

00921  
133

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
"CUIDADO DE ENFERMERÍA A UN RECIÉN NACIDO PREMATURO"**

Que para obtener el título de  
**LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Presenta:

**MAURICIO PALACIOS MEDINA**  
No Cuenta: 9126652-9

*Angelina Rivera M*

Director del trabajo

**L.E.O. ANGELINA RIVERA MONTIEL**

México, 09 de Septiembre de 2003

**ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



SECRETARÍA DE SALUD  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIAS

AVANCE DE INFORMACIÓN GENERAL DE LAS DEDICATORIAS DE LA  
UNAM a día de la fecha, electrónico e impreso el  
concedido por el trabajo profesional.

Palacios Medina

Mauricio

12 - Noviembre - 2003

## A DIOS

Por haberme dado la oportunidad  
de vivir y lograr lo que hasta el  
momento he realizado,  
darme una maravillosa familia que  
me ha apoyado en todas las etapas  
de mi vida y abundante salud para  
llegar a mi meta profesional.

## A MIS PADRES

Por haberme apoyado en el transcurso  
de mi vida y quienes me han  
heredado el mayor tesoro...  
Mi educación, el humanismo y la lealtad  
que he asumido para ser la persona que soy  
para con los demás.

## A LAURA EDITH

Por que desde que llegaste a mi vida  
has sido, y serás un gran apoyo  
el cual me has brindado incondicionalmente  
el darme una gran felicidad como persona  
y que al conocerte pude conocer  
el gran ser humano que hay dentro de mí  
hasta en los momentos más difíciles  
de nuestra relación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

B

## ÍNDICE

Introducción.	2
Justificación.	4
I Objetivos.	
1.1 General	5
1.2 Especifico	5
Capítulo II	
Marco Conceptual	6
2.1 Enfermería.	
1. Antecedentes Históricos	7
2. Concepto de Enfermería	11
3. Metaparadigma	12
2.2 Cuidado	
1. Antecedentes Históricos	15
2. Concepto de Cuidado	17
3. Connotaciones del Cuidado	19
4. Tecnologías para el Cuidado	23
5. Proceso de los Cuidados de Enfermería	25
2.3 Proceso de Enfermería	
1. Antecedentes Históricos	28
2. Concepto	30
3. Valoración	
Concepto	31
Objetivos	32
Etapas	32
Tipos de Valoración	32
Métodos de observación	33
Método de Interrogatorio y la entrevista	33
Método Clínico o Exploración Física	34
Fuentes de Valoración	35
4. Diagnostico de Enfermería	
Concepto	36
Objetivo	36
Etapas	36
Etiqueta Diagnostico (PES)	37
Diagnósticos Aceptados por la NANDA	37
5. Planificación	
Concepto	41
Objetivos	41
Etapas	41
6. Ejecución	
Concepto	43
Objetivos	43

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

7. Evaluación	43
Concepto	43
Objetivos	43
2.4 Recién Nacido Pretermino	43
1. Concepto	44
2. Características Anatómicas	44
3. Características Fisiológicas	45
Sistema Respiratorio	46
Sistema Digestivo	47
Termorregulación	47
Función Metabólica	48
Capítulo III	
Metodología	50
3.1 Datos obtenidos de la valoración	52
1. Historia Clínica	56
2. Datos de anecdotario	60
3. Reporte de Visita Domiciliaria	61
4. Resumen de Valoración	63
3.2 Plan de Atención Enfermera	
Capítulo IV	
Conclusiones	72
Bibliografía	73
Anexos.	76

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## **INTRODUCCIÓN**

En la profesión de enfermería, es evidente que ha habido grandes cambios de importancia, se ha ido de la enfermería técnica "solo del hacer", a la enfermería que cuestiona, valora y toma decisiones (pensar y hacer). En este cambio paulatino, uno de los elementos importantes que ha contribuido, ha sido la formación de profesionales de esta disciplina en las escuelas o universidades en donde con mayor frecuencia, en los diferentes planes de estudio, ya se observa y se utiliza al proceso de enfermería como un eje fundamental; el cual sumado a la conceptualización que se ha hecho de la enfermería, han contribuido a que el egresado modifique su actitud, como ejemplo de ello, de contemplar no solo a la enfermedad, se ha tratado de ver al sujeto en forma integral considerando los factores de su entorno (económicos, políticos, culturales, etc.) cómo interactúan en el proceso salud-enfermedad en cada suceso; Otro ejemplo es que en las escuelas o facultades se esta tratando de considerar al proceso como una estrategia de cuidado mas que como un medio de aprobación, de tal manera que ahora el cuidado de enfermería es uno de los ejes fundamentales en el hacer profesional, para poder ejercerlo se necesitan no solamente bases técnicas sino también habilidades y destrezas que permitan brindar al individuo y / o comunidad, los cuidados que se requieran para la conservación o recuperación de su salud considerando los elementos de su entorno.

Por lo tanto, el proceso de enfermería es una herramienta fundamental que le permite al profesional de esta disciplina no solamente conocer sus problemas de salud, sino sobre todo el conocer los factores que interactúan en su salud para de ahí partir y establecer junto con ellos intervenciones de cuidados.

En este caso en particular, el estudio de caso que se presenta, estará dirigido hacia un recién nacido que por sus características de crecimiento y desarrollo ha presentado alteraciones en su salud, ya que su nacimiento ocurrió en la semana 33 de gestación y que por lo tanto lo coloca en el rubro de un recién nacido pretérmino del cual sabemos que no ha logrado en su totalidad la maduración de

sus funciones para adaptarse en forma adecuada a su vida extrauterina ocurriendo su nacimiento en el Hospital General de Milpa Alta y en donde se realizó siguiendo la metodología del proceso de enfermería.

Como primer punto se mencionan los objetivos, posteriormente se describirá el marco teórico que respalde dicho proceso, posteriormente seguirá la metodología el cual describirá cada una de las etapas, instrumentos y estrategias que se utilizaron para la obtención de los datos, al término del estudio de caso se presentaran las conclusiones que se derivaron del mismo.

Es importante señalar que por la normatividad institucional en el caso de un niño hospitalizado, la o el enfermero se convierte en el principal cuidador del mismo ya que por sus características del prematuro este aún no cuenta con las capacidades que le permitan llevar su autocuidado, además la madre del niño será involucrada en este estudio de caso ya que cuando egrese su hijo del hospital, ella "tendrá" que ser la principal cuidadora.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## JUSTIFICACION

Durante el proceso de formación, se desarrollan conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con el pensamiento crítico en enfermería, donde el Proceso de Enfermería es una estrategia que favorece la formación de estas habilidades. Con base a lo anterior se ha elegido como opción de titulación de Enfermería, en donde se considera que el pasante podrá evidenciar el alcance de desarrollo de esas habilidades y en este caso en particular se realizó un estudio de caso dirigido a un recién nacido prematuro de 33 semanas de gestación, con la finalidad de ayudar al neonato a mantener o recuperar su salud y limitar daños.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## I: OBJETIVOS

### *General*

- ☐ A través de la metodología del proceso de enfermería ayudar al recién nacido pretérmino en conjunto con su madre a recuperar su salud y limitar daños.

### *Específicos.*

- ☐ Con la valoración de enfermería integrar una base de datos que permita identificar las necesidades afectadas o problemas que presenta.
- ☐ Analizar la información obtenida para integrar los diagnósticos de enfermería.
- ☐ Tomar decisiones que permitan ayudar al paciente a delimitar daños por medio de la identificación de necesidades y/o problemas y ser expresado en términos de "Intervención de Enfermería"
- ☐ Con base a lo anterior evaluar las intervenciones ejecutadas para retroalimentar el Plan de Atención y ver la efectividad del mismo acuerdo a los resultados obtenidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# **CAPITULO II**

# **MARCO CONCEPTUAL**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 ENFERMERÍA.

#### 1. Antecedentes Históricos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El ámbito de enfermería de significación, esta constituido por la materia histórica, relacionada a su vez con las manifestaciones que ha planteado el "saber y el que hacer" de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos; su contenido se remonta a las "prácticas cuidadoras" ligadas a la conservación de la especie humana; al inicio de la vida, la necesidad de cuidar cuando se ve afectado su integridad física, al darse éste tipo de actividad, se da en la humanidad la división sexual para la organización de actividades del hombre y la mujer.

En un principio la mujer fue la indicada para asumir la responsabilidad del cuidado en la persona o en lo que se genera dentro y fuera del hogar. En las diferentes etapas de la historia y en las diversas culturas, las mujeres han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo y/o de transmisión oral, tanto en su saber teórico como en su práctica, ligados inevitablemente a la sociabilidad humana.

Con forme el paso del tiempo, una diversidad de cambios existieron en el cuidado a nivel espiritual ya que el cuidado hacia la integridad humana, estaba dado por brujos, sacerdotes, monjas, que más que una ayuda física estaba enfocada al estado espiritual, por lo que la lucha entre el bien y el mal estaban bien definidos para el entendimiento entre la vida y la muerte.

A través de los siglos, la creación de hospitales fue una necesidad para el tratamiento y seguimiento de las enfermedades, el personal que se encargaba del manejo y el cuidado de los pacientes, eran mujeres que no estaban capacitadas para la labor que se tenía y la sociedad las veía como "amigas de la bebida, crueles e inmorales; sus actividades eran semejantes a las del hogar y con un

salario muy escaso" <sup>1</sup>; Hasta finales del siglo XIX la enfermería evoluciono a partir de antecedentes religiosos, militares y sociales.

Los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico ya que en definitiva, los cuidados enfermeros son una constante histórica que desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente como apunta Colliere: "Las enfermeras /os aseguraban la continuidad de la vida, ayudando a través de sus practicas de cuidados a enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural" <sup>2</sup>

Un personaje muy importante en la enfermería fue Florence Nightingale que desde su perspectiva, pudo ver los diferentes enfoques que puede tener un paciente en cuanto a sus necesidades vitales. Ayudo a que la enfermería, fuera una profesión respetada; tomo medidas sanitarias para evitar infecciones en los hospitales; influyo en el sistema de formación de enfermeras "ella pensaba en la creación de escuelas para la formación de enfermeras, dotándoles de experiencia, práctica y de un acervo importante de conocimientos, estar cerca de hospitales que pudieran servir de talleres o lugares de formación" <sup>3</sup>, dichas escuelas no debían estar controladas por los hospitales, la formación debía estar bajo el control de enfermería.

En México, la enfermería se convirtió en profesión formal a principios del siglo XX después de la inauguración de la primera escuela de enfermería en el Hospital General de la ciudad de México en 1905.

Los hospitales hasta antes de la aparición de esta escuela, solo contaban con monjas o religiosas que de encargaban del cuidado de los pacientes pero su ayuda solo consistía en apoyo espiritual y arreglos personales del paciente, por

<sup>1</sup> Kossier, Bárbara, et. al. ENFERMERIA FUNDAMENTAL. Interamericana McGraw-Hill México 1994, p5

<sup>2</sup> Colliere Marie-Francoise. PROMOVER LA VIDA. Interamericana, McGraw-Hill Madrid, España. 1993. p5

<sup>3</sup> Zarzar Charur Carlos. HABILIDADES BÁSICAS PARA LA DOCENCIA. Edit Patria. México 1995 p5

ello, no percibían un salario y existía una falta de conocimientos para el manejo de enfermos. Solo existían mujeres que se encargaban de las mujeres obstétricas denominadas parteras, las cuales eran muy comunes en todo el territorio nacional ya que ellas existían desde épocas prehispánicas por lo que los cuidados que ellas daban a sus pacientes eran bien sabidos.

La carrera de enfermería se ofreció primero en los hospitales; los médicos determinaban la duración del curso, así como los requisitos del plan de estudios y de ingreso. Posteriormente, las facultades de medicina acreditaron a las escuelas de enfermería y sus planes de estudio. Las facultades de enfermería se abrieron para educar a las mujeres en el cuidado de los pacientes de acuerdo con la prescripción médica.

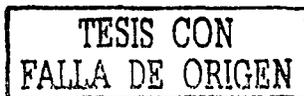
"Lo anterior fue realizado, ya que los médicos en los hospitales ya no disponían de religiosas como antes, que prodigaban atención cristiana y gratuita a sus enfermos; no podían utilizar a las parteras para atender a sus enfermos puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y el nivel jerárquico y el trato con pacientes no obstétricas se hacía a través de las enfermeras; las enfermeras que había no estaban acordes con las enormes posibilidades de desarrollo médico que el siglo nuevo prometía, desarrollo que no podía frenarse atendiendo las necesidades del enfermo" <sup>4</sup>

Entre 1940 y 1980 se crearon hospitales, instituciones de especialidades y el sistema de seguridad social, para proporcionar a los trabajadores y sus familias los cuidados de la salud.

La demanda del personal de enfermería para satisfacer las necesidades del cuidado de la salud en estos hospitales era bastante alta, sin embargo, la

---

<sup>4</sup> Moreno Cueto Enrique. SOCIOLOGÍA HISTÓRICA DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD EN MÉXICO. IMSS, México 1982, p 5.



respuesta del sector educativo incito el desarrollo de numerosas escuelas de enfermería que se crearon para cumplir con las necesidades específicas de los hospitales con especialización mediana y alta, dichas escuelas fueron incorporadas por las universidades o por la Secretaría de Educación Pública (SEP) quienes definían la duración y el plan de estudios basados en el modelo médico.

El personal de enfermería auxiliar se reconoció ampliamente y su formación variaba ampliamente. La Secretaría de Salud (S.S.), los hospitales y los centros de salud definieron los requisitos de ingreso para personal de enfermería auxiliar en términos de la duración, el plan de estudios y la descripción del puesto.

La Asociación Mexicana de Enfermería (AME) se creó en 1947 con la finalidad del progreso educacional para mejorar la atención de los enfermos; posteriormente cambia de nombre a Colegio Nacional de Enfermeras y una de sus primeras actividades fue la revisión del plan de estudios a petición de la UNAM ya que existían varias quejas sobre la deficiente formación académica, por lo que fue necesario la creación de las Normas Básicas para la Enseñanza de la Enfermería; el cual su propósito fue "...el regular el proceso educativo completo incluyendo la relación entre teoría y práctica, así como la relación entre los individuos y las instituciones participantes"<sup>5</sup>. Al ser reglamentados, el objetivo primordial fue el elevar la calidad de la atención de enfermería para mejorar las condiciones de vida y promover el desarrollo profesional teniendo como niveles académicos la técnica, licenciatura y la especialidad.

La educación del personal de enfermería debe estar enfocada no solo a las demandas de las instituciones hospitalarias, si no que debe estar abierta a los nuevos campos profesionales entre ellos la práctica independiente de la enfermería (ya sea individual o en grupos) la cual puede ser llevada a los hogares

---

<sup>5</sup> Velásquez G Ma de Jesús NORMAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO. México 1995 p 30

escuelas, industrias o comunidades y que permita tener un desarrollo profesional más amplio.

Otra característica que debe tener es la capacidad de liderazgo y manejo de masas con la misma profesión o de otras que sean de la misma área, la habilidad de la investigación y la capacidad de manejar la tecnología que existe en el ámbito de medicina y enfermería que día con día aparece y se renueva, además de definir los niveles académicos y ejercicio profesional para evitar el retraso o rezago en comparación con otras profesión.

## 2. Concepto de Enfermería.

Han existido diversos conceptos de enfermería, debido a las teorías que se han planteado por cada una de las diferentes autoras que han definido a su manera el ámbito de enfermería, como ejemplo, se han tomado tres conceptos observando ala enfermería desde tres aspectos, como ciencia, profesión y arte.

La Canadian Nursest Association (CNA) publico una definición en 1984 "Le enfermera o la práctica de enfermería, significa la identificación y el tratamiento de las respuestas del ser humano a los problemas de salud actuales o potenciales e incluye la practica y supervisión de funciones y servicios que directa o indirectamente en colaboración con un cliente o equipo de salud, a parte de las enfermeras, tiene como objetivos la promoción de la salud y el desarrollo óptimo del potencial de salud e incluye todos los aspectos del proceso de enfermería" <sup>6</sup>

Otra definición dice: "La enfermería es una ciencia aplicada que requiere de destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas a través del proceso de

---

<sup>6</sup> Kossier. Op.cit. p 19

atención de enfermería para ayudar a los pacientes a lograr su potencial máximo de salud" <sup>7</sup>.

La siguiente definición dice: "La enfermería se concibe como, la ciencia y el arte del cuidado a la salud de la persona sana o enferma en su dimensión integral con el propósito de que utilice sus capacidades y potencialidades para la vida; su campo de acción son todos los espacios donde la persona se desarrolla y en el que atiende su salud" <sup>8</sup>.

### 3. Metaparadigma

En enfermería el desarrollo de la disciplina requiere de la formalización de los fenómenos y casos de que se ocupa; la construcción de las teorías de enfermería, representa por tanto, la formalización de los intentos por describir, explicar o controlar las situaciones relacionados con su disciplina. Las teorías brindan autonomía profesional porque orientan las funciones, los cuatro niveles de desarrollo de una teoría son: metateoría, metaparadigma (gran teoría), teoría de medio rango y teoría empírica.

Un metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión. "Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales, orienta la organización de modelos y las teorías de una profesión".<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> W. Griffith. Janet. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Edit, Manual Moderno México 1993. p 4

<sup>8</sup> Cárdenas Jiménez Margarita. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA. ENEO-UMAN México 1997.

<sup>9</sup> Wesley, Ruby I. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA. McGraw-Hill. México 1997. p 179.

El metaparadigma en enfermería agrupa cuatro conceptos: Persona, Entorno, Salud y Cuidado, que tratan de proporcionar una perspectiva universal de la disciplina de enfermería.

Persona: "Sujeto del cuidado o receptor de los cuidados enfermeros, se concibe como un ser fisiológico, psicológico, sociocultural y espiritual, un todo integral indisoluble, mayor que la suma de sus partes y diferente a estas que tiene maneras de ser que están en relación mutua y simultanea con el entorno".<sup>10</sup>

Salud: es un valor y una experiencia vivida según la perspectiva de cada persona, se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la misma, las creencias, las formas de actuar, que son culturalmente conocidas y utilizadas con el fin de conservar el bienestar de una persona o grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas; por consiguiente varía de una cultura a otra.

El entorno comprende el medio interno (genético, fisiológico, psicológico y espiritual) y al medio externo, compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Se relaciona con todos los elementos contextuales en los que la persona se encuentra: físicos, ecológicos, sociales culturales, políticos, económicos, es decir con cualquier factor que tenga influencia en su estilo de vida de tal forma que las influencias del entorno proporcionan un significado a las experiencias de la vida de la persona por lo que un comportamiento solo es la medida en que se contextualiza en el entorno.

El cuidado es la propia definición de enfermería, es decir, las acciones emprendidas por las enfermeras. Las acciones enfermeras normalmente son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

---

<sup>10</sup> Kérovac et.al EL PENSAMIENTO ENFERMERO. Barcelona, Masson. 1996, p 60

Las relaciones proposicionales son cuatro y describe la forma en la que debe ser abordado el estudio de estos conceptos:

La primera es entre persona y salud, el cual sostiene que la enfermera se ocupa de los principios y leyes que rigen los procesos vitales, el bienestar y las funciones óptimas de los seres humanos enfermos o sanos. También hace referencia al bienestar a la realización del potencial de creación de la persona para cuidar de su salud.

La segunda es entre persona y entorno, afirma que la enfermería se ocupa de las pautas de comportamiento humano en interacción con el entorno, tanto en situaciones de la vida cotidiana, como en situaciones críticas de salud. El entorno es individual para cada persona; cuando actuamos como enfermeros profesionales debemos reconocer la existencia de este mundo único y entenderlo para así fomentar el potencial humano de cada persona.

La relación entre salud y cuidado indica las acciones o el proceso que se sigue para efectuar cambios positivos en el estado de salud.

De estas tres relaciones se deriva la cuarta entre persona, entorno y salud, afirma que la enfermera le concierne la totalidad de la salud de los seres humanos reconociendo que esta en continua interacción con su entorno.

Los cuatro conceptos las cuatro proposiciones identifican el único objeto de estudio focus de la disciplina de enfermería. Además tienen una perspectiva neutral, porque no reflejan un paradigma o un modelo conceptual, no reflejan creencias y valores de ningún país o cultura y por tanto tienen una esencia y un campo de aplicación universal.

El entendimiento sobre el metaparadigma de enfermería, persona, entorno, cuidado y salud, se logra a través del proceso educativo y la práctica clínica y

requiere que estemos consientes de cuidar, de su valor, y así poderlo integrar continuamente en nuestras acciones.

## 2.2 CUIDADO

### 1. Antecedentes Históricos.

Los cuidados tienen su origen desde el comienzo de la vida, ya que todo ser vivo por instinto natural tiene la intención de cuidar de otro y cuidarse de sí mismo. el objetivo primordial de este acto es sin duda el preservar y dar continuidad a la vida.

En el hombre pero muy en especial en la mujer, el acto de cuidar es un acto innato ya que en el momento de que se engendra un nuevo ser dentro de su cuerpo, comienza un proceso de cuidado dentro y fuera de ella para que ese nuevo ser logre su objetivo primordial, vivir.

A través de la historia hemos heredado un que hacer que a través del tiempo ha permitido el desarrollo de nuestra especie "cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo, luchar contra la muerte, la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie".<sup>11</sup>

Los cuidados no fueron propios de un oficio y aún menos de una profesión; Eran los actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarles todo lo necesario para continuar su vida.

La historia de los cuidados se perfila alrededor de dos grandes ejes que originan dos orientaciones, de las una garantizara su predominio hasta el punto de absorber la otra; la primera orientación es asegurar la continuidad de la vida del

---

<sup>11</sup> Colliere, Op.cit. p 6.

grupo de la especie, teniendo en cuenta todo lo que es indispensable para asumir las funciones vitales.

Para lograr dicho objetivo, es necesario la creación de actividades que marcan la pauta para la organización de los mismos de acuerdo al sexo, hombre y mujer y que se verán trascendidos a través del tiempo dependiendo el tipo de cultura y época, donde serán un elemento primordial en la vida social y económica de ambos sexos.

Una expresión originada desde el inicio de la vida, ha permitido que se vuelva una actividad cotidiana, "cuidar de" es por eso que en las diferentes épocas de la vida, el cuidar de la mujer es un elemento indispensable para el mantenimiento de la especie, ya que es ella quien procrea y cuida de los niños en sus primeros años de vida, cuidarla desde el momento de la concepción de un ser y durante el parto, ha permitido crear una serie de actividades que permita fortalecer el mantenimiento de la vida y de la especie.

En las diferentes culturas, el cuidar de la vida ha tenido diversas manifestaciones pero en donde en todas han encontrado un origen y un fin, la vida y la muerte, para algunos es la diferencia entre el bien y el mal, para otros es un proceso normal en el cual todo ser vivo tiene que pasar, pero si duda el proceso que se tiene que llevar entre una y otra, dependerá de todo lo que rodea al ser, tanto en su interior, biofísico y psicológico como en el exterior dado en su ambiente natural como social, los diferentes tipos de cuidados biopsicosociales generan una serie de expectativas los cuales permiten llevar a un individuo a obtener una calidad de vida que le permita mantenerla o perderla en el proceso.

Al buscar el origen de la muerte o el foco del mal, nacen los médicos, ellos comienzan la investigación de los diferentes males que acomete a los individuos, las enfermedades se convierten en el punto de inicio para el combate del mal y a lo que conlleva al individuo a la muerte, por lo que el cuidar se convierte en tratar a

al enfermedad, con ello aparecen los cuidados de enfermería y por consiguiente las primeras enfermeras las cuales fueron mujeres religiosas ya que de primera instancia su ayuda consistía mas en lo espiritual que en lo físico.

Posteriormente con la división de poderes en la humanidad y su ambición por obtener más poder, surgen las primeras guerras, donde los cuidados hacia los heridos en combate estaban dados por los militares, pero sus condiciones precarias e insalubres daban origen a mas complicaciones y posteriormente a la muerte del individuo.

Los cuidados han evolucionado constantemente a través del tiempo, en donde diferentes personalidades han contribuido al engrandecimiento de los cuidados de enfermería pero sobretodo, que estos tengan un desarrollo profesional, intelectual y espiritual para perseverar el mismo objetivo que se encuentra al inicio de la vida, el conservar y cuidar la vida de uno mismo, de otros y con otros.

## 2. Concepto de Cuidado.

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas de la salud; el término de la misma ha crecido hasta nuestros días por lo que en el área de la salud existen diferentes conceptos de acuerdo a su utilidad ya sea como cuidado de salud y cuidados de enfermería.

Existen varios autores que han definido al cuidado desde cada una de sus perspectivas por ejemplo: Benner y Wrobel dicen: "Cuidar o tomar contacto, es el elemento esencial de la relación enfermera-cliente y la capacidad de la enfermera para empalzar o <sentir desde> el paciente, representa la principal característica de las relaciones profesionales".<sup>12</sup> Por otro lado Planer desde su enfoque en

---

<sup>12</sup> Medina José Luis. LA PEDAGOGÍA DEL CUIDADO Edit. Laertes/Psicopedagogia. Barcelona. 1999. p. 36.

donde la enfermera obtiene crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo y dice: "Cuidado es un proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar...

El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas, técnicas y conocimientos".<sup>13</sup>

F. Colliere da otro concepto que dice: "Cuidar es un acto individual que uno se da así mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto que se tiende a dar a cualquier persona que, temporalmente o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales".<sup>14</sup>

Para ver al cuidado desde todos sus atributos generales Mayefof dice: "Cuidado es la antítesis del uso simplista de otra persona para satisfacer nuestras necesidades. Su significado no debe ser confundido con tener buenas intenciones o deseos, con el cariño, el confort y el mantenimiento o con el interés que puede tenerse por lo que le ocurra a otra persona. Tampoco es un sentimiento aislado o una relación humana momentánea ni tampoco es una cuestión de tener la intención de cuidar a alguien; el cuidado entendido como ayuda a otra persona permite el desarrollo y la actualización del yo; es un proceso de interrelación que implica desarrollo de la misma manera que la amistad solo aparece a través de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación".<sup>15</sup>

Como hemos visto, el acto de cuidado encierra a un solo ser o a un binomio en el caso de enfermería (enfermero-paciente) tienen en común el mismo objetivo como

---

<sup>13</sup> IDEM: p 36.

<sup>14</sup> Colliere. Op.cit. p. 6.

<sup>15</sup> Medina. Op.cit.p. 36

dice Colliere, preservar y / o conservar la vida, por tanto es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad, todo esto nos permite que podamos aumentar nuestro conocimiento, habilidades y destrezas para el mejoramiento del cuidado y una superación profesional y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida de los servicios de salud que se ofrece hasta nuestros días.

### **3. Connotaciones del Cuidado.**

En el ámbito de enfermería, el objetivo primordial es el cuidado hacia la persona sana o enferma, pero para llegar a brindarlo, debemos de conocer antes la evolución que ha presentado el cuidado y la importancia de ejercerlo en compañía de otras personas y profesionales.

Como se vio anteriormente, el cuidado es una actitud natural de todo ser vivo para la conservación de la vida; a través del tiempo el cuidado se fue convirtiendo en una práctica hacia la persona sana o enferma tomando en cuenta su aspecto biopsicosocial que envuelve su entorno, en enfermería se ha tomado como objetivo la actividad de cuidar la vida humana integral, respetando los derechos y sentimientos de cada persona que se cuida.

En el proceso del cuidado, se habla de diferentes connotaciones, las cuales son: "cuidar de sí mismo (la enfermera para cuidar de otros, primero requiere cuidar de sí misma), cuidar de otros y cuidar con otros (en esta última, toma sentido el trabajo con otros profesionales)".<sup>16</sup> La primera, el cual habla de cuidar de sí mismo, nos permite ver que antes de empezar a brindar un cuidado, hay que conocernos a nosotros mismos como cuidadores para saber que cuidados debemos tener para nuestra salud de acuerdo al entorno que nos rodea, adquirir

---

<sup>16</sup> Coordinación de educación continúa. "EL PROCESO DE ENFERMERIA" México 2001. UNAM-ENEO, p. 37.

los conocimientos que permitan ver nuestro interior en su aspecto biofisiológico y detectar los problemas reales y potenciales a los cuales estamos expuestos, así como el tipo de ambiente natural y psicosocial que genera en nosotros ciertos cambios de actitud que nos exponen a generar cambios que se ven reflejados en nuestra salud.

Una vez que se obtengan estas cualidades para con nosotros mismos, estaremos preparados para iniciar la siguiente etapa; cuidar de otros. Como anteriormente se dijo, el cuidado es una actividad natural de las personas y es el objetivo primordial del ámbito de enfermería; en esta, más que un acto de cuidar, es una interacción persona-enfermera en donde esta última requiere de un acervo amplio de conocimientos que le permitan tener intuición para la toma de decisiones acertadas buscando responder a las necesidades particulares de la persona además de la integración de habilidades específicas.

Algunas autoras afirman que el cuidado es la esencia de la práctica enfermera / o pero también engloban aspectos afectivos o humanísticos con actitud y compromiso, pero para lograr crear un cuidado este debe pasar por diversos procesos: la reflexión, la integración de conocimientos, el juicio clínico y la intuición; el objetivo de todo esto, es reforzar, sostener y transformar en la persona su potencial.

La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, actuar y llevar a cabo las actividades ligadas a la salud, ya que sabe de ante mano que un cuidado que marca la diferencia, favorece el desarrollo y el crecimiento de la persona cuidada.

Durante el proceso de cuidado, el entorno de la enfermera / o se ve amenazado, por lo que es necesario modificar el entorno para asegurar el cuidado de calidad, también ésta evalúa constantemente sus intervenciones en función de los objetivos propuestos, los modifica y los refuerza.

Una enfermera que conoce bien a la persona y sus contextos de vida, puede facilitar las intervenciones y decisiones conjuntas con los profesionales de la salud y de los servicios sociales, aquí es donde entra la siguiente etapa, cuidar con otros.

“El centro de interés de la disciplina de enfermería y los principios inherentes al cuidado, invitan a la enfermera a una gran colaboración con el personal enfermero, profesional y no profesional y con los miembros de la familia”.<sup>17</sup>

A través de la historia, el cuidado ha sido transmitido de manera oral y en la práctica cotidiana las diferentes culturas, pero existen características universales en el modo de cuidar entre las familias, con el continuo desarrollo de la ciencia médica, el cuidado se ha dado de manera integral en los centros hospitalarios generado principalmente por el personal de enfermería, reemplazando así el cuidado familiar durante la hospitalización; en este sentido, la enfermera debe familiarizarse y conocer las costumbres, medio social y cultural que rodea a la persona cuidada, para que de acuerdo a sus conocimientos y habilidades adquiridas, pueda ayudar a esta, aumentando sus expectativas de salud en conjunto con su familia, con ello permitirles participar en los diferentes procesos donde puedan conocer, mejorar y cuidar integralmente su salud y por consiguiente mejorar su calidad de vida.

Además de la familia, la enfermera debe tener una relación estrecha con otros profesionistas para lograr el objetivo marcado. “Las disciplinas que están más relacionadas con la disciplina de enfermería son las de la salud y las que ofrecen un servicio en el contexto de la salud como el servicio social la psicología. Estas disciplinas se reparten la responsabilidad de prodigar a la sociedad un servicio de

---

<sup>17</sup> Kérovac, Op.cit p 88.

salud de calidad".<sup>18</sup> Es importante que entre las diferentes profesiones, tengan un intercambio de ideas para lograr responder a las diferentes necesidades de una persona, familia o población.

Cabe mencionar que la colaboración interdisciplinaria requiere tener un reparto de autoridad y de responsabilidad durante la realización de una actividad, así como la apreciación específica de cada profesión o disciplina como la "equidad" en donde se da una igualdad de cada disciplina y la "paridad" donde se reconoce la diferencia de las mismas, lo anterior proporciona conjuntamente los cuidados de salud que se requieren.

También es necesario que tengan ciertas condiciones para la práctica en colaboración, las cuales son: la comunicación, la capacidad, la responsabilidad, la confianza y el apoyo administrativo; lo que concierne a la comunicación se entiende que uno y otro saben lo que hacen, el porque, cuando y como, ya que una coordinación entre estos sirve para lograr el objetivo; deben tener la capacidad de contar con los conocimientos y habilidades de unos y de otros, deben ser responsables y asumir decisiones de acuerdo a sus conocimientos durante la actividad realizada; la confianza permite contar con la integridad y conocimientos entre unos y otros y el apoyo administrativo implica crear un medio favorable entre ambas partes para la cooperación y la coordinación de los esfuerzos de cada una disciplina y alcanzar los objetivos marcados.

Como se ha visto, el cuidado tiene tres connotaciones para lograr un cuidado y con ello englobar el meta paradigma que envuelve a la disciplina de enfermería, el cuidado, la persona, el entorno y la salud.

"Colliere defiende que durante la actividad de cuidar la enfermera desarrolla tres tipos de actividades de naturaleza diferente: las que dependen directamente de la decisión e iniciativa de la enfermera, las que dependen de la decisión médica en

---

<sup>18</sup> IDEM. p 92

cuanto a la prescripción y de la enfermera en cuanto a la puesta en práctica y de las que dependen de iniciativas compartidas entre diferentes trabajadores sanitarios y sociales".<sup>19</sup>

El personal de enfermería, además de pasar por lo antes mencionado, puede tener un criterio amplio que le permita tomar decisiones en una situación crítica si no cuenta con otras opiniones a la mano, pero para lograr esto necesita continuar adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades renovándose día con día en su práctica diaria, laboral y social, para tener así nuevas estrategias que permitan lograr y mejorar los cuidados que se brinden en ella y en la sociedad que le rodea.

#### **4. Tecnologías para el Cuidado.**

Dentro de los cuidados de enfermería, existen elementos que permiten llevar a cabo los objetivos marcados y que tienen mucha importancia para el desarrollo de las mismas, hablamos de las tecnologías de los cuidados, Colliere dice: "Por tecnología hay que entender un arte, un conocimiento de los instrumentos, es decir de todo lo que muestra su elaboración, su creación, la justificación de su utilización apropiada".<sup>20</sup>

Para el conocimiento que se menciona es necesario llevar un procedimiento o una técnica para el manejo de los instrumentos que permita lograr un aprendizaje continuo al igual que ciertas habilidades.

Para lograr el continuo mantenimiento de la vida, en enfermería se han tenido que recurrir a diversos conocimientos que, a través de la historia y de la práctica continua, han generado ciertas habilidades en el personal, además de las nuevas

---

<sup>19</sup> Medina. Op.cit. p. 46.

<sup>20</sup> Colliere. Op.cit. p 261.

estrategias o conocimientos que han aparecido en las diferentes investigaciones en el área de la salud. Lo anterior permite que el personal recurra a llevar ciertas técnicas para el logro de sus objetivos, esto se ve aplicado en las diferentes unidades hospitalarias ya que es aquí donde la enfermera suplente a la familia en los cuidados que se deben generar en una persona que tiene una enfermedad o discapacidad que altera su estilo de vida de una manera importante.

Muchas de las veces dichas técnicas han sido llevadas por la enfermera de una forma rutinaria sin saber a fondo si la técnica o el procedimiento está cumpliendo con el objetivo, poniendo en tela de juicio la calidad del cuidado.

Pero para lograr comprender las diferentes técnicas que se aplican, debemos conocer las tecnologías o instrumentos que utilizamos y si lo estamos explotando en todo su potencial para llegar a nuestra meta. Colliere menciona que nuestros instrumentos son: El cuerpo, los cuidados habituales para el mantenimiento de la vida, la curación y la información.

Nuestro cuerpo posee características muy importantes entre los que se encuentran los sentidos como el tacto, el oído, la vista mismos que al encontrar su potencialidad y desarrollamos a fondo su sensibilidad e intuición, podemos detectar a groso modo diferentes virtudes y defectos en otra persona, habilidades y debilidades o más aún, problemas que conllevan a que tengan una deficiencia que altere su salud, esto, va de la mano con los cuidados que posee normalmente una persona en su estilo de vida, donde permite valorar que tan bien o mal esta preparado para los cambios que se generan en su entorno.

En un medio hospitalario, existen tecnologías que influyen mucho en enfermería, las de información y las que sirven para la curación, ésta última, enfermería la ha dejado al personal médico y la cual seguimos solamente mediante las indicaciones médicas, se ha dejado a un lado el saber porque y el como de una curación,

---

cayendo continuamente en una rutina que no tiene sentido, agregando la falta de información que sirve para lograr una justificación de el porque se realiza dicha actividad.

Como se menciona antes, otro instrumento es la información, no solo la que se encuentra en documentos en donde se ha plasmado el origen biológico de una enfermedad de las personas, sino la que se recopila durante la entrevista que se realiza a la persona enferma o a su familia, el tener un análisis completo de la información se puede llegar a detectar las deficiencias que generaron el problema en la persona o en la familia misma; así se puede establecer un plan de cuidados enfocados a resolver o disminuir el problema, y posteriormente detectar los problemas potenciales que puedan causar otras alteraciones en la misma.

Todas las tecnologías que se utilizan en enfermería, se deben de fusionar para lograr un desempeño óptimo de los cuidados de enfermería, de uno depende hasta donde somos capaces de desarrollar cada una de estas tecnologías y el desempeño que se tenga de las mismas, adaptarlos a otros conocimientos que influyan o tengan relación con el área de la salud, además como servidores del mismo, es necesario buscar alternativas que ayuden a la población a prevenir problemas de salud de una manera fácil y sencilla de aprender para ellos.

## **5. Proceso de los Cuidados de Enfermería.**

El cuidado es y ha sido un elemento importante para la conservación de la vida, los cambios que se presentan a lo largo de la historia hace que este cuidado sufra una serie de transformaciones en las diversas sociedades y culturas generadas, con el nacimiento de la enfermería como profesión y la aplicación del cuidado como su objetivo principal, se crea o se emplea una serie de elementos los cuales crean un proceso de cuidados de enfermería basados en los conocimientos obtenidos a través del tiempo y que siguen apareciendo en la actualidad, además,

los instrumentos que se ocupan y tomando en cuenta las diferentes creencias existentes en las personas junto con el valor que se les brinda; lo anterior hace que el personal de enfermería cree un concepto de sí mismo sobre su que hacer profesional y la labor realizada en cada individuo a cuidar.

Primero se mencionan los conocimientos, estos al igual que en cualquier profesión, debe estar respaldados por antecedentes históricos los cuales han tenido auge a través del tiempo, en enfermería su principal fuente de conocimientos es el cuidado, en una persona se debe hacer una reflexión sobre las necesidades vitales para poder coexistir, al verse alterada principalmente por una enfermedad, hace que el individuo se incapacite y afecte su estilo de vida normal.

Para identificar o detectar la problemática real o que la origino, se debe conocer a la persona en toda su extensión, es decir, en su aspecto bio-psico-social y el entorno; el observar, un instrumento importante en nosotros, se logra identificar a groso modo aspectos que vislumbran su personalidad, su forma de desenvolverse en el medio, al igual el grupo en el que convive, observarlo y escucharlo, es el primer paso para conocer la primera fuente de conocimientos como dice Colliere, la persona o el grupo.

Es necesario que al analizar a una persona como fuente de conocimiento, es necesario reforzarla con otros conocimientos, mismos que ayuden o complementen la información y así enriquecerlo o hacer un cuadro comparativo.

El recurrir a otro tipo de conocimientos, nos hace crecer de manera intelectual, estos conocimientos los podemos obtener mediante los medios de vida diferentes círculos sociales, en libros, revistas, diarios, periódicos, películas, actividades artísticas, culturales y deportivas, en fin cualquier experiencia de la vida que tenemos cotidianamente.

Al toparnos con una persona que va hacer cuidada, nos enfrentamos a algo desconocido, ya que es una nueva experiencia de vida que se presenta, pero conforme se va conociendo a la persona en su diferentes aspectos, podemos encontrar elementos que son parecidos a los de la experiencia anteriores, los nuevos conocimientos nos hace reforzara o crear nuevas alternativas que permiten al individuo tener una mejor calidad de vida; los conocimientos tendrán su importancia si los conjugamos con la diversidad de experiencias vividas, buscando siempre lo desconocido, con todo esto podemos dar una explicación a lo que se genera en su momento y como aplicar el cuidado que se ha de dar a una persona ya sea en su medio de vida o en un medio hospitalario.

Es importante saber manejar los conocimientos y aplicarlos en las diferentes situaciones, ya que podemos caer en la rutina debido a la similitud de los casos, si no se analiza debidamente, podemos ignorar aspectos importantes que afecten de manera significativa a la persona cuidada.

En segundo lugar, se manejan las tecnologías, como anteriormente se dijo en otro apartado de este documento, son instrumentos que nos ayudan a identificar problemas reales o potenciales en la persona:

- El cuerpo
- La curación
- La información

Y en tercer lugar, las creencias y valores, todo esto es una forma de conocimiento que se ha transmitido de una sociedad a otra generados por una fe religiosa donde diferencian lo bueno y lo malo.

Toda costumbre o creencia puede estar en riesgo de permanecer o desaparecer, dependiendo de los conocimientos que se generen dentro de esta, ya que pueden

presentar alternativas que logren mejorar un estilo de vida y con ello cambiar de manera drástica una forma que había prevalecido durante cierto tiempo.

Los valores, tienen un vínculo con las creencias y costumbre, el valor es importante en una sociedad la cual se aplica a una creencia, lo que hace que esta misma la defienda y proteja hasta lograr mantenerla, esto es observable en las diversas culturas los cuales son heredados de generación en generación.

En los cuidados de enfermería, también tienen influencia los valores y creencias ya que los conocimientos han sido heredados y transmitidos por los mismos profesionales de la salud dados también por el lugar en donde son generados junto con los instrumentos, medios económicos y sociales, cabe mencionar que dichas costumbre varían de acuerdo a la forma de trabajo que se ejerce en cada una de las instituciones y por el personal adscrito, por lo que el enfoque en el proceso salud-enfermedad puede variar.

Como se ha visto, para lograr un verdadero proceso de cuidados de enfermería, es necesario pasar por estos tres elementos para obtener un mayor criterio en la toma de decisiones que permitan a la persona cuidada una mejor calidad de vida respetando y o modificando su entorno biológico, social y cultural.

## **2.3 PROCESO DE ENFERMERIA.**

### **1. Antecedentes Históricos.**

El proceso de enfermería, es un sistema organizado que en nuestro país va adquiriendo auge, en las diferentes bibliografías, se describe los cambios por los que ha pasado el proceso llegando a su desarrollo hasta nuestros días.

En 1955 durante un discurso de Lydia May a cerca de la calidad de la asistencia sanitaria en donde se hace énfasis que todo es un proceso teniendo como preposiciones fundamentales "la asistencia sanitaria a el paciente para el paciente y con el paciente" con lo que serían el objeto del proceso de enfermería".<sup>21</sup>

En la obra de I.J. Orlando. "La relación dinámica enfermera-paciente" constituye la relación interpersonal con la realización de acciones deliberadas haciendo una distinción de éstas con las actividades automáticas las cuales pueden llegar a formar parte de la actuación del personal de enfermería.

En 1966, Lois Knarles, describe un modelo en el cual cita una diversidad de actividades los cuales constituyen el cometido de los profesionales de enfermería y que deben saber desarrollar.

1. Describir: Adquiere conocimientos o información de lo desconocido.
2. Investigar Utiliza información de un mayor número de fuentes para la obtención de datos a cerca del paciente.
3. Decidir: Planea el procedimiento a seguir en la asistencia del paciente buscando la mejor forma de abordar la situación.
4. Actuar Desarrolla el plan que ha concebido.
5. Discrimina Establece prioridades mediante la evaluación de los problemas necesidades del paciente.

Estas cinco fases son idénticas a las que hoy en día se aplican en el proceso de enfermería.

En 1967, un grupo de profesores de la escuela de Asistencia Sanitaria de la Universidad Católica de Norteamérica, identificó las siguientes fases del proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación.

---

<sup>21</sup> Hernández CJ Esteban AM FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA TEORÍA Y MÉTODO. Interamericana McGraw-Hill. España. 1999. p.127.

En una investigación sobre el proceso clínico de educación referido a la intervención de enfermería por parte de la Universidad de Colorado, manifiesta que el proceso de educación de las necesidades del paciente debían realizarse mediante la emisión de juicios basados en los datos disponibles, esto se puede interpretar como la elaboración de un diagnóstico de los problemas del paciente ya que de acuerdo al problema, manifestara síntomas que serán captados por la enfermera / o, será capaz de establecer un diagnóstico y decidir el camino a seguir en beneficio del paciente.

Se puede concluir, que hoy en día, el proceso de enfermería sigue siendo tema de discusión, ya que quedan varios aspectos por mejorar y perfeccionar, sobre todo a nivel teórico, pero sin duda es un método eficaz para los trabajadores de la salud en especial en la práctica de enfermería.

## 2. Concepto.

Para lograr definir el concepto del proceso atención de enfermería, se debe entender el proceso como un método sistemático de prestación de asistencia de enfermería individualizada que consiste en valorar a los paciente, identificar los problemas, ejecutar las acciones y valorar el resultado; Atención de enfermería, son los cuidados del profesional de enfermería proporcionados al paciente, desde su ingreso hasta su egreso, buscando el logro de los objetivos, con lo anterior podemos definir el proceso atención enfermería como un "termino familiar para el personal de enfermería ya que es una herramienta habitual que sirve para organizar sus acciones en la realización de atención de la salud a individuos, familias y comunidad".<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Rosales, Susana. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. Manual Moderno. México 1999. p 199

Existen otras definiciones dadas por otros autores mencionando solo al proceso de enfermería, por ejemplo en 1967 un comité lo definió así: "el proceso de enfermería es la relación que se establece entre un paciente y una enfermera en un determinado medio ambiente; incluye los esquemas de comportamiento y acción del paciente y de la enfermera y la interacción resultante".<sup>23</sup>

Por su parte King lo define "como un proceso de acción, reacción interacción y ejecución a través del cual los profesionales de la enfermería ayudan a individuos de cualquier edad a satisfacer sus necesidades humanas básicas mediante la atención que prestan al estado de su salud en alguna fase particular de su ciclo vital".<sup>24</sup>

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

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

El proceso de enfermería se divide en cinco fases: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, los cuales se verán y definirán en el siguiente apartado.

---

<sup>23</sup> Hernández. Op. Cit. p. 12

<sup>24</sup> IDEMP. 129.

### 3. Valoración.

#### Concepto:

Se define como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.

Esta primera fase es tal vez la más importante, ya que todo el plan se sustenta en la información obtenida, una valoración precisa, conduce a la identificación del estado integral del paciente y los temas inherentes de enfermería y el diagnóstico de la misma.

#### Objetivo:

- a) Predecir, detectar, prevenir, controlar o eliminar problemas de salud.
- b) Identificar formas de ayudar a la persona a conseguir su máximo bienestar e independencia.

#### Etapas:

1. Obtención y recolección de datos el cual se logra a través de tres herramientas que son: La Observación, El Interrogatorio o Entrevista y la Exploración Física; esta etapa está dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permiten conocer y analizar lo que realmente sucede al paciente, familia o comunidad en relación.
2. Organización y análisis de la información; una vez que la enfermera/o ha recopilado los datos a cerca del paciente, estos deberán organizarse y analizarse para interpretarlos y darles significado, de tal manera que permita tomar decisiones que aseguren el cuidado individualizado de la enfermera y por consiguiente culminar con el diagnóstico de enfermería.
3. Diagnostico de Enfermería.

### **Tipos de Valoración:**

- a) **Objetivos:** Son aquellos detectados por un observador o pueden analizarse frente a un estándar aceptado. Puede verse, oírse, sentirse u olerse por ejemplo una pigmentación de la piel, una lectura de la presión arterial, el llanto o temblor de la mano.
- b) **Subjetivos:** Estos solo son evidentes para la persona afectada y únicamente pueden ser descritos o verificados por dicha persona por ejemplo: picor, dolor, sensación de intranquilidad. Esta valoración comprende la percepción que el cliente tiene de su estado de salud personal y de su situación en la vida; de hecho la información proporcionada por las familias, allegados u otros profesionales se considera subjetivo.

### **Método de Observación:**

Es un método directo, que utiliza la enfermera con la utilización de sus sentidos (vista, tacto, oído, olfato) e instrumentos de medición como termómetro, estetoscopio, esfigmanómetro, la palpación percusión y auscultación; es una habilidad de alto nivel que el personal de enfermería debe desarrollar desde la etapa de sus formación académica ya que en varias ocasiones, a traves de esta, se puede llegar a un diagnostico presuntivo o certero y planear los cuidados de enfermería.

Así pues, la observación consiste en describir minuciosamente el estado de salud o enfermedad del paciente y el entorno físico o psicoemocional que lo rodea. Dicha observación debe iniciarse desde el primer encuentro con el paciente para

comenzar la fase de recolección de datos y esta deberá continuar a través de la relación enfermera-paciente.

### **-Método de Interrogatorio y la entrevista.**

La entrevista es una técnica o método observacional que le permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación dirigida hacia un fin, que es el de proporcionar atención personalizada, que el paciente exprese sus ideas, sus sentimientos y necesidades inmediatas a largo plazo; la entrevista puede aplicarse en la mayor parte de las fases del proceso de enfermería ya que es la herramienta principal para la recogida de datos durante la fase de esta misma, además con la entrevista se obtiene la historia clínica.

Existen dos tipos de entrevista o interrogatorio, la formal y la informal: El interrogatorio formal se caracteriza por consistir en una comunicación específica haciendo preguntas cerradas y donde la persona o paciente no tiene la oportunidad de hacer preguntas o discusión sobre el tema, también permite la realización de la historia del paciente. El interrogatorio informal, la enfermera deja a la persona participar realizando preguntas abiertas, esta comunicación se puede realizar mientras "la enfermera brinda atención al paciente y con frecuencia este último expresa sus sentimientos y problemas"<sup>25</sup> este rubro debe aprovecharse ya que pudieran surgir datos que no fueron recopilados en el interrogatorio formal, pero además la enfermera debe tener la capacidad de "escuchar" para que desarrolle una real comunicación terapéutica.

### **-Metodo Clínico o Exploración Física.**

El examen clínico nos conduce a una observación más precisa de los problemas que presenta el paciente. Para obtener los datos la exploración debe realizarse:

- 1) Céfalocaudal. (de cabeza a pies)
- 2) Por aparatos y sistemas.

<sup>25</sup> Rosales, B Susana FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. Edit El Manual Moderno México 1999. p. 204.

También por la región que el paciente reporte como problema u objeto de interés, utilizando los métodos correspondientes.

- Inspección.
- Palpación.
- Percusión.
- Auscultación.
- Medición. <sup>26</sup>

Así mismo, esta fase se complementa con los resultados obtenidos de los exámenes gráficos y de laboratorio necesarios. "Para lograr un desarrollo de las habilidades durante una exploración física, requiere de conocimientos, practica y tiempo". <sup>27</sup>

#### Fuentes de Valoración.

Existen infinidad de fuentes de datos disponibles de donde el personal de enfermería puede allegarse para obtener la información que se requiere en la atención de su paciente los cuales se dividen en dos:

- Primarias. El paciente como principal fuente.
- Secundarias. La familia, amigos, el hogar y la comunidad.

#### Instrumentos de Valoración.

Estos son los informes o registros en los cuales la enfermera se apoya para la obtención de más datos, por ejemplo:

- Registros médicos
- Expediente clínico
- Registros sociales.

---

<sup>26</sup> IDEMP. 206

<sup>27</sup> kossier. Op.cit. p 25.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Sistemas computarizados
- Notas de otras enfermeras
- Visitas domiciliarias
- Libros, revistas
- Especialistas u otros profesionales de la salud
- La enfermera misma

#### 4. Diagnostico de enfermería.

##### -Concepto.

El diagnostico de enfermería es una conclusión o enunciado definitivo, claro del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente que pueden modificares con la intervención de la enfermera/o con el objeto de resolverlos o disminuirlos.

##### -Objetivo.

Es detectar o identificar:

- Problemas de salud reales o potenciales.
- Las causa subyacentes en los problemas de salud.
- Recursos y puntos fuertes.
- Estados de salud que son satisfactorios pero que podrían ser mejorados.

##### -Etapas.

El proceso del diagnostico tiene los siguientes pasos:

#### 1) Procesamiento de los datos (Interpretación de los datos)

- ❖ Organizar los datos
- ❖ Comparar los datos frente a estándares
- ❖ Agrupar los datos (generara hipótesis de presunción)
- ❖ Identificar las lagunas e inconsistencias.

2) Determinación de los problemas de salud, riesgos sanitarios y signos favorables del cliente.

Aquí es donde la enfermera toma decisiones e identifica los problemas reales potenciales para saber que problema requiere intervención de enfermería

3) Formulación de los diagnósticos de enfermería.

En esta etapa final, la enfermera formula las relaciones causales entre los problemas de salud y los factores relacionados con ellos por ejemplo: ambientales, sociológicos, psicológicos, fisiológicos o espirituales. Más de un factor puede estar relacionado con un problema de salud.

### Etiqueta Diagnostico. (PES)

Hay tres componentes esenciales para los enunciados diagnósticos de enfermería; se conoce como formato PES.

1) Los términos que describen el problema (P). Este componente conocido como la etiqueta o título de categoría diagnóstica, es una descripción del problema (Real o potencial) de salud del cliente (individual, familiar o comunitario) para el cual se da un tratamiento de enfermería.

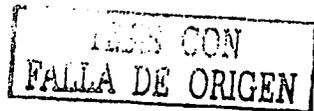
2) La etiología del problema (E). Este componente identifica una o mas causas probables del problema de salud y sirven de guía para el tratamiento de Enfermería.

3) Las características o grupo de signos y síntomas que los definen (S). Estas proporcionan información asociadas a los signos y síntomas principales los cuales deben estar presentes para validar el diagnostico.



**-Diagnósticos aceptados por la NANDA.**

- Afrontamiento defensivo
- Afrontamiento familiar inefectivo comprometido
- Afrontamiento familiar inefectivo potencial de desarrollo
- Afrontamiento familiar inefectivo incapacitante
- Afrontamiento individual ineficaz
- Aislamiento social
- Alteración de la eliminación urinaria
- Alteración de la membrana mucosa oral
- Alteración de la nutrición por defecto
- Alteración de la nutrición por exceso
- Alteración de la percusión mística (especificar: Renal, cerebral, cardiopulmonar, gastrointestinal, periférica)
- Alteración del crecimiento y desarrollo
- Alteración de los patrones de sexualidad
- Alteración de los procesos de pensamiento
- Alteración de los procesos familiares
- Alteración del patrón de sueño
- Alteración en el desempeño del rol
- Alteración en el mantenimiento de la salud
- Alteración parenteral
- Alteración de la nutrición por exceso
- Alteración potencial parenteral
- Alteraciones senso-perceptivas (especificar: visuales: auditivas, inestéticas, gustativas, táctiles, olfatorias)
- Ansiedad
- Conductas generadoras de salud (especificar)
- Conflicto del rol parenteral
- Conflicto en la toma de decisiones



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Déficit de actividades recreativas
- Déficit de auto cuidado: alimentación
- Déficit de auto cuidado: baño/higiene
- Déficit de auto cuidado: uso original/WC
- Déficit de auto cuidado: vestirse/acicalarse
- Déficit de autoestima crónico
- Déficit de autoestima situacional
- Déficit de conocimientos (especificar)
- Déficit de volumen de líquidos
- Déficit potencial de volumen de líquidos
- Desatención unilateral
- Desesperanza
- Deterioro de la deglución
- Deterioro de la integración cutánea
- Deterioro de la integridad mística
- Deterioro de la integridad social
- Deterioro del intercambio gaseoso
- Deterioro potencial de la integridad cutánea
- Diarrea
- Dificultad para el mantenimiento del hogar
- Disfunción sexual
- Disminución del gasto cardiaco
- Disreflexia
- Dolor
- Dolor crónico
- Duelo
- Duelo anticipado
- Duelo disfuncional
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico

**FALLA DE ORIGEN**

**FALLA DE ORIGEN**

- Estreñimiento subjetivo
- Exceso de volumen de líquidos
- Fatiga
- Hipertermia
- Hipotermia
- Impotencia
- Incontinencia fecal
- Incontinencia urinaria de esfuerzo
- Incontinencia urinaria de urgencia
- Incontinencia urinaria funcional
- Incontinencia urinaria refleja
- Incontinencia urinaria total
- Intolerancia a la actividad
- Lactancia materna ineficaz
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Negación ineficaz
- No seguimiento del tratamiento (especificar)
- Patrón respiratorio ineficaz
- Potencial alteración de la temperatura corporal
- Potencial de asfixia
- Potencial de aspiración
- Potencial de infección
- Potencial de intoxicación
- Potencial de lesión
- Potencial de traumatismo
- Potencial de violencia, auto-lesiones, lesiones a otros
- Potencial intolerancia ala actividad
- Respuesta postraumática
- Retención urinaria
- Síndrome de desuso potencial

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Síndrome traumático de violación
- Síndrome traumático de violación: reacción compuesta
- Síndrome traumático de violación recreación silente
- Sufrimiento espiritual
- Temor
- temorreulación ineficaz
- Trastorno de adaptación
- Trastorno de autoestima
- Trastorno de comunicación
- Trastorno de la comunicación verbal
- Trastorno de la identidad personal
- Trastorno de la imagen corporal
- Trastorno de la movilidad física

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 5. PLANIFICACION

### Concepto

Se encuentran diferentes conceptos dados por varios autores, pero para fines de este trabajo se toma de los que define Hernández como: "La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnostico de enfermería".<sup>28</sup>

### Objetivos.

Los objetivos que se marcan en la planificación son:

- Lograr oportunamente los resultados esperados
- Detectar y prevenir nuevos problemas de salud
- Promover al máximo el bienestar y la independencia

<sup>28</sup> Hernández. Op. cit. p 135.

FALLA DE ORIGEN

### Etapas.

La planificación como componente del proceso de enfermería consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
- Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Por lo general, los objetivos a mediano y largo plazo se referirán a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería. Quizás este sea uno de los puntos mas cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en este momento se confirmara la validez y eficacia del mismo.
- Documentación del plan. Finalmente las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados constituyendo una de las fuentes básicas de información a cerca del paciente en lo que se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

Cabe mencionar que en otras bibliografias, se manejan otro número de etapas por lo que solo se enlistaran aunque tienen similitud con las antes mencionadas.

Kossier maneja cinco etapas o componentes:

- Asignación de prioridades
- Establecimiento de los objetivos del cliente y los criterios de resultados
- Planificación de las estrategias de enfermería
- Redacción de las ordenes de enfermería
- Redacción del plan de cuidados de enfermería

Rosales maneja solo tres etapas o pasos:

- Establecimiento de prioridades
- Identificación de objetivos
- Plantación de las acciones de enfermería.

Para la utilización del formato en la redacción de los planes de cuidados, varios autores manejan formatos diferentes pero para fines de este trabajo se anexa el formato seleccionado.

## 6. EJECUCIÓN.

### Concepto:

Es la aplicación real del plan de atención de enfermería para conseguir los objetivos concretos que se han propuesto; Este contribuye a un cuidado integral y progresivo, ya que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente.

### Objetivo:

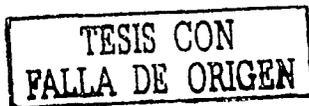
Los objetivos en la ejecución son:

- Valorar la disponibilidad para actuar.
- Actuar, luego volver a valorar para determinar las respuestas iniciales
- Hacer los cambios inmediatos que sean necesarios

## 7. EVALUACIÓN.

### Concepto:

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe el paciente por parte del personal de enfermería y otros profesionales que intervienen en su cuidado.



### **Objetivos:**

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

## **2.4 RECIEN NACIDO PRETERMINO.**

### **1. Concepto:**

Para tener una definición clara, debemos empezar por denominar al nacimiento prematuro, el cual ocurre antes que hayan terminado las 37 semanas de gestación (definición de la organización Mundial de la Salud).

El recién nacido pequeño para su edad gestacional es el que tiene un peso al nacer que esta por debajo del décimo percentil correspondiente a su edad gestacional.

“se emplean a menudo los términos peso bajo al nacer (< 2,500 grs.), peso muy bajo al nacer (< 1,500 grs.), y peso extremadamente bajo al nacer (< 1,000 grs.), pero estos términos no toman en consideración el importante factor de la edad gestacional y el peso correspondiente.”<sup>29</sup>

### **2. Características Anatómicas.**

En los bebes prematuros, la cabeza es proporcionalmente mayor que su cuerpo, la musculatura y los depósitos de grasa subcutánea es escasa, la piel es muy delgada y transparente dando la impresión de una fragilidad generalizada, su

---

<sup>29</sup> Beischer, Norma A. OBSTETRICIA Y NEONATOLOGIA. Mc Graw-Hill Interamericana. México 2000. p. 703.

color es de rojo oscuro con numerosas venas visibles a nivel de abdomen; presenta un vello fino sobre el cuerpo denominado lanugo.

El pabellón auricular no esta totalmente formado y es suficientemente blando, este se ira desarrollando desde el centro a la periferia; los pliegues plantares se encuentran lisos o tal vez tengan un pliegue transverso en el tercio anterior.

Los pezones apenas son visibles y casi no se pueden palpar pero ya están formados y tejen areola plana; en otra bibliografía, menciona que no existe esta (Beischer).

El tono muscular esta disminuido, hay un regreso automático de las piernas y nulo en los brazos, conforme progresa la gestación aumenta el tono muscular, sobre todo el flexor. El neonato muy prematuro adopta una postura de deflexión de las extremidades. El abdomen se encuentra distendido y la caja torácica poco formada y muy flexible.

Los genitales son inmaduros, en las mujeres los labios menores se encuentran prominentes al igual que el clítoris; En los varones, los testículos no han descendido hacia el escroto, el desarrollo de la rugosidad creciente del escroto coincide con el descenso de los testículos a su interior.

La respuesta neurológica a los estímulos es ligera y lenta con la excepción del reflejo de moro.

Se anexa grafica clínica de la edad gestacional.

### 3. Características Fisiológicas.

#### Sistema Respiratorio.

El bebe inmaduro puede tener problemas para mantener la respiración, debido al escaso desarrollo de la musculatura del tórax y la gran inestabilidad de la caja torácica. El aumento de la flexibilidad del tórax da como resultado que el bebe realice mayor trabajo para mantener un volumen pulmonar satisfactorio y su esfuerzo respiratorio no incrementa su volumen pulmonar; Además, parte de los alvéolos son de paredes gruesas de manera que el intercambio gaseoso es ineficaz dando como resultado periodos de apnea y cianosis; esto también se logra cuando se coordina con la función de las fuerzas de las vías aéreas superiores generadas por la succión y la deglución ya que son fuerzas faringees e intratorácicas que participan en el proceso de la respiración, los cuales tienen un efecto colapsante pudiendo generar lo antes mencionado.

El sistema respiratorio del prematuro es muy similar a la de un bebe a término, solo que la falta de desarrollo en sus diferentes aspectos con lleva a tener complicaciones que se verán reflejados en el prematuro de manera importante, una característica principal es la cantidad de factor surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones y que en estos bebes la cantidad es deficiente.

#### Sistema digestivo.

Entre las 32 y 36 semanas de edad gestacional, se presenta un patrón de succión inmaduro caracterizado por 4 a 7 succiones energéticas, con frecuencia de 1 a 1.5 seg. y no se relaciona con la deglución, esta se desarrolla en etapa mas temprana ya que se inicia entre la 10.5 y 11 semanas de edad gestacional.

El esófago en su parte distal se encuentra contraído para evitar el reflejo gástrico; el estomago es pequeño y se encuentra totalmente maduro, el paso de alimento a través del intestino delgado en prematuros, es mas lento a comparación de un

neonato a término. Se ha demostrado que ellos tienen disminuida la capacidad de absorción de lactosa y la secreción del ácido clorhídrico; El pH intestinal se modifica durante la ingesta de alimentos y la absorción de beta-lactoglobulinas es más alta en estos bebés.

Los ácidos biliares tienen función esencial en el proceso de digestión y absorción de lípidos por lo que la deficiencia de estos en un prematuro puede ser agravada por el incremento de las pérdidas fecales, existe también digestión incompleta de proteínas.

La capacidad de convertir glucosa en glicógeno y degradar glicógeno a glucosa está limitada al igual que la capacidad de liberar insulina en reacción a la glucosa.

Es importante no descuidar la alimentación de estos pequeños ya que son muy susceptibles a caer en hipoglucemia dado por el consumo de energía que tienen y las pocas reservas tanto de glicógeno y lípidos que existen en ellos.

### Termorregulación.

En los seres homeotérmicos, la producción de calor, el flujo sanguíneo subcutáneo, la sudoración, se encuentran de tal manera equilibrados que, a pesar de los cambios sucedidos en la temperatura ambiental, la temperatura corporal permanece constante.

La regulación de la temperatura se presenta por un controlador que recibe los impulsos provenientes de los sensores al calor y al frío localizados en hipotálamo, piel, médula espinal y otros sitios; este controlador pone en marcha mecanismos de disipación del calor o del frío, entