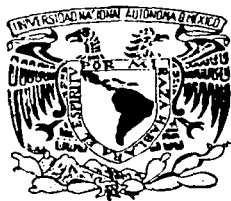


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA



“DEFICIT DEL INTERCAMBIO GASEOSO
RELACIONADO CON EL MECONIO ASPIRADO
MANIFESTADO POR ALETEO NASAL Y
MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS ASIMETRICOS”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MARGARITA SILVIA CRUZ SANTIAGO

DIRECTOR DEL TRABAJO: LIC. MARIA MAGDALENA MATA CORTES



MEXICO, D. F.

AGOSTO DEL 2000



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA

"Déficit del intercambio gaseoso relacionado con el meconio aspirado manifestado por aleteo nasal y movimientos respiratorios asimétricos"

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

MARGARITA SILVIA CRUZ SANTIAGO

No. CTA. 09761033-9

Directora del trabajo



Lic. María Magdalena María Cortés
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social

México, D.F.

Agosto del 2000.

INDICE

INTRODUCCION	PAG.
JUSTIFICACION	
OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	1

CAPITULO 1

Marco Teórico

1.1 Concepto de enfermería	2
1.2 Concepto del Proceso de atención de enfermería	2
1.3 Etapas del Proceso de Atención de Enfermería	
1.3.1 Valoración	3
1.3.1.1 Observación	4
1.3.1.2 Entrevista de Enfermería	4
1.3.1.3 Historia Clínica de Enfermería	5
1.3.1.4 Examen Físico de Enfermería	5
1.3.2 Diagnostico de Enfermería	6
1.3.3 Plan de cuidados de Enfermería	9
1.3.3 Ejecución del Plan de Cuidados de Enfermería	10
1.3.4 Evaluación del Plan de Cuidados	11
1.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson	12

PATOLOGIA

1.5 Síndrome de Aspiración de Meconio

1.5.1 Concepto	15
1.5.2 Epidemiología	16
1.5.3 Etiología	16
1.5.4 Fisiopatología	17
1.5.5 Cuadro clínico	19
1.5.6 Diagnostico	19
1.5.7 Tratamiento	20
1.5.8 Complicaciones	23
1.5.9 Pronostico	23

CAPITULO II

Metodología de Trabajo

2.1 Valoración	24
2.1.1 Observación (examen físico de enfermería)	24
2.1.2 Entrevista de Enfermería	27
2.1.3 Historia Clínica de Enfermería	28
2.2 Diagnostico	29
2.3 Planeación	29
2.4 Ejecución	29
2.5 Evaluación	30

CAPITULO III

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

3.1	Presentación del caso clínico	31
3.2	Valoración	32
3.2.1	Observación	32
3.2.2	Entrevista de Enfermería	35
3.2.3	Historia Clínica de Enfermería	36
3.2.4	Análisis de los Datos	41
3.3	Diagnóstico de Enfermería	42
3.4	Planeación	42
3.5	Ejecución	45
3.6	Evaluación	60

CAPITULO IV

Conclusiones	61
Sugerencias	64
Glosario	65
Referencias Bibliografías	67

INTRODUCCION

Las expectativas del nuevo siglo y los cambios innovadores que acontecen actualmente en el área de la salud, exigen una mejor preparación y actualización de la enfermera, una mayor capacidad para tomar decisiones y asumir grandes responsabilidades. Es por ello que ha surgido la necesidad e interés en fomentar el desarrollo de nuevos conocimientos que repercutirán de gran manera en la atención del paciente.

En la investigación que a continuación se presenta se estableció información precisa por capítulos, comenzando por el capítulo 1, donde se presenta la conceptualización de enfermería, se define el Proceso Atención de Enfermería así como las etapas que lo integran (Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución y Evaluación). Dentro de la valoración, que es la fase inicial del proceso de cuidados, se desarrolla en que consiste la Observación, la Entrevista, el Examen Físico conformado por la Inspección, la Auscultación, Palpación y percusión. Así como la historia clínica de enfermería, indispensable para planear y modificar los cuidados precisos que se ajusten a la preferencia y patrones de vida usuales en un paciente. Una vez detectadas las necesidades se establecen los diagnósticos de Enfermería que consiste en formular frases concisas que identifique los problemas, posteriormente en la fase de planeación se organizaron las intervenciones determinando los objetivos que se persiguen por las intervenciones que se llevaron a cabo. En la fase de ejecución se estableció un plan de cuidados, donde la enfermera fundamentó sus acciones de manera que le permitieron garantizar la eficiencia de las actividades profesionales. La última fase de evaluación se contempló en un apartado del plan de cuidados.

Se presentan generalidades del Modelo de Virginia Henderson y las catorce necesidades básicas del ser humano. Para finalizar este capítulo se presenta la patología del Síndrome de Aspiración de Meconio (concepto, epidemiología, etiología, cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento, complicaciones y pronóstico). Dada la importancia de la atención oportuna, de calidad y eficiencia que se proporcione al neonato a su nacimiento, la cual dependerá en gran parte de la vida futura del niño.

En el capítulo II se habla de la metodología de trabajo haciendo mención de los aspectos generales e importantes presentando los instrumentos que se implementaron al realizar la observación (sobre la base de las catorce necesidades del Virginia Henderson), la entrevista en forma indirecta, los aspectos de importancia que integran la historia clínica, los diagnósticos de enfermería a través del formato P.E.S. (Problema + Etiología + Signos y Sintomas) como se llevó a cabo en la planeación así como la ejecución (integrada en el plan de cuidados).

En el capítulo III se establece la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, la presentación del caso clínico, la etapa de valoración (examen físico de enfermería con los instrumentos que anteriormente se presentaron en la metodología ya complementados). Los diagnósticos de enfermería ya elaborados de acuerdo a los datos encontrados en la valoración, la planeación de los cuidados, la ejecución con la presentación de un instrumento diseñado por enfermería, y así mismo incluye la evaluación establecida por cada necesidad detectada en el paciente. Y para finalizar en el capítulo IV se hizo mención de las conclusiones, las sugerencias, el glosario de términos y las referencias bibliográficas.

JUSTIFICACION

Como profesional de la Salud, la enfermera hoy en día, evalúa las condiciones de las personas que se hallan bajo su cuidado, identifica y valora las necesidades que requiere cada paciente, con un gran sentido humanístico y una eminente orientación clínica. Desarrolla sus acciones con un enfoque holístico teniendo una perspectiva hacia el paciente como un todo. Tiene la capacidad de elaborar juicios sólidos acerca de lo razonable que puedan ser los diversos tratamientos, terapias y cuidados, y a pesar de no contar con todo lo necesario para realizar sus actividades, la enfermera es creativa e improvisa hasta en situaciones graves con el fin de tratar de cubrir una necesidad que en ese momento requiere el paciente. No obstante, se requiere de la utilización de un método sistemático y racional como lo es el Proceso Atención de Enfermería (PAE) que consiste en recopilar datos, analizar diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar el grado en que los objetivos del paciente se han logrado. Paralelamente, el proceso de la enfermedad así como evaluar la efectividad del tratamiento.

El Proceso Atención de enfermería va dirigido hacia las respuestas del paciente ante la enfermedad, se puede llevar en situaciones muy diversas con personas de cualquier edad, grupos y comunidades.

Dada la importancia de llevar a cabo este proceso, la enfermera incrementa su capacidad y experiencia en el conocimiento y aplicación del mismo, en su área laboral y porque no. También en su vida personal.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar y priorizar los problemas de salud del paciente estableciendo un plan atención de enfermería que permita sustentar científicamente el desarrollo de las intervenciones de enfermería.

Objetivos Especificos:

Describir cada una de las etapas del proceso de enfermería en forma ordenada y secuencial de manera que guíe a la enfermera en la metodología de estudio hacia el paciente.

Contar con un plan escrito que permita a la enfermera usar su creatividad y pensamiento crítico para alcanzar las metas planteadas al detectar las necesidades del paciente.

1. MARCO TEORICO

1.1 CONCEPTO DE ENFERMERIA

El ejercicio ininterrumpido de la practica de la enfermería se va incrementando y mejorando progresivamente al desarrollar funciones y actividades que no solo son propias de la profesión, sino también son exclusivas y específicas, que se integran con otras disciplinas en la en la solución de problemas de salud pero con identidad propia.⁽¹⁾

La enfermera es él vinculo entre los procedimientos técnicos a menudo complicados que dependen del padecimiento y mantenimiento de las funciones corporales y mentales diarias, las cuales resultan esenciales para el bienestar e integridad del paciente.

Las intervenciones de enfermería se orientan a aumentar y complementar lo que el paciente puede realizar por si mismo, por lo tanto, sus acciones tiene como objeto primordial, conservar un grado optimo de dependencia en la persona. El ejercicio de enfermería como parte importante del sistema de salud, necesita cada día más elementos que le permitan ampliar su grado de conocimientos y creatividad, así como un razonamiento lógico en el desarrollo de su profesión.⁽²⁾

1.2 CONCEPTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

Básicamente el Proceso Atención de Enfermería es un método sistemático, cíclico, con una secuencia lógica para administrar cuidados de enfermería individualizados que se concentra en la identificación y tratamiento de la respuesta única de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales.

⁽¹⁾ ESTEBAN Manuel. "La Construcción de una disciplina", Universidad de Murcia, España, 1994, SUA, ENEO, 1996, Paga. 98

⁽²⁾ ROPER, Nancy. "Modelo de Enfermería" 3ra. Edición, Edit. Interamericana, Pag. 3

A diferencia del modelo medico que se centra en el tratamiento de la enfermedad, el Proceso de Enfermería tiene un enfoque holístico considerando tanto los problemas como los efectos de estos, sobre el funcionamiento de la persona como ser humano individualizado. El mantenimiento de este enfoque holístico completa el trabajo del medico. ⁽³⁾

Cuando el proceso se emplea como instrumento en la practica de Enfermería, puede ayudar a asegurar la calidad de la atención del paciente, asegura que se cubran las necesidades únicas y ayuda a la enfermedad a adaptar las intervenciones al individuo (y familia) en vez de hacerlo a la enfermedad. No obstante, al llevarlo a cabo la enfermera se convierte en experta en el uso de este instrumento, el cual consta de cinco etapas: Valoración, Diagnostico, Planificación, Ejecución y Evaluación, durante las cuales la enfermera realiza acciones deliberadas para lograr los objetivos planteados al establecer una proceso de enfermería. ⁽⁴⁾

1.1 Etapas del Proceso Atención de Enfermería

1.3.1 Valoración

Es la fase inicial del proceso de cuidados. Consiste en reunir todas las informaciones disponibles, necesarias para determinar el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas. La valoración se considera el pilar del proceso de enfermería porque de ella depende la identificación de las fuentes de dificultad en la satisfacción de las necesidades humanas, para lograrlo es necesaria una información teorico-practica en el campo disciplinar y requiere que la enfermera desarrolle capacidades de observación, análisis y síntesis

⁽³⁾ ALFARO Rosalinda, "Aplicación del Proceso de Enfermería", Edit. Doyma, Barcelona España. 1989. Pag. 7

⁽⁴⁾ ATKINSON D. Leslie, "Proceso de Atención de Enfermería" Edit. El manual Moderno, 1983, Pag. 8

para la toma de decisiones en los cuidados de enfermería con un enfoque holístico.⁽⁵⁾

La información recopilada debe contener datos observados por la enfermera en la persona que cuida, y datos subjetivos facilitados por ella misma. Estos datos pueden contener informaciones pasadas y actuales, informaciones relativas al paciente, a su vida, a sus hábitos, su entorno y su medio ambiente.⁽⁶⁾

1.3.1.1. Observación

La observación es un elemento primordial en los cuidados de la enfermería. Puede definirse como la capacidad intelectual de captar, a través de los sentidos. Los detalles del mundo exterior, considerando al paciente y a todo lo que se relaciona con el una atención expresa, continua, sistemática y rigurosa.⁽⁷⁾

La observación es una técnica conciente y deliberada que se desarrolla solamente a través del esfuerzo y de un enfoque organizados. Los datos se recogen por medio de los sentidos. Sin embargo las enfermeras utilizan preferentemente la vista, aunque todos están involucrados.⁽⁸⁾

1.3.1.2 Entrevista

Es una comunicación planificada o una conversación con una finalidad específica. Algunos de sus posibles objetivos se basan en recolección de datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia.⁽⁹⁾

⁽⁵⁾ PHANEUF Margot " Cuidados de Enfermería. El Proceso de atención de enfermería". Tr. Carlos M.a. López González y Julia López Ruiz, Edit. Mc. Graw Hill-Interamericana, Madrid 1993 Pag. 76.81.

