



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS A UN NEONATO
CON ALTERACIÓN EN LA NECESIDAD DE
OXIGENACIÓN POR NEUMONÍA**

**ESTUDIO DE CASO
QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

P R E S E N T A:
ZAMORA BERNAL JESSICA ITZAYANA

A S E S O R:
MTRA. GUADALUPE ROMERO HERRERA



CIUDAD DE MÉXICO A 2020



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.

RESUMEN

Introducción. En México nacen aproximadamente 120 mil niños prematuros que presentan algún tipo de complicación, entre ellas la neumonía neonatal congénita, siendo esta la séptima causa de morbilidad ocupando un 1% para los recién nacidos a término y el 10% para los recién nacidos prematuros; por lo que una detección, diagnóstico y tratamiento oportuno disminuye la probabilidad de otras complicaciones.

Objetivo: Proporcionar cuidados especializados de enfermería mediante la aplicación de intervenciones utilizando la filosofía de Henderson para satisfacer las 14 necesidades básicas de un neonato con neumonía congénita. **Metodología:** Basado en revisiones literarias y artículos científicos por medio de búsqueda electrónica en los espacios Medline, Lilacs así como base de datos como Scielo, Cochrane y PubMed fueron incluidos artículos científicos nacionales publicados entre 2015 y 2018, enmarcado la temática del cuidado en enfermería neonatal. Aplicando satisfactoriamente el proceso de atención de enfermería mediante una valoración integral logrando analizar y priorizar las 14 necesidades básicas del ser humano considerando a su familia y el entorno en el que se encuentra de manera global y holística. **Conclusiones:** Tomando en cuenta las respuestas humanas ante los cuidados otorgados no se logró llevar al neonato al estado total de independencia debido al proceso crónico que presentaba. No obstante, se logró disminuir el nivel de dependencia 4 en la necesidad de oxigenación a un nivel 3 debido a que es asistido ligeramente

Palabras claves: Neumonía congénita, Neonatal, Complicaciones, Prematuridad.

SUMMARY

Introduction. In Mexico, approximately 120,000 premature babies are born with some type of complication, including congenital neonatal pneumonia, which is the seventh cause of morbidity and mortality, occupying for 1% of term newborns, and 10% of premature newborns; timely detection, diagnosis, and treatment reduces the probability of other complications. **Objective:** To provide specialized nursing care through the application of interventions using the Henderson's philosophy to satisfy the 14 basic needs of a neonate with congenital pneumonia. **Methodology:** Based on literary reviews and scientific articles found through an electronic search in the Medline and Lilacs indexes, as well as databases such as Scielo, Co-chrane and PubMed, national scientific articles published between 2015 and 2018 were used to frame the topic of neonatal nursing care. The case study allowed the successful application of a comprehensive assessment, managing to analyze and prioritize the 14 basic needs of the human being, considering the individual's family, and the environment in which the person finds themselves in, both globally and holistically. **Conclusions:** Taking into account the human responses to the care given, it was not possible to bring the newborn to a total state of independence due to the chronic problems that were presented. However, it was possible to reduce the dependency level to 4, and the need for oxygenation to level 3, because the newborn was slightly assisted.

Key words: Congenital pneumonia, Neonatal, Complications, Prematurity.

| A G R A D E C I M I E N T O S |

Me gustaría agradecer a la Universidad Nacional Autónoma de México junto con el Hospital Infantil de México “Federico Gómez” por brindarme la oportunidad de ser parte de tan honorables instituciones, abriéndome las puertas para poder seguir con mis estudios especializándome en enfermería del neonato lo que me permite desarrollarme profesionalmente.

Agradezco también a las maestras por enseñarme el verdadero valor de ejercer tan bella profesión y sembrar siempre conocimiento dejando huella en mi formación académica mediante vivencias únicas, también por su capacidad y paciencia para guiarme a través de su pasión por la enseñanza; quiero expresar mis más sinceros sentimientos de gratitud.

DEDICATORIA

Gracias por brindarme la oportunidad de hacer realidad uno de mis sueños, por los buenos y malos momentos que compartimos juntas durante esta etapa; por las personas que conocí de quienes aprendí, quiero y aprecio mucho que me estuvieron apoyando y motivando a dar lo mejor de mí; jamás lo olvidaré.

A mi madre:

Por todo el amor y apoyo incondicional que me brindas impulsándome a alcanzar mis metas, por enseñarme a salir adelante sin importar los obstáculos y sobre todo por estar siempre conmigo en los momentos más importantes de mi vida.

A mi tío Pedro:

Por su paciencia, preocupación y apoyo hacia nosotros, por ser un padre para mí y estar al pendiente cuidándome ayudándome a ser una mejor persona.

A mi hermano:

Por ser comprensivo y ayudarme siempre que lo necesito, por impulsarme a querer ser una mejor persona y estar conmigo en todo momento.



*Especialidad en
Enfermería del Neonato*



| ÍNDICE |

Introducción	10
Objetivos.....	11
Capítulo 1	
Fundamentación	12
Capítulo 2: Marco Teórico	
2.1 Marco Conceptual.....	14
2.2 Marco Empírico.....	20
2.3 Filosofía de Virginia Henderson.....	24
2.3.1 Conceptos de Virginia Henderson	26
2.3.2 Necesidades básicas	28
2.4 Factibilidad de la aplicación del modelo de Henderson en los neonatos.....	29
2.5 Proceso de Atención enfermería	33
2.6 Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson	34
2.7 Proceso de Atención de Enfermería aplicado a la Filosofía de Henderson	36
2.7.1 Valoración (Primera etapa)	37
2.7.1 Diagnóstico (Segunda etapa)	39
2.7.2 Planeación (Tercera etapa)	41
2.7.3 Ejecución (Cuarta etapa)	42
2.7.4 Valoración (Quinta etapa)	43
2.8 Daños a la salud: <i>Neumonía</i>	42
2.8.1 Factores de riesgo	45
2.8.2 Manifestaciones clínicas	45
2.8.3 Diagnóstico	46
2.8.4 Tratamiento	47
Capítulo 3	
Metodología.....	46
Capítulo 4	
Aplicación del proceso de atención enfermería	48
4.1 Valoración: Habitus externo.....	48
4.2 Factores de riesgo obstétricos	51
4.3 Factores de riesgo durante el parto	51
4.4 Factores de riesgo al nacimiento	51
4.5 Familiograma	51

4.6	Análisis de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	50
4.7	Diagnósticos de enfermería	59
4.8	Planeación.....	61
	Plan de atención de la necesidad de Oxigenación	61
	Plan de atención de la necesidad de alimentación	63
	Plan de atención de la necesidad de aprendizaje	65
	Plan de atención de la necesidad de evitar peligros.....	66
	Plan de atención de la necesidad de higiene y protección de la piel	67
	Plan de cuidados en la necesidad de sueño y descanso	68
	Plan de atención de la necesidad de ocuparse para realizarse.....	69
	Plan de atención de la necesidad de actividades recreativas.....	70
	Plan de atención de la necesidad de valores y creencias.....	71
	Plan de atención de la necesidad de vestimenta adecuada	72
	Plan de atención de la necesidad de termorregulación	73
	Plan de atención de la necesidad de eliminación	74
	Plan de atención de la necesidad de movimiento y postura	75
	Plan de atención de la necesidad de comunicación con los demás	76
Capítulo 5		
	Conclusiones	80
5.1	Recomendaciones	81
5.2	Referencias	82
5.3	Anexos	88
	Anexo 1. Guía de valoración para el paciente neonato	89
	Anexo 2. Formato de consentimiento informado	96

Lista de cuadros y figuras

Cuadro 1 Intervenciones de enfermería.....	18
Fuente: Frank J, Ruelas E, Arroyo G, De león E, Contreras R. Perfiles de enfermería. Secretaria de salud. México, 2005. P 6-7.	
Cuadro 2 Metaparadigmas de Virginia Henderson.....	26
Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010	
Cuadro 3 Fuentes de la Dificultad.....	27
Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010	
Cuadro 4. Papel que desempeña la enfermería	28
Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010	
Cuadro 5. Etapas del proceso enfermero	33
Fuente: Secretaría de Salud. (Internet) Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. Diario Oficial de la Federación. 2013	
Cuadro 6. Características del proceso de atención enfermería	36
Fuente: Contreras E, Velázquez E, Reyes J. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson (Internet) México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016	
Cuadro 7 Continuum dependencia (grado de dependencia).....	38
Fuente: Ivarado PP, Cruz JM. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enferm. univ [Internet]. 2013	
Cuadro 8 Valoración de conducta o indicador de conducta.....	39
Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010	
Cuadro 9. Consideraciones en la planificación.....	42
Fuente: Hernández C, Flores M. Modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería. (Internet) España. Universidad de Valladolid. 2018	
Tabla 1 jerarquización de las necesidades.....	58
Tabla2 Fortalezas y debilidades.....	58

Introducción

En México según estadísticas del INEGI en el año 2018 nacieron 2,162,535 niños de los cuales aproximadamente 120 mil son prematuros y las complicaciones que pueden llegar a presentar son la principal causa de muerte en menores de cinco años. Reflejando un aumento en la incidencia de estos nacimientos; surgiendo la necesidad de que el personal de salud que labora con este tipo de población adquiera los conocimientos necesarios para brindar una atención adecuada.

Por esa razón el siguiente estudio de caso es una herramienta de investigación aplicable en cualquier área de conocimientos en enfermería, considerando que uno de sus objetivos es conocer y comprender la magnitud de la neumonía neonatal congénita, la cual ha aumentado entre 1- 35%; afectando el 1% a los recién nacidos de término, 10% a los recién nacidos prematuros y a menores de 28 días de vida entre un 20-38% de los casos.

Mediante el uso del proceso de atención enfermería cuya metodología, nos permite otorgar cuidados a personas sanas (mediante la promoción a la salud) o enfermas (durante el proceso salud enfermedad), organizando y analizando información para solucionar problemas reales o potenciales relacionados con la salud de los usuarios en la práctica diaria con un fundamento científico que fomente un juicio crítico y analítico.

Abordando a un neonato masculino de 32 semanas de gestación con 20 días de vida extrauterina (34.6 EGC); cuya atención se realiza por medio de la gestión de cuidados enfermeros orientados a la satisfacción de las 14 necesidades básicas que posee cada individuo, realizando una valoración que nos permita identificar las fuentes de dificultad (áreas de dependencia, obstáculos o limitaciones) para satisfacer sus necesidades relacionadas con la falta de conocimientos, fuerza y voluntad proporcionando los cuidados necesarios y adecuados.

Objetivos

General

Proporcionar cuidados especializados de enfermería a un neonato con alteración en la necesidad de oxigenación por neumonía congénita durante su estancia hospitalaria.

Específico

- » Valorar las 14 necesidades básicas del neonato y a partir de ello, estructurar diagnósticos, planear las intervenciones para lograr la independencia del neonato.
- » Participar con el equipo multiprofesional en la intervención de los cuidados del paciente mediante los programas de salud dirigidos a esta población.
- » Promover el cuidado del paciente mediante la intervención activa de los padres durante su estancia hospitalaria.

Capítulo 1

Fundamentación

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU)¹ y la Organización Mundial de la Salud (OMS)², se estima que la población mundial aumente en 2.000 millones de personas, llegando a los 9.700 millones en el año 2050. Este crecimiento nos indica grandes cambios en las tasas de fecundidad (naciendo aproximadamente 372,960 neonatos en el mundo diariamente) lo que se ve reflejado en la demanda de los servicios de salud.

Se calcula que cada año nacen aproximadamente unos 83-85 millones de niños en el mundo de los cuales 15 millones son prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación) y esa cifra va aumentando considerablemente dando como resultado que la tasa de nacimientos prematuros oscile entre el 5% y el 18%.

En México según estadísticas del INEGI³ en el año 2018 nacieron 2,162,535 niños de los cuales 120 mil son prematuros cuyas complicaciones relacionadas con la prematuridad son principal causa de muerte en los niños menores de cinco años, provocando un millón de muertes aproximadamente, las cuales podrían haberse prevenido.

La prematurez se ocasiona por diversos factores (condiciones) en la salud materna, como la edad (edades extremas) que ocupa el primer factor de riesgo, seguido de la multiparidad y antecedentes de partos prematuros seguido de un mal control prenatal⁴ que puede ocasionar complicaciones como diabetes gestacional, hipertensión, infecciones de vías urinarias que pueden ocasionar ruptura prematura de membranas, obesidad, etc.

Debido al aumento en la incidencia de nacimientos prematuros⁵ surge la necesidad de que el personal de salud constantemente se capacite para brindar una atención adecuada a este tipo de población de manera que la esperanza de sobrevivida vaya aumentando a partir de la semanas de gestación que presente el neonato.

En la Ciudad de México en el año 2018 se reportaron 41, 644 mil nacimientos de niños prematuros aproximadamente, de los cuales 8 320 nacieron con algún tipo de complicación⁶, considerando el síndrome de dificultad respiratoria (SDR) por déficit de surfactante la principal, seguido de la displasia broncopulmonar (DBP) como secuela del SDR las principales causas de morbilidad en el recién nacido prematuro.

Otras causas de morbilidad neonatal son:

- Las infecciones asociadas al ámbito intrahospitalario (procedimientos invasivos).
- Infecciones las relacionadas con la madre.
- Malformaciones congénitas del corazón (como la transposición de grandes vasos o la tetralogía de fallot)
- Malformaciones de fistula de paladar y labio leporino
- Malformaciones genitourinarias (como criptorquidia y el hipospadias)
- Malformaciones intestinales (como la gastroquisis y hernia diafragmática)⁷
- Así como la presencia de hiperbilirrubinemia neonatal.

La OMS y sus asociados coinciden que para disminuir la morbilidad neonatal la atención de salud comienza con la madre mucho antes del embarazo hasta el parto y continúa con los cuidados pertinentes al recién nacido.

Los cuales pueden prestarse, en función de las necesidades, en el hogar, la comunidad, dispensarios y hospitales mediante programas de atención integral al recién nacido, atención prenatal de calidad así como programas de parto o partería eficientes, enfocándose a los factores de riesgo prenatales, al recién nacido prematuro, al neonato con bajo peso al nacer y recién nacidos enfermo o hijos de madres infectadas por VIH, etc.⁸

Por esta razón es importante garantizar una buena salud al recién nacido, asegurando una adecuada calidad de vida, realizando una óptima evaluación en las primeras horas de vida permitiéndonos detectar a tiempo enfermedades congénitas y/o malformaciones que son derivadas al especialista correspondiente para un tratamiento efectivo.

Capítulo 2

Marco teórico

2.1 Marco Conceptual

En este capítulo se abordan los conceptos claves sobre los cuales se basa el investigador al momento de hacer el sustento teórico describiendo el problema y el tema principal del trabajo a través de revisiones literarias proporcionando una estructura a la investigación que se realizará; para esta búsqueda se utilizaron las palabras clave como: enfermería, neonato, teoría, modelo, metaparadigma, paradigma, cuidado, proceso de atención enfermería, quehacer enfermero y enfermería neonatal.

Así el presente estudio de caso es un instrumento de investigación de enfermería que se enfocara en el cuidado al recién nacido. Por lo que a continuación se describirán los conceptos principales a encontrar en este trabajo.

Uno de los principales conceptos mencionados es el de **teoría** cuyo significado es difícil explicar ya que éste depende del campo de conocimiento o de aplicación. En enfermería la teoría es un conjunto de conceptos (definiciones y proposiciones) interrelacionados que presentan una visión sistemática de fenómenos y variables para explicar y predecir el comportamiento de estos⁹.

Por esta razón grandes teorías y corrientes filosóficas definen desde su perspectiva los conceptos para tratar de comprender fenómenos sociales (el entorno con el que la persona se relaciona) mediante la interpretación de hechos e información (la respuesta que esta tiene ante los estímulos externos que el ambiente tiene sobre ella) dando la relación del profesional de enfermería con la persona bajo su cuidado.

Modelo es otro de los conceptos a manejar teniendo éste mayor peso, debido a que el estudio de caso tiene el enfoque de un modelo el cual representa la realidad de una analogía que ayuda a comprender algo que no podemos ver directamente y de lo que sabemos poco, lo que se puede decir que no es la realidad si no una abstracción de esta.¹⁰

Existen varios tipos de modelos por eso aquellos que se relacionan con la rama de la salud son concretos o reales dando significado a los conceptos relacionados con el ámbito enfermero (objetos, relaciones o procesos ya existentes); estos casi siempre se acompañan del modelo abstracto (para la realidad) que representa un ideal (algo cuya materialización se persigue)¹¹ lo que se puede relacionar con los grados de independencia que se pretenden lograr mediante las intervenciones de enfermería.

La evolución y desarrollo de los modelos en enfermería se ven influenciados por las grandes corrientes filosóficas del pensamiento que permiten una perspectiva específica de cada individuo para comprender y conceptualizar los fenómenos que influyen sobre el ser humano y su salud (estos también se utilizan para generar conocimiento científico).

Los modelos contienen diversos elementos los cuales incluyen:

1. Asunciones científicas o postulados los cuales representan el cómo se conforma el modelo¹¹ ofreciendo soporte científico que lo valide, en el modelo de Henderson serían los metaparadigmas que utiliza (persona, entorno, salud y enfermería).
2. Asunciones filosóficas es él porque del modelo¹¹ en otras palabras es la perspectiva que tiene la autora acerca de su modelo.
3. Los elementos del modelo que pueden incluir:
 - **Objetivo del cuidado** sería que la persona recupere, mantenga o mejore su estado de independencia.
 - **Usuario del servicio** es la persona a la cual se le brindan estos cuidados.
 - **Rol del profesional** de enfermería depende de las fuentes de dificultad desempeñándose como enfermera sustituta, ayudante o de acompañamiento.
 - **Intervención de enfermería** puede ser independiente, dependiente o interdependiente.
 - **Consecuencias de la intervención** se basa en la respuesta humana de la persona ante los cuidados proporcionados.

Tanto los modelos como las teorías de enfermería manejan conceptos bajo ciertos paradigmas cuya idea representan un dilema filosófico, epistemológico, ideológico y metodológico. El **paradigma** desde el punto de vista epistemológico es un conjunto de normas que definen un estilo, método, o la visión del investigador para interpretar fenómenos sociales desde una macro estructura utilizando sistemas y subsistemas.

