidado, relacionado con, intolerancia a la actividad física como se evidencia por disnea».

Las palabras resaltadas se utilizan como nexo entre las diferentes partes del enunciado. La formulación de los problemas interdependientes se realiza mediante el término « Complicación Potencial>>, por ejemplo: CP: Trombosis / Flebitis / Infiltración / sobrecarga de líquidos secundaria a terapia (i.v.); CP: Arritmias secundarias a hipopotasemia; CP: Infección de herida secundaria a intervención quirúrgica. No obstante, en ocasiones, este sistema es poco

práctico, puesto que decir se está «en riesgo de», y en otras ya es una complicación, es decir se sufre el problema en estos casos se sugiere la siguiente formulación: CP: Flebitis secundaria a terapia (i.v.); CP: Infección de herida quirúrgica.

La investigación enfermera llevada a cabo mediante los diagnósticos enfermeros y los problemas interdependientes resultan de gran utilidad, ya que delimitan los conceptos de los cuidados enfermeros, pudiendo repercutir los resultados en el cuerpo de conocimientos de la enfermería.

3.- Planeación

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).

Etapas en el Plan de Cuidados

- Establecer prioridades en los cuidados. Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

- Elaboración de las actuaciones de enfermería, esto es, determinar los objetivos de enfermería (criterios de proceso). Determinación de actividades, las acciones especificadas en el plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

Para un Diagnóstico de Enfermería real, las actuaciones van dirigidas a reducir o eliminar los factores concurrentes o el Diagnóstico, promover un mayor nivel de bienestar, monitorizar la situación. Para un Diagnóstico de Enfermería de alto riesgo las intervenciones tratan de reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir la presentación del problema, monitorizar su inicio.

Para un Diagnóstico de Enfermería posible las intervenciones tratan de recopilar datos adicionales para descartar o confirmar el Diagnóstico. Para los problemas interdisciplinarios tratan de monitorizar los cambios de situación, controlar los cambios de situación con intervenciones prescritas por la enfermera o el médico y evaluar la respuesta.

4.-Ejecución.

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en

la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

5.- Evaluación.

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado),

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte mas efectiva. ^{††}

^{††} R. Alfaro Aplicación del proceso de enfermería 1999 Pág. 12

Los Diagnósticos de Enfermería.

A.- Definición:

El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por Vera. Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo del plan de cuidados: la identificación y formulación de problemas. Durante los 20 años siguientes, las referencias al diagnóstico de Enfermería aparecían sólo de forma esporádica en la literatura.

En 1973 un grupo de enfermeras se reunió para formar el "Grupo Nacional para la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería" en un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como Diagnósticos de Enfermería. Este grupo compuesto por docentes, teóricas, administradoras y enfermeras en ejercicio, se convirtió posteriormente en la "Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería" (NANDA.) en 1982, y continúa desarrollando el sistema de clasificación de diagnósticos.

Se desarrollan conferencias nacionales cada dos años, la última (XI) se celebró en 1994.

En palabras de Carpenito el diagnóstico de enfermería «describe las situaciones de salud o los patrones de interacción alterados, en los que la enfermera puede ayudar al cliente».⁷

Algunas definiciones de Diagnóstico de Enfermería:

- Diagnóstico de Enfermería son los problemas de Salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia, están capacitadas y autorizadas para tratar (Gordon).

- Diagnóstico de Enfermería es una declaración que describe una respuesta humana (estado de Salud real o potencialmente alterado), de un individuo/grupo a los procesos vitales, que la enfermera puede legalmente identificar y prescribir las actividades para mantener el estado de Salud o reducir, eliminar o prevenir las alteraciones (Carpenito).

Diagnóstico de Enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de una persona o grupo a procesos vitales/problemas de Salud reales o potenciales que proporcionan la base de los cuidados para el logro de los objetivos, de los que la enfermera es responsable (NANDA).