⁽⁶⁾ Op. Cit. ALFARO Rosalinda. Pag. 7.

⁽⁷⁾ Op. Cit. Pag 88

⁽⁸⁾ KOZIER, Barbara. "Enfermería fundamental, conceptos, procesos y practicas" 2Da. Edición, Edit. Interamericana

⁽⁹⁾ ABDELLAH.

El propósito de la entrevista es ayudar a la enfermera a obtener información que le sirva en la planeación de la atención. Este propósito debe aclararse y comunicarse al paciente en forma directa al iniciar la entrevista.⁽¹⁰⁾

1.3.1.3 Historia Clínica de Enfermería

La historia clínica de enfermería proporciona una guía para obtener sistemáticamente información que pueda llevar a la enfermera a planear y modificar los cuidados para ajustarse a las preferencias y patrones de vida usuales de un paciente. De igual manera, establece una base para partir de la cual se valoran los resultados de una acción de enfermería. La historia es una entrevista estructurada, es decir la enfermera la controla y dirige con el fin de reunir la información mas específica.⁽¹¹⁾

1.3.1.4 Examen Físico

La enfermera realiza la valoración física para obtener los datos y objetivos y completar la fase de reconocimiento del proceso de enfermería. Es un examen sistemático, puede ser cefalocaudal o por sistemas (por ejemplo, respiratorio, digestivo, cardiovascular, etc.).⁽¹²⁾

Una completa base de datos objetivos y subjetivos permite a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería, desarrollar las metas del paciente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.⁽¹³⁾

Para realizar el examen la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

⁽¹⁰⁾ Ibidem, ALFARO, Pag. 8

⁽¹¹⁾ WITTE Beverly, "Tratado de enfermería practica" 4ta. Edición, Edit. Interamericana, México, D.F. 1986, Pag. 76.

⁽¹²⁾ Ibidem, alfaro, Pag. 7.

⁽¹³⁾ Op Cit Abdellash, pag. 198

Inspección.

El examen visual para descubrir anomalías se llama inspección. Las observaciones se enfocan y detallan en un área particular del cuerpo.

Auscultación.

Es el método para escuchar los sonidos interiores del cuerpo.

Palpación.

Es el método de examen en que se utilizan los dedos. El tamaño, textura, temperatura, tumefacción y dureza son cualidades que se notan palpando.

Percusión.

Consiste en golpes ligeros en diversas partes del cuerpo para escuchar el sonido que se produce. Puede ser directa, como golpear la pared torácica con la yema del dedo, o colocar un dedo en la superficie del cuerpo y golpearlo con otro.⁽¹⁴⁾

1.3.2 Diagnóstico de enfermería

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. El diagnóstico de enfermería o diagnóstico clínico realizado por una enfermera describe una combinación de signos y síntomas que indican problemas de salud que las enfermeras por su capacidad legal y de formación pueden tratar.

En 1990 la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera:

⁽¹⁴⁾ Op. Cit. WITTER Beverly, Pag. 88-89

"El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de los procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería portan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que las enfermeras son responsables."⁽¹⁵⁾

Diagnostico de Enfermería Real.

Se refiere a una situación que existe en el momento actual (Aquí y ahora). Un paciente con dieta normal, con buen apetito, no ha tenido evacuaciones en cuatros días, se queja de dolor abdominal bajo y no es capaz de evacuar. Este paciente esta ocluido y necesita atención. Este es un problema actual, real para el paciente.

Diagnostico de enfermería potencial.

Se refiere a una situación que puede ocasionar dificultad en el futuro. Al identificar el problema en potencia, la enfermera puede disminuir el problema o disminuir las consecuencias.

El diagnóstico de enfermería en potencia se realiza en base a las experiencias anteriores de la enfermera en situaciones similares, así como en sus conocimientos de fisiopatología. Puede predecirse que se presentara el problema si la enfermera no interviene.

⁽¹⁵⁾ Ninth. Conference on the classification of nursing Diagnoses Marzo 17-21, 1990, Orlando Florida.

Componentes de los Diagnósticos.

Cada categoría diagnóstica consta de los siguientes elementos:

1. - Etiqueta Diagnóstica o Nombre. Consiste en una palabra o frase concisa que identifica el problema.

Por ejemplo: alteración en el mantenimiento de salud, o "Importancia".

2. - Definición. Incluye una explicación concluyente del diagnóstico enunciado que sirve como factor diferenciador de las distintas etiquetas diagnósticas.

Por ejemplo: Alteración en el mantenimiento de la salud. Se define como: Incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud.

3. - Características Definitorias. Son Manifestaciones o respuestas de la persona o familia que pueden indicar la presencia o ausencia de determinado diagnóstico. Estas características se recogen en la valoración y a través de la observación y entrevista en forma de datos objetivos y subjetivos. Estas características definitorias son propias de los diagnósticos reales ya que en los potenciales y en los posibles no hay evidencia de su existencia.

4. - Factores Relacionados. Son situaciones o condiciones causantes de la aparición del diagnóstico. Tales factores pueden ser descritos como:

- a) Antecedentes de.
- b) Asociado con.
- c) Relacionado con.
- d) Contribuyente a.
- e) Provocando.

Cabe mencionar que cuando el diagnóstico es potencial no existen características definitorias, como se han comentado anteriormente y a los factores relacionados se les denomina factores de riesgo.⁽¹⁶⁾

Escribir un Planteamiento Diagnóstico

Un planteamiento diagnóstico de enfermería es un planteamiento claro sobre el problema de salud actual o potencial del cliente que está dentro del alcance de las actuaciones independientes de la enfermería. Es el resultado del proceso diagnóstico: la segunda fase del proceso de enfermería.

El planteamiento diagnóstico de enfermería de dos partes incluye:

1. El problema (**P**) - Planteamiento de la respuesta del cliente.
2. La etiología (**E**) - Factores que contribuyen a o causas probables de la respuesta.
3. Los signos y síntomas (**S**) - Definición de dos partes incluye:

El planteamiento diagnóstico de tres partes incluye el problema, la etiología y los signos y síntomas observados (**P.E.S**).

1.3.3 Planeación

Planeación de cuidados significa establecer un plan de acción, programar sus etapas, los medios que se van a utilizar, las actividades que hay que realizar y las precauciones que se han de tomar. En realidad se trata de organizar las intervenciones de acuerdo con una estrategia definida de antemano. Ante todo esta planeación debe determinar en forma precisa el objetivo que se persigue, es

⁽¹⁶⁾ FERNANDEZ Carmen, "El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos", Edit. Salvat, Barcelona, 1993, Pag. 13.

decir, los objetivos de los cuidados y las intervenciones que habrán de llevarse a cabo.⁽¹⁷⁾

Esta etapa se llama también "Plan de intervención" o "plan de cuidados", esta compuesta de dos elementos: los objetivos de cuidados y las intervenciones.

Objetivos de Cuidados: Primer paso de Planeación.

El primer paso en la planeación de los cuidados es constituido por los objetivos. Su elaboración constituye la fase de decisión por excelencia en el proceso de cuidados.

Un objetivo de cuidados puede definirse como una meta a la que se quiere que llegue el cliente. El objetivo de cuidados debe permitir a la enfermera identificar con claridad el punto hacia donde desea conducir al cliente, es decir, debe de describir cual es el resultado que persigue con su acción. Estos objetivos deben ser igualmente realistas y observables.

Intervenciones: Segundo paso de la planeación.

Después de haber elaborado los objetivos, la enfermera conoce ya de forma global que orientación deberán de tomar sus cuidados hacia el paciente. La elección de las intervenciones, etapa siguiente del proceso y segundo paso de la planeación de cuidados, permite traducir esta intención en acciones precisas susceptibles de realizar.

La elección de las intervenciones permite a la enfermera determinar el tipo de acción y la forma para conseguir el comportamiento esperado en el cliente y para corregir su problema de dependencia, sin dejar de incluir las intervenciones de comunicación, de relación de ayuda y de enseñanza al paciente.

⁽¹⁷⁾ Op. Cit. PHANEUF Margot. Pag. 129.

Intervenciones y rol de Suplencia de la Enfermera.

La enfermera suple lo que el paciente no puede hacer por si mismo para satisfacer sus necesidades y corregir su problema de salud. Así mismo las intervenciones de enfermería se orientaran a aumentar y completar lo que el cliente puede realizar por si mismo, por lo tanto, sus acciones tienen como objeto esencial conservar un grado optimo de independencia en la persona.⁽¹⁸⁾

1.3.4 Ejecución

La fase de ejecución consta de varias actividades: Validación, Redacción del Plan, brindar atención de enfermería y continuar con la recopilación de datos.⁽¹⁹⁾

De acuerdo con Henderson, el objetivo principal de los cuidados consiste en conducir al paciente hacia un estado optimo de independencia en la satisfacción de sus necesidades. Así hay que valorar el estado o grado de dependencia y las capacidades del paciente, a fin de que conserve el grado máximo de autonomía posible. En la ejecución de los cuidados es necesario que la enfermera fundamente sus acciones en conocimientos de las ciencias básicas de enfermería que le permitan garantizar la eficiencia de las actividades profesionales.⁽²⁰⁾

Tipos de Actividades de enfermería.

Actividad Independiente.

Es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento. La enfermera determina que el paciente requiere ciertas actividades de enfermería y las lleva a cabo o las delega al personal de enfermería, siendo tanto

⁽¹⁸⁾ Ibidem, PHANEUF, Margot, Pag. 132,139.

⁽¹⁹⁾ Ibidem, FERNANDEZ, Pag. 16

⁽²⁰⁾ Ibidem, PHANEUF, Margot, Pag. 153

la responsable de la decisión como de las actividades. La responsabilidad se refiere a dar cuenta de lo sucedido.

Actividad Dependiente.

Son aquellos que se realizan bajo la orden o la supervisión de un médico y de acuerdo a rutinas establecidas. Las actividades dependientes están relacionadas habitualmente con la enfermedad del paciente y es importante no desaprovecharlas.