Dando como resultado la orientación para entender los conceptos de salud, enfermedad y persona, la cual está estrechamente relacionada con los metaparadigmas de enfermería (cuidado, persona, salud y entorno).

Considerando al ser humano como un todo que interactúa con el medio que lo rodea (siendo un sistema abierto) y que se ve afectado por estímulos externos con los que interactúa constantemente lo que puede alterar el grado de independencia en el que se encuentra; por lo tanto el paradigma aplicado a la rama se enfoca en la búsqueda de un factor causal que lo esté alterando.

En otras palabras el paradigma está basado en los cuidados enfermeros que son proporcionados a las personas que lo necesiten promoviendo el mejor entorno posible para favorecer la recuperación, mantenimiento o mejorando el estado de independencia que se ve reflejado en el estado de salud de la persona.

Así mismo cada modelo o teoría de enfermería maneja un **metaparadigma** que se define como el conjunto de conceptos que identifica fenómenos particulares que tratan de presentar una perspectiva universal de la disciplina. Su función es identificar el campo de estudio, a través de conceptos (salud, persona, entorno y cuidado) y su relación entre sí, cuya perspectiva genera la visión de la disciplina (de los cuidados enfermeros).

Este trabajo utiliza como herramienta metodológica el **proceso** definido como el conjunto de actividades planificadas y ordenadas con la finalidad de lograr un objetivo en determinado tiempo,¹¹ involucrando la participación de un cierto número de personas así como de recursos materiales para un fin común.

Por lo tanto el **proceso de atención enfermería o PAE** se utiliza en el quehacer diario de la práctica enfermera, la cual permite otorgar una serie de cuidados a las personas (al neonato) sanas o enfermas a través de una atención sistematizada.

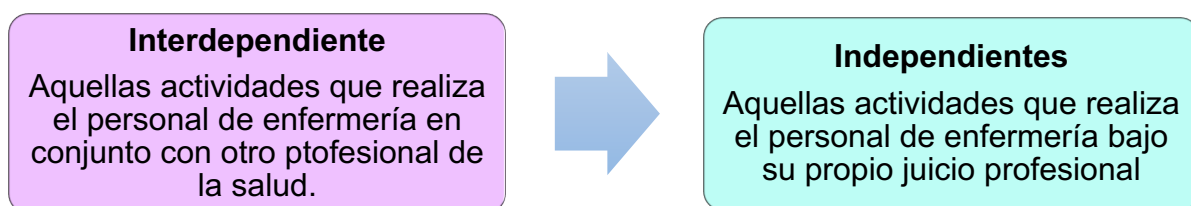
Según la bibliografía consultada la **enfermería** como ciencia posee una amplia gama de conocimientos y teorías propias que se aplican en la práctica a través de su método científico (el proceso de atención de enfermería)¹² y la aplicación del mismo requiere del desarrollo de habilidades técnicas e intelectuales como el pensamiento crítico, la solución de problemas y la toma de decisiones.

Definiendo a la profesión de enfermería como un conjunto de profesionales del sector salud que deben contar con un título universitario que le avale la capacidad de proporcionar una atención autónoma en colaboración con otros profesionales de la salud a un determinado sector de la población¹³ (de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no en todas las circunstancias).

La enfermería al igual que otras profesiones ha experimentado cambios importantes a lo largo de la historia, asociados al acelerado avance tecnológico de los servicios de salud, por lo que hoy en día constituye un factor imprescindible como integrante del equipo de salud, cambiando su rol al proyectar la capacidad intelectual así como habilidad y actitud con la que puede contribuir en la solución de los problemas de salud.

Haciendo énfasis en el cuidado y atención de las personas mediante funciones asistenciales y de docencia (educación y promoción de la salud), así como el desempeño de funciones administrativas y de investigación, considerando que estas intervenciones pueden ser interdependientes e independientes¹⁴. Ver Cuadro 1

Cuadro 1. Intervenciones de enfermería.



Fuente: Frank J, Ruelas E, Arroyo G, De León E, Contreras R. Perfiles de enfermería. Secretaria de salud. México, 2005. P 6-7.

Aclarando que el **quehacer de enfermería** se basa en el cuidado cuyo proceso tiene como objetivo encaminar a una relación más allá de la enfermedad¹⁶. Conceptualizando la esencia de la disciplina que no solo implica a la persona quien cuidamos, sino también a la enfermera como transmisora del cuidado mediante acciones involucrando la comunicación (verbal y no verbal) y empatía, con una finalidad terapéutica¹⁷.

Los cuidados proporcionados por parte del profesional de enfermería van encaminados a una atención oportuna, rápida, continua y permanente. Orientada a resolver problemas que afectan al usuario, mediante **cuidados integrales** personalizados e individualizados, considerando sus necesidades y valorando la respuesta humana a las intervenciones realizadas por el profesional.

Indicando que la profesión de enfermería desempeña una vocación y una misión la cual es: Proveer cuidado al paciente, cumpliendo los mejores estándares de calidad y seguridad en salud mediante la gestión y ejecución de intervenciones enfermeras las cuales deben estar sustentadas en evidencia científica.

De tal forma, es necesario que las enfermeras(os) desarrollen investigación a través de la cual se genera conocimiento científico que ayudará a contribuir en los fundamentos de su quehacer.¹⁸ Concretando el uso racional de los recursos disponibles: tanto humanos, materiales y de tiempo, que permitan hacer efectiva las acciones de enfermería, a fin de satisfacer las necesidades del paciente que lo necesite.

En el caso de la enfermería neonatal definimos neonato como la persona recién nacida viva desde el nacimiento hasta los 28 días posteriores al nacimiento.¹⁹ La atención que se le brinda a este sector de la población es primordial para garantizar un desarrollo físico, mental y espiritual adecuado.

En la última década, la población de recién nacidos, atendidos en las instituciones de la República Mexicana va en aumento con cifras de 7-9%²⁰ siendo de gran importancia los cuidados proporcionados por enfermería junto con el apoyo familiar, constante o permanente hacia el neonato, jugando un papel importante en el desarrollo del mismo.

Enfatizando que la mayoría de las intervenciones en las instituciones de salud (en el área de tococirugía, alojamiento conjunto y principalmente en las unidades de cuidados intensivos neonatales) se relacionan estrechamente con cuidados centrados en el desarrollo a través de pruebas diagnósticas, tratamientos invasivos, control de estímulos, posicionamiento neonatal, según la valoración de las necesidades de cada recién nacido.

Enfatizando el desarrollo de habilidades y destrezas, fomentando la pericia necesaria para el manejo del neonato durante las tareas básicas, siendo meticulosos y a la vez empáticos para realizar de manera correcta así como de manera eficaz los cuidados al recién nacido, manejando las circunstancias que se presenten en la unidad de neonatología.

2.2 Marco Empírico

Los neonatos prematuros hospitalizados tienen mayor riesgo de sufrir alteraciones en su neurodesarrollo, por el grado de inmadurez que suelen presentar por lo que es importante brindar un abordaje integral que disminuya estas repercusiones mediante los cuidados proporcionados por el personal de enfermería que están a cargo de estos infantes.

Los cuidados centrados en el desarrollo son una forma óptima de dar respuesta a estas necesidades, brindando cuidados especializados que favorecen el neurodesarrollo a corto y largo plazo, disminuyendo los costos en la atención con una menor estancia hospitalaria; involucrando y empoderando a los padres en el cuidado de sus hijos.

Tal y como lo demostraron en un estudio de Costa Rica donde señalan que las unidades de cuidado intensivo neonatal necesitan proveer un ambiente cálido que incluya y promueva educación a los profesionales en salud así como a los padres de la población prematura²¹

Recordando que es de gran importancia no dejar de lado la parte humana del cuidado, así como el acercamiento de los padres en esta etapa vulnerable, considerando las iniciativas de los cuidados humanos como la herramienta más apropiada a los avances tecnológicos, en armonía con el contacto del entorno familiar.

Así lo dieron a conocer en España al reflejar resultados similares al estudio anterior en el cual hacen hincapié en involucrar a los padres durante la estancia hospitalaria del neonato dando como resultados que los padres aprenden a realizar estos cuidados adecuadamente disminuyendo los reingresos al ser dados de alta y los días de estancia hospitalaria, favoreciendo una pronta recuperación.²²

La población neonatal se encuentra en un proceso de adaptación a la vida extrauterina, durante esta adaptación las primeras 24 horas son de suma importancia más aún en los recién nacidos prematuros; para ello es necesario conocer las causas y/o las complicaciones más frecuentes en el recién nacido en estado grave.

Lo que requiere un nivel alto de preparación y desempeño de los profesionales a cargo de la atención de estos pacientes mediante la integración de conocimientos, habilidades, conductas, actitudes, aptitudes correspondientes a las funciones y tareas que realice él en su puesto de trabajo.

Como lo demostró un estudio cubano donde evaluaron estas competencias demostrando que no solo son básicas para el cuidado neonatal si no que con ellas, el personal puede desarrollar programas que permitan dar respuestas a las demandas actuales del sistema nacional de salud en relación al programa de atención materno-infantil, considerando al profesional mucho más competente y comprometido con su encargo social.²³

Con el aumentando de los nacimientos prematuros también se ha presentado un aumento en los problemas respiratorios entre un 5 y 12%²⁴ que suele ser la principal causa de ingresos al área de neonatología o a la unidad de cuidados intensivos tanto en recién nacidos a término como pretérmino.

Entre estos problemas respiratorios la neumonía neonatal es una de las causas que impacta el bienestar del recién nacido. Definida como un proceso infeccioso que afecta los pulmones principalmente según estudios realizados en un hospital de Ecuador donde analizaron 151 casos, las principales infecciones relacionadas con la atención sanitaria fueron; la infección sistémica (50 %) seguido de la infección pulmonar (39,1 %)²⁵

La clínica dependerá del tiempo de manifestación, considerándose precoz dentro de las primeras 72 horas, mientras que dentro de los primero 28 días se considera tardía además por la forma de adquisición puede ser vía intrauterina transplacentaria hematogena o de manera vertical durante el trabajo de parto por aspiración de material contaminado²⁶.

La Organización Mundial de la Salud informa que cada año fallecen aproximadamente 5 millones de recién nacidos en el mundo: 75 % dentro de la primera semana de vida debido a procesos infecciosos principalmente, causando estos el 36 % de mortalidad neonatal.²⁷

Lo que concuerda con un estudio realizado en México (2017) donde el 21% de los neonatos hospitalizados tuvo alguna complicación como sepsis neonatal, neumonía y acidosis metabólica durante su estancia hospitalaria.

Considerando que la neumonía neonatal ha aumentado entre 1- 35%; afectando el 1% a los recién nacidos de término, 10% a los recién nacidos prematuros; esta incidencia varía según la edad gestacional, peso al nacer, criterios de diagnóstico, el nivel y la calidad de la atención con una tasa de mortalidad del 20-38% en menores de 28 días de vida durante las primeras 48 horas en comparación con el inicio tardío.²⁸

El neonato tiene mayor riesgo de sufrir una infección como la neumonía debido a los antecedentes maternos, que cada vez son más frecuentes. Entre los cuales se encuentran un nivel socioeconómico bajo reflejado por un menor número de controles prenatales, la obesidad materna, diferencias en la flora vaginal, déficit de los diferentes sistemas antibacterianos de líquido amniótico y la poca higiene personal.

Otros factores pueden ser:

- Infecciones con alta probabilidad de participación sistémica ocasionadas por el ascenso de microorganismos del aparato genital materno a través de un defecto en las membranas coriales (infección transplacentaria).
- Infecciones urinarias superiores capaces de inducir de forma prematura el trabajo de parto, o bien hacer difícil el trabajo de parto al reducir la contractilidad uterina²⁹.

Uno de los factores de riesgo más importantes que predisponen a una neumonía congénita es la rotura prematura de membranas en cuyo caso existe una relación significativa entre los microorganismos del aparato genital y urinario (detectado hasta 10% de gérmenes en el líquido amniótico con membranas íntegras durante el parto) debido a la colonización de flora vaginal que es muy heterogénea en bacterias aerobias y anaerobias.

Estas bacterias juegan un rol importante ya que al estar presentes en el canal vagina durante el parto y al pasar el producto por este, las secreciones bucofaríngeas serán colonizadas; y si además también presenta hipoxia se producen lesiones pulmonares que favorecen la instalación y desarrollo de dichos microorganismos.³⁰

Tomando en cuenta el estado inmunológico del recién nacido, los microorganismos asociados a la neumonía son:

- Bacterias cuyo principal agente causal es el *Streptococcusagalactiae* del grupo B presente en el canal vaginal (0,1- 0,4% de los casos), causante de sepsis el 1% de los casos, alcanzando una mortalidad del 20-50% que aumenta a menor la edad gestacional hasta un 57% en los casos de neumonía precoz.
- Existen otros microorganismos aislados que producen neumonía por transmisión vertical como el *estafilococcus aureus*, *streptococcus* del grupo D y la *pneumoniae*, *hemophilus influenzae*, la *E. coli*, *enterobacter* y *klebsiellasp*, *listeria monocytogenes* y la *mycobacterium tuberculosis* que puede presentarse con sintomatología respiratoria aislada, o acompañando a su manifestación hepática.
- En cuanto a los virus que son transmitidos al neonato de forma transplacentaria o hematogena, el más frecuente es el citomegalovirus que se manifiesta con un cuadro respiratorio; seguido por el virus del herpes simple (VHS), el virus respiratorio sincitial (VRS), adenovirus y enterovirus son los más relacionados con una gran morbimortalidad incluso en recién nacidos sanos.

2.3 Filosofía de Virginia Henderson.

El trabajo de Virginia Henderson va encaminado a redefinir del concepto de la enfermería; debido a que no se encarga solo de los procesos patológicos en una persona, si no que también toma en cuenta los principios fisiológicos y psicológicos del individuo.

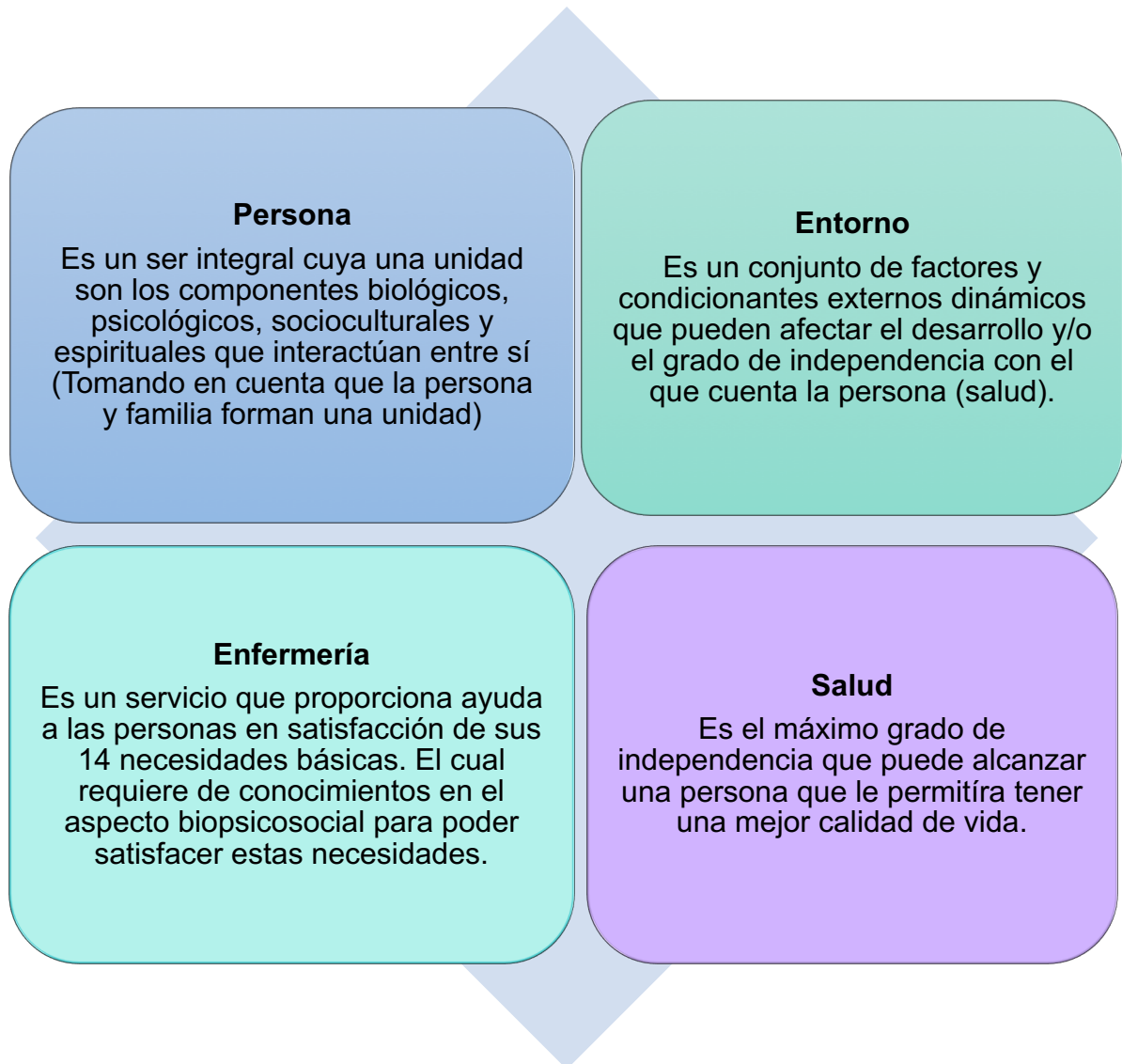
Siendo uno de los modelos del cuidado enfermero con mayor aceptación viendo a la persona como un todo complejo que posee 14 necesidades básicas las cuales proporcionan el grado máximo de independencia, provocando un esfuerzo para obtenerlo, por lo tanto cuando alguna de estas necesidades no está satisfecha la persona ya no es un todo y requiere ayuda para conseguir su independencia.

Se ubica dentro de la escuela de las necesidades humanísticas, valorando las respuestas humanas que tiene la persona como resultados de un estímulo intrínseco o extrínseco³¹ a través de las intervenciones de suplencia o ayuda que proporcionamos como personal de la rama de la salud.

Por consiguiente el papel que desempeña la enfermera en la satisfacción de estas necesidades básicas que poseen las persona es de gran importancia; tomando en cuenta el hecho de que la persona es o no es capaz de satisfacer sus necesidades por sí misma, la enfermera interviene para ayudarla a recuperar su grado máximo de independencia favoreciendo su salud.