B.- Ventajas del uso de los diagnósticos de enfermería:

El uso de los diagnósticos de enfermería comporta muchas ventajas para los profesionales favoreciendo las tareas de identificación, validación,

⁷ Carpenito L. 5ª edición Diagnósticos de enfermería aplicados a la práctica clínica Pág. 18

estandarización y clasificación de los problemas de salud susceptibles de ser tratados por enfermeros. Pero también, debemos tener en cuenta las actuales deficiencias del listado propuesto por la NANDA, ya que en ocasiones, resulta confuso e incompleto, lo que no ha sido objeción para su uso en Estados Unidos, Canadá (adaptados como ANADIN), Noruega, Dinamarca. En España se comienzan a utilizar y un ejemplo de ello, es el trabajo de González Carrión, en el que se intenta despejar la cuestión de si se ajustan los diagnósticos de enfermería de la NANDA, a los problemas de salud identificados por los enfermeros/as en las áreas asistenciales españolas estudiadas, esto es la validación de los diagnósticos a nuestro contexto

Hay que considerar la importancia de los beneficios específicos de una taxonomía diagnóstica en los distintos ámbitos del que hacer profesional.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

- Real:** representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

- Alto Riesgo:** es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo. 1.a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo" . Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- Posible:** son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

- De bienestar:** juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en i los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Podemos añadir un quinto tipo:

- De síndrome: comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

Resumiendo este concepto, las complicaciones potenciales describen a un individuo en alto riesgo de sufrir o de estar siendo una complicación fisiológica.

Los profesionales de enfermería son responsables tanto de los diagnósticos enfermeros como de los problemas interdependientes. Según la AEED la responsabilidad sobre el problema se define mediante la descripción de los objetivos a llevar a cabo, así vemos que:

- En los problemas identificados como diagnóstico de enfermería, la responsabilidad se define en mediante los objetivos del cliente, y éstos son "estados descritos por conductas mensurables del paciente/familia, que denotan un estado favorable (cambiado o mantenido), después de los cuidados de enfermería dados" (Alfaro 1989), ejemplo: la persona demostrará en un mes autocuidado de la herida.

- En el problema interdependiente, las responsabilidades se establecen mediante los objetivos de la enfermera/o. Estos objetivos son afirmaciones descritas por acciones mensurables, que denotan la responsabilidad de la enfermera en una situación o diagnóstico médico, por ejemplo, la enfermera/o manejará y minimizará los episodios de aumento de presión intracraneal.⁸

⁸ Carpenito L. 5ª edición Diagnósticos de enfermería aplicados a la práctica clínica Pág. 24

PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Nombre del paciente: R/N L.P.

Sexo: masculino

Diagnostico: R. N. de Termino eutócico

Servicio: Alojamiento Conjunto

HOJA DE ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Fecha de nacimiento: 30 Enero 2012 Hora: 5:10 Sexo: Masc. Talla:52cm Peso:3250gr Pc:33cm Pt:35cm Pa:33cm	Antecedentes maternos Edad: <u>20ª</u> . GI P0 C0 A0 FUM: <u>23-04-2011</u> GPO: <u>ORH+</u> control prenatal <u>si</u> no causa: <u>DIU</u> Parto: <u>Eutócico</u> Características de L.A. <u>Claro</u> Anestesia: <u>Local</u> APGAR: <u>8/9</u> CAPURRO: <u>39SDG</u> Malformaciones: <u>No</u> Destino: <u>Alojamiento Conjunto</u>
---	--

Antecedentes Maternos.

La entrevista se realiza a la madre la cual refiere tener 20 años de edad casada desde hace dos años, es su primer embarazo. La vivienda tiene piso de cemento y cuenta con todos los servicios. Profesan la religión católica, hogar formado por dos integrantes, familia nuclear de origen humilde el ingreso económico al hogar es variable.

Antecedentes prenatales.

Producto de la primer gesta, membranas integra, trabajo de parto activo, traído por vía Vaginal Madre de 20 años, llevando un buen control prenatal de nueve ocasiones. Al parecer solo curso con infección de vías urinarias no recuerda el manejo, grupo sanguíneo O+.

Antecedentes perinatales.

Trabajo de parto de 12 hrs. De duración, lloro al nacer con Apgar de 8 al minuto y 9 a los cinco minutos.

❖ EXPLORACIÓN FÍSICA.