1.3.5 Evaluación

Dentro del contexto del proceso de enfermería, la Evaluación es la quinta y última etapa y consiste en valorar el grado en que se ha logrado alcanzar los objetivos. La evaluación es fundamental en el proceso de enfermería ya que las conclusiones que se sacan determinan si la intervención de la enfermera debe terminarse, revisarse o cambiarse.

La Evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad. Mediante ella, las enfermeras aceptan las responsabilidades de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.⁽²¹⁾

1.4 Generalidades del Modelo de Virginia Henderson

Virginia Henderson, en un inicio no pretendió elaborar una Teoría de Enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de especulación. A través de su experiencia asistencial, docente e investigadora, lo que la llevo a

⁽²¹⁾ Ibidem ABDELLAH, Pag. 252.

realizar su trabajo fue la preocupación que le causaba el preguntarse que es lo deberían hacer las enfermeras que pudieran hacer otros profesionales de la salud, se necesitaba entonces un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.⁽²²⁾

El marco conceptual de Henderson se fundamenta en la presencia de un ser humano con ciertas exigencias fisiológicas y aspiraciones que ella denomina necesidades fundamentales. Una necesidad fundamental es una necesidad vital, esencial que tiene el ser humano para asegurar su bienestar y preservarse física y mentalmente.⁽²³⁾

Desde la óptica de Henderson la única función de la enfermera es asistir al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la realización de sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que lo ayude a recobrar su independencia de la mejor manera posible.

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del Modelo de Henderson:

1. Persona

Necesidades básicas.

2. Salud

Independencia

Dependencia

Causas de dificultad o problema

3. - Rol Profesional

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

⁽²²⁾ Op. Cit. FERNANDEZ Carmen, Pag. 5-6

⁽²³⁾ Ibídem PHANEUF, Pag. 58

4. - Entorno

Factores Ambientales.

Factores socioculturales.

Henderson precisa su conceptualización del individuo como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; que tiene catorce necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (Física y psicológica) y promover su crecimiento y desarrollo.⁽²⁴⁾

1. Respirar
2. Alimentarse e hidratarse
3. Eliminar
4. Moverse. Conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
5. Dormir y reposar (y conservar un estado de hidratación aceptable)
6. Vestirse y desnudarse
7. Mantener la Temperatura corporal en los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger los tegumentos.
9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental)
10. Comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad).
11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores.
12. Preocuparse por su propia realización (y en conservar su propia estima).
13. Recrearse.
14. Aprender.

⁽²⁴⁾ Op. Cit FERNANDEZ Camen, Pag. 4

Estas necesidades son comunes en todos los seres humanos y cada uno de ellos tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida.⁽²⁵⁾

No obstante, los cuidados de enfermería deben asumir un rol de suplencia de la persona cuidada en la satisfacción de sus necesidades, además de favorecer el camino hacia la autonomía del paciente.

El valor teórico, la creatividad innovadora y su propia trayectoria vital han hecho de Henderson un modelo para las enfermeras especialmente para las docentes e investigadoras, como prueba de ello son la multitud de artículos y libros dedicados a ella y su mundialmente conocido modelo de cuidados.⁽²⁶⁾

PATOLOGIA

1.5 Síndrome de Aspiración de Meconio.

1.5.1 Concepto.

El término viene de la palabra griega meconium-arion que significa "del tipo de Opio". Aristóteles puso este nombre a la sustancia, pues creía que inducía sueño fetal. El Meconio es un líquido verde viscoso constituido por secreciones gastrointestinales, bilis, ácidos biliares, moco, jugo pancreático, desechos celulares, líquido amniótico y vernix caseosa, lanugo y sangre deglutidos.

Esta sustancia puede encontrarse por primera vez en el tubo gastrointestinal del feto entre la décima y decimosexta semana de la gestación. Al nacer, el recién nacido a término puede expulsar de 60 a 200 gr. de meconio. La evacuación intrauterina de esta sustancia es poco frecuente a causa de la falta relativa de peristaltismo firme, el buen tono del esfínter anal y el "tapón" de meconio particularmente viscoso que ocluye el recto.⁽²⁷⁾

⁽²⁵⁾ Ibidem PHANEUF, Pag. 58.

⁽²⁶⁾ Ibidem FERNANDEZ, Pag. 5.

⁽²⁷⁾ HEGEMON Joseph, "Clinicas pediátricas de Norteamérica, actualización en neonatología". Edit. Interamericana, 1993. Pag. 1054.

En el 5-15% de los partos, el líquido amniótico está teñido de meconio, pero el síndrome de aspiración meconial ocurre generalmente en niños a término o posttérmino. La presencia de meconio en el líquido amniótico indica sufrimiento fetal e hipoxia. Estos niños nacen a menudo impregnados de meconio y deprimidos, precisando reanimación. La entrada de meconio espeso en las vías respiratorias ocurre in útero, o más frecuentemente en la primera respiración.⁽²⁸⁾

No obstante, la gravedad de la enfermedad está dada por la masividad y la calidad del material aspirado, así la presencia de sangre o meconio, ensombrecen el pronóstico, ya que ambos además de constituir un factor obstructivo actúan irritando el epitelio bronquial.⁽²⁹⁾

1.5.2 Epidemiología

Frecuencia.

En 8 a 20% de los nacimientos existe meconio en el líquido amniótico y de estos 57% de los neonatos tienen meconio en la tráquea y aproximadamente 50% cursa con cuadro clínico y radiológico de síndrome de aspiración de meconio.

Población afectada.

Con frecuencia se presenta este síndrome en el recién nacido posttérmino (+ de 42 SDG), en el recién nacido de término (entre 37 y 41 SDG), pequeños para la edad gestacional, o en niños cercanos al término de la gestación, desnutridos in útero o que curse con cualquier problema que les ocasione asfixia.⁽³⁰⁾

⁽²⁸⁾ Op. Cit. Hegemon J. Pag. 1055.

⁽²⁹⁾ MENEGHELLO E. Fanth, "Pediatría" Vol. 1 4ª Edición, Edita. Mediterráneo, 1991, Pag. 121

⁽³⁰⁾ VENTURA Patricio, "Manual de neonatología", Edit. Mediterráneo, 1992, Pag. 123.

1.5.3 Etiología.

Factores predisponentes.

Causas Maternas.

Cualquier alteración que ocasione disminución del flujo sanguíneo utero-placentario, como hipotensión materna, toxemia, insuficiencia cardíaca, anemia, o bien alteraciones que interfieren con una buena oxigenación materna, como enfermedades respiratorias crónicas y tabaquismo. Diabetes mellitus, retraso del crecimiento intrauterino y embarazo prolongado.

Causas Fetales.

Alteraciones placentarias (desprendimiento de placenta, infartos, trombosis).

Alteraciones del cordón umbilical como: circular de cordón, prolapso, procubito, cordón corto, punción accidental del cordón, etc. Presentación pélvica, presentación transversa, y como consecuencia de lo ya mencionado, sufrimiento fetal.⁽³¹⁾

1.5.4 Fisiopatología

La asfixia fetal y otras formas de estrés intrauterino, causan un aumento de motilidad gastrointestinal y la evacuación de meconio hacia la cavidad amniótica, el cual semeja el aspecto de la sopa de chícharos.

Durante la respiración fetal normal y el boqueo que se asocia a la asfixia, la mezcla del líquido amniótico y meconio se aspira al interior de la tráquea; si en ese momento se produce el parto y se inicia la respiración aérea, el meconio espeso es impulsado hacia las vías de menor calibre y los alvéolos ocasionando

⁽³¹⁾ MALDA C. R. "Epidemiología de la asfixia perinatal en el INPER". Tesis para obtener el título de especialista en neonatología, Febrero, 1985. Pág. 2-3.

una obstrucción irregular e impidiendo el flujo normal de aire hacia la superficie donde se produce el intercambio gaseoso o desde ellas. Este hecho provoca distrés respiratorio debido a un deterioro de la ventilación e irrigación y una disminución de la efectividad pulmonar; por este acontecimiento el recién nacido efectúa mayores esfuerzos respiratorios para crear presiones intratorácicas negativas y mejorar el flujo de aire en los pulmones.⁽³²⁾

El síndrome de aspiración de meconio es una consecuencia neonatal de asfixia fetal aguda o crónica, que afecta en forma variable al feto, condicionando esta una respuesta compensatoria de disminución de riego sanguíneo para varios órganos, con la finalidad de asegurar una distribución adecuada de oxígeno y mantener un débito cardíaco adecuado para órganos vitales como cerebro, corazón, glándulas suprarrenales, y si la asfixia se prolonga puede existir isquemia intestinal.⁽³³⁾

En casos muy graves suelen presentarse cuando el niño ha sufrido insuficiencia placentaria crónica, también ha perdido su vernix, parte del cual puede estar flotando en él líquido amniótico con su piel queratinizada, originando con esto, la forma más severa del síndrome de aspiración de meconio. En estas circunstancias tan críticas, el niño con seguridad ha sufrido asfixia crónica in útero y desnutrición, el puntaje de Apgar al momento de nacer suele ser muy bajo y la reanimación se espera que sea rápida, enérgica y realizada por expertos, de lo contrario el niño puede morir en su transcurso o durante el periodo neonatal.⁽³⁴⁾

⁽³²⁾ GORMAN Babson, "Diagnostico y tratamiento del recién nacido de riesgo", 4ª Edición, Edit. Panamericana, 1989, Pag. 189.

⁽³³⁾ Op. Cit. Malda O R Pag 13

⁽³⁴⁾ Op. Cit. Gorham. Pag. 158.

1.5.5 Cuadro Clínico

Las manifestaciones clínicas varían desde (asfixia grave al nacimiento, hasta inicio temprano de una dificultad respiratoria en un niño vigoroso sin mayores problemas, es característico que se trata de un recién nacido maduro o posmaduro, que presento sufrimiento fetal durante el trabajo de parto, la piel regularmente se encuentra descamada, el cordón umbilical con escasa gelatina de Warthon e impregnado de meconio, las uñas se encuentran largas y teñidas de meconio. El tórax parece insuflado, con esternón prominente, con disminución en la relación del perímetro cefalico-toracico, hiperventilación pulmonar y a veces estertores broncoalveolares. Generalmente presentan depresión al nacer, taquipnea, cianosis central y periférica, así como también signos clínicos de insuficiencia respiratoria.⁽³⁵⁾

1.5.6 Diagnostico Clínico.

Se hace el diagnostico con la presencia de meconio en las vías aéreas.

El recién nacido que ha aspirado meconio, con frecuencia presenta una obstrucción aguda de la vía aérea manifestada por respiraciones profundas jadeantes, cianosis y mal recambio de aire. Aunque muchos niños con liquido amniótico teñido de meconio parecen normales al nacer y no exhiben signos de dificultad respiratoria, un corto episodio de asfixia bien puede haber inducido la eliminación de meconio.

Es posible observar un aumento del diámetro anteroposterior del tórax a medida que se desarrolla el atrapamiento aéreo y por ende, la auscultación revela disminución del intercambio de aire por ejemplo, estertores gruesos y sibilancias.

⁽³⁵⁾ ROBINSON M.J. "Pediatría Practica", Edit. El Manual moderno, 1996, Pag. 336.