Al igual que otras, la filosofía de Henderson considera los diferentes elementos del **Metaparadigma** entendiéndolo a estos como el conjunto de conceptos que identifican los fenómenos particulares de una disciplina³²; para resaltar los conceptos que maneja en su filosofía que acuerdo con la percepción que tiene ella, los cuales son explicados a continuación en el cuadro número 2.

Cuadro 2. Metaparadigmas de Virginia Henderson

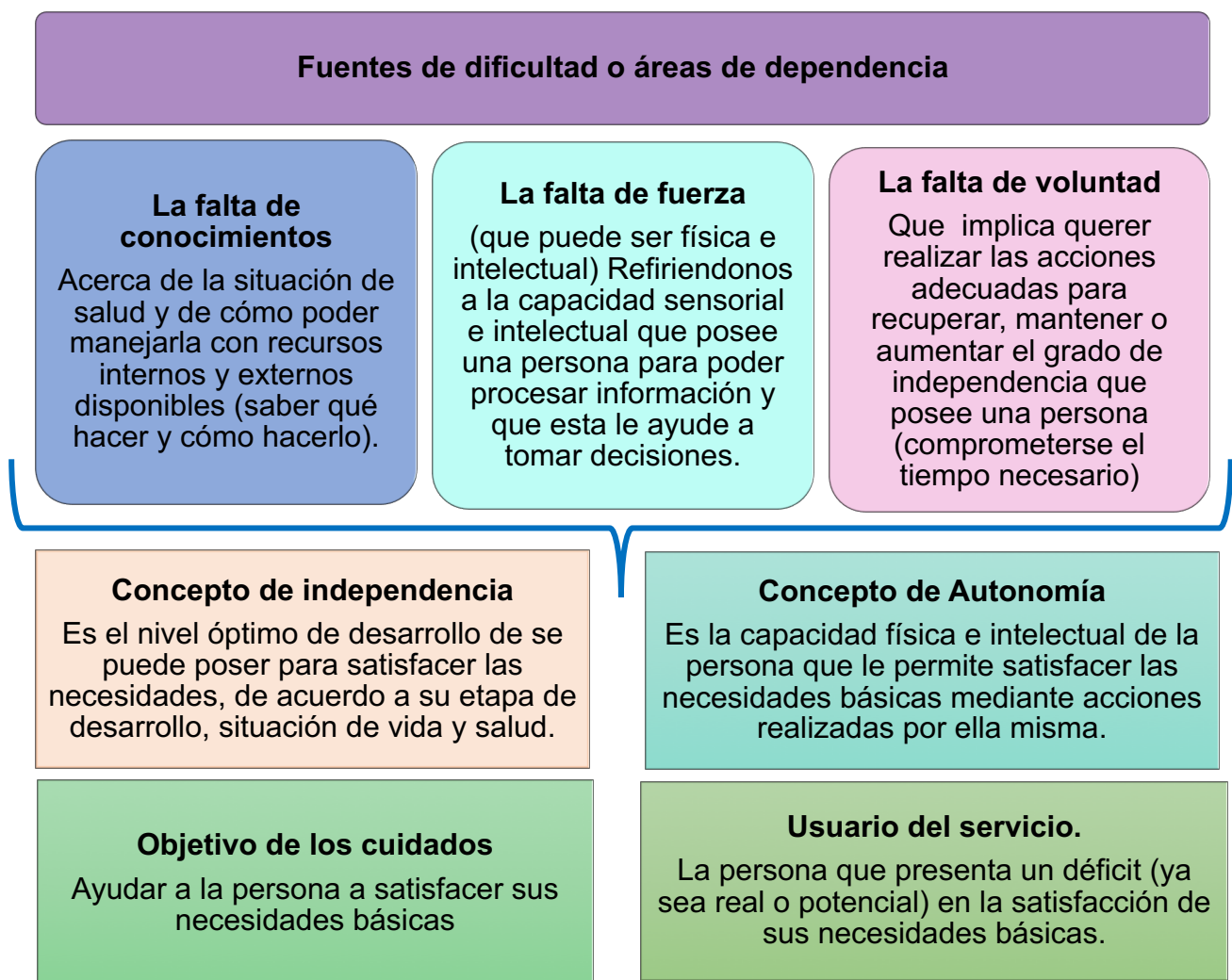


Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010

2.3.1 Conceptos de Virginia Henderson

Henderson maneja las fuentes de dificultad que son obstáculos y/o limitaciones que puede presentar una persona para satisfacer sus necesidades, estrechamente relacionadas con la falta de conocimientos, de fuerza y de voluntad; generando un estado de dependencia logrando identificar el objetivo de los cuidados. Ver cuadro número 3.

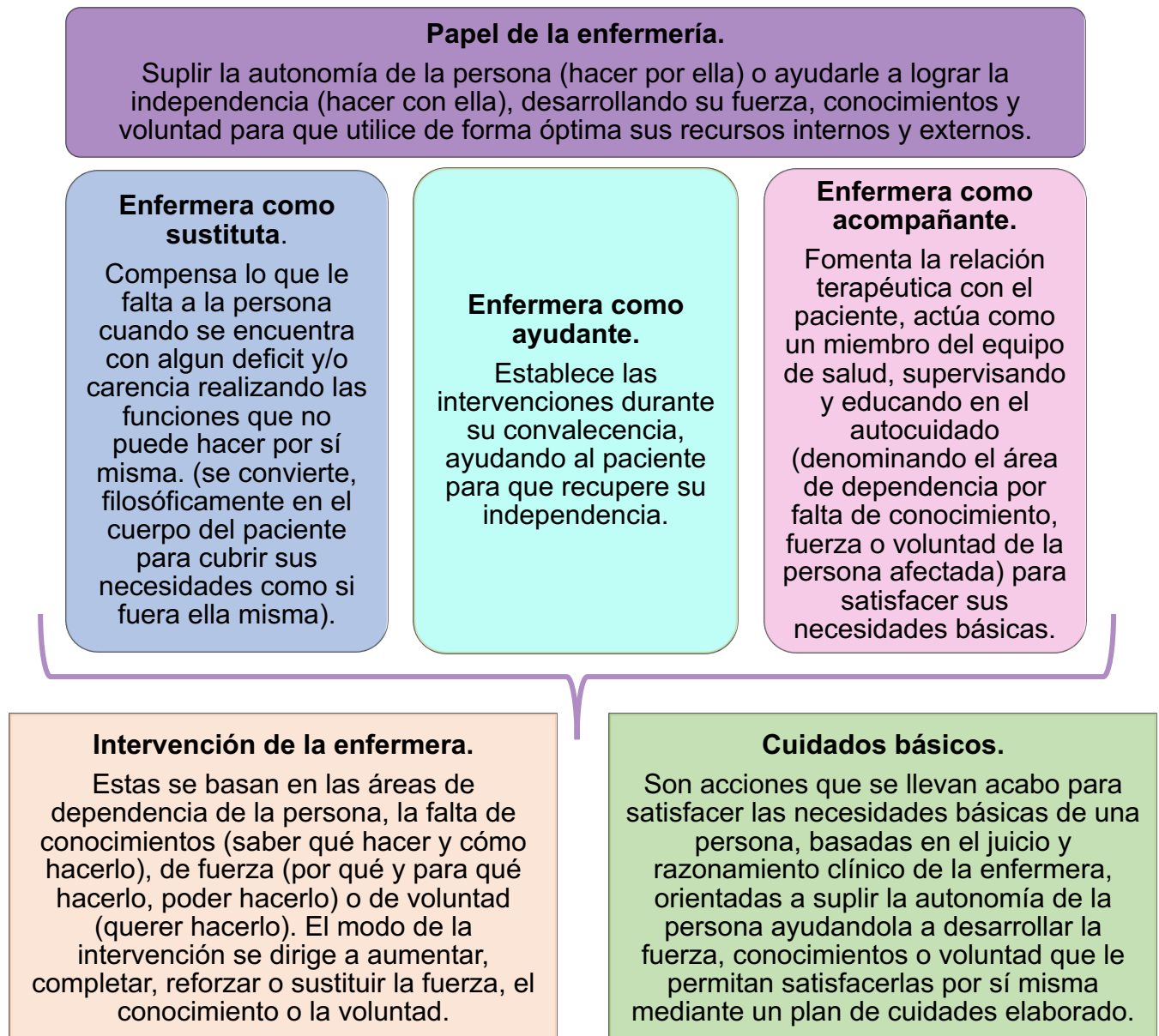
Cuadro 3. Fuentes de dificultad



Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010

Desempeñando una función propia de enfermería en base al cuidado de individuos sanos como enfermos junto a otros profesionales del equipo de salud; por esta razón la enfermera desempeña diferentes roles en el cuidado de una persona mediante intervenciones enfermeras explicadas en el cuadro número 4.

Cuadro 4. Papel que desempeña enfermería.



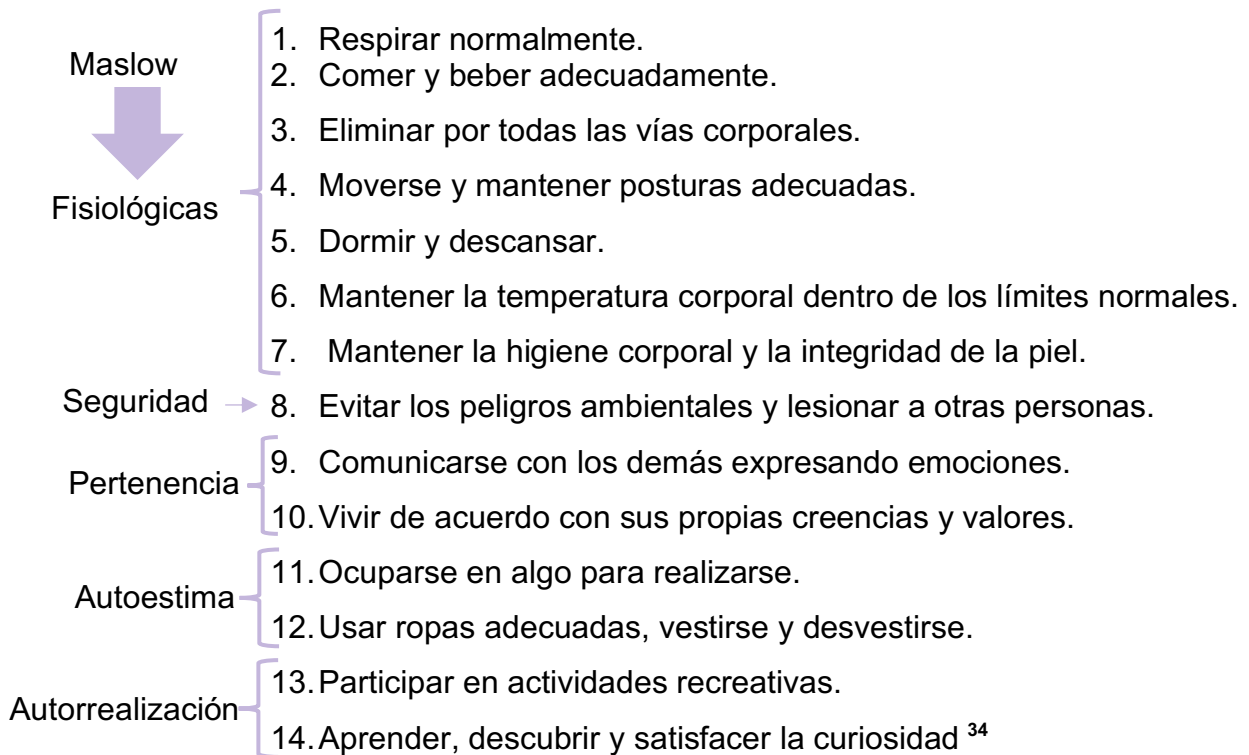
Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010

2.3.2 Necesidades básicas

Son 14 necesidades básicas y universales las cuales son indispensables para mantener la armonía e integridad de una persona ya que están influenciadas por componentes biopsicoculturales así como espirituales; interactuando entre sí porque no pueden entenderse aisladas por eso cada persona las satisface o manifiesta de diferente manera.

Este modelo se ve influenciado por la teoría de las necesidades humanas de Abraham Maslow, quien comprendió la importancia de conocer estas y representarlas jerarquizandolas en una pirámide de manera más relevante a las necesidades fisiológicas, de seguridad, pertenencia, autoestima hasta el nivel máximo de autorrealización.³³

Por lo que Henderson retoma este concepto para satisfacer estas necesidades aplicando estos conocimientos en las personas bajo nuestro cargo como profesionales de la salud tomando en cuenta los recursos disponibles para lograr el estado de independencia.



2.4 Factibilidad de la aplicación del modelo de Virginia Henderson en los neonatos

En la actualidad los servicios de salud se orientan a la práctica basada en evidencia, dando como resultado los estándares profesionales para obtener resultados de calidad en la mejora de los cuidados proporcionados por el personal de la salud.³⁵ Y la práctica clínica, constituye en la creación estos, dando lugar al reciente contexto del ejercicio de la profesión tomando en cuenta siempre la vulnerabilidad del paciente.

Considerando la complejidad del rol que desempeña la enfermera en las instituciones de salud, donde cada vez son más las exigencias que tiene la población de recibir cuidados especializados y obtener un resultado eficaz de la atención; se recurre al marco en el que se basa la práctica enfermera (NOM-019-SSA3-2013) para implementar modelos de enfermería que constan de tres componentes principales los cuales son:

- » Características de los pacientes.
- » Competencias enfermeras.
- » Resultados en el sistema.³⁶

En consecuencia la implementación de algún modelo de enfermería tiene como objetivo describir, explicar y fundamentar los cuidados brindados a la población. Tomando en cuenta las características particulares de cada institución así como las competencias con las que cuenta el personal de salud valorando el recurso disponible para poder brindar esta atención.

Por ello el modelo de Henderson tiene como objetivo gestionar los cuidados de enfermería orientados a la satisfacción de las 14 necesidades básicas de cada individuo considerando los aspectos socioculturales de la familia y el entorno.

Siendo este aplicable en cualquier etapa de la vida respetando los estándares de calidad así como los estándares seguridad clínica, creando de forma innata el sentido de pertenencia, seguridad, respeto y amor que posee la persona al generar conocimientos sobre sí mismos que le ayudarán a alcanzar su máximo grado de independencia.

Otra ventaja de este modelo es el impedimento de la práctica rutinaria, fomentando la individualización del cuidado durante su aplicación. Afirmando que cada persona es única e irrepetible, lo que nos permite llevar un control más detallado de si se está alcanzado o no el máximo desarrollo de su potencial; mediante la evaluación de las fuentes de dificultad o manifestaciones de dependencia/ independencia y autonomía.

Hablando de población pediátrica este modelo puede parecer poco factible, más aún si se trata de lactantes o neonatos, cuando en apariencia ellos son dependientes de su cuidador; pero la filosofía de Henderson toma en cuenta la etapa de desarrollo en la que se encuentra así como su situación de vida y salud.

Por eso es importante hacer énfasis que la **independencia de un niño** (neonato o lactante) se relaciona con las habilidades adquiridas de acuerdo a su etapa de desarrollo (físico, psicológico y social), el cual va de la mano con el neurodesarrollo.³⁷

Así lo refiere un estudio colombiano donde se investigó el modelo de Henderson evidenciando que es un instrumento óptimo y necesario para guiar el cuidado de enfermería en los pacientes independientemente de la edad, al ofrecer directrices de manera lógica, secuencial y evaluable satisfaciendo las necesidades de los sujetos tanto en el ámbito asistencial como comunitario.³⁸

Coincidiendo con otro estudio español (descriptivo, observacional, transversal) donde realizaron una encuesta a 546 enfermeros sobre modelos y teorías de enfermería, revelando que el modelo más utilizado es el de Henderson (33%)³⁹, seguido por los 11 patrones funcionales de Gordon⁴⁰ al ofrecer una perspectiva diferente (el aspecto biopsicocultural); mientras un 12% indicó que no querían trabajar bajo la directriz de un modelo.

Y este 12% concuerda con otro estudio español donde refieren que los modelos de gestión en el ámbito de la salud, son cuestionados debido a un posicionamiento polarizado entre la situación de dependencia e independencia, aportando que se hace necesario la transformación de estos modelos involucrando más al individuo en su propia gestión de la salud o dependencia.

De esta forma se cambiará el modelo maternalista que equivale al concepto de receptor de servicios de salud a un modelo participativo en el que el sujeto demandante de servicios toma conciencia de su papel y, proactivamente, lidera su situación demandante hacia una autonomía responsable.⁴¹

El analizar y comprender el cuidado de enfermería es un proceso complejo como lo refiere un estudio mexicano, donde evaluaron la complejidad de los elementos de la filosofía de Henderson así como la aceptación de este entre los estudiantes de enfermería. Revelando que es considerado como un modelo reduccionista, a un ser de catorce necesidades básicas, de predominio biológico a través del método analítico siendo este uno de los modelos más utilizado en los programas académicos⁴²

2.5 Proceso de Atención de Enfermería

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a personas sanas (mediante la promoción a la salud) o enfermas (durante su proceso salud enfermedad) a través de una atención sistematizada, organizando y analizando información para solucionar problemas reales o potenciales relacionados con la salud de los usuarios en la práctica diaria con un fundamento basado en evidencia científica fomentando un juicio crítico así como analítico. Ver cuadro número 5.

Cuadro 5. Etapas del proceso de atención enfermería.



Fuente: Secretaría de Salud. (Internet) Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. Diario Oficial de la Federación. 2013

El proceso de atención enfermería conocido como PAE nos permite individualizar los cuidados proporcionados a un individuo. Hablando históricamente; el cuidado existe desde el comienzo de la vida, a través de dos grandes vertientes, la primera para asegurar (preservar o mantener) la continuidad de la vida y la segunda se vincula con la lucha contra la muerte.⁴³

La disciplina profesional de enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX con la figura de Florence Nightingale conocida como la madre de la enfermería; quien fue la primera en afirmar que el cuidado se encuentra estrechamente relacionándola con la observación y el entorno como elemento primordial.

Desde ese momento, empieza la conceptualización del cuidado como pilar fundamental de la enfermería surgiendo indirectamente el proceso de atención enfermería; que en ese entonces no se consideraba como un proceso, pero se encontraba implícito en cada una de las actividades de enfermería.