Normocefalico, Fontanelas normotensas, ojos normales, oídos sin patologías se encuentran normales, narinas permeables. Boca integra, paladar blando y labios íntegros, esófago permeable, cuello cilíndrico sin adenopatías. Torácico RSCS rítmicos de buena intensidad sin agregados. CSPS limpios bien ventilados sin estertores o sibilancias, abdomen blando depresible, ano permeable, genitales normales de acorde a su edad, miembros inferiores sin malformaciones aparentes.

Signos vitales. Pulso. 150 X´ Resp. 52 X´ Tem. 36°C.

Somatometria. Peso. 3.250Kg. Talla. 52cm. PC. 33cm. PT. 35cm. PA. 33 cm.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (14 Necesidades)

❖ Oxigenación:

Signos vitales FC. 150 Lt. X min. Res. 52 X min. Tem. 36°C. No se observa acrocianosis, ruidos cardiacos de buena intensidad sin agregados, campos pulmonares limpios bien ventilados sin estertores ni sibilancias.

❖ **Nutrición e hidratación:**

Piel de coloración rosada, mucosas hidratadas, uñas blandas y largas, fontanelas normotensas, boca integra, paladar blando y labios íntegros, cuello cilíndrico esófago sin adenopatías. Inicia vía oral con seno materno a libre demanda. Sin presencia de aumento del perímetro abdominal, glicemia capilar 68 mg. /dl.

❖ **Eliminación.**

Presencia de evacuación (meconio). Y diuresis espontánea de características normales,

Se palpa abdomen blando depresible sin presencia de masas o magalias cordón umbilical con presencia de dos arterías y una vena. Sin sangrado activo.

❖ **Termorregulación.**

Se encuentra en alojamiento conjunto presenta temperatura de 36°C. Ascendiendo Hasta 36.8 °C. Se adapta al medio ambiente. Se mantiene normotérmico.

Piel rosada hidratada, termorregulación adecuada de 36.8°C. Piel calida y tibia, con buena oxigenación.

❖ **Moverse y mantener una buena postura.**

Extremidades integras sin malformaciones, cadera sin presencia de luxación, piernas y brazos extendidos, permanece activo y reactivo.

❖ **Descanso y sueño.**

El neonato se encuentra en eutermia con la mama sin estrés respiratorio y sueño fisiológico.

❖ **Comunicación.**

El inicio de vida extrauterina es muy difícil para el neonato acostumbrado a cosas diferentes dentro del vientre materno. Su único vínculo con el exterior es la madre.

❖ **Higiene y protección de la piel.**

Baño diario, con jabón neutro, con uso de cremas o aceites lubricantes especiales para bebés. Movilización constante. Cambio de pañal en cada micción y evacuación.

No hay presencia de malformaciones congénitas, piel integra sin lesiones de pliegues del cuerpo, cicatriz umbilical limpia y seca, la piel de los genitales no presenta eritema por pañal.

❖ **Evitar peligros:**

Se encuentra en eutermia con mama. con temperatura de 36.8 °C, barandal de su lado arriba.