Estudios Radiológicos.

La radiografía de tórax típicamente revela hiperinsulfación de los campos pulmonares con diafragma aplanado. Se advierten infiltrados gruesos irregulares, con aumento del líquido pulmonar. Puede haber neumotorax o neumomediastino.

Estudios de laboratorio.

Los gases en sangre arterial revelan en forma característica hipoxemia. La hiperventilación puede producir alcalosis respiratoria con retención de CO₂ debida a la obstrucción de la vía aérea y a la neumonitis. Si el niño ha sufrido una asfisia perinatal grave, se observara acidosis respiratoria y acidosis metabólica combinadas.⁽³⁶⁾

1.5.7 Tratamiento.

El aspecto fundamental del tratamiento consiste en la preparación del equipo y material necesario, después de diagnosticarse un líquido amniótico teñido de meconio, siendo de vital importancia la comunicación entre el obstetra, el pediatra y la enfermera.

Una vez identificado el meconio en el líquido amniótico mientras la cabeza emerge y se encuentra todavía en el perine o protuyendo de la incisión de la cesárea, el obstetra aspira primero la boca, luego la nariz con una perilla de hule, entrega el recién nacido al pediatra o neonatólogo, se continua la aspiración con perilla. Posteriormente, de acuerdo a las características del líquido amniótico y de las condiciones al nacimiento, se decide la aspiración traqueal de la siguiente forma:

⁽³⁶⁾ Op. Cit. Robinson, Pag. 336.

- a) Los recién nacidos con antecedentes de sufrimiento fetal agudo independientemente de la consistencia del meconio y de la condición al nacimiento. El pediatra realiza inmediatamente bajo laringoscopia, la aspiración directa de la traquea.
- b) Los recién nacidos sin antecedente de sufrimiento fetal que nacen vigorosos, lloran y respiran inmediatamente y el líquido se encuentra teñido de meconio claro, no requieren aspiración directa de la traquea.
- c) Cuando el meconio es espeso, independientemente de su condición al nacimiento, se realiza aspiración directa de la traquea.⁽³⁷⁾

Gases arteriales en sangre.

Al ingresar a la UCIN se requiere una determinación de los gases en sangre arterial para evaluar el compromiso respiratorio y las necesidades de oxígeno suplementario. Si el niño necesita una Fio₂ mayor de 40%, se debe colocar una vía arterial.

Monitoreo de Oxígeno.

Un monitoreo de oxígeno transcutáneo o un oxímetro puede proveer información relacionada con la capacidad del niño para tolerar el estrés y ayudara a prevenir la hipoxemia.

⁽³⁷⁾ GRAEF Jhon W., "Manuel de la terapéutica pediátrica" 5ª Edición, Edit. Masson Little, Brown, S.A., 1995, Pag. 168-169.

Radiografía de Tórax.

Luego del parto se debe obtener una radiografía de tórax si el niño presenta dificultad respiratoria. Esta radiografía puede ayudar a determinar que pacientes desarrollaran dificultad respiratoria.

Cobertura con antibióticos.

El meconio promueve el crecimiento de bacterias in vitro. Dado que es imposible diferenciar radiográficamente una aspiración de meconio de una neumonía. Los recién nacidos con infiltrados en la placa de tórax deben recibir antibióticos de amplio espectro como son amikacina y ampicilina.⁽³⁸⁾

Oxígeno Suplementario.

Si los requerimientos de oxígeno continúan aumentando y no se puede mantener una oxigenación aceptable. Se debe contemplar la realización de una prueba con presión positiva continua de la vía aérea. El CPAP puede ser útil para oxigenar a ciertos pacientes pero también puede agravar el atrapamiento de aire. La tensión de oxígeno artificial debe ser mantenida en un rango de 80-90 mm Hg para prevenir la vasoconstricción pulmonar hipóxica. Lo que puede inducir el desarrollo de la circulación fetal persistente.

La necesidad de líquidos y electrolitos.

Estas necesidades serán cubiertas adecuadamente y en forma oportuna. Es preciso que haya un control constante y cuidadoso de hematocrito, electrolitos, calcio y glucemia.

⁽³⁸⁾ CLOHERTY John P., "Cuidados Neonatales" Edit. Salvat, 1990, Pag. 160.

1.5.8 Complicaciones

El taponamiento de las vías respiratorias más finas conduce a un atrapamiento distal de aire y puede ocasionar neumotorax y neumomediastino. La asfixia y la hipoxia puede causar efectos secundarios sobre:

1. Cerebro. (edema cerebral y convulsiones).
2. Riñones. (insuficiencia renal y necrosis tubular aguda).
3. Miocardio. (isquimia e hipertensión).

1.5.9 Pronostico.

Los pacientes que sobreviven a una aspiración de meconio grave, puede aparecer una displacia broncopulmonar como resultado de la toxicidad del oxígeno y de la ventilación mecánica prolongada.

Los niños que sufrieron un daño asfíctico significativo, pueden padecer secuelas neurológicas.⁽³⁹⁾

³⁹ Op Cit GORMAN, Pág 156.

CAPITULO II

Metodología de Trabajo.

El estudio que se presento se llevo a cabo en un recién nacido de 42.2 semanas de gestación que presenta síndrome de aspiración de meconio. Actualmente se encuentra en el cunero patológico del Hospital Chimalhuacan Estado de México. Teniendo como base principal la elaboración de un plan de cuidados donde previamente se realizo la valoración, se establecieron los diagnósticos de enfermería, la planeación, ejecución y evaluación.

2.1 Valoración.

Es la primera etapa del proceso de Atención de Enfermería y consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del paciente. Dentro de esta etapa se encuentran los siguientes aspectos de importancia:

2.1.1 Observación.

Es el elemento primordial en los cuidados de enfermería porque a través de los sentidos, le permite conocer mucho mejor al paciente.

De acuerdo con las necesidades que integran el modelo de Henderson, esta etapa se estructura de la siguiente manera:

NECESIDAD DE OXIGENACION:

EDAD:

CRANEO:

PUPILAS:

NARINAS:

BOCA Y PALADAR

CUELLO:

CORAZON:

CAMPOS PULMONARES:

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

TEMPERATURA:

SE ADAPTAN A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA:

COLORACION DE LA PIEL:

LLENADO CAPILAR:

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATAACION:

ALIMENTACION:

MUCOSA ORAL:

ABDOMEN:

TEXTURA DE LA PIEL:

NECESIDAD DE ELIMINACION:**SECRECIONES:**

ASPECTO:

COLOR:

OLOR:

CANTIDAD:

VIA:

ORINA:

ASPECTO:

COLOR:

OLOR:

CANTIDAD:

VIA:

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTER UNA BUENA POSTURA:

ESTADO DEL SISTEMA MUSCULOESQUELETICO:

POSTURA:

NECESIDAD DE AYUDA PARA ADOPTAR OTRA POSTURA:

PROTECCION A LA PIEL

PROTECCION DE LOS PUNTOS DE APOYO:

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

ESTADO DE CONCIENCIA:

CONDICIONES DEL SUEÑO:

RESPUESTA A ESTIMULOS:

CONDICIONES DEL ENTORNO QUE IMPIDEN LA SATISFACCION DE ESTA
NECESIDAD

INTERVENCIONES HACIA EL PACIENTE:

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

LA PRESENCIA DE SUS PADRES:

CAPACIDAD SENSORIAL:

EJERCICIOS DE ESTIMULACION TEMPRANA:

2.1.2 ENTREVISTA (EN FORMA INDIRECTA)

No.	PREGUNTA	RESPUESTA
1.-	¿Qué edad tiene usted?	
2.-	¿Hasta que año estudió?	
3.-	¿Actualmente tiene algún empleo?	
4.-	¿Es usted casada, unión libre, divorciada, soltera?	
5.-	¿Cuántas veces se ha embarazado?	
6.-	¿Fue un embarazo planeado?	
7.-	¿Fue un embarazo deseado?	
8.-	¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación? Comenzando por el primer día de la misma.	
9.-	¿Tubo control prenatal?	
10.-	¿Ingerió vitaminas durante el embarazo?	
11.-	¿De cuales?	
12.-	¿Curso con alguna infección durante el embarazo?	
13.-	¿Tubo tratamiento, cual fue?	
14.-	¿En que momento de inicio del TDP se le rompieron las membranas ovulares?	
15.-	¿Tiene conocimiento de en que presentación venía su bebe?	
16.-	¿Lo escucho llorar cuando nació?	
17.-	¿El médico le ha explicado acerca del padecimiento de su bebé?	
18.-	¿De que manera ha asimilado el padecimiento de su bebé?	

2.1.3 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Hora de nacimiento:

Peso:

Apgar:

No de expediente:

Servicio:

No de cama:

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS..

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

V. ANTECEDENTES PERINATALES.

VI. PADECIMIENTO ACTUAL.

VII. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

VIII. DIAGNOSTICO.

IX. TRATAMIENTO Y MANEJO EN EL HOSPITAL.

Primer día

Segundo día

Tercer día

X. EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN.

XI. PRONOSTICO.

De acuerdo a la evolución que hasta el momento ha tenido, se espera un pronóstico favorable para la vida del niño.

2.2. Diagnostico

Una vez realizada la valoración, se establecieron diagnósticos de enfermería en base a las necesidades detectadas en el paciente. Es importante mencionar que el establecer un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo, lo convierten en un juicio clínico del cual la enfermera selecciona y jerarquiza los cuidados. En este caso a través del formato **P.E.S.**

P (Problema. Planteamiento de la respuesta del paciente)

E (Etiología. Factores que contribuyen a o causas probables de la respuesta)

S (Signos y Síntomas. Definición de las características manifestadas del paciente)

2.3 Planeación

Una vez que se identificaron las capacidades y problemas se comienza a trabajar con el paciente (y la familia) jerarquizando las necesidades y definiendo los objetivos.

NECESIDAD:

CONCEPTO:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

OBJETIVO:

2.4 Ejecución.

En esta etapa se estableció un plan de cuidados en el cual la enfermera fundamenta sus acciones científicamente de manera que le permitieron garantizar la eficacia de las actividades profesionales. A continuación se presenta el siguiente instrumento:

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	JUSTIFICACION CIENTIFICA DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION

2.5 Evaluación.

Es la ultima etapa del proceso (la cual esta incluida en el plan de cuidados). Es fundamental para determinar el grado de alcance de los objetivos, mediante actividades planeadas y organizadas previamente.

CAPITULO III

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

3.1 Presentación del caso clínico

Recién nacido de 42.2 semanas de gestación obtenido por vía abdominal (operación cesárea). Cuarta con el antecedente de sufrimiento fetal y presentación pélvica. Ingresa al servicio de cunero patológico por presentar las siguientes necesidades:

1. **Necesidad de oxigenación** relacionada con aleteo nasal y movimientos respiratorios asimétricos.
2. **Necesidad de térmorregulación** relacionada con extremidades frías y quejidos respiratorios.
3. **Necesidad de nutrición e hidratación** relacionada con peristaltismo disminuido e irritabilidad.
4. **Necesidad de eliminación** relacionada con gasto urinario menor a 0.5 ml por kilo por hora y edema de miembros inferiores.
5. **Necesidad de evitar los peligros** relacionada con secreciones nasofaríngeas amarillas y espesas.
6. **Necesidad de higiene y protección a la piel** relacionada con resequedad y descamación superficial de la piel.
7. **Necesidad de descanso y sueño** relacionada con llanto constante y sobresaltos.