No fue sino hasta los años 70' que esta metodología fue evolucionando y se le agrega a este proceso la etapa diagnóstica para describir los problemas de salud añadiendo posteriormente las demás etapas (planeación, ejecución y evaluación) generando lo que actualmente conocemos como proceso de atención de enfermería (PAE) .⁴⁴

Creando uno de los debates profesionales más grandes de la actualidad que se refiere a la adecuación de un modelo conceptual en la práctica diaria de enfermería, el cual debe ser acorde a las características del sistema sanitario a nuestro país.

Por esta razón el modelo de Henderson es uno de los más estudiados en nuestro país, de acuerdo con una revisión bibliográfica sistemática utilizando las bases de datos consultadas (Cuiden, Scielo, Cochrane y PubMed) para definir el marco teórico del modelo y su implementación en la práctica científica de la Enfermería.

2.6 Proceso Enfermero desde el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson

Cuando una persona no puede satisfacer sus necesidades básicas por sí misma se verá afectado su estado de salud y por lo tanto habrá un grado de dependencia, por lo que la ayuda de enfermería favorecerá su salud; para que sea capaz de recuperar su independencia aceptando sus limitaciones, su enfermedad, discapacidad o en dado caso su muerte cuando son pacientes terminales.

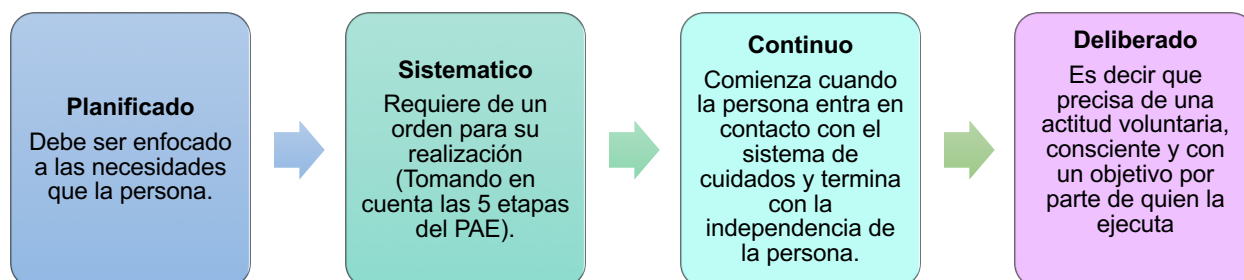
Mediante intervenciones enfocadas a la satisfacción de éstas ya sea supliendo la autonomía o desarrollando conocimientos. Entonces tenemos que la Enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la **ciencia del cuidado**, alejándose del modelo biomédico en el que se trataba la enfermedad para cubrir las necesidades y sus respuestas humanas.

Para lograr esta evolución es necesario utilizar el método científico (una metodología) en dirección a los objetivos de la profesión enfermera los cuales son:

- » Prevenir la enfermedad y fomentar, mantener o reestablecer la salud.
- » Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.
- » Brindar cuidados de calidad y eficientes tanto a nivel biomédico considerando las respuestas humanas en función de las necesidades básicas generadas a partir de la situación de salud de la persona.

Lo que nos permite deducir que el proceso de atención enfermería es la herramienta metodológica que utilizaremos para lograr los objetivos de la profesión enfermera; el cual debe cumplir con ciertas características como lo podemos ver en el cuadro número 6.

Cuadro 6. Características del Proceso de Atención Enfermería.



Fuente: Contreras E, Velázquez E, Reyes J. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson (Internet) México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2016

Estos elementos ayudan a valorar y decidir sobre la información en áreas de nuestra competencia, brindando el enfoque de nuestra intervención (decisiones basadas por los conocimientos, habilidades, conceptualizaciones, creencias y valores disciplinarios). Poniendo en práctica las ventajas del proceso de atención enfermería (PAE) que son:

- » Proporcionar un método organizado, debido a que se lleva a cabo un proceso para gestionar y administrar el cuidado, eficaz y eficiente mediante sus 5 etapas.
- » Demostrar de forma concreta el impacto de la práctica enfermera, valorando objetivamente los resultados obtenidos (una respuesta humana) ante las intervenciones que realiza el profesional de enfermería.
- » Facilitar y fomentar la investigación en enfermería, incrementando y generando conocimiento para la efectividad de la práctica enfermera.
- » Facilitar la comunicación entre el equipo interdisciplinario, mediante los registros de enfermería y las intervenciones interdependientes (con otros profesionales de la salud).
- » Implicar de forma activa a la persona y/o familia en los cuidados aumentando sus capacidades para el autocuidado y autonomía mediante el rol de enfermera acompañante adaptando los cuidados al individuo y no a la enfermedad.

2.7 Proceso de Atención de Enfermería aplicado a la Filosofía de Virginia Henderson

Este es un proceso organizado y sistemático mediante el cual se obtienen datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes para analizar si existe un funcionamiento anormal o bien detectar los factores de riesgo que puedan generar potenciales problemas; así como los recursos y capacidades con los que puede contar la persona y/o familia.

Por esa razón el modelo de Virginia Henderson es compatible con las etapas del proceso de atención enfermería, por lo que es aceptado y aplicado por la comunidad enfermera.

2.7.1 Valoración.

Primera etapa

La valoración es la base de la planificación para las intervenciones enfermeras, dirigidas al logro de resultados (objetivos) concretos en la atención mediante cuidados individualizados de calidad. La cual consta de 3 tres etapas:

1. Recogida de datos.

Se realiza valorando las 14 necesidades considerando los datos subjetivos (lo que refiere el paciente), datos objetivos (aquellos que podemos corroborar con una medición) utilizando **fuentes directas** (el paciente, una entrevista, la observación o exploración física) y **fuentes indirectas** (familiares, otros cuidadores, la historia clínica, etc.) lo que nos oriente al grado de dependencia que posee la persona.

2. Validación

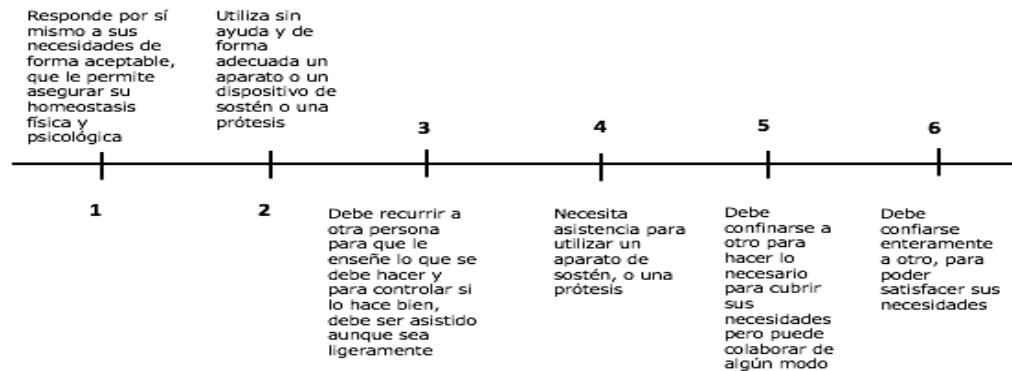
Verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces, suficientes y completos, evitando errores o conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.

3. Organización de los datos

Se agruparán datos relevantes por necesidad, facilitando la detección de problemas (reales o potenciales), identificando el nivel de dependencia en el que se encuentra la persona.

Estos niveles de dependencia que maneja el modelo de Henderson están relacionados con los roles de enfermería, tomando en cuenta las capacidades que tiene la persona para realizar diferentes acciones como se puede observar en el cuadro número 7.

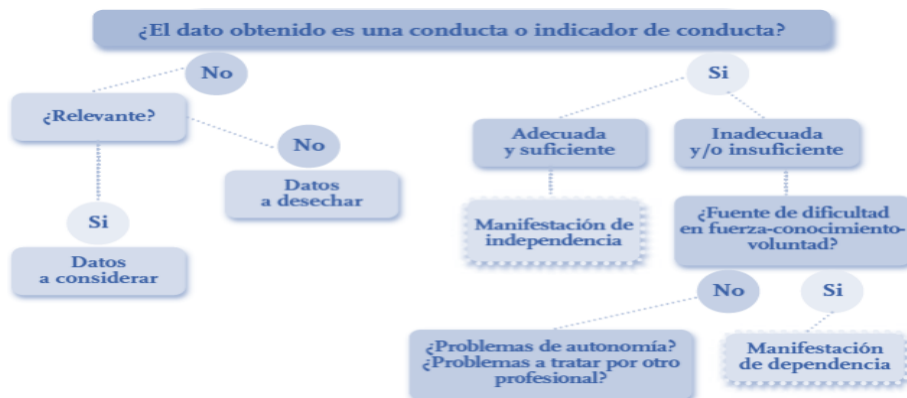
Cuadro 7. Continuum dependencia (grado de dependencia)



Fuente: Ivarado PP, Cruz JM. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enferm. univ [Internet]. 2013

Considerando también la conducta del individuo (comportamiento ante una situación o ciertos estímulos) y el indicador de conducta (comportamiento para obtener un cambio) tal y como lo explica el cuadro número 8.

Cuadro 8. Valoración de conducta o indicador de conducta



Fuente: Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN (Internet). España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010

2.7.2 Diagnóstico.

Segunda etapa

Es el juicio analítico y crítico emitido por la enfermera basada en conocimiento científico mediante la planificación de actividades que ayudarán al paciente a recuperar su independencia (autonomía) para la satisfacción de sus necesidades básicas mediante:

1. Análisis de datos.

Se determina el área de dependencia (falta de fuerza, voluntad o conocimientos), detectando problemas (reales o potenciales) mediante un abordaje interdisciplinar, procesando la información (creando diagnósticos de enfermería que se tratan de forma independiente) con la finalidad de recuperar, mantener o aumentar el grado de independencia que posee la persona durante el tiempo que sea necesario.

2. Identificación de los problemas.

» **Problema de Colaboración.** (intervención dependiente)

Se derivan de una enfermedad y/o el tratamiento de la misma; la enfermera realizará las intervenciones necesarias para la detección, tratamiento y control prescritas por otro profesional (generalmente el médico).

» **Problema de autonomía.**

Situación en la que el individuo no puede satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas debido a que no ha adquirido tal capacidad (perdiendo esta capacidad de forma temporal o definitiva).

Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras con el objetivo de lograr la independencia y satisfacción de las 14 necesidades; siendo estos el nexo entre la valoración y la planificación pueden ser:

- » **Diagnósticos Reales** Identifican un estado de dependencia y se dirigen a actuar sobre las causas o factores de la dificultad relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.

- » **Diagnósticos de Riesgo** se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema.
- » **Diagnóstico de Salud** se dirigirán a actuar sobre la manifestación de independencia del individuo a querer mejorar su estado de salud.

2.7.3 Planificación.

Tercera etapa

En esta etapa se jerarquizan los problemas detectados en la segunda etapa de acuerdo a las necesidades más afectadas (suelen ser fisiológicas) consideradas más importantes tanto para Maslow como para Henderson sin olvidar que el ser humano es un todo y si alguna necesidad se ve alterada por ende se alteran todas las demás.

Realizando mediante un plan de cuidados la selección de actividades e intervenciones que van a contribuir a mantener o propiciar nuevas complicaciones en el estado de salud de la persona. Los cuales deben ser abordados con un enfoque multidisciplinar cuya finalidad de establecer los objetivos de forma clara basados en las siguientes cuestiones:

- » ¿Cómo se beneficiará el paciente?
- » ¿Qué podrá hacer?
- » ¿Cuándo?

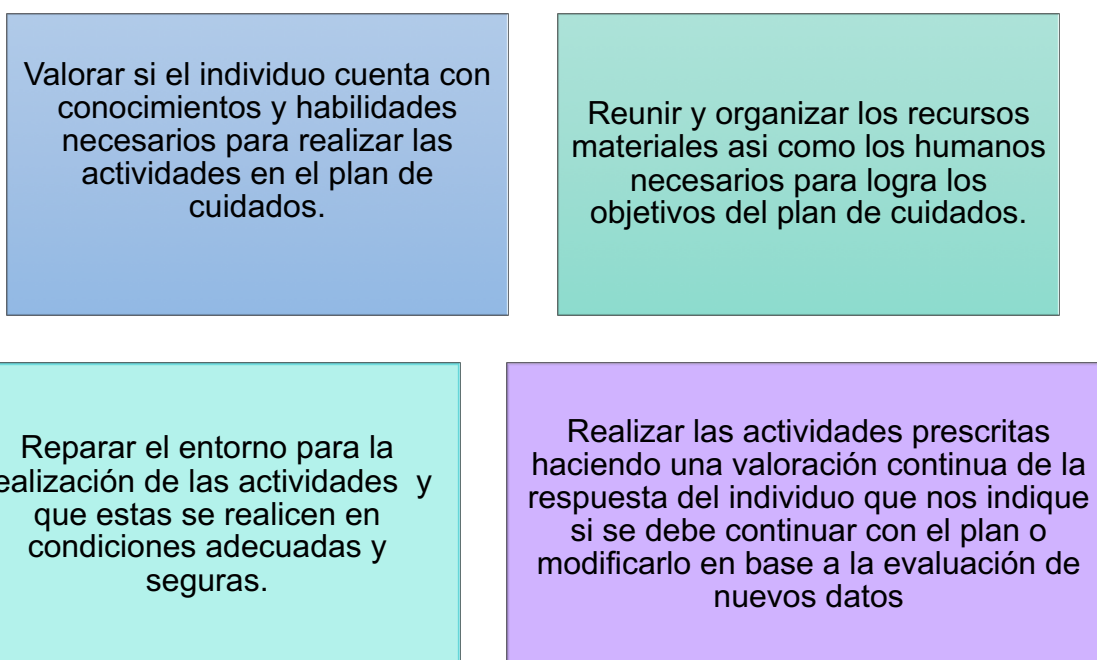
Finalizando con el **registro del Plan de Cuidados**, que es un elemento clave para el seguimiento de la atención facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además es un requisito legal (derecho establecido por ley para el usuario de los servicios de salud que genera una obligación en el profesional).

2.7.4 Ejecución.

Cuarta etapa

Esta etapa pone en práctica las intervenciones planificadas para el logro de los objetivos establecidos en el plan de cuidados que realizará el profesional de enfermería, tomando en cuenta las consideraciones explicadas en el cuadro número 9.

Cuadro 9. Consideraciones en la planificación.



Fuente: Hernández C, Flores M. Modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería. (Internet) España. Universidad de Valladolid. 2018

Enfermería realiza las intervenciones más apropiadas (según el papel que desempeñe como sustituta, ayudante o acompañante) para lograr la independencia de la persona tomando en cuenta si existe algún problema o dato nuevo que modifique el plan de cuidados delegando en ocasiones estas actividades a otros profesionales valorando la respuesta del individuo llevando un seguimiento mediante los registros de enfermería .

2.7.5 Evaluación.

Quinta etapa

Esta última etapa, se encuentra presente en cada una de las otras etapas descritas, de forma continuada, debido a que en cada una de ellas se evalúa los niveles de independencia o dependencia mantenidos o alcanzados mediante la respuesta del individuo ante nuestras intervenciones con el plan de cuidados.

En la etapa de valoración mediante la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del Diagnóstico; en la etapa de planificación por medio de los objetivos e intervenciones asegurando que estas sean realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.

En la ejecución directamente en las respuestas del individuo, para el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras (entonces se evalúa el grado en que se han cumplido los objetivos y decide si es necesario introducir algún cambio en el plan de cuidados).

2.8 Daños a la salud

Neumonía

El riesgo de muerte por neumonía en la infancia es más grande durante el periodo neonatal. Existe una importante variabilidad en los datos reportados dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados y de las características de la población bajo estudio.

Al menos un tercio de los 10.8 millones de muertes anuales en niños de todo el mundo ocurren en los primeros 28 días de vida con una proporción considerable de estas muertes secundarias a neumonía. Se estima que la neumonía contribuye anualmente con 750,000 a 1.2 millones de muertes de neonatos aportando una mortalidad global de 10%(2). Entre recién nacidos con neumonía congénita asociada con infección hematógena la mortalidad varía entre 5-10% con un incremento de hasta el 30% en infantes de muy bajo peso al nacer.

En unidades de cuidados intensivos neonatales la neumonía nosocomial constituye la segunda causa de infección adquirida en el hospital con una incidencia de 6.8-36%. Sin embargo, esta incidencia varía en mayor proporción por el peso y la edad gestacional.

La neumonía es un proceso pulmonar inflamatorio que se puede originar en el pulmón o ser una complicación focal de un proceso infeccioso sistémico o contiguo. Las infecciones neonatales pueden clasificarse de acuerdo al origen en congénita o neonatal.

Las neumonías congénitas forman parte de una infección transplacentaria mientras que las neumonías neonatales se adquieren en el periodo intrauterino o postnatal y esta a su vez se subdivide en temprana la cual está definida como la presentación de la sintomatología clínica en las primeras 48 horas a una semana de vida, mientras que la tardía ocurre en las siguientes tres semanas y varía de acuerdo al mecanismo de adquisición permitiendo desarrollarse in útero como parte de una infección congénita o bien adquirirse en el periodo perinatal o postnatal al exponerse a patógenos potenciales.

Regularmente presenta una respuesta inflamatoria sistémica ante la infección causada por virus, bacterias y hongos se presenta en las primeras 48 horas de vida y su gravedad va a estar en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos.

El pulmón es el órgano más común de alojamiento de microorganismos causales de enfermedades respiratorias del recién nacido. Esto corresponde tanto en la etapa prenatal y al parto como a la vida posnatal.

Según los estudios realizados en México los organismos que existen con mayor frecuencia son *Streptococcus pneumoniae* de 20 a 60%, *Haemophilus influenzae* de 7 a 11%, *Pseudomona aeruginosa* de 1 a 3%, *Staphylococcus aureus* de 0 a 7%, la presencia se identifica en los extremos de vida niño y adultos mayores.⁴⁶

2.8.1 Factores de Riesgo

La edad de gestación y el peso al nacimiento han sido determinantes en el riesgo de mortalidad por neumonía. Los casos fatales son más frecuentes en recién nacidos de bajo peso al nacer⁴⁷. La epidemiología de las neumonías postparto o tardías en general tiende a estar asociada con infecciones nosocomiales, con introducción de patógenos por medio de dispositivos médicos o ventilación mecánica.