**PLAN DE
ATENCIÓN
Y CUIDADOS
DE ENFERMERÍA**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
. Riesgo de limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con la disminución de la energía, fatiga, manifestaciones posibles: alteraciones de la frecuencia o del ritmo respiratorio, ruidos respiratorios anormales.	Mantener las vías aéreas permeables	Mantener al recién nacido tranquilo. Facilitarle una posición cómoda. No exponerlo a enfriamientos.	Algunos recién nacidos con un mínimo de esfuerzo son capaces de iniciar y mantener su respiración, otros deben realizar algún esfuerzo como llorar o necesitan estímulos externos para la expulsión del líquido pulmonar o secreciones.	El recién nacido no presentó alteraciones respiratorias.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de hipoglucemia relacionado con la falta de lactopoyesis y/o inadecuada técnica de lactancia materna.</p> <p>Posibles manifestaciones, Hipoactivo, Hipertermia.</p>	<p>Lograr una alimentación óptima y temprana.</p>	<p>Verificar lactopoyesis.</p> <p>Toma de glucosa capilar y signos vitales.</p> <p>Enseñar técnicas adecuadas de lactancia.</p>	<p>La mejor alimentación es la materna, por la parte afectiva, inmunológica, contenido de nutrientes y calidad de ellos, la facilidad económica y disponibilidad.</p>	<p>Lactopoyesis adecuada.</p> <p>Glucemia capilar de 72mg/dl</p> <p>Temperatura de 36.6°C</p> <p>El recién nacido succiona adecuadamente el seno materno.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de estreñimiento relacionado con la ausencia de evacuaciones Manifestado por distensión y resistencia abdominal.</p>	<p>Que el recién nacido evacue de forma espontánea.</p>	<p>Verificar las evacuaciones dentro de las primeras 24 horas.</p>	<p>Dentro de las primeras 35 horas de vida extrauterina, el R.N. debe de evacuar teniendo presente que el meconio es de difícil extracción.</p>	<p>El neonato evacua posterior a la alimentación.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de hipotermia relacionado con Deficit de adecuación del entorno físico. Posibles manifestaciones acrocianosis distal y/o proximal. Quejido respiratorio.</p>	<p>Mantener eutermico al R.N.</p>	<p>Mantener a neonato seco y abrigado.</p> <p>Explicar a la madre que debe mantener a su bebe junto de ella para proporcionarle calor.</p>	<p>El calor corporal se pierde por irradiación, conducción y evaporación.</p> <p>El calor corporal también se gana por conducción. (contacto con una superficie calida).</p>	<p>Se logra mantener la temperatura corporal dentro de parámetros normales.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Riesgo de infección relacionado con la escasa capacidad de respuesta de su sistema inmunitario, y cambio de entorno.	Evitar infecciones nosocomiales.	Aplicar las medidas higiénicas necesarias y otorgar cuidados encaminados a prevenir aparición de infección.	El recién nacido es muy vulnerable a los riesgos procedentes del entorno, su sistema inmunitario inmaduro lo hace susceptible de adquirir infecciones si se le pone en contacto con microorganismos de los cuales no ha recibido inmunidad materna.	El recién nacido no presentó ningún tipo de infección.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
Potencial riesgo de sufrir caídas, relacionado con el espacio físico.	Evitar probables caídas	<p>Mantener barandales en alto.</p> <p>Explicar a la madre la importancia de moverse con cuidado para no expulsar al R.N. fuera de la cama.</p>	<p>Los barandales en alto evitan caídas.</p> <p>Las pacientes que cruzan el periodo de puerperio inmediato, sufren de dolores relacionados con el parto, sus movimientos se tornan lentos por el dolor y podrían sin intensión arrojar al R.N. fuera de la cama.</p>	Los barandales permanecen en alto siempre y la madre constantemente vigila a su bebe que no este en la orilla de la cama.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
<p>Riesgo de alteración de la vinculación entre la madre, el padre y el hijo relacionado con la separación física, escasa permanencia del recién nacido junto a sus progenitores y ansiedad asociada con su rol.</p>	<p>Favorecer el vínculo afectivo entre el binomio (madre e hijo), y posteriormente con el padre.</p>	<p>Favorecer la permanencia del recién nacido junto a su madre desde el momento del nacimiento.</p> <p>Favorecer la presencia del padre durante el proceso.</p> <p>Animar a la madre y al padre a tocar, abrazar y acariciar al recién nacido.</p> <p>Favorecer el contacto piel a piel y la succión mamaria durante el puerperio inmediato.</p>	<p>El profesional de Enfermería debe ser sensible a las necesidades de contacto de la madre y del padre hacia el recién nacido ya que se adopta una actitud favorecedora de inicio del proceso de vinculación sin forzar el contacto.</p>	<p>Existió contacto inmediato de la madre con el hijo y más tarde con el padre.</p>