Diagnostico Medico.

Síndrome de aspiración de meconio.

3.2 Valoración

Es la primera etapa del proceso atención de enfermería y consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del nivel de salud del paciente. Dentro de esta etapa se encuentran los siguientes aspectos de importancia:

3.2.1 Observación

Es el elemento primordial en los cuidados de enfermería porque a través de los sentidos, le permite conocer mucho mejor al paciente.

De acuerdo con las necesidades que integran el modelo de Henderson, esta etapa se estructura de la siguiente manera:

NECESIDAD DE OXIGENACION:
EDAD: Tres días de vida extrauterina.
CRANEO: Normocéfalo. Cabeza redondeada sin alteraciones.
PUPILAS: Iguales y reactivas a la luz.
NARINAS: Permeables, con presencia de aleteo, a expensas de dificultad respiratoria.
BOCA Y PALADAR: Labios intactos, lengua móvil con frenillo corto y paladar íntegro.
CUELLO: Corto y sin alteraciones
CORAZON: Ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad.
CAMPOS PULMONARES: Con rudeza respiratoria. Presencia de estertores.

NECESIDAD DE TERMORREGULACION

TEMPERATURA: 36.3°C

SE ADAPTAN A LOS CAMBIOS DE TEMPERATURA: No es capaz de controlar su temperatura por sí mismo.

COLORACION DE LA PIEL: Cianosis ungueal.

LLENADO CAPILAR: Inmediato 3 segundos.

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACION:

ALIMENTACION: Ayuno No es posible alimentarlo por via oral, por el riesgo de Presentar enterocolitis necrosante, secundaria a la hipoxia

MUCOSA ORAL: Hidratada.

ABDOMEN: Blando, depresible, no doloroso, no se palpan megalias. Peristaltismo disminuido

TEXTURA DE LA PIEL: Reseca, con ligera descamación.

NECESIDAD DE ELIMINACION:

SECRECIONES:

ORINA:

ASPECTO: Espesas.

Líquida

COLOR: Amarillo-verdoso.

Ambar

OLOR: Es inespecifico.

No es penetrante

CANTIDAD: Abundantes

Escasa

VIA: Nariz y boca.

Meato urinario

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

ESTADO DE CONCIENCIA: Somnoliento.

CONDICIONES DEL SUEÑO: Superficial, con sobresaltos.

RESPUESTA A ESTIMULOS: Es adecuada la respuesta a estímulos externos.

CONDICIONES DEL ENTORNO QUE IMPIDEN LA SATISFACCION DE ESTA NECESIDAD: Presencia de ruido (Voces, monitores, aspiradores, alarmas, música de radio, etc.) Iluminación (luz) presente las 24 horas del día.

INTERVENCIONES HACIA EL PACIENTE: Continuas (Signos vitales, fisioterapia pulmonar, aspiración de secreciones, curación de catéter, etc)

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

ESTADO DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: Tono ligeramente disminuido.

POSTURA: Ligeramente encorbada, con movimientos articulares y pliegues normales.

NECESIDAD DE AYUDA PARA ADOPTAR OTRA POSTURA: Si, depende totalmente de la enfermera.

PROTECCION A LA PIEL: Aceite y masajes para fomentar la circulación.

PROTECCION DE LOS PUNTOS DE APOYO: A través de un colchón de agua.

NECESIDAD DE COMUNICARSE:

LA PRESENCIA DE SUS PADRES: Es vital para el recién nacido.

CAPACIDAD SENSORIAL: Estimulación táctil, visual, auditiva, etc.

EJERCICIOS DE ESTIMULACION TEMPRANA: Para mejorar la capacidad motora.

3.2.2 ENTREVISTA (EN FORMA INDIRECTA)

No.	PREGUNTA	RESPUESTA
19-	¿Qué edad tiene usted?	34 años.
20-	¿Hasta que año estudió?	Preparatoria.
21-	¿Actualmente tiene algún empleo?	Sí. Recepcionista de una oficina privada.
22-	¿Es usted casada, unión libre, divorciada, soltera?	Unión libre.
23-	¿Cuántas veces se ha embarazado?	Es el primer embarazo.
24-	¿Fue un embarazo planeado?	No.
25-	¿Fue un embarazo deseado?	Sí.
26-	¿Cuándo fue la fecha de su última menstruación? Comenzando por el primer día de la misma	15 de septiembre del 99.
27-	¿Tubo control prenatal?	Acudí al médico en tres ocasiones.
28-	¿Ingerió vitaminas durante el embarazo?	Sí.
29-	¿De cuales?	"materna" durante el primer trimestre.
30-	¿Curso con alguna infección durante el embarazo?	Sí. Infección de vías urinarias y flujo de color blanco no fétido.
31-	¿Tubo tratamiento, cual fue?	Sí. (no especifica)
32-	¿En que momento de inicio del TDP se le rompieron las membranas ovulares?	En el momento en que estaba naciendo.
33-	Tiene conocimiento de en que presentación venia su bebe?	Sentado.
34-	Lo escucho llorar cuando nació?	No.

35-	El médico le ha explicado acerca del padecimiento de su bebé?	Si.
36-	De que manera ha asimilado el padecimiento de su bebé?	Estoy muy angustiada, por la salud de mi hijo.

3.2.3 HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: L. M. Recién nacido

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 7 de julio del 2000

Hora de nacimiento: 9:45 a.m.

Peso: 3 Kg.

Apgart: 6-8

No de expediente: 0784213

Servicio: Cunero patológico

No de cama: 03

II. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Es integrante de cuatro hermanos, padre y madre vivos, aparentemente sanos. Refiere que su abuela paterna padece diabetes mellitus de tres años de evolución, un tío con hipertensión arterial controlada de 5 años de evolución. Sin más antecedentes de alguna otra patología.

III. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS..

Habita en casa rentada construida de tabique y loza, cuanta con dos habitaciones, (una la utiliza para dormir y la otra como cocina y comedor cuenta con un baño para uso personal. cubren sus necesidades los servicios de agua, luz, drenaje, pavimentación, ventilación e iluminación.

Su higiene personal la realiza cada tercer día, de igual manera el cambio de ropa. No practica ningún deporte por falta de tiempo (por sus actividades diarias en el hogar y en la oficina). Su alimentación es de mediana calidad ya que es a

base de pastas, cereales, verduras ocasionalmente, así como la carne, pan, frijoles y tortillas. Regularmente no consume la leche por que refiere malestar estomacal al ingerirla.

Niega antecedentes quirúrgicos, transfusionales y alérgicos. No refiere algún dato más de importancia.

IV. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS.

Menarca a los 13 años de edad, ciclos: 28 x 4. Inicio de vida sexual activa: a los 26 años de edad. Número de compañeros sexuales: dos. (Ambos circuncidados). Detección oportuna de cáncer: solo en una ocasión se lo han realizado (en el año de 1998.) el cual fue normal, y no requirió tratamiento. Detección oportuna de cáncer de mama: (exploración manual) se lo ha realizado solo en dos ocasiones, muy esporádicamente. Métodos de planificación familiar: ninguno.

Gestas: 1 Partos: 0 cesáreas: 1 abortos: 0. Fecha de la última menstruación: 15 de septiembre de 1999. Fecha probable de parto: 22 de junio del 2000. Semanas de gestación por fecha de ultima menstruación: 42.2 SDG.

V. ANTECEDENTES PERINATALES.

Control prenatal: solo en tres ocasiones acudió al médico (en un centro de salud). Percepción de movimientos fetales: al tercer mes de embarazo. Curso con anemia durante la gestación, por lo cual le fue preescrito el medicamento ferranina fol. Incrementó 8 kilos durante la gestación.

Durante el nacimiento el recién nacido (su hijo) no respiró al obtenido por vía abdominal, teniendo una calificación de Apgar de 6-8, un Silverman de 4 y un

peso de 3 kg. a la auscultación de detectó una frecuencia cardiaca de 168X'. Y una recuencia respiratoria de 72X'.

VI. PADECIMIENTO ACTUAL.

Ingresa al servicio de cunero patológico recién nacido de 422 demanas de gestación, conciente, dificultad respiratoria moderada (Silverman de 4) se coloca oxígeno suplementario a flujo libre, presenta hipotermia, se encuentra con una vena periférica permeable, y en ayuno por el riesgo de presentar enterocolitis necrosante secundaria a la hipoxia. Paciente que requiere buen manejo de secreciones así como la vigilancia estrecha en el aumento o disminución de la dificultad respiratoria.

VII. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

Hb 17.2

Hematocrito. 60

Leucos 17, 320

Segmentados 77

Calcio. 5.8 mg/dl

Plaquetas. 210, 000

Grupo 0+

Glucosa. 104 mg/dl

Urea. 33

Creatinina. 0.8

Placa de rayos X.

Se observan alteraciones parenquimatosas pulmonares, así como hiperinsuflación de los lóbulos inferiores.

VIII. DIAGNOSTICO.

Recién nacido de 42.2 semanas de gestación que cursa sus primeras horas de vida extrauterina, sexo masculino, que cuenta con los siguientes antecedentes

de importancia: detección de meconio en el líquido amniótico, sufrimiento fetal (variaciones en la frecuencia cardíaca) por lo cual es obtenido por vía abdominal (operación cesárea) presenta aspiración de meconio, no llora ni respira al nacer, se realiza laringoscopia (la cual es positiva, extrayendo aproximadamente un centímetro de meconio) con una calificación de Apgar de 6-8.

Actualmente se encuentra con dificultad respiratoria, vena permeable, oxigenoterapia, ayuno y calor radiante el cual es proporcionado para la hipotermia que presenta.

IX. TRATAMIENTO Y MANEJO EN EL HOSPITAL.

1er Día.

- Ayuno.
- Sol. glucosada al 10% 80 ml. C/8 hrs.
- Lavado gástrico.
- Sonda orogástrica a libre drenaje.
- Nebulizaciones intermitentes con oxígeno por campana cefálica cada dos horas.
- Fisioterapia pulmonar.
- Aspiración gentil de secreciones.
- Valoración de Silverman-Andersen, cada hora.
- Control térmico.
- Ampicilina 150 mg 1V C/8 hrs.
- Amikacina 24 mg 1V C/12 hrs.
- Dextrostix cada 8 hrs.

2° Día.

- Ayuno.
- Sol. glucosada al 10% 80 ml
- Gluconato de calcio 1 ml p/8 hrs.
- Ampicilina 150 mg IV C/8 hrs.
- Amikacina 24 mg 1V C/12 hrs.
- Ranitidina 3 mg 1V C/8 hrs.
- Sonda orogástrica a libre drenaje.
- Medición de perímetro abdominal cada 4 hrs.
- Control estricto de líquidos.
- Control térmico.
- Nebulizaciones intermitentes con oxígeno por campana cefálica cada dos horas.
- Fisioterapia pulmonar C/4 hrs.
- Aspiración gentil de secreciones.
- Valoración de Silverman-Andersen cada hora.
- Oximetría horaria.
- Dextrostix cada 8 hrs.
- Placa de RX.

3er Día.