El costo de tratar con antibióticos a todos los niños enfermos de neumonía en el 2015 con respecto a la supervivencia materna, neonatal e infantil es de \$109 millones al año. Esta cifra incluye los antibióticos en sí mismos y las pruebas necesarias para establecer el diagnóstico de neumonía.⁴⁸

2.8.2 Manifestaciones Clínicas

La neumonía neonatal deberá sospecharse en cualquier recién nacido con dificultad respiratoria que puede acompañarse con alguno de los siguientes signos: respiración rápida y ruidosa, frecuencia respiratoria de >60 respiraciones por minuto y tiraje intercostal.

La Organización Mundial de la Salud no hace distinción entre neumonía neonatal y otras formas severas de sepsis como bacteriemia, ya que en los cuadros clínicos los órganos involucrados y el tratamiento empírico son similares. La polipnea parece ser el signo más consistente, está presente en 60-90% de los casos con una sensibilidad de 74% y especificidad 67%.

Otros datos clínicos como la disociación toraco-abdominal está presente en el 36-91% de los pacientes, fiebre en 30-56%, rechazo a la alimentación 43-49%, cianosis 12-42% y tos 30-84%.

Otras condiciones no infecciosas deberán ser consideradas al momento de evaluar a un recién nacido con dificultad respiratoria como enfermedad de membrana hialina por déficit de surfactante principalmente en pacientes prematuros, sobrecarga hídrica pulmonar secundario a cardiopatía congénita, hemorragia o infarto pulmonar.

La presencia de una cánula endotraqueal para ventilación mecánica o cualquier dispositivo que altere la mucosa del tracto respiratorio y el sistema inmunológico local tiene muy alto riesgo de invasión de bacterias en el tracto respiratorio. La colonización de cánulas endotraqueales inicia desde las primeras 24 horas de colocación, siendo en su mayoría por bacilos Gram negativos y *Staphylococcus epidermis* por lo que estos mecanismos de colonización deberán considerarse en el tratamiento de neumonía nosocomial asociada a ventilador.⁴⁹

2.8.3 Diagnóstico

- » **Oximetría de pulso**
- » **Estudios de laboratorio y gabinete**
 - Biometría hemática completa, proteína C reactiva y procalcitonina.
 - Hemocultivo (positivos en < 5% de los casos)
 - Punción lumbar en casos de sepsis

- Electrolitos séricos (ES) y química sanguínea (QS) (glucosa, creatinina y nitrógeno ureico)
- Radiografía de tórax (PA y lateral)

» **Estudios microbiológicos específicos**

- En caso de sospecha de neumonía por *C. trachomatis* (< 6 meses, curso subagudo, afebril) solicitar inmunofluorescencia (IFA) para la misma en muestra de orofaringe o PCR en caso de ser posible.
- En caso de sospecha de neumonía de etiología viral (VSR, adenovirus), solicitar aspirado nasofaríngeo para IFA.
- En caso de sospecha de neumonía por *M. pneumoniae* o *C. pneumoniae*, solicitar aspirado orofaríngeo para IFI y sueros pareados (IgG e IgM) para diagnóstico serológico.
- En casos de neumonía por *M. pneumoniae*, solicitar además, crioaglutininas (VPP 17%).
- En caso de derrame pleural: citoquímico, tinción de Gram, coagulación y cultivo de líquido pleural (aislamiento: 30-35%).
- En caso de neumonía de curso subagudo, o ambiente microbiológico que haga sospechar infección tuberculosa, solicitar PPD y lavado gástrico para BAAR.
- El cultivo de esputo o muestras orofaríngeas no tiene validez, por lo que, no debe solicitarse

2.8.4 Tratamiento

Mediante manejo antimicrobiano empírico para el tratamiento de neumonía neonatal en recién nacidos hasta las 3 semanas de vida en hospitalización por terapia selectiva se utiliza Ampicilina+ gentamicina o Amikacina; de tres semanas en adelante cefotaxima o ceftriaxona.

Capítulo 3 Metodología

El siguiente estudio de caso fue realizado en el servicio de Crecimiento y Desarrollo de un Hospital de segundo nivel de la Ciudad de México dependiente de la Dirección General de Coordinación y Desarrollo de Hospitales Federales de Referencia, cuyo propósito principal es la atención de pacientes en las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Oncología Ginecológica y la Atención Neonatal de los recién nacidos en el hospital.

Basado en revisiones de literaturas, fueron consultados artículos científicos localizados por medio de la búsqueda electrónica en los espacios Medline, Lilacs y en la base de datos Scielo, Co-chrane, PubMed, principalmente. De esta manera fueron incluidos, para el estudio, artículos científicos nacionales, publicados entre los años 2015 y 2019, enmarcado en la temática del sentido del cuidado en enfermería neonatal; para esta búsqueda se utilizaron las palabras clave como: enfermería, neonato, cuidado, proceso de atención enfermería y enfermería neonatal.

Posteriormente se seleccionó a nuestro paciente, aplicando el consentimiento informado que está basado en los cuatro principios bioéticos (Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)⁵⁰ aplicando un instrumento de valoración basado en el enfoque del modelo de Virginia Henderson el cual recurre a las fuentes primarias y/o secundarias para la obtención de información y llevar a cabo el llenado adecuado del mismo lo que nos permitió realizar el análisis de los datos obtenidos a través de las 14 necesidades logrando identificar factores de dependencia e independencia realizando diagnósticos reales, de riesgo y bienestar.

Dando un seguimiento retrospectivo del embarazo hasta los 28 días de vida, obteniendo los datos de mayor relevancia para brindarle un cuidado integral y personalizado.

Posteriormente fue aplicado el PAE como herramienta metodológica implementando intervenciones de enfermería especializada para finalmente analizar los resultados mediante la elaboración de planes de cuidados los cuales se elaboraron uno para cada necesidad (2 reales, 7 de riesgo y 5 de bienestar) jerarquizando de acuerdo al nivel de dependencia encontrados en el neonato.

En cuanto a los aspectos éticos se realizaron conforme a la ética profesional creando conciencia para un bien común desarrollando conocimientos y destrezas a partir de la moral de los implicados explicándole a la madre del neonato el propósito del estudio, la duración, los beneficios que se esperan así como los riesgos especificando los criterios de inclusión y finalización de participación a través de un seguimiento para comprobar las respuestas humanas del neonato ante la realización de las actividades documentando todos los procedimientos y métodos utilizados a fin de garantizar la reproducibilidad de los resultados.

Con énfasis en la obligación de hacer el bien evitando el mal de acuerdo con las condiciones, medios y conocimientos fundamentales para la atención en salud bajo el código de ética para enfermeras y enfermeros de México⁵¹ y el Artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con fundamento en los artículos 1o., 2o., fracción VII, 3o. fracción IX, 4o., 7o., 13 apartado "A" fracciones I, IX, X, apartado "B" fracciones I y VI, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103 y demás relativos a la Ley General de Salud⁵² tomando en cuenta todas las precauciones para proteger la privacidad de los participantes en la investigación así como la confidencialidad de su información personal.

Capítulo 4

Aplicación del proceso de atención enfermería

A continuación se presenta el caso clínico de un neonato prematuro con antecedente de 32 sdg por Capurro nacido el 3 de octubre del 2019 a las 3:58 horas por vía vaginal, se le califico con Apgar 8/9. Silverman Anderson de 0, un peso de 1710 gramos, una talla de 42 cm, PC de 28.5 cm, PT de 26 cm, PA de 24 cm, PB de 7.5 cm, Pie de 6.5 cm. SS de 23 cm. Con los siguientes signos vitales: FC de 170 lpm, FR 44 rpm y una temperatura de 37.2 °C. En cuanto al diagnóstico médico, se menciona que es recién nacido pretérmino con peso bajo para la edad gestacional. El neonato ingresa a UCIN donde empieza a presentar datos de dificultad respiratoria por neumonía congénita más sepsis temprana en manejo; pasando posteriormente a UTIN con sepsis remitida y al servicio de Crecimiento y desarrollo donde es captado con 20 días de vida extrauterina con 34.6 semanas de edad gestacional corregidas el 23 de octubre con el diagnóstico de Recién nacido pretérmino con peso adecuado para la edad con SDR por neumonía congénita.

4.1 Valoración

Habitus externo

Neonato pretérmino, fenotípicamente masculino, con edad cronológica menor a la aparente, actitud contenida hacia su línea media mediante un nido hecho con sábanas aparentemente limpias con facies de tranquilidad, bajo peso aparentemente, hipotrófico, de conformación íntegra y simétrica en relación al rostro, cuerpo y extremidades, con coloración de tegumentos rosada, con pañal grande para su edad gestacional y gorro utilizando apoyo ventilatorio fase 1 (puntas nasales) y sonda orogástrica; limpio en incubadora.

4.2 Factores de riesgo obstétricos

Madre de 41 años, escolaridad preparatoria, gesta 3, para 2 (1999/2006), embarazo de 30.6 sdg por FUM, embarazo diagnosticado a la 6ta semana de gestación, 7 consultas

prenatales desde el segundo mes, 6 ultrasonidos en dónde se diagnosticó oligohidramnios RPM desde el 29 de septiembre 2019 con una evolución de 96 horas. Amenaza de aborto en el 2do mes de embarazo del cual se desconoce tratamiento.

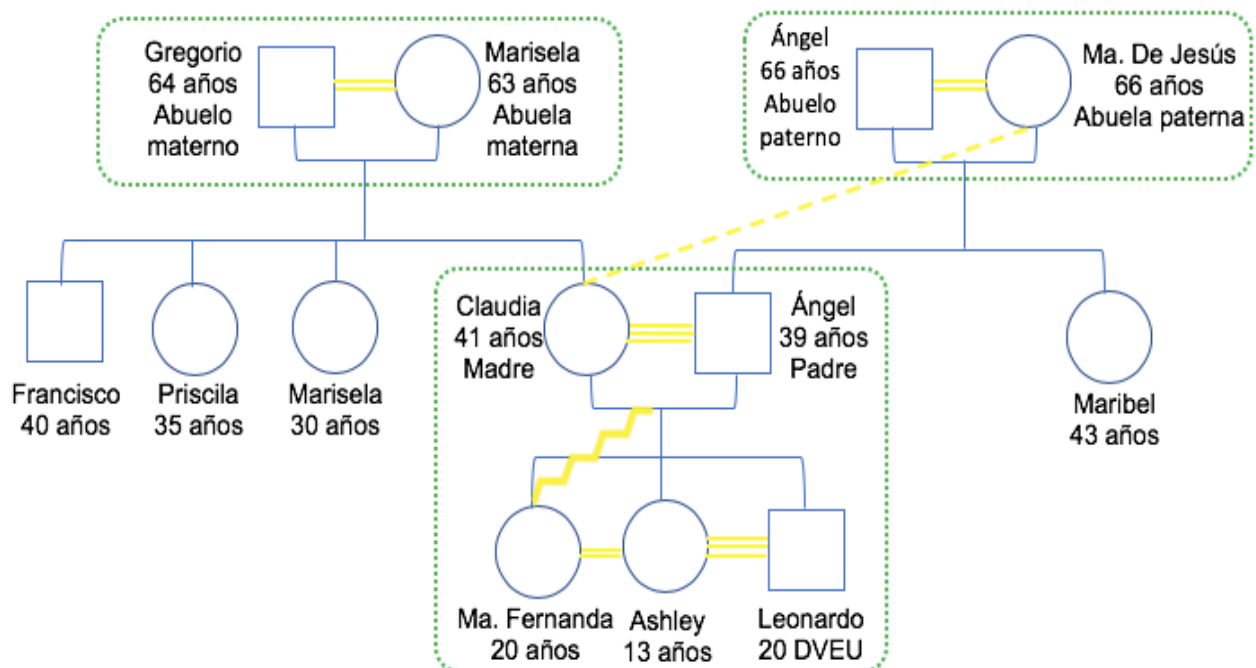
4.3 Factores de riesgo durante el parto

Ingresa paciente femenina de 41 años al servicio de labor en el hospital por trabajo de parto en fase activa, nacimiento por vía vaginal, en presentación cefálica, con baja reserva fetal, salida de líquido amniótico claro escaso.

4.4 Factores de riesgos al nacimiento:

Neonato masculino con llanto vigoroso, que recibe pasos iniciales de reanimación; presentó una FC mayor de 170 lpm y adecuado esfuerzo respiratorio con una FR de 44 rpm con un Silverman Anderson de 0, APGAR de 8/9, peso de 1710kg, temperatura de 37.2 °C, Talla de 42 cm, PC 28.5 cm, PT 26 cm, PA 24 cm, PB 7.5 cm, pie 6.5 cm, SS 23 cm, Capurro de 32 sdg.

4.5 Familiograma



4.6 Análisis de las 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Necesidad de Oxigenación

Estado: Dependencia **Nivel de dependencia** 4

Neonato masculino de 34.6 EGC, coloración de tegumentos rosada, la piel se siente caliente al tacto, nariz céntrica, fosas nasales permeables, con oxigenoterapia fase I (puntas nasales), cuello sin presencia de ganglios inflamados o masa tumorales posición traqueal central, tórax simétrico con presencia de datos de dificultad respiratoria con Silverman- Anderson de 2 puntos por tiraje intercostal y retracción xifoidea leve, adecuada amplexión y amplexación pulsos presentes, ruidos cardiacos normales, llenado capilar de 2 segundos con una Sat O₂ del 94% a un flujo de 1 l/m, frecuencia respiratoria de 52 rpm y frecuencia cardiaca de 148 lpm.

2. Necesidad de alimentación e hidratación.

Estado: Dependencia **Nivel de dependencia** 3

Fontanelas normotensas, suturas craneales bien afrontadas, la piel se siente cálida al tacto, mucosas orales hidratadas con sonda orogástrica para alimentación sin presencia de lesiones aparentes, paladar integro con reflejo de succión de transición debido a que hace de 3 a 5 succiones seguido de un periodo de tiempo para descansar, cuello normal, abdomen globoso con ruidos peristálticos presentes blando no doloroso a la palpación con un perímetro de 28 cm preprandial y de 29 cm postprandial; en cuanto a la escala LATCH se obtuvo una puntuación de 5 debido a que el neonato no se coge del pecho y la deglución es audible si se le estimula; en cuanto a la mamá tiene el pezón evertido, mamas blandas sin dolor y refiere no tener secreción láctea (la escala se evaluó por separado debido a que el neonato contaba con técnica de alimentación por SOG) se encuentra con un peso actual de 2,075 gramos con peso bajo para la edad gestacional según la tabla de Jurada García se encuentra en el percentil 10.

3. Necesidad de Eliminación

Estado: Independencia **Nivel de dependencia** 1

Abdomen globoso con cicatriz umbilical, ruidos peristálticos presentes con evacuaciones amarillas pastosas 2 veces por turno y 4 micciones con orina clara aproximadamente, blando no doloroso a la palpación, perímetro de 28 cm preprandial y un perímetro de 29 cm postprandial genitales fenotípicamente masculinos acorde con la edad gestacional con bolsa escrotal pequeña rugosa con pene integro con posición uretral central.

4. Necesidad de movimiento y postura adecuada

Estado: Independencia **Nivel de dependencia** 1

Neonato masculino tranquilo en sueño fisiológico dentro de la incubadora con una posición contenida mediante un nido con sus extremidades integras flexionadas hacia su línea media con simetría corporal, coloración de tegumentos rosada, paladar integro, reflejo de succión de transición, movimientos normales en cuello pero sin suficiente fuerza para realizar sostén cefálico, tórax con adecuada amplexión y amplexación, clavículas integras y alineadas sin presencia de lesiones, extremidades con tono muscular y arcos de movimiento adecuado para la edad gestacional, con maniobra de Barlow y Ortolani negativa con cambios posturales cada 3 a 3:30 horas.

5. Necesidad de dormir y descansar

Estado: Independencia **Nivel de dependencia** 2

Neonato masculino pretérmino con una coloración de tegumentos rosada en una posición contenida tranquilo que le ayuda a conciliar un sueño fisiológico, con buen tono muscular y adecuado peso para la edad gestacional, con datos de dificultad respiratoria y apoyo ventilatorio mediante puntas nasales, en incubadora con monitorización continua, factores ambientales presentes como ruido por el movimiento del personal que interviene en su cuidado (enfermeras, médicos, servicio de estimulación temprana, servicio de lactancia materna, etc.) el cual duerme de 16 a 18 horas diarias.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse.

Estado: Independencia

Nivel de dependencia 1

Neonato masculino pretérmino de edad aparentemente menor a la cronológica en posición contenida hacia su línea media en un nido decúbito derecho con facies de tranquilidad en sueño fisiológico con apoyo ventilatorio con puntas nasales, con peso bajo para la edad gestacional de conformación íntegra y simétrica. Presenta coloración rosada sin cicatrices o perforaciones con ropa limpia (gorro de algodón) y pañal grande para su edad gestacional, en incubadora.

7. Necesidad de mantener la temperatura dentro de parámetros normales

Estado: Independencia

Nivel de dependencia 1

Neonato masculino tranquilo en sueño fisiológico en incubadora programada a 34.3°C y humedad del 60% limpia aparentemente con una coloración de tegumentos rosada e hidratada, la piel se siente cálida al tacto, temperatura de 37.2 °C, pulsos presentes, frecuencia cardíaca de 148 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 52 respiraciones por minuto, con gorro de algodón y pañal inadecuado para la edad gestacional.

8. Necesidad de mantener una higiene adecuada e integridad de la piel.

Estado: Independencia

Nivel de dependencia 2

Neonato masculino pretérmino tranquilo en sueño fisiológico, con adecuada higiene e hidratación de la piel con una coloración rosada en tegumentos cálida al tacto, fosas nasales permeables con uso de puntas nasales mucosas orales hidratadas, SOG para la toma de leche 48ml cada 3 horas fijada adecuadamente para evitar lesiones en la piel, la cual se encuentra sin presencia de lesiones aparentes, tórax y abdomen íntegros, con cicatriz umbilical, con pañal grande para la edad gestacional, miembros torácicos y pélvicos sin alteraciones, baño cada tercer día, con cambio de pañal las veces que sean necesarias, cambios posturales cada 2 a 2:30 horas, con adecuado tono muscular para la edad gestacional.