PLAN DE ALTA

EL NEONATO EN CASA

Cuando un hogar se ve bendecido con la llegada de un hijo todo es alegría, sobre todo si el niño está sano. Pero a la par de los sentimientos de alegría, existe siempre el temor de estar haciendo las cosas correctamente, tanto en la alimentación como en los cuidados generales, por lo cual es elaborado el siguiente plan de alta tomando en cuenta, y cubriendo todas las necesidades del recién nacido. y/o enseñar a los padres los signos y síntomas de alarma que pudiera presentar el neonato.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE LA MADRE
Lograr una adecuada alimentación del recién nacido.	Lactancia materna a libre demanda.
Mantener vías aéreas permeables.	Es común que los recién nacidos tengan flemas, y que presenten alguna dificultad para su manejo, por lo que conviene tener una perilla de succión a mano, para que en caso necesario, se le introduzca despacio en la boca, con lo cual al soltarla se logra la aspiración de las secreciones. Esta maniobra se puede repetir varias veces con el niño de medio lado, y es mucho más segura que tratar de sacar las secreciones con los dedos.
Evitar infecciones en muñón umbilical.	El cordón umbilical se momifica y se desprende entre el 5 y el 10 día. Durante este tiempo el ombligo debe estar seco, sin sangrado, sin secreciones ni olor fétido, y la piel a su alrededor no debe estar enrojecida, lo que nos indica que no hay infección. Para mantenerlo en esas condiciones, se recomienda limpiarlo diariamente con alcohol, y una vez que el muñón se ha caído, con agua y jabón.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE LA MADRE
<p>Proporcionar una adecuada higiene en el recién nacido.</p>	<p>El baño. Desde los primeros días el recién nacido se puede bañar usando para ello agua tibia, evitando que el nivel del agua llegue al ombligo; debe utilizarse un jabón simple, sin perfume ni agregados que puedan irritar la piel sensible del niño, de preferencia neutro, y asegurarse de quitarle el jabón por completo. El niño se debe cambiar cada vez que defaque, y limpiarse con agua tibia. Es mejor no usar cremas ni aceites, y debemos recordar que los talcos están contraindicados en los niños pequeños, por el riesgo de aspiración.</p>
<p>Mantener eutérmico al neonato.</p>	<p>Los recién nacidos, y con mayor razón si son prematuros, tienen mayor dificultad para controlar la temperatura, por lo que es necesario mantenerlos adecuadamente abrigados, pero sin excesos. La ropa es mejor que sea de algodón, ya que la lana les puede irritar la piel. Al asolearlos deben tener poca ropa y debe evitarse el sol directo en la cara.</p>
<p>Proporcionar un descanso adecuado.</p>	<p>El recién nacido duerme entre 16-19 horas al día, se recomienda dormirlo de costado.</p> <p>El dormir en el bebé es un signo de buena salud y que no presenta problemas.</p>

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE LA MADRE
<p>Lograr un confort en su vestido y ambiente.</p>	<p>Ropa del neonato: La más confortable para el bebé</p> <p>No debe de apretar</p> <p>Debe de abrigar</p> <p>Deben de ir vestidos con prendas suaves, preferiblemente de algodón</p> <p>Los pañales deben de ser los adecuados para su edad y talla</p> <p>La ropa se cambia cada vez que esté manchada o sucia</p> <p>Cama del neonato: Cuna o moisés.</p> <p>El bebé no debe estar hundido en su cama</p> <p>No se aconseja el uso de almohadas</p> <p>Las sábanas y el edredón deben de pesar lo menos posible</p> <p>La cama ideal no es la más bonita, es la más confortable para el bebé</p> <p>La cama se utiliza para el descanso, no es un sitio de juegos</p>

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE LA MADRE
	<p>Higiene Ambiental: Habitación amplia, bien ventilada y con luz natural</p> <p>Exenta de ruidos y humos</p> <p>Ambientadores: ¡Ojo! cuidado con las alergias</p> <p>Poner música relajante, con el volumen al mínimo.</p> <p>Si la temperatura es elevada, usa ropa ligera.</p> <p>Por lo general, si hace más de 25° sólo necesitará el pañal</p> <p>Si las temperaturas son bajas simplemente agrégale ropita hasta que su cuerpo se mantenga tibio.</p>
<p>Iniciar estimulación táctil.</p>	<p>Masajes al bebe:</p> <p>Elige la hora del día que esté más tranquila/o. Si es posible dos veces/día. No será antes de dos horas después de su comida.</p> <p>Busca el lugar más acogedor de la casa. (Espacio cómodo y temperatura ambiente muy agradable).</p> <p>Ponte ropa cómoda y organiza la cama o el cambiador donde colocarás al bebé. Puedes poner música de fondo muy suave.</p>