- Ayuno.
- Sol. glucosada al 10% 80 ml
- gluconato de calcio 1 ml p/8 hrs.
- Ampicilina 150 mg 1V C/8 hrs.
- Amikacina 24 mg 1 V C/12 hrs.
- Ranitidina 3 mg 1V C/8 hrs.

- Sonda orogástrica a libre drenaje.
- Medición de perímetro abdominal C/4 hrs.
- Signos vitales cada dos hrs
- Valoración de Silverman-Andersen C/dos hrs.
- Nebulizaciones intermitentes con oxígeno por campana cefálica cada 4 hrs.
- Aspiración de secreciones por razón necesaria.
- Valorar por la tarde el inicio de estimulación gástrica de acuerdo a placa de RX.

X. EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN.

Recién nacido de 42.2 semanas de gestación sexo masculino, actualmente se encuentra cursando su tercer día de vida extrauterina, consiente, activo, ha disminuido la dificultad respiratoria (valoración de Silverman-Andersen de 2-3), normotérmico, venoclisis permeable en miembro superior derecho. Abdomen blando depresible, sin datos de distensión abdominal, por lo cual es posible que por la tarde o al día siguiente se intente la estimulación gástrica con calostro estricto 1 ml cada tres horas.

XI. PRONOSTICO.

De acuerdo a la evolución que hasta el momento ha tenido, se espera un pronóstico favorable para la vida del niño.

3.3 Diagnostico

Una vez realizada la valoración, se establecieron diagnósticos de enfermería en base a las necesidades detectadas en el paciente. Es importante mencionar que el establecer un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo,

- Sonda orogástrica a libre drenaje.
- Medición de perímetro abdominal C/4 hrs.
- Signos vitales cada dos hrs
- Valoración de Silverman-Andersen C/dos hrs.
- Nebulizaciones intermitentes con oxígeno por campana cefálica cada 4 hrs.
- Aspiración de secreciones por razón necesaria.
- Valorar por la tarde el inicio de estimulación gástrica de acuerdo a placa de RX.

X. EVALUACIÓN DE LA VALORACIÓN.

Recién nacido de 42.2 semanas de gestación sexo masculino, actualmente se encuentra cursando su tercer día de vida extrauterina, consiente, activo, ha disminuido la dificultad respiratoria (valoración de Silverman-Andersen de 2-3), normotérmico, venoclisis permeable en miembro superior derecho. Abdomen blando depresible, sin datos de distensión abdominal, por lo cual es posible que por la tarde o al día siguiente se intente la estimulación gástrica con calostro estricto 1 ml cada tres horas.

XI. PRONOSTICO.

De acuerdo a la evolución que hasta el momento ha tenido, se espera un pronóstico favorable para la vida del niño.

3.2.4 Análisis de los datos

De acuerdo con lo establecido en la patología de síndrome de aspiración de meconio un recién nacido puede presentar las siguientes necesidades: de oxigenación, control térmico, permeabilidad de las vías aéreas, hidratación, alimentación, una vena permeable, control de líquidos, cuidados de la piel, control radiológico, control gasométrico y cobertura de antibióticos.

Una vez realizada la valoración al recién nacido el cual se eligió para el caso clínico, se detectaron las siguientes necesidades:

Necesidad de oxigenación, termoregulación, nutrición e hidratación, de eliminación, de evitar los peligros, de higiene y protección a la piel, de descanso y sueño.

De esta manera se llegó al análisis que indico lo siguiente: las necesidades que refiere la teoría en un niño con síndrome de aspiración de meconio fueron en su totalidad las mismas que se detectaron en el paciente al realizar la valoración. Dada la importancia de mencionar que el grado de afectación que presenta cada niño al aspirar meconio, difiere un tanto de los aspectos teóricos en este caso, hubo una simultud en ambas.

3.3 Diagnostico

Una vez realizada la valoración, se establecieron diagnósticos de enfermería en base a las necesidades detectadas en el paciente. Es importante mencionar que el establecer un enunciado del problema real o potencial del paciente que requiere de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo, lo convierten en un juicio clínico del cual la enfermera selecciona y jerarquiza los cuidados. En este caso a través del formato P.E.S.

P (Problema Planteamiento de la respuesta del paciente)

E (Etiología. Factores que contribuyen a o causas probables de la respuesta)

S (Signos y Síntomas. Definición de las características manifestadas del paciente)

3.4 Planeación

Una vez que se identificaron las capacidades y problemas se comienza a trabajar con el paciente (y la familia) jerarquizando las necesidades y definiendo los objetivos.

NECESIDAD: OXIGENACIÓN.

CONCEPTO: Es el empleo terapéutico del oxígeno a través de su inhalación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit del intercambio gaseoso relacionado con el meconio aspirado manifestado por aleteo nasal y movimientos respiratorios asimétricos.

OBJETIVO: Restablecer la oxigenación del neonato, manteniendo sus vías aéreas permeables.

NECESIDAD: TERMORREGULACIÓN

CONCEPTO: Proceso mediante el cual un organismo vivo conserva su temperatura corporal y esto es debido a la actividad de las células especiales en el hipotálamo. Estas células actúan como reguladoras, influyen tanto en la pérdida como en la producción de calor.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Termorregulación ineficaz relacionada con hipoxia al nacimiento manifestada por extremidades frías y quejido espiratorio.

OBJETIVO. Que el neonato conserve su temperatura corporal adecuada, evitando posibles complicaciones secundarias a la hipotermia.

NECESIDAD: DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

CONCEPTOS: Todo organismo vivo necesita nutrirse e hidratarse diariamente para sobrevivir, crecer y reparar los tejidos desgastados.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en la nutrición e hidratación relacionado con ayuno manifestado por peristaltismo disminuido e irritabilidad.

OBJETIVO: Mantener una vena permeable en el neonato e iniciar la alimentación lo más pronto posible.

NECESIDAD: DE ELIMINACIÓN.

CONCEPTO: Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto

gastrointestinal y por la orina las sustancias tóxicas que se forman en el organismo para que se desintoxique.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteraciones en la diuresis relacionada con hipoxia al nacimiento manifestada por edema de miembros inferiores.

OBJETIVO: Que el recién nacido tenga un vaciamiento vesical por sí mismo.

NECESIDAD: DE EVITAR LOS PELIGROS.

CONCEPTO: Que puede estar una persona expuesta a sufrir algún daño o lesión.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración del bienestar relacionado con el meconio aspirado manifestado por secreciones nasofaríngeas amarillas y espesas.

OBJETIVO: Realizar un buen manejo de secreciones hacia el neonato, manteniendo las vías aéreas permeables.

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCIÓN A LA PIEL.

CONCEPTO: La piel y las mucosas sanas e íntegras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con posmadurez manifestada por resequeidad y descamación superficial de la piel.

OBJETIVO: Conservar en buen estado de higiene y aliño la piel del neonato.

NECESIDAD: DE DESCANSO Y SUEÑO.

CONCEPTO: Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad, durante los cuales puedan restablecerse.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Trastornos del patrón de sueño relacionado con irritabilidad manifestado por llanto constante y sobresaltos.

OBJETIVO: Disminuir la tensión emocional en el neonato, fomentando el confort y el sueño.

3.5 Ejecución.

En esta etapa se estableció un plan de cuidados en el cual la enfermera fundamentó sus acciones científicamente de manera que le permitieron garantizar la eficacia de las actividades profesionales. A continuación se presenta el siguiente instrumento:

**PLAN DE CUIDADOS A UN RECIÉN NACIDO QUE ASPIRO MECONIO AL
NACER**

NECESIDAD: OXIGENACIÓN

CONCEPTO: Es el empleo terapéutico del oxígeno a través de su inhalación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit del intercambio gaseoso relacionado con el meconio aspirado, manifestado por aleteo nasal y movimientos respiratorios asimétricos.

OBJETIVO: Restablecer la oxigenación del neonato, manteniendo sus vías aéreas permeables.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>- Proporcionar oxígeno a flujo libre, de 3 a 5 lts por minuto, alternando con nebulizaciones al 60%.</p> <p>- Drenaje postural</p> <p>- Fisioterapia pulmonar.</p> <p>- Aspiración de secreciones.</p>	<p>- Todas las células del organismo, requieren la administración continua y suficiente de oxígeno, de lo contrario los centros vitales del cerebro se deprimen consecutivamente.⁽⁴⁰⁾</p> <p>- Estos recursos terapéuticos se emplean para retirar secreciones de zonas pulmonares y evitar atelectasias mediante posiciones convenientes, percusión y vibración sobre el área pulmonar afectada.⁽⁴¹⁾</p> <p>- A través de una sonda del número 5 para nariz y número 8 para boca, se extraen las secreciones que estén obstruyendo la vía aérea.</p>	<p>De acuerdo a las acciones de enfermería empleadas, se logró mantener permeables las vías aéreas y así mismo, el oxígeno a flujo libre y el nebulizador se irán retirando paulatinamente, hasta que el neonato respire por sí mismo, sin presentar desaturación alguna.</p>

⁽⁴⁰⁾ NORDMARK, Madelyn. "BASES científicas de la enfermería" Segunda edición, la prensa médica mexicana, S.A. 1979, Pág. 86.

⁽⁴¹⁾ Ibidem. Witter, pág. 338.

<p>- Posición semifowler con ligera extensión del cuello, alternado con posición en decúbito ventral.</p> <p>- Valoración de Silverman Andersen.</p> <p>- Oximetría cada hora.</p>	<p>- Estas dos posiciones mantienen las vías aéreas libres, permitiendo una mejor expansión pulmonar, ya que por gravedad las vísceras abdominales tienden a retraerse hacia abajo.</p> <p>- Este método se utiliza para valorar el grado de dificultad respiratoria. Valor 5 aspectos fundamentales: Movimientos toraco-abdominales, tiros intercostales retracción xifoidea, aleteo nasal y quejido espiratorio.</p> <p>- Método práctica y útil en la medición del porcentaje de oxígeno que está recibiendo el organismo del paciente.⁽⁴²⁾</p>	
--	---	--

⁽⁴²⁾ BURCHFIELD, David. "Resucitación neonatal", MeadJohnson, 1994

NECESIDAD: TERMORREGULACION

CONCEPTO: Proceso mediante el cual un organismo vivo conserva su temperatura corporal, y esto es debido a la actividad de las células especiales en el hipotálamo. Estas células actúan como reguladoras influyen tanto en la pérdida como en la producción de calor.

DIAGNOSTICO: Termorregulación ineficaz relacionada con hipoxia al nacimiento manifestada por extremidades frías y quejido espiratorio.

OBJETIVO: Que el neonato conserve su temperatura corporal adecuada, evitando posibles complicaciones secundarias a la hipotermia.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Emplear el uso de una cuna térmica y una lámpara de chicote para aumentar su temperatura corporal del recién nacido. la cual es de 36.1°C.</p> <p>Emplear el uso de un colchón de agua caliente a temperatura ideal para calentar al niño.</p>	<p>La conservación de la temperatura corporal del recién nacido influye en forma determinante en el consumo de oxígeno, aún cuando la incubación es el mejor medio para conservar la temperatura óptima del cuerpo, hay ocasiones en que se necesita tener al recién nacido de una manera más accesible como una cuna de calor radiante.⁽⁴³⁾</p> <p>Se han utilizado durante mucho tiempo como vehículo para proporcionar calor seco al cuerpo. Es necesario comprobar la temperatura exacta para una bolsa, o colchón con agua caliente, una temperatura de 50°C es segura para niños y adultos inconscientes, débiles o con mala circulación.⁽⁴⁴⁾</p>	<p>Se incrementó la temperatura del neonato manteniéndose con calor radiante mínimo. Mejorando notablemente su estado de alerta. Desapareciendo paulatinamente el quejido espiratorio.</p>

⁽⁴³⁾ LEIFER, Gloria. "Manual de enfermería pediátrica I" 4ª Edición, Edit. Interamericana, México D.F., 1987. Pág. 235.

⁽⁴⁴⁾ Ibidem, Witter. Pág. 416.

<p>Registro de la temperatura corporal con un termómetro asilar cada media hora para verificar que los métodos empleados incrementen la temperatura corporal en el niño.</p>	<p>El mecanismo fisiológico de la hipotermia es la constricción de los vasos sanguíneos en los tejidos periféricos del cuerpo.</p>	
	<p>Este fenómeno disminuye el flujo de sangre en el área, y en consecuencia el suministro de oxígeno a los tejidos. La reducción del riesgo sanguíneo disminuye la sensación local (hay entumecimiento) y causa debilidad muscular.⁽⁴⁵⁾</p>	

⁽⁴⁵⁾ Ibidem Witter. Pág. 421.

NECESIDAD: DE NUTRICION Y HIDRATAACION.

CONCEPTO: Todo organismo vivo necesita nutrirse he hidratarse diariamente para sobrevivir, crecer y reparar los tejidos desgastados.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteración en la nutrición he hidratación con ayuno, manifestado por peristaltismo disminuido e irritabilidad.

OBJETIVO: Mantener una vena permeable en el neonato, e iniciar la alimentación lo más pronto posible.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Vigilar la permeabilidad de una vena periférica. Utilizando un punzocat. No. 19, realizando el recambio del mismo cada 72 hrs.</p> <p>Preparación y ministración de líquidos parenterales cada 8 hrs. Vigilando mililitros por hora y gotas por minuto.</p>	<p>La administración directa de líquidos en una vena periférica suele estar indicada cuando un paciente no puede ingerirlos. La venoclisis permite que obtenga los líquidos, electrolitos y nutrientes necesarios para la vida. Además tiene la ventaja de su absorción rápida, de particular importancia en la administración de algunos medicamentos.</p> <p>Se debe de cambiar una venoclisis cada 72 hrs , por el riesgo de presentar choque endotóxico por la reabsorción de pirógenos en el sitio de punción.⁽⁴⁶⁾</p> <p>Los requerimientos hídricos en un niño, varían de acuerdo a su edad y a su peso. Por lo general se indican soluciones con dextrosa, sodio y potasio.</p>	<p>Se mantuvo una vena permeable en el niño, sin necesidad de volver a puncionarlo. Y en base a las acciones llevadas a cabo, se inicio estimulación gástrica sin presentar variaciones en el perimetro abdominal.</p>

⁴⁶ Ibidem. Witter Pág. 391.

<p>Instalación de una sonda orogástrica No. 12 a libre drenaje.</p>	<p>Esto significa requerimientos mínimos, ya que la dextrosa no proporciona las calorías necesarias y no se le proporcionan al niño aminoácidos, proteínas, grasas, etc. Es por ello que se debe de iniciar la alimentación lo más pronto posible, siempre que lo amerite.⁽⁴⁷⁾</p>	<p>La instalación de una sonda orogástrica permite el vaciamiento gástrico, hay relajación intestinal y así mismo, deja libre el diafragma, permitiendo una mejor expansión pulmonar.⁽⁴⁸⁾</p>
<p>Medición del perímetro abdominal cada cuatro hrs.</p>	<p>La medición del perímetro abdominal por encima de la cicatriz umbilical proporciona un dato importante cuando este no aumenta, ya que por el antecedente de hipoxia es probable que el gasto cardiaco se haya dirigido hacia órganos vitales con lo que seguramente disminuyó hacia el intestino y otros órganos del área esplánica, es por ello que se debe auscultar el peristaltismo intestinal. Un aumento de dos a tres cm., indica distensión abdominal. Es importante verificar la técnica.</p>	

⁽⁴⁷⁾ ROMANOS-Carlos. "El paciente pediátrico grave" 5ª Edición, Ediciones Cuellar, 1990, Pág. 24.

⁽⁴⁸⁾ RODRIGUEZ, Rodolfo. "Vademécum Académico de Medicamentos" 2ª. Edición, Edit. Interamericana, 1995. Pág. 722

<p>Ministración de ranitidina 3mg, cada 8 hrs.</p> <p>En cuanto sea posible, se valora el registro de la sonda orogástrica y posteriormente se inicia estimulación gástrica con un ml de calostro cada tres horas, el primer día, incrementando de 1 en 1 hasta llegar a 4 ml.</p>	<p>La ranitidina inhibe la secreción ácida gástrica basal (ayuno) así como la inducida por el alimento. Su metabolismo ocurre a nivel hepático se elimina por vía renal y su vida media de eliminación es de 2.5 hrs.⁽⁴⁹⁾</p> <p>Las principales fuentes de energía que necesita el organismo son la glucosa y las grasas, elementos que pueden almacenarse en el hígado y tejido graso respectivamente. El iniciar la alimentación por vía oral tempranamente (con calostro) proporciona inmunidad y propiedades antimicrobianas que otros leches no tienen, además tienen el beneficio de ser mejor tolerada cuando es de la misma mamá.⁽⁵⁰⁾</p>	
--	--	--

⁽⁴⁹⁾ Op. Cit. Leifer. Pág. 441

⁽⁵⁰⁾ Ibidem Witter. Pág. 134.

NECESIDAD DE ELIMINACION.

CONCEPTO: Para que el organismo funcione eficazmente es necesario que se eliminen los residuos alimenticios y los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal, eliminado por la orina las sustancias tóxicas que se forman en el organismo.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Alteraciones en la diuresis relacionado con hipoxia al nacimiento manifestada por edema de miembros inferiores.

OBJETIVO: Que el recién nacido tenga un vaciamiento vesical por sí mismo, manteniendo una diuresis con características normales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Colocar una bolsa recolectora de orina empleando masajes suaves en la región pública para estimular la eliminación de la orina.</p> <p>Registro de la presión arterial cada hora, con un brazalete neonatal y un monitor eléctrico.</p> <p>Llevar un control estricto de líquidos anotando ingresos y egresos cada hora.</p>	<p>Usualmente se considera aceptable una uresis entre 0.5 y 2 cc/Kg/hora con densidades variables por ejemplo, cuando la uresis es de 2cc Kg/hora la densidad es baja (1 010) y cuando la uresis es de 0.5cc/Kg/hora la densidad es alta (1030).</p> <p>La presión normal de un recién nacido es de 80/46 en promedio, y en caso de presentar oliguria, puede haber bajo gasto cardiaco y/o hipotensión arterial.</p> <p>Usualmente se efectúan balances de ingresos/egresos al final de cada turno de trabajo y diariamente el balance de las 7:00 hrs es global (en 24 hrs) Al efectuar un balance se toman en cuenta: ingresos, soluciones parenterales, gastroclisis o via oral.</p>	<p>Se logró que el neonato eliminará más orina, de características (amarillo transparente) disminuyó ligeramente el edema de los miembros inferiores sin la necesidad de colocar una sonda vesical, pues de lo contrario tendría el riesgo de presentar una infección agregada por la introducción de la sonda al meato urinario.</p>

	Egresos: Pérdidas insensibles, orina, evacuación, vómito, etc. Siendo de gran importancia anotar hasta el más mínimo ingreso y egreso, para la valoración hídrica y hemodinámica del paciente. ⁽⁵¹⁾	
--	--	--

⁽⁵¹⁾ Ibidem, Romano, pág. 20,24

NECESIDAD: DE EVITAR LOS PELIGROS**CONCEPTO:** Que puede estar una persona expuesta a sufrir algún daño o lesión.**DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA:** Alteración del bienestar relacionado con el meconio aspirado manifestado por secreciones nasofaríngeas amarillas y espesas.**OBJETIVO:** Realizar un buen manejo de secreciones hacia el neonato, manteniendo las vías aéreas permeables

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Ministración de antibióticos. I.V.</p> <p>Ministrar 150 mg de ampicilina cada 8 hrs. diluida en 5ml de agua inyectable o sol. Fisiológica.</p>	<p>En forma tradicional los "cinco correctos han servido como guías para la administración de medicamentos: el fármaco correcto, la vía correcta, la hora correcta y el paciente correcto.</p> <p>La ampicilina es un antibiotico bactericida de amplio espectro, particularmente eficaz contra algunos microorganismos gramnegativos (Haemophilus influenzae, salmonella thyphy, E.coli, Neisseria gonorrhoeae, proteus mirabilis) y en general menos potente que la bencilpenicilina contra gramnegativos. La ampicilina es estable en el medio ácido gástrico y se absorbe bien por la mucosa gastrointestinal por vía oral alcanza concentraciones máximas (3 mcg/ml) en dos horas, y por vía I.M. en una hora</p>	<p>En el transcurso de los tres días se observó al niño más reactivo, eutérmico, los antibióticos empleados son en forma profiláctica por el riesgo de desarrollar neumonía secundaria a las aspiración de meconio. Realmente con todas actividades realizadas en el niño, contribuyeron a su recuperación gradualmente disminuyendo así mismo las secreciones nasofaríngeas, las cuales fueron disminuyendo en cantidad y en espesor. Pues fueron extraídas y fluidas.</p>

<p>Amikacina. 24 mg diluida en 8 ó 10 ml de agua inyectable o solución fisiológica en infusión lenta y dependiendo del calibre de la vena puncionada.</p>	<p>Se metaboliza parcialmente en el hígado y un 30% se elimina sin cambios por la orina y un poco menos por la bilis y la leche materna.</p> <p>La amikacina es un aminoglucósido semisintético derivado de la kanamicina, es eficaz contra infecciones sistémicas graves, producidas por bacilos aeróbios gramnegativos susceptibles, particularmente en infecciones nosocomiales graves producidas por microorganismo resistentes a gentamicina y tobramicina. Este medicamento se absorbe rápidamente desde los depósitos intramusculares. Alcanzando una concentración plasmática máxima (20 mcg/ml) cerca de 30 minutos. Se distribuye en el líquido extracelular, encontrándose concentraciones altas en la corteza renal.⁽⁵²⁾</p>	
---	---	--

⁽⁵²⁾ Op. Cit. Rodríguez. Pág. 60-76.

NECESIDAD: HIGIENE Y PROTECCION A LA PIEL.

CONCEPTO: La piel y las mucosas sanas e íntegras son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Deterioro de la integridad cutánea relacionada con posmadurez manifestada por resequeadad y descamación superficial de la piel.