9. Necesidad de Seguridad y protección

Estado: Independencia

Nivel de dependencia 2

Neonato masculino pretérmino de 34.6 sdg en incubadora con adecuada higiene y piel hidratada, coloración de tegumentos rosada, perímetro cefálico de 32 cm, fontanelas normotensas, suturas craneales bien afrontadas, fosas nasales permeables con uso de puntas nasales sin presencia de lesiones aparentes, Paladar integro con reflejo de succión de transición, signos vitales: temperatura de 37.2 °C, FC148, FR 52, Sat O₂ al 94%, con riesgo bajo para la formación de UPP con 17 puntos en la escala NSRAS internado en el servicio de Crecimiento y desarrollo el cual no se cuenta con medidor de decibeles. No sé a realizado tamiz metabólico ni aplicación de vacunas (BCG y hepatitis B) por lo que la madre muestra interés en estos temas así como en los relacionados con el cuidado del bebé (baño, vacunas, alimentación); cuenta con antecedente sepsis temprana y RPM de 96 horas de evolución pero la madre refiere interés en estos temas así como los relacionados con el cuidado del neonato.

10. Necesidad de Comunicación

Estado: Independencia

Nivel de dependencia 1

Neonato masculino pretérmino tranquilo en sueño fisiológico, reactivo al tacto o sonido, apariencia simétrica, llanto vigoroso aun cuando se encuentra inquieto o irritable, actividad motora adecuada para la edad gestacional, posición contenida, adecuada higiene e hidratación de la piel con una coloración rosada de tegumentos con reflejo de búsqueda, deglución, presión palmar y plantar, de moro, babinski, tónico cervical y marcha presentes pero el reflejo de succión disminuido, con adecuado tono muscular para la edad gestacional, el cual interactúa con su madre mediante tacto firme de la madre al contenerlo hacia su línea media con ambas manos y dándole miradas fijas intermitentemente cuando le habla en el horario de visita manteniéndose tranquilo durante este tiempo.

11. Necesidad de valores y creencias

Estado: Dependencia

Nivel de dependencia 2

Neonato masculino tranquilo en sueño fisiológico en incubadora limpia con gorro y pañal grande para su edad gestacional la mayoría de las veces, contenido hacia su línea media, hospitalizado en el servicio de crecimiento y desarrollo, el cual por el tiempo prolongado de hospitalización en ocasiones presenta signos de estrés a la toma de muestras de laboratorio. Madre de religión católica que acude a misa solo en fechas tradicionales, producto no planeado pero deseado por ser varón, la madre refiere que le gustaría vestirlo con ropa de color azul por ser de sexo masculino ya que en el servicio solo están con gorro de algodón amarillo o blanco y su pañal.

12. Necesidad de ocuparse para realizarse.

Estado: Independencia

Nivel de dependencia 2

Neonato masculino pretérmino tranquilo en sueño fisiológico en incubadora limpia con gorro y pañal grande para su edad gestacional, posición contenida en nido, en el servicio de crecimiento y desarrollo con presencia de datos de dificultad respiratoria y uso de puntas nasales, con SOG para alimentación, Llanto vigoroso cuando está despierto, recibe visita del familiar (madre) quien lo toca (mediante la contención de ambas manos en la región toracoabdominal) y lo estimula a través del tacto, del habla y la música (clásica o canciones de cuna).

13. Necesidad de actividades recreativas.

Estado: Dependencia

Nivel de dependencia 2

Neonato masculino pretérmino tranquilo en sueño fisiológico, reactivo al tacto o sonido, fosas nasales permeables usando puntas nasales, mucosas orales hidratadas con SOG para alimentación, paladar integro con el reflejo de succión de transición, en incubadora limpia con gorro y pañal inadecuado para su edad gestacional la mayoría de las veces, posición contenida en un nido dentro de la

incubadora en el servicio de crecimiento y desarrollo él cual recibe visita del familiar quien lo toca y lo estimula a través del tacto y del habla mientras el servicio de estimulación pone musicoterapia (canciones de cuna con tonos graves) durante la hora de visita el cual reacciona tranquilizándose y a la cuál asiste en la mañana porque su esposo asiste en la tarde debido a que tiene que atender a sus otros hijos.

14. Necesidad de aprendizaje

Estado: Dependencia

Nivel de dependencia 3

Neonato masculino pretérmino (34.6 EGC) tranquilo en sueño fisiológico, reactivo al tacto o sonido, simetría corporal, higiene adecuada con gorro de algodón y pañal inadecuado para su edad gestacional la mayoría de las veces, cráneo normocéfalo, perímetro cefálico de 32 cm, fontanelas normotensas, suturas craneales bien afrontadas, con el reflejo de búsqueda, deglución, presión palmar y plantar, de moro babinski, tónico cervical y marcha presentes pero el reflejo de succión de transición, con adecuado tono muscular y arcos de movimiento adecuado a su edad, contenido hacia su línea media en un nido, pabellón auricular bien formado alineado con el ojo; el neonato se encuentra en un entorno desconocido con separación del binomio al estar internado en el área de crecimiento y desarrollo por su estado de salud recibiendo una visita por turno de aproximadamente 15- 20 minutos.

Tabla No.1 Jerarquización de las Necesidades

Necesidad	Estado		Causa de la dificultad			ICNP	
	Independiente	Dependiente	F.F	F.C	F.V	Si	No
Respirar adecuadamente		X	x			x	
Alimentación e hidratación		X	x			x	
Aprendizaje		X	x			x	
Evitar peligros	x		x			x	
Higiene e integridad piel	X		x			x	
Sueño y descanso	X		x			x	
Realizarse para ocuparse	X		x			x	
Actividades recreativas	X		x			x	
Mantener eutermia	X		x			x	
Eliminación	X		x			x	
Movimiento y postura	X		x			x	
Creencias y valores	X		x			x	
Vestimenta adecuada	X		x			x	
Comunicación con los demás	X		x			x	

ICNP= Interrelación con la necesidad principal

F.F= Falta de fuerza / F.C= Falta de conocimiento / F.V= Falta de voluntad

Tabla No.2 Fortalezas y Debilidades

Fortalezas del paciente y su familia	Debilidades del paciente y su familia
<ul style="list-style-type: none"> » Micción y evacuaciones presentes » Buen tono muscular » Se comunica adecuadamente mediante el llanto » Se mantiene tranquilo y relajado » Usa ropa adecuada para el lugar donde se encuentra; uso de pañal y gorro durante su estancia en la unidad de cuidados intermedios neonatales » Mantener temperatura dentro de parámetros normales 37.2 °C debido a que está en la incubadora. » Recibe la visita de sus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> » Utiliza oxígeno complementario por puntas nasales 1 litro por minuto » Se encuentra con reflejo de succión inmaduro. » Se puede alterar el patrón de sueño y descanso por su estancia en la unidad de cuidados intermedios neonatales y la manipulación continua. » Separación del Trínomio » No está cumpliendo su rol dentro del núcleo familiar por su estancia hospitalaria.

4.7 Diagnósticos de enfermería

1. Necesidad de respirar adecuadamente

Diagnóstico Real de enfermería

Alteración en la necesidad de respirar adecuadamente **R/C** falta de fuerza en los músculos respiratorios **M/P** tiraje intercostal y retracción xifoidea leve.

Objetivo: Mejorar el estado respiratorio del neonato mediante terapia respiratoria continuamente.

2. Necesidad de Alimentación

Diagnóstico Real de enfermería

Alteración en la alimentación **R/C** falta de fuerza para establecer el patrón de succión-deglución-respiración **M/P** Salida de leche por la comisura de la boca y fatiga a la toma.

Objetivo: Mejorar la alimentación del neonato mediante ejercicios de estimulación antes de cada toma.

3. Necesidad de aprendizaje

Diagnóstico de Riesgo

Riesgo de retraso en el neurodesarrollo **R/C** factores ambientales y poca ganancia de peso ponderal.

Objetivo: Favorecer el pleno neurodesarrollo del Neonato mediante la interacción y participación familiar

4. Necesidad de evitar peligros

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de susceptibilidad a infecciones **R/C** mecanismos reguladores inmaduros y factores externos.

Objetivo: Disminuir el riesgo de susceptibilidad a las infecciones en el neonato mediante medidas de prevención durante su estancia hospitalaria.

5. Necesidad de higiene e integridad de la piel.

Diagnóstico de Riesgo

Riesgo de alteración cutánea **R/C** presión ejercida por los dispositivos terapéuticos

Objetivo: Prevenir el riesgo de alteración cutánea en el neonato mediante cuidados integrales de la piel dónde se colocan los dispositivos terapéuticos durante el turno.

6. Necesidad de sueño y descanso

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de alteración en el patrón de sueño y descanso **R/C** Factores ambientales.

Objetivo: Favorecer el patrón de sueño y descanso del Neonato en el servicio mediante manipulación mínima durante su estancia hospitalaria.

7. Necesidad de realizarse para ocuparse

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de ocuparse para realizarse adecuadamente **R/C** uso prolongado de dispositivos (oxigenoterapia) y factores ambientales

Objetivo: Disminuir el riesgo de alteración en el desarrollo en el neonato mediante control de factores ambientales durante su estancia hospitalaria

8. Necesidad de actividades recreativas

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de alteración en las actividades recreativas **R/C** uso de dispositivos terapéuticos.

Objetivo: Promover las actividades recreativas entre el binomio durante el tiempo de visita mediante estimulación audiovisual y táctil.

9. Necesidad de valores y creencias

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de alteración en la necesidad de valores y creencias **R/C** separación del binomio

Objetivo: disminuir el riesgo de alteración en la necesidad de valores y creencias mediante la interacción efectiva del binomio durante la hora de visita.

10. Necesidad de vestimenta adecuada

Diagnóstico de Riesgo

Riesgo en la necesidad de vestimenta adecuada **R/C** uso de pañal y gorro grande para la edad.

Objetivo Mantener la independencia en la necesidad de vestimenta adecuada del Neonato mediante vestimenta adecuada durante su estancia hospitalaria

11. Necesidad de mantener temperatura dentro de parámetros normales

Diagnóstico de bienestar

Independencia en la necesidad de mantener temperatura dentro de parámetros normales **M/P** piel caliente al tacto (temperatura de 37.2), FC 148 latidos por minuto y FR de 52 respiraciones por minuto

Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de termorregulación en el Neonato mediante la conservación de los mecanismos reguladores de calor.

12. Necesidad de eliminación

Diagnóstico de bienestar

Independencia en la necesidad de eliminación **M/P** micciones de orina clara y evacuaciones verde pastosas presentes 2 veces por turno.

Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de eliminación en el Neonato mediante balance de líquidos durante el turno.

13. Necesidad de movimiento y postura

Diagnóstico de bienestar

Independencia en la necesidad de movimiento y postura **M/P** actividad motora presente.

Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de movimiento y postura mediante el posicionamiento adecuado del Neonato durante su estancia hospitalaria mediante.

14. Necesidad de comunicación con los demás

Diagnóstico de bienestar

Independencia en la comunicación con los demás **M/P** llanto vigoroso, simetría facial, y actividad motora.

Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de comunicación con los demás días en el Neonato.

4.8 Planeación

1. Plan de atención de la necesidad de Oxigenación

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Dependiente	4	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico de enfermería Real Alteración en la necesidad de respirar adecuadamente R/C falta de fuerza de los músculos respiratorios M/P Tiraje intercostal y retracción xifoidea leve</p> <p>Objetivo: Disminuir la dificultad respiratoria del neonato mediante terapia respiratoria continuamente</p>				
<p>Intervención de enfermería: Monitorización de signos vitales.⁵³ Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5 momentos) 2. Monitorizar FR, FC, Temperatura y principalmente el estado respiratorio 3. Vigilar estado de conciencia del paciente 4. Observar si hay cianosis central y periférica 5. Monitorizar la presencia y calidad de los pulsos 6. Revisar que los sensores de monitorización se encuentren bien colocados 7. Uso de pulsioximetría 8. Vigilar el estado hemodinámico del paciente. 				
<p>Intervención de enfermería: Monitorización respiratoria.⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Valorar datos de dificultad respiratoria con el uso de la escala Silverman-Anderson. 10. Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones 11. Auscultar sonidos respiratorios (la presencia de sonidos adventicios) 12. Observar si presenta intranquilidad 13. Observar si hay o empeoran los datos de dificultad respiratoria. 14. Observar si se producen esquemas respiratorios anormales. 				
<p>Intervención de enfermería: Controlar los factores que aumenten el trabajo respiratorio.⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Mantener eutermia dentro de parámetros normales 16. Disminuir la superficie corporal expuesta (Contenerlo hacia su línea media) 17. Monitorización metabólica. 				

Intervención de enfermería: **Oxígeno terapia**⁵²

Acciones:

18. Mantener vía aérea permeable
19. Previamente a su uso humedecer 30% y calentar de 1-2 °C que la temperatura que tiene el neonato el oxígeno.⁵⁴
20. Comprobar que las puntas nasales sean del tamaño adecuado.
21. Uso de puntas nasales con un flujo de O₂ a 1 litro por minuto.
22. Corroborar que las puntas nasales estén correctamente colocadas.
23. Saturación de Sat O₂ entre 88 a 94%
24. Colocar al paciente en posición que favorezca el máximo potencial de ventilación (decúbito ventral) si es que su estado de salud lo permite y él lo tolera.

Intervención de enfermería: **Medidas Generales**⁵²

Acciones:

25. Manejo de macro-ambiente (factores ambientales que se encuentran en el servicio)
26. Proporcionar cuidados centrados en el desarrollo para el neonato
27. Vigilar datos de estrés

Intervención: **Enseñanza**⁵²

Acciones

28. Educar al cuidador principal para que sepa como interactuar con el neonato debido al estado de salud y los dispositivos que pueda tener.
29. Crear una relación terapéutica y de apoyo con los progenitores.

Evaluación

Esta necesidad se evaluó por una semana, continua en nivel 4 debido a que presenta tiraje intercostal y retracción xifoidea leve aún con el apoyo ventilatorio en fase 1.

2. Plan de atención de la necesidad de alimentación

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Dependiente	3	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico Real de enfermería</p> <p>Alteración en la alimentación R/C falta de fuerza para establecer el patrón de succión-deglución-respiración M/P Salida de leche por la comisura de la boca y fatiga a la toma.</p> <p>Objetivo: Mejorar la alimentación del neonato mediante ejercicios de estimulación antes de cada toma</p>				
<p>Intervención: Estimulación orofacial⁵⁵</p> <p>Acciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar higiene de manos (5 momentos) 2. Monitorización del paciente antes de cualquier interacción (SatO₂) 3. Valorar el reflejo de succión 4. Realizar ejercicios de succión 5. Enseñar a la madre los ejercicios de estimulación orofaciales 6. Vigilar el patrón succión-deglución-respiración. 7. Observar el sellado de los labios al realizar los ejercicios orofaciales 8. Proporcionar un periodo de descanso antes de hacer ejercicios para evitar la fatiga <p>Intervención: Alimentación⁵²</p> <p>Acciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Tomar el perímetro abdominal. 10. Vigilar la coloración de la piel 11. Crear un ambiente placentero durante la comida 12. Proteger con un babero 13. Proporcionar precalentada o a temperatura ambiente la Leche. 14. Brindar leche materna 48 ml cada 3 horas o complementar con fórmula para prematuro 15. Prestar atención al paciente durante la alimentación (patrón respiratorio) <p>Intervención: Alimentación por sonda⁵²</p> <p>Acciones</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Explicarle al paciente el procedimiento 17. Colocar al paciente en posición supina 18. Utilizar una técnica higiénica en la administración de la alimentación. 19. Valorar el tipo de sonda y calibre (5FR) 20. Medir la distancia a introducir de la sonda (Comisura de la boca al borde inferior del lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides) 				

21. Colocar marca de referencia a la sonda
22. Lubricar la sonda orogástrica.
23. Corroborar la colocación correcta de la sonda
24. Observar si hay residuos gástricos
25. Hablar con el paciente durante la alimentación (utilizando una voz suave)
26. Observar si hay sensación de satisfacción o náuseas
27. Perímetro postprandial
28. Vigilar la ganancia de peso ponderal cada 3er día
29. Realizar registros de enfermería de acuerdo a la ingesta de leche por toma.

Intervención: **Cuidados de la sonda orogástrica**⁵⁶

Acciones:

30. Colocar sobre el labio superior protector cutáneo para realizar la fijación
31. Fijar la sonda con el material disponible en forma de "H" donde se realizó la marca de referencia.
32. Colocar datos correspondientes a la sonda (Fecha de instalación, Tipo de sonda y calibre, nombre de la enfermera que realizó el procedimiento)
33. El recambio se realizará de acuerdo al material de la sonda (polivinilo, silastic, poliuretano)

Evaluación

Se evalúo esta necesidad por una semana, continua en nivel 3 debido a que se le realizan ejercicios de estimulación temprana pero continúa realizando un ciclo de 3 a 5 succiones seguido de un tiempo de descanso para respirar, tirando leche por las comisuras de la boca y fatigándose a la toma

3. Plan de atención de la necesidad de aprendizaje

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Dependiente	3	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico Real de enfermería</p> <p>Riesgo de retraso en el neurodesarrollo R/C prematuridad y poca ganancia de peso ponderal.</p> <p>Objetivo: Favorecer el pleno neurodesarrollo del Neonato mediante la interacción y participación familiar.</p>				
<p>Intervención: Valoración del neurodesarrollo⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar previa higiene de manos (5 momentos) 2. Monitorización del paciente antes de cualquier interacción 3. Exploración física 4. Exploración neurológica (valorando los reflejos primitivos) 5. Valoración del tono muscular 6. Control cefálico diario <p>Intervención: Cuidados del prematuro⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Facilitar el vínculo de apego entre la madre y su bebé 8. Instruir a la madre para que identifique los signos de alerta en el neonato 9. Identificar las actividades reguladoras del neonato 10. Conocer el modo de consolar al neonato (técnicas de relajación) 11. Proporcionar contención mediante un nido 12. Monitorizar los estímulos en el entorno del paciente 13. Reducción del ruido ambiental para favorecer el sueño 14. Utilizar movimientos lentos y suaves al manipular al neonato 15. Fomentar la lactancia materna 16. Monitorizar y manejar las necesidades de oxigenación 				
<p>Evaluación</p> <p>Esta necesidad continua en estado de independencia nivel 3 debido a que en la exploración física no se encuentran datos de anomalías menores como orejas de implantación baja o micrognatia pero al presentar reflejo de succión inmaduro se mantiene en constante valoración</p>				

4. Plan de atención de la necesidad de evitar peligros

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independencia	2	Temporal	Falta de conocimiento	Acompañante
<p>Diagnóstico de riesgo Riesgo de susceptibilidad a infecciones R/C mecanismos reguladores inmaduros y factores externos.</p> <p>Objetivo: Disminuir el riesgo de susceptibilidad a infecciones del neonato mediante medidas de prevención durante su estancia hospitalaria.</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5 momentos) 2. Uso de guantes y cubrebocas 3. Monitorizar al nonato 4. Revisar que los sensores de monitorización estén correctamente colocados (pulsioximetría) 5. Vigilar estado de conciencia del paciente 6. Vigilar datos de dificultad (si empeoran o mejoran) 7. Palpar la presencia y calidad de los pulsos 8. Detectar cambios de temperatura en extremidades distales (la piel se siente fría al tacto) <p>Intervención: Medidas preventivas.⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Promover medidas de higiene en el familiar antes de que tenga contacto con su hijo (lavado de manos, uso de cubrebocas, uso de alcohol gel cada que sea necesario) en la hora de visita. 10. Manejo de macroambiente (factores ambientales que se encuentran en el servicio) y microambiente (control ambiental). 11. Saneamiento de la unidad y la incubadora 12. Esterilización de material y equipo que este en contacto con en neonato. 13. Desinfección y lavado de ropa 14. Manipulación mínima 15. Cuidados de la piel. 16. Proporcionar medidas de confort al neonato 17. Vigilar si presenta datos de estrés 18. Educar al cuidador principal. 19. Involucrar al cuidador principal en los cuidados del neonato 				
<p>Evaluación Esta necesidad continúa en un nivel 2 de independencia debido a los factores de riesgo que posee el neonato.</p>				

5. Plan de atención de la necesidad de higiene y protección de la piel

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independiente	2	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico de Riesgo Riesgo de alteración cutánea R/C presión ejercida por los dispositivos terapéuticos</p> <p>Objetivo: Prevenir o minimizar el riesgo de alteración cutánea en el neonato mediante cuidados integrales de la piel dónde se colocan los dispositivos terapéuticos durante el turno</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato antes de cualquier interacción. <p>Intervención: Cuidados e higiene de la piel.⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Determinar los riesgos de salud del paciente 4. Explicarle al neonato todo procedimiento que se realice. 5. Utilizar un tono de voz suave cuando se interactúe con el neonato 6. Valorar el estado de la piel y mucosa diario especialmente donde se encuentran los dispositivos terapéuticos que ejerzan presión. 7. Fijar adecuadamente los dispositivos que utiliza el neonato (puntas nasales, sonda orogástrica y los sensores de monitorización) 8. Utilizar protectores cutáneos para fijación 9. Fomentar la movilidad de los dispositivos. 10. Observar color y temperatura de la piel. 11. Observar la integridad e hidratación de la piel. 12. Realizar la higiene de la piel ya sea baño de esponja o aseo previa valoración. 13. Considerar la humectación de la piel. 14. Valoración de los puntos de apoyo según la posición en la que se encuentre. 15. Utilizar liberadores de presión como almohadillas 16. Fomentar la movilidad de los dispositivos. 17. Cambios posturales (2:30 a 3 horas previa valoración) 18. Evitar uso de ropa de cama con textura áspera 19. Utilizar ropa adecuada para el neonato adecuado para la edad gestacional y condición del paciente (gorro y pañal) <p>Intervención: Valoración de dolor⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 20. Realizar valoración con escala NIPS 21. Observar signos no verbales de dolor (facies de dolor) 				
<p>Evaluación Esta necesidad continúa en independencia nivel 2 debido a que se lleva a cabo una correcta fijación, pero el riesgo sigue presente por el hecho de continuar con las puntas nasales y la sonda orogástrica, así como la manipulación constante al cambio de estos dispositivos.</p>				

6. Plan de cuidados en la necesidad de sueño y descanso

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independiente	2	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico de riesgo Riesgo de alteración en el patrón de sueño y descanso R/C Factores ambientales.</p> <p>Objetivo: Favorecer el patrón de sueño y descanso del Neonato en el servicio mediante manipulación mínima durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Intervención: Monitorización de signos vitales⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato. <p>Intervención: Manipulación mínima del neonato.⁵⁷</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Explicarle al neonato todo procedimiento que se realice 5. Hablarle con una voz suave cuando se interactúe con el neonato 6. Valorar la posición adecuada del neonato con la escala de IPAT 7. Contener al neonato adecuadamente (hacia su línea media, dentro de un nido) 8. Manipulación mínima del neonato (tratar de realizar las intervenciones necesarias en un solo tiempo) <p>Intervención: Cuidados centrados en el desarrollo⁵⁸</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Crear un ambiente tranquilo para el neonato. 10. Manejo del micro y macro-ambiente. 11. Disminuir los estímulos ambientales 12. Usar la hora de penumbra o cubrir la incubadora para favorecer el descanso y/o sueño del neonato 13. Mantener la intensidad luminosa entre 10-600 luxes de preferencia 14. Mantener a 40 los decibeles dentro del servicio de acuerdo con los sonómetros de forma continua 15. Disminuir la intensidad de las alarmas, y limitar las conversaciones cercanas al neonato 16. Determinar las fuentes de incomodidad del paciente valorando datos de estrés 17. Evitar exposiciones innecesarias (mecanismos de pérdida de calor) 18. Observar y registrar el patrón de sueño (número de horas de sueño) 19. Realizar técnicas de relajación para favorecer el descanso (masaje vimala) <p>Evaluación Esta necesidad continua en un nivel de independencia a pesar de que la manipulación del neonato es constante y no se lleva adecuadamente la hora de penumbra y no se respetan el rango de decibeles en el servicio</p>				

7. Plan de atención de la necesidad de ocuparse para realizarse

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independiente	2	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico de riesgo Riesgo de ocuparse para realizarse adecuadamente R/C uso prolongado de dispositivos (oxigenoterapia) y factores ambientales.</p> <p>Objetivo: Disminuir el riesgo de ocuparse para realizarse en el neonato mediante control de factores ambientales durante su estancia hospitalaria</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato. <p>Intervención: Cuidados del recién nacido⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Realizar previa higiene de manos (5 momentos) 5. Monitorización del paciente 6. Mantener vía aérea permeable 7. Vigilar el estado de la mucosa y las narinas 8. Uso de oxígeno previamente húmedo y calentado 9. Valorar la efectividad de la oxigenoterapia. 10. Observar si empeoran los datos de dificultad respiratoria 11. Saturación de Sat O₂ entre 90 a 94% 12. Identificar datos de toxicidad por oxígeno 13. Vigilancia de los estudios para retinopatía 14. Crear un ambiente tranquilo para el neonato. 15. Manejo del micro y macro-ambiente. 16. Disminuir los estímulos ambientales <p>Intervención: Enseñanza⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Educar al cuidador principal para que sepa como interactuar con el neonato debido al estado de salud y los dispositivos que pueda tener. 18. Crear una relación terapéutica y de apoyo con los progenitores. 				
<p>Evaluación Esta necesidad continua en un nivel de independencia a pesar de que la manipulación del neonato es constante y no se lleva adecuadamente la hora de penumbra y no se respetan el rango de decibeles en el servicio</p>				

8. Plan de atención de la necesidad de actividades recreativas

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Dependiente	2	Temporal	Falta de fuerza	Ayudante
<p>Diagnóstico de riesgo Riesgo de alteración en las actividades recreativas R/C uso de dispositivos</p> <p>Objetivo: Promover las actividades recreativas entre el binomio durante el tiempo de visita mediante estimulación audiovisual y táctil.</p> <p>Intervención: Monitorización de signos vitales⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato. <p>Intervención: Estimulación audiovisual y táctil⁵⁶</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Promover la interacción del binomio durante la visita 5. Promover medidas de higiene con los padres antes de tener contacto con el paciente 6. Enseñarle a la madre la técnica correcta de lavado de manos 7. Enseñarle el uso de los dispositivos de barrera (Uso de cubrebocas) 8. Enseñarle a la madre que la forma adecuada de hablar con el neonato es mediante un tono de voz suave. 9. Enseñarle a la madre las formas de interacción con el neonato (Tacto firme, la forma de hablarle, canciones ideales para la musicoterapia, contención así como los ejercicios de estimulación temprana). 10. Favorecer la técnica de mama canguro si el estado de salud del paciente lo permite para favorecer el contacto piel a piel. 11. Enseñar a la madre a realizar el baño del neonato. 12. Enseñar las diferentes técnicas de alimentación. 13. Crear una relación terapéutica y de apoyo con los progenitores. 14. Involucrar a los padres en el cuidado y atención de su hijo. 15. Realizar una retroalimentación con el familiar para que demuestre lo aprendido. 				
<p>Evaluación Esta necesidad continúa en un nivel 2 de independencia debido a que la madre si tiene interés y realiza interacción con el neonato mediante el tacto firme, el habla y la musicoterapia, pero aún no se ha llevado acabo la técnica de mama canguro por el estado de salud del neonato.</p>				

9. Plan de atención de la necesidad de valores y creencias

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independencia	1	Temporal	Falta de conocimiento	Acompañante
<p>Diagnóstico de riesgo Riesgo de alteración en la necesidad de valores y creencias R/C separación del binomio Objetivo: disminuir el riesgo de alteración en la necesidad de valores y creencias mediante la interacción efectiva del binomio durante la hora de visita.</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales ⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar patrón respiratorio 4. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato <p>Intervención: Cultura del cuidado ⁵⁹ Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hablar con un tono suave de voz cada que se interactúe con el neonato 6. Vigilar datos de estrés en el neonato a la interacción. 7. Obtener información si el neonato es deseado o no. 8. Fomentar el apego entre el binomio. 9. Brindar platicas de temas sobre el cuidado del neonato 10. Permitir que la madre cargue al neonato si su estado de salud lo permite 11. Enseñarle al cuidador primario como interactuar con el neonato 12. Observar la forma de interacción de la madre con el neonato 13. Favorecer actividades recreativas entre el binomio durante la hora de visita 14. Enseñarle al cuidador primario a realizar masaje de relajación 15. Permitirle a la madre llevar a cabo sus creencias religiosas siempre y cuando no interfiera con el régimen terapéutico o afecte al neonato 16. Permitirle a la madre llevar a cabo sus costumbres siempre y cuando no interfiera con el régimen terapéutico o afecte al neonato 17. Permitirle a la madre participar en algunos cuidados proporcionados con el neonato como el cambio de pañal 18. Realizar una retroalimentación con la madre sobre la información proporcionada 19. Involucrar a los padres en el cuidado y atención de los hijos 				
<p>Evaluación Esta necesidad continua en un nivel 1 de independencia debido a que la madre se involucra en el cuidado de su hijo al realizarle los ejercicios de succión al neonato y mostrar interés por los temas relacionados con el cuidado de su bebé</p>				

10. Plan de atención de la necesidad de vestimenta adecuada

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independencia	2	Temporal	Falta de conocimiento	Acompañante
<p>Diagnóstico de Riesgo Riesgo en la necesidad de vestimenta adecuada R/C uso de pañal y gorro Inadecuado para la edad.</p> <p>Objetivo Mantener la independencia en la necesidad de vestimenta adecuada del Neonato mediante uso de pañal y gorro adecuado para la edad gestacional durante su estancia hospitalaria</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales ⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar patrón respiratorio 4. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato 				
<p>Intervención: Cuidados del neonato ⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Hablar con un tono suave de voz cada que se interactúe con el neonato 6. Vigilar datos de estrés en el neonato a la interacción. 7. Uso de ropa apropiada para el lugar que se encuentra (gorro y pañal mínimo) 8. Mantener temperatura del neonato dentro de parámetros normales. 9. Vigilar que el pañal sea adecuado para la edad gestacional. (tamaño correcto, debe ser absorbente, flexible y suave) 10. Vigilar si presenta dermatitis de pañal 11. Mantener las sábanas dentro de la incubadora limpias 12. Evitar arrugas en la ropa que usa el neonato dentro de la incubadora 13. Mantener limpia la incubadora 14. Permitir uso de vestimenta de acuerdo a tradiciones y costumbres de la madre de acuerdo a las normas institucionales. 15. Enseñarle a la madre que tipo de vestimenta es la más adecuada para los bebés (algodón, sin textura áspera, etc.) 				
<p>Evaluación Esta necesidad continua en un nivel 2 de independencia debido a que cuenta con la ropa que necesita para el sitio en el que se encuentra, usa gorro y pañal inadecuado para su edad dentro de la incubadora sin presencia de dermatitis de pañal.</p>				

11. Plan de atención de la necesidad de termorregulación

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independiente	1	Temporal	Falta de fuerza	Acompañamiento
<p>Diagnóstico de bienestar Independencia en la necesidad de mantener temperatura dentro de parámetros normales M/P piel caliente al tacto (temperatura de 37.2)</p> <p>Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de termorregulación en el Neonato mediante la conservación de los mecanismos reguladores de calor.</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales ⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar patrón respiratorio 4. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato <p>Intervención: Manejo de la incubadora ⁶⁰</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Verificar el funcionamiento adecuado de la incubadora 6. Utilizar aire humidificado y calentado 7. Vigilar la temperatura a la que está programada la incubadora 8. Monitoreo de la temperatura dentro de la incubadora 9. Precalentar las manos antes de tener contacto con el neonato 10. Hablar con un tono suave de voz cada que se interactúe con el neonato 11. Mantener temperatura del neonato dentro de parámetros normales. 12. Evitar mecanismos de perdida de calor en el recién nacido 13. Mantener la incubadora limpia <p>Intervención: Cuidados centrados en el desarrollo</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Manejo del microambiente 15. Educar al cuidador principal para que sepa como interactuar con el neonato dentro de la incubadora. 16. Crear una relación terapéutica y de apoyo con los progenitores. 				
<p>Evaluación Esta necesidad se mantiene en un grado de independencia nivel 1 debido a que el neonato mantiene la temperatura corporal dentro de parámetros normales.</p>				

12. Plan de atención de la necesidad de eliminación

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independiente	1	Temporal	Falta de fuerza	Acompañante
<p>Diagnóstico de bienestar Independencia en la necesidad de eliminación M/P micciones de orina clara y evacuaciones verde pastosas presentes</p> <p>Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de eliminación en el Neonato mediante balance de líquidos durante el turno</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales ⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5 momentos) 2. Monitorizar FR, FC, Temperatura 3. Revisar que los sensores de monitorización estén correctamente colocados (pulsioximetría) 4. Vigilar alteraciones de inestabilidad durante la interacción con el neonato 5. Palpar la presencia y calidad de los pulsos 6. Valorar el llenado capilar (es de 3 segundos) 7. Observar si hay palidez, cianosis central o periférica 8. Detectar cambios de temperatura en extremidades distales <p>Intervención: Control de líquidos ⁵² Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Medición del perímetro abdominal pre y postprandial. 10. Auscultar peristalsis/ruidos hidroaéreos 11. Reportar aumento o disminución de estos. 12. Vigilar las características de las evacuaciones durante el turno (color, olor, consistencia y frecuencia) 13. Vigilar las características de la uresis durante el turno (Color, olor, volumen y frecuencia) 14. Reportar aumento o disminución del gasto urinario 15. Realizar control de líquidos 16. Realizar el registro de las evacuaciones y/o micciones en la hoja de enfermería 				
<p>Evaluación Esta necesidad se mantiene en un grado de independencia nivel 1 debido a que el neonato presenta micciones y evacuaciones frecuentes en el turno</p>				

13. Plan de atención de la necesidad de movimiento y postura

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independencia	1	Temporal	Falta de fuerza	Acompañante
<p>Diagnóstico de bienestar Independencia en la necesidad de movimiento y postura M/P simetría e integridad corporal y contención adecuada hacia su línea media</p> <p>Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de movimiento y postura en el Neonato mediante cuidados posturales durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Intervención: Monitorización de signos vitales ⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar al neonato. 3. Vigilar patrón respiratorio 4. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato <p>Intervención: Cuidados posturales ⁶¹</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Explicarle al neonato todo procedimiento que se realice. 6. Utilizar un tono de voz suave cuando se interactúe con el neonato 7. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio postural 8. Valorar la posición adecuada del neonato con la escala de IPAT 9. Colocar en posición de alineación corporal correcta manteniendo hacia su línea media las extremidades que se puedan movilizar. 10. Colocar dispositivos de soporte para lograr esa alineación corporal (uso de almohadillas terapéuticas) 11. Minimizar las fuerzas de cizallamiento y fricción al cambiar de posición al paciente. 12. Valoración del tono muscular y arcos de movimiento 13. Vigilar si presenta dolor al movimiento. 14. Corregir la postura cuando sea necesario 15. Realizar los cambios posturales cada 2:30 a 3 horas previa valoración 16. Pedir ayuda para poder realizar la movilización adecuadamente <p>Evaluación Esta necesidad se mantiene en un grado de independencia nivel 1 debido a que el neonato presenta actividad motora presente a pesar de contar con las puntas nasales las cuales no alteran la movilidad del paciente.</p>				

14. Plan de atención de la necesidad de comunicación con los demás

Estado de la dependencia	Nivel de dependencia	Grado de dependencia	Fuente de la dificultad	Rol de enfermería
Independencia	1	Temporal	Falta de fuerza	Acompañante
<p>Diagnóstico de bienestar Independencia en la comunicación con los demás M/P llanto vigoroso, activo- reactivo y mecanismos sensoriales adecuados</p> <p>Objetivo: Mantener la independencia en la necesidad de comunicación con los demás en el Neonato</p>				
<p>Intervención: Monitorización de signos vitales ⁵²</p> <p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos (5momentos) 2. Monitorizar FR, FC, Temperatura 3. Vigilar patrón respiratorio 4. Vigilar datos de inestabilidad a la hora de interactuar con el neonato <p>Intervención: Cuidados generales de enfermería ⁵²</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Explicarle al neonato todo procedimiento que se realice. 6. Utilizar un tono de voz suave cuando se interactúe con el neonato 7. Promover la interacción del binomio durante la visita 8. Promover medidas de higiene en el familiar antes de que tenga contacto con su hijo. 9. Educar al cuidador principal para que sepa como interactuar con el neonato 10. Enseñarle al cuidador primario las formas en que se comunica el neonato para que pueda identificarlas 11. Revisar la causa de irritabilidad o llanto en el neonato. 12. Proporcionarle información acerca de temas relacionados con el cuidado del neonato 13. Involucrar al cuidador principal en los cuidados del neonato 14. Crear una relación terapéutica y de apoyo con los progenitores 15. Realizar retroalimentación con el familiar para que demuestre lo aprendido. 				
<p>Evaluación Esta necesidad continua en un nivel 1 de independencia debido a que se comunica adecuadamente y la madre muestra el interés y la facilidad para adquirir el conocimiento con lo que respecta al cuidado de su pequeño</p>				

Capítulo 5

Conclusiones

El pronóstico de un neonato que se encuentra hospitalizado depende de muchos factores, entre los cuales destacan el peso al nacimiento, grado de madurez, la utilización óptima de las técnicas de cuidado, características etiológicas por las que está hospitalizado y la rapidez con que se aplican las intervenciones terapéuticas.

Tomando en cuenta las respuestas humanas del neonato ante nuestros cuidados obtuvimos como resultado que no se logró llevar al neonato al estado de independencia debido al proceso crónico que estaba presentando pero se logró disminuir el nivel de dependencia 4 en la necesidad de oxigenación a un nivel 3 debido a que es asistido ligeramente tolerando adecuadamente las puntas nasales; en cuanto a la necesidad de alimentación e hidratación se mantuvo el mismo nivel de dependencia que se le brindó al momento de la valoración debido a la edad corregida (34.6 semanas) ya que para esta edad todavía no presenta coordinación en el patrón de succión-deglución-respiración que se establece a las 36 semanas, continuando con un nivel 3.

Mientras que en las demás necesidades se mantiene en un nivel de independencia 1 y 2 debido a los factores de riesgo que posee el neonato tanto por el compromiso de mecanismos reguladores como de factores externos.

Recordando que es de gran importancia no dejar de lado la parte humana y el acercamiento de los padres en esta etapa vulnerable, es por ello que las iniciativas de cuidados humanizados en neonatología se consideran una herramienta más apropiada lo que refleja un modelo de atención que individualiza los cuidados según las necesidades de cada niño basado en los cuidados Centrados en el Desarrollo y la Familia haciendo hincapié en involucrar a los padres durante la estancia hospitalaria del neonato aprendiendo a realizar cuidados adecuados para cuando sean dados de alta, disminuyendo los reingresos así como los días de estancia hospitalaria del neonato favoreciendo una pronta recuperación.

Por lo que podemos concluir que el presente estudio de caso nos permitió aplicar satisfactoriamente el modelo de cuidados de Virginia Henderson para realizar una valoración integral del neonato mediante el análisis de las 14 necesidades básicas que posee el ser humano que involucra a su familia y el entorno en el que se encuentra de manera global y holística, logrando los objetivos recabando los datos necesarios para proporcionar esta atención especializada de enfermería participando de manera activa con el equipo multiprofesional mediante intervenciones independientes e interdependientes enfocadas a resolver los problemas de salud reales y potenciales que se encuentren en dependencia integrando de manera eficiente conocimientos, habilidades, aptitudes que ayuden a crecer profesionalmente en el ámbito hospitalario.

5.1 Recomendaciones

Una vez concluido este estudio de caso se considera interesante investigar sobre otros modelos relacionados con el cuidado del desarrollo centrado en la familia para proporcionar una atención integral ya que sabemos que el trabajo del equipo enfermero no solo se reduce al espacio de la unidad de cuidados intensivos.

Esto debido a que en nuestro país, pocas unidades de cuidados intensivos neonatales ofrecen programas de educación dirigidos a los profesionales de enfermería sobre este tipo de modelos.

Creando la necesidad de que las enfermeras, específicamente las enfermeras neonatales adopten e implementen nuevas estrategias; demostrando que son esenciales para resolver problemas e identificar estrategias para establecer recomendaciones en la práctica clínica.

Mediante la implementación de protocolos o programas de educación dirigidos a los padres mediante grupos de apoyo o una escuela de padres basándose en una relación de ayuda y escucha activa liderada por una enfermera lo que permitirá desarrollar relaciones terapéuticas efectivas.

5.2 Referencias

- ¹ Portal de las Naciones Unidas. [Internet]. Perspectivas demográficas mundiales de la ONU. 2019. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html>.
- ² Portal Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Nacimientos prematuros. 2019. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- ³ Mendoza TL, Claros BD, Mendoza TL, Arias GM, Peñaranda O. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2016; 81(4): 330-342. [citado 2019 Dic]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000400012>.
- ⁴ Zerna BC, Fonseca TR, Viteri RA, Zerna GC. Identificación de factores de riesgo de parto pretérmino Caso Hospital Enrique C. Sotomayor .*CIENCIA UNEMI.* 2018; 11(26):134-142. [citado 2019]. <https://doi.org/10.29076/issn.2528-7737vol11iss26.2018pp134-142p>.
- ⁵ Perinatología, Instituto Nacional de la Prematurez en México, el gran reto [Internet]. *Tecnologías de la Información.* 2017. [citado 2019 Sept]. Disponible en: <http://www.inper.mx/noticias/2015/060-2015>.
- ⁶ Secretaría de Salud. [Internet]. Problema de salud en las mamás, aumenta el número de nacimientos prematuros. 2018. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: www.dof.gob.mx/prensa/archivo/201807/179.
- ⁷ Cárdenas A, Rojas M, Dehesa E. Prevalencia de malformaciones detectadas al nacimiento en un hospital de segundo nivel. *Acta Pediatr. Méx INP.* 2018; 38 (6) p 363-370. [citado 2019 Sept]. Recuperado de <http://ojs.actapediatrica.org.mx/index.php/APM/article/view/1503/1050>.
- ⁸ Organización de las Naciones Unidas ONU. [Internet]. Reducir la mortalidad del Recién Nacido. 2019. [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>.
- ⁹ Fidias G. Diferencia entre teoría, aproximación teórica, constructo y modelo teórico. *Rev. Actividad Física y Ciencias.* 2018; 10 (2): 7-12. [citado 2019 Oct]. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/329871331_Diferencia_entre_teor%C3%ADa_aproximaci%C3%B3n_teor%C3%ADa_constructo_y_modelo_teorico.
- ¹⁰ Balan C, Franco M. Teorías y modelos de enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. [Internet]. 2009 Unidad I Modelos conceptuales enfermeros p133-138. [citado 2019 Oct].
- ¹¹ Hernández LY, Fernández CI, Henríquez TD, Lorenzo NY. Proceso de atención de enfermería: estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.* 2018; 8(2):46-53 [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/280/proceso-de-atencion-de-enfermeria-estrategias-para-la-ensenanza-aprendizaje>.

-
- ¹² León RC. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enfermer.* 2016 ; 22(4). [citado 2019 Sept] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007&lng=es.
- ¹³ Secretaría de Salud. [Internet]. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. 2015. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/60110/libro_03.pdf
- ¹⁴ De Arco CO, Suarez CZ. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Univ. Salud.* 2018; 20(2):171-182. [citado 2019]. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- ¹⁵ Frank J, Ruelas E, Arroyo G, De león E, Contreras R. Perfiles de enfermería. Secretaria de salud. México. 2005 p 6-7. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/perfiles_enfermeria.pdf
- ¹⁶ Báez J, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Rev. BIREME. Colombia.* 2009; 9 (2): 127-134. [citado 2019]. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf>
- ¹⁷ Vidal BR, Adamuz TJ, Feliu BP. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* 2009 ; 6 (1). [citado 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es.
- ¹⁸ Castro M, Simian D. La enfermería y la investigación. *Rev. Elsevier.* 2018; 29(3); p 301- 310. [citado 2019]. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-enfermeria-y-la-investigacion-S0716864018300531>
- ¹⁹ Secretaría de Salud. [Internet]. Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación.* 2016. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- ²⁰ Gutiérrez J, Pérez D, Angulo E, Valle E, García H, Martínez V. Cuidados centrados en el desarrollo en las unidades de neonatología de México, 2015. Encuesta a través de las redes sociales. *Art. Original. Ginecol Obstet Mex.* 2017; 85(6):355-363. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom176d.pdf>
- ²¹ Cordero M. Efectividad de los cuidados de enfermería centrados en el desarrollo en neonatos prematuros comparado con los cuidados estándar en Costa Rica. *Revenf. ucr. ac. Cr. Ed especial.* 2018; 1(1): 1-11. [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es › descarga › articulo>
- ²² Romero DA, Danies VJ, de la Hoz G, Mendiola PI. Iniciativas de cuidados humanos en neonatología. *Cultura Del Cuidado.* 2018; 15(1): 15-22. [citado 2019 Oct]. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2018v15n1.5067>

-
- ²³ Martínez SE, Travieso RN, Sagaró CN, Urbina LO, Martínez RI. Validación de competencias específicas de los profesionales de enfermería en la atención al neonato en estado grave. MEDISAN. 2018; 22(3): 295-303. [citado 2019 Oct] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000300011&lng=es.
- ²⁴ Jiménez MR, Iglesias LJ, Bernárdez ZI, Rendón MM, Munguía J. Neumonía neonatal temprana, experiencia en el Hospital Español de México. Rev. Espec Médico-Quirúrgicas. 2017; 19 (4):409–14. [citado 2019 Oct] Disponible en : <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2014/rmq144c.pdf>
- ²³ Carballo YR, Bertha A, Pineda Á, Orinaldo A, Alonso R. Caracterización clínica, microbiológica y epidemiológica en neonatos con infecciones relacionadas con la atención sanitaria Clinical, microbiological and epidemiological characterization of neonates with health care-related infections. Rev. Cubana Pediatr. 2016; 88(2):182–94. [citado 2019 Oct]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200007
- ²⁶ Silveira A, Rocha G, Rodríguez M, Guimarães H. Pneumonias congénitas. Acta Pediátrica Port. 2018; 44(6):306–12. [citado 2019 Oct] Disponible en: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2698/2759>
- ²⁷ Portal Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Neumonía. 2019. [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>.
- ²⁸ Guía clínica del departamento de neonatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez. 2011; 31-40. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/Gmobimortalidad.pdf>
- ²⁹ Ovalle SA, Martínez MA, Fuentes A, Marques X, Vargas F, Vergara P, et al. Obesidad, factor de riesgo de infección bacteriana ascendente durante el embarazo. Rev Med Chil. 2016; 144(4):476–82. [citado 2019 Oct]. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000400008
- ³⁰ Shobowale EO, Ogunsola FT, Oduyebo OO, Ezeaka VI. Etiología y factores de riesgo para Neumonía neonatal en el Hospital Docente de la Universidad de Lagos, Idi-Araba, Lagos, Nigeria. J Child Heal. 2016; 10 (3): 147. [citado 2019 Oct]. Disponible en: <http://www.sajch.org.za/index.php/sajch/article/view/965>
- ³¹ Ángeles M, Borja J, Castañeda V, Ignacio J, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. España. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 2010. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- ³² Gutiérrez M. Metaparadigma, modelo y teoría de enfermería. REPM ISSN 1886-8924. 2015; 10 (14). [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com>

-
- ³³ Castro MF. Abraham Maslow, las necesidades humanas y su relación con los cuidadores profesionales. *Cultura de los Cuidados*. 2018; 22(52). [citado 2019 Sept]. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.09>
- ³⁴ Contreras E, Velázquez E, Reyes J. Valoración de enfermería basada en la filosofía de Virginia Henderson. México: Universidad Autónoma Metropolitana. 2016. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/valoracion_de_enfermeria.pdf
- ³⁵ Paredes M. Modelo del Cuidado de Enfermería. México: Secretaría de Salud. 2018 [citado 2019 Sept]. Recuperado de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/docs/modelo_cuidado_enfermeria.pdf
- ³⁶ Secretaría de Salud. [Internet]. Norma oficial mexicana nom-019-ssa3-2013, para la práctica de enfermería en el sistema nacional de salud. *Diario Oficial de la Federación*. 2013. [citado 2019 Sept]. Recuperado de: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013.
- ³⁷ Martínez L, Villar G. Recién nacido con Riesgo social. *Pediatr Integral* 2019; 23 (3): 154 – 160 [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/recien-nacido-con-riesgo-social>.
- ³⁸ Valbuena DL, Aceros LA. Diagnósticos de enfermería presentes en un recién nacido pretérmino con múltiples comorbilidades. *Investig Enferm. Imagen Desarr*. 2017; 19(1): 123-137. [citado 2019 Oct]. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.depr>
- ³⁹ Santos RS, López PM, Varez PS, Sabater DA. Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. *NURE Inv*. 2010; 7 (44): 1-11 [Citado en octubre 2019]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf
- ⁴⁰ Hernández C, Flores M. Modelo de Virginia Henderson en la práctica de enfermería. España. Universidad de Valladolid. 2018 [citado 2019 Sept]. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFGH439.pdf;jsessionid=CE23E5F17C0C0676BA59CA80A41003D1?sequence=1>.
- ⁴¹ Domínguez GA, Herrero JS. Análisis del sistema de limitación de acción en los requerimientos de autocuidado: una aproximación a un nuevo paradigma de dependencia en salud. 2018; 12(1): 788. [citado 2019 Oct]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2018000100009&lng=es. Epub 23-Abr-2018.
- ⁴² Bravo SL. Aprendiendo el cuidado de enfermería basado en el modelo de Henderson: una mirada desde la complejidad. Tesis para el doctorado. 2015 [citado 2019 Oct]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5462>.
- ⁴³ Gómez R, Carolina N. El proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*. 2010; (17): 18-23. [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/3042129400>

-
- ⁴⁴ Alcántara A, Mercedes F. Implementación de un modelo para el cuidado organizacional del servicio de neonatología del CHN. (internet) España: Universidad pública de Navarra.2017 (Citado en septiembre 2019) Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/1308/00952c9757a587747a6f111335546f8dbca1.pdf>
- ⁴⁵ Ivarado PP, Cruz JM. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. *Enferm. univ* [Internet]. 2013
- ⁴⁶ Crisostomo AR. Neumonía Congénita. Perú: Universidad Autónoma de ICA. 2017. [citado 2020 Ene]. Recuperado de: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/216/1/ROSA%20MARIA%20CRISOSTOMO%20ALMEYDA-NEUMON%3%8DA%20CONG%3%89NITA.pdf>.
- ⁴⁷ Velázquez QN, Masud Yunes ZJ, Ávila RR. Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2004; 61(1): 73-86. [citado 2020 Mar] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462004000100010&lng=es.
- ⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas ONU. [Internet]. Neumonía. 2019. [citado 2019 Oct]. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>
- ⁴⁹ Guía de práctica clínica (GPC). Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la neumonía asociada a la ventilación mecánica IMSS-624-13. [Internet]. México. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_624_13_NEUM_VENT_IL_MECANICA/624GRR.pdf.
- ⁵⁰ Castro M, Játiva E, García N, Otzen T, Manterola C. Aspectos éticos propios de los diseños más utilizados en la investigación clínica. *J health med sci.* 2019; 5 (3): 183-193. [citado 2020 July]. Recuperado de: <http://www.johamsc.com/2019/10/07/aspectos-eticos-propios-de-los-disenos-mas-utilizados-en-investigacion-clinica/> 70632013000300006&lng=es.
- ⁵¹ Secretaría de Salud. [Internet]. Código de ética para enfermeras y enfermeros de México. 2001. [citado 2020 Julio]. Recuperado de: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/codigo_etica.pdf
- ⁵² Secretaría de Salud. [Internet]. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación. 2014. [citado 2020 Julio]. Recuperado de: http://www.cucs.udg.mx/investigacion/sites/default/files/adjuntos/reg_lgs_mis.pdf
- ⁵³ Butcher KH, Bulechek MG, Dorchterman MJ, Wagner MC. *Nursing Intervention Classification*. 7ª Edición. Elsevier; 2018. [citado 2020 Mar]. Recuperado de: eBook ISBN: 9788491134749.
- ⁵⁴ Rodríguez MJ, Chong CP, Tixe PJ, Leyton AR. Dificultad respiratoria neonatal. *RECIMUNDO ES.* 2019; 3(3): 113-127. [citado 2020 Mar]. Recuperado de: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3.Esp\).noviembre.2019.113-127](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.113-127).

-
- ⁵⁵ Aguilar VE, Pérez PL, Martín LM, Romero HA. Rehabilitación de las alteraciones en la succión y deglución en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Bol Med Hosp Infant Méx.* 2018; 75: 15-22. [citado 2020 Mar]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v75n1/1665-1146-bmim-75-01-15.pdf>.
- ⁵⁶ Talavera L, Fernandez F, Paredes RA. Cuidados de enfermería: Sonda orogástrica y nasogástrica. *Rev. Hosp Mat Inf Ramón Sardá.* 2018; 2 (3): 129-133. [citado 2020 Mar]. Recuperado de: <http://www.sarda.org.ar/images/2018/5.%20Actualizacion.pdf>.
- ⁵⁷ Harillo AD, Rico BJ, López MÁ. La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura. *Enferm. glob.* 2017; 16(48): 577-589. [citado 2020 Mar]. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>.
- ⁵⁸ Betancourt C, Calpulalpan M, González J, Ordoñez C, Yebra M, et al. Ruido, iluminación y manipulación en recién nacidos en una UCIN (Internet) *Rex l'nFerrn Inst Mex Seguro Soc.* 2018; 19 (3): 137-142 Recuperado de [461-2605-1-PB.pdf](http://www.ssa.gob.mx/revistas/19-3-137-142-461-2605-1-PB.pdf)
- ⁵⁹ Romero DA, Danies VJ, De la Hoz G, Mendiola PI. Iniciativas de cuidados humanos en neonatología. *Cultura Del Cuidado.* 2018; 15(1): 15-22. [citado 2020 Mar]. Recuperado de: <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2018v15n1.5067>
- ⁶⁰ Romero HG, Barroso MR. Guía de aprendizaje en el manejo de incubadora para mantener termorregulación en el recién nacido prematuro. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2019. [citado 2020 Mar].
- ⁶¹ Treviño x, Martina M, Iglesias J, Bernárdez I, Braverman A Comparación entre dos métodos de contención para optimizar la postura y el tono muscular de los neonatos pretérmino [Internet]. *México.* 2017, 62 (4) p: 261-265 Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2017/bc174e.pdf>