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE LA MADRE
	<p>Desnuda y acuesta al bebé en la posición que más le guste, preferentemente boca arriba para iniciar el masaje con contacto visual.</p> <p>Con las manos calientes y aceite templado, sin perfume, de coco, sésamo, avellana, oliva, almendra, etc., puedes iniciar la sesión con unas caricias.</p> <p>Masajea el vientre y el pecho en círculos, la espalda y glúteos en vertical.</p> <p>Las extremidades como en ordeño, de los hombros a las manos y de los muslos a los pies. Después de manera inversa.</p> <p>Observa muy atenta sus reacciones y si expresa desagrado interrumpe el masaje. Descubrirás sus zonas más sensibles y alguna que no quiera que le toques, respétalo.</p>
<p>Detectar a tiempo retraso mental y/o sordera.</p>	<p>Llevar al bebe a las pruebas de TAMIZ METABOLICO Y AUDITIVO de acuerdo a la cita programada.</p>
<p>Prevenir enfermedades graves.</p>	<p>Llevar al bebe al servicio de medicina preventiva para iniciar esquema de vacunación.</p>

SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

Los recién nacidos estornudan con frecuencia, y prácticamente presentan hipo cada vez que comen, vomitan a veces y regurgitan pequeñas cantidades de leche, evacuan muy líquido y muy frecuentemente, y conforme pasan las semanas, se normalizan las evacuaciones.

Existen sin embargo, algunos signos de alerta que nos obligan a consultar con el médico, tales como:

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE LA MADRE
<p>Detectar signos y síntomas de alarma.</p>	<p>El sangrado por el ombligo o por cualquier otro sitio.</p> <p>La presencia de fiebre o la hipotermia.</p> <p>La flacidez y el llanto débil.</p> <p>El quejido constante.</p> <p>Los cambios en el color de la piel (palidez, cianosis o sea el color azulado, la ictericia, que es el color amarillo).</p> <p>La dificultad para comer.</p> <p>El vómito o el llanto constantes.</p> <p>Menos de tres orinadas por día.</p> <p>La ausencia de evacuaciones con distensión del abdomen.</p>

Podríamos citar más signos de alerta, pero como en todo, debe usarse el sentido común, y recordar que es mejor consultar al profesional de la salud cuando se tiene la duda, ya que siempre debe prevalecer el interés del niño.

CONCLUSIONES

- Un adecuado cuidado integral del recién nacido en participación con la madre, tomando en cuenta el entorno social, emocional y fisiológico de este, como factores determinantes que contribuyen para su evolución normal.
- La valoración oportuna y concreta de los factores de riesgos neonatales constituye un elemento productivo para el desarrollo óptimo del recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN AMERICANA DE ENFERMERÍA. **Estándares en la práctica de enfermería.** 2004

BRUNNER I. **Manual de la enfermera**

.Ed. Interamericana.4ta ed. Vol. 1,2,3,4,5 y 6.México 2004.

CARPENITO L. **Diagnósticos de enfermería aplicados a la práctica clínica.** 5ª ed. 2001

HENDERSON Virginia. **The Nature of Nursing** 1996, 6ª edición.

LUVERNE Wolf Lewis **Fundamentos de enfermería.**

2003, Ed. Océano. 2da ed. Caracas Venezuela,

MARRINER Tomez, RAILE Alligood. **Modelos y teorías en enfermería** 1999 5ª edición México: Océano

R. Alfaro. **Aplicación del proceso de enfermería** 1999. Mosby/ Doyma Libros España.

Reder, S. Y. Cols. **Enfermería Materno Infantil,**

2006 Valoración del Recién Nacido,

Mac. Grall-Hill Interamericana. 17a. Edición. México. (Adaptado del original por R. Guillén).

UNICEF/SSA,) **Manual de Lactancia Materna para el Primer Nivel de Atención,**2004 Dirección General de Salud Reproductiva, México.

Rubio Domínguez Severino. Téllez Ortiz Sara, Esther Bernal López Beatriz.

Teorías y modelos para la atención de enfermería (antología).

División universidad abierta ENEO-UNAM. 3ª reimpresión México 2007