OBJETIVO: Conservar en buen estado de higiene y alioño la piel del neonato.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACION
Improvisar un colchón de agua con bolsas de soluciones, calentándolas a temperatura ideal para el neonato.	La temperatura ideal de un colchón de agua es de 50°C. Es ideal para el reposo prolongado en cama, dado que se ha observado en pacientes que tienen limitado el movimiento, retraso del índice metabólico basal y disminución de la fuerza, tono y tamaño muscular, cambios posturales, estreñimiento, vulnerabilidad a infecciones pulmonares y de vías urinarias, hasta problemas circulares.	La piel del neonato comenzó a regenerarse disminuyendo la resequeadad y la descamación. Lo que favoreció el sueño y descanso, disminuyendo la ansiedad e irritabilidad, mejorando la circulación a través de suaves masajes en la piel del niño.
Lubricar la piel y al mismo tiempo proporcionar masajes pasivos. Utilizando aceite y crema hidratante para bebé.	La resequeadad excesiva puede cuartear la piel dañando su estructura natural produciendo grietas en la misma o en las mucosas, así mismo los masajes favorecen la circulación y perfusión sanguínea. ⁽⁵³⁾	

⁽⁵³⁾ Op. Cit. Romano. Pág. 368.

Proporcionar baño de esponja, utilizando agua caliente, jabón, torundas secar, esponja, una toalla y ropa limpia.	El baño proporciona sensación de bienestar y descanso, favoreciendo el sueño profundo y al mismo tiempo disminuye la tensión muscular y emocional.	
---	--	--

NECESIDAD: DE DESCANSO Y SUEÑO.

CONCEPTO: Las células del organismo necesitan periodos de disminución de la actividad durante los cuales puedan restablecerse.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Trastornos del patrón de sueño relacionado con irritabilidad manifestado por llanto constante y sobresaltos.

OBJETIVO: Disminuir la tensión emocional del neonato fomentando el descanso y sueño.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Disminuir los ruidos asi como la iluminación de la sala. Colocar además dos algodones en los oídos del neonato.	Dentro de la UCIN al recién nacido gravemente enfermo se le expone a múltiples estímulos, de cierta manera agresivos para su estabilidad hemodinámica, entre ellos se encuentran las voces, los radios, las alarmas de las cunas y monitores, la máquina de escribir, etc.	El niño se quedó dormido profundamente al disminuir los estímulos nocivos para su descanso y esto a la vez le provocó tranquilidad a sus padres.
Permitir la visita de los padres del neonato.	El estar en contacto con la cara y voz de sus padres, ayuda al niño a recibir experiencias placenteras y afectivas, indispensables para su desarrollo psicomotor. ⁽⁶⁴⁾	No obstante se trato de concientizar al personal de enfermería para que tengan conocimiento de esta información.
Disminuir la manipulación constante del recién nacido.	El niño tiene contacto constantemente con el personal de salud que le efectúan procedimientos especiales y dolorosos, como la intubación endotraqueal, instalación de venoclisis, aspiración de secreciones, fisioterapia pulmonar, aplicación de telas adhesivas, etc., estetoscopios fríos, monitores, manos frías, que lo sobresaltan al ser tocado. Y de esta manera no se le permite descansar por periodos prolongados.	

⁽⁶⁴⁾ Op. Cit. Leifer. Pág. 274.

3.6 Evaluación.

Es la última etapa del proceso (la cual está incluida en el plan de cuidados). Y se llevó a cabo por cada una de las intervenciones de enfermería. Es fundamental para determinar el grado de alcance de los objetivos, mediante actividades planeadas y organizadas previamente.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

El finalizar este trabajo, a dejado en mí la satisfacción de haber logrado uno de los objetivos más grandes que me he propuesto personal y profesionalmente. Obtener el título de Licenciada en enfermería y obstetricia. Traté de hacer una recopilación de los aspectos más importantes que integran el Proceso Atención de Enfermería, del cual se deriva la importancia de llevarlo a cabo en las unidades hospitalarias, pues como ya se tiene conocimiento, es un método sistemático y organizado creado para administrar los cuidados de enfermería, interactuando con el paciente y su familia, de tal manera que la atención de enfermería se planifica para encontrar sus necesidades biológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales, con el fin de mantener su integridad de la mejor manera posible. Fomentando la mayoría de las veces el autocuidado individual o colectivo, viendose reflejada en todo momento la creatividad e intuición de la enfermera. No obstante, el nivel de profesionalismo en el ámbito de enfermería será más destacado e innovador cuando aprendamos a escribir las actividades que realizamos día con día, los cuidados que invariablemente proporcionamos a los pacientes de acuerdo a sus necesidades, y no solamente cuando sea necesario desarrollar una patología aplicando el Proceso de atención Enfermería y que por ende, sea equivalente a una calificación.

Como enfermeras proporcionamos atención con limitaciones que en ocasiones graves nos lleva a la improvisación y casi siempre obtenemos resultados satisfactorios en la medida que deseemos alcanzar nuestros objetivos, dirigidos al bienestar del paciente. En este caso, en el hospital donde actualmente me encuentro laborando carece de equipo y material mínimo necesario para proporcionar cuidados de emergencia, no se prevee el nacimiento de un nuevo ser, teniendo en cuenta que ni el aspirador es funcional, como sucedió con el recién nacido que elegí para emplear cada una de las etapas del

proceso. Cabe mencionar que el Síndrome de Aspiración de meconio es una patología que pone en riesgo la vida del niño, ocasionando lesiones irreversibles en el sistema Nervioso Central, que pueden conducir a la muerte en casos extremos. De esta manera, surgió el interés por conocer más acerca de la patología, y ver la importancia que tiene la participación de enfermería fundamentada en una, eminente orientación clínica y el gran sentido humanístico para conservar la vida del recién nacido en estado crítico, limitando al máximo las secuelas neurológicas.

Llevar el Proceso de Atención de Enfermería a la práctica me causó verdaderas dificultades, sobretodo entenderlo, porque habitualmente no lo practico tal como ahora he tenido la oportunidad. Hice uso de la bibliografía más actualizada para poder presentar de la manera sencilla un trabajo de calidad que tiene aportaciones de gran relevancia dentro de su estructura, realizado a un recién nacido que presentó Síndrome de aspiración de meconio a su nacimiento.

Tuve acceso al expediente clínico, sin objeción alguna, así como al realizar la entrevista en forma indirecta (dirigida a la mamá del niño) no se presentó dificultad alguna porque esperé el momento oportuno para llevarla a cabo dada la situación emocional en la que se encontraba.

Fué grato ver como se recuperó el neonato a través de las intervenciones planeadas, mediante la toma de decisiones que va implícita en todos los componentes del proceso.

El hecho de compartir conocimientos y experiencias previas con otros profesionales de la salud, contribuye en la formación de enfermeras con pensamiento crítico, y analítico que proporciona la mejor calidad y eficiencia en los cuidados, que apoye el manejo oportuno en situaciones graves, donde de manera definitiva influye la ayuda técnica en sus más variados aspectos. Pero la valiosa

experiencia que caracteriza a cada una de las enfermeras, hoy en día busca lograr la mejor atención para el paciente, y seguir enriqueciendo la carrera de enfermería haciendo cada vez más significativa su participación en las unidades hospitalarias así como también en la enseñanza e investigación.

SUGERENCIAS

Dentro de unidad hospitalaria donde llevé a cabo la aplicación de Proceso Atención de Enfermería, una buena estrategia sería incluir en la programación de cursos de educación continua, cursos de introducción al Proceso Atención de Enfermería así como cursos-talleres, para que las enfermeras conozcan y aprendan a desarrollar cada una de las etapas (Valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación). No obstante, se necesita contar con un instrumento de trabajo que reúna los requisitos necesarios para la utilización e implementación del proceso, que profesionalmente enriquecería aún más las intervenciones de enfermería.

GLOSARIO

- ACIDOSIS.** Depleción de la reserva alcalina del organismo con la consiguiente alteración del equilibrio acidobásico.
- ACROCIANOSIS.** Coloración azulada de las uñas.
- AMNIOTICO.** Líquido producido por las membranas fetales y el feto al cual rodea y protege durante el embarazo.
- EPITELIO.** La capa superficial de células que cubre las superficies cutáneas, mucosa y serosa. Se clasifica según la disposición y forma de las células que contiene.
- ESTERTORES.** Ruidos anómalos que se oyen en la auscultación pulmonar cuando hay presencia de líquido en los bronquios.
- ESTRATEGIA.** Habilidad para organizar y dirigir un asunto.
- HIPERCAPNEA.** Aumento del Co_2 disuelto en el plasma sanguíneo, (donde particularmente se forma el ácido carbónico.)
- HIPOXIA.** Disminución de la cantidad de oxígeno en los tejidos.
- HOLISTICO.** Enfoque múltiple integral o totalizador sobre una cuestión.
- MOTILIDAD.** Capaz de tener movimientos espontáneos.
- POTENCIAL.** Que puede suceder o existir. Pero que no existe aún.

PROCUBITO DE CORDÓN. Ocurre cuando el cordón umbilical se encuentra por debajo de la presentación con membranas íntegras.

PROLAPSO DE CORDÓN. Ocurre cuando el cordón umbilical se encuentra por debajo de la presentación con membranas rotas.

TAQUIPNEA. Frecuencia anormal de la respiración.

VERNIX. Materia de grasa comparada a la manteca de cerdo en el recién nacido. Extraída en pliegues axilares e inguinales y región dorsal.

WHARTON. Substancia con aspecto de jalea, contenida en el cordón umbilical.

BIBLIOGRAFIA

- ALFARO, Rosalinda "Aplicación del proceso de enfermería" Edit. Doyma, Barcelona, España, 1989.p.p. 350.
- ATKINSON, Leslie D. "Proceso de Atención de enfermería" Edit. El manual moderno, México.1985p.p. 1380
- CLOHERTY, Jhon P. "Cuidados Neonatales" Edit. Salvat, 1990, p.p. 466.
- FERNANDEZ Ferrin Carmen "El proceso de atención de enfermería", "Estudio de casos", Ediciones científicas y técnicas, S.A. Barcelona, Madrid, p.p.111
- GRAF, Jhon W. "Manual de la terapia pediátrica"5ª Edición Edit.Hassen little Brown, S.A. 1995p.p.391
- GORMAN, Babson "Diagnostico y tratamiento del recién De riesgo" 4ª edición, Edit.Panamericana, 1989.p.p. 303
- HEGEMON, Joseph "Clínicas Pediátricas de Norteamérica" Edit. Interamericana, 1993 p.p. 1321
- MALDA, C.R. "Epidemiología de la asfíxia prenatal en el INPer" Tesis para obtener el título de Especialista en neonatología, febrero.1985. p.p.86.
- MENEGHELLO, E. Fanth "Pediatria".Vol. 1, 4ª Edición, Edit. Mediterráneo, 1992, p.p. 239.
- NORMARK, Madelyn T. "Bases científicas de la Enfermería" 2ª Edición, Edit. La prensa medica mexicana p.p. 712.
- ROBINSON M.J. "Pediatria Practica." Edit. El numero Moderno 1996, p.p. 395.
- UNAM, ENEO "La ejecución de los cuidados. Cuarta Etapa del proceso de cuidados" En Cuidados de Enfermería. El proceso de

Atención de enfermería. Tr. Carlos Ma. González y Julia López Ruiz, Mc. Graw Hill Interamericana Madrid, 1993.p.p.125-134.

VENTURA Patricio

"Manual de neonatología" Edit. Mediterra-Neo 1992. P.p 291.

WITTER, Du Gas Beverly

"Tratado de enfermería practica" Editorial Interamericana, México. 1986 p.p. 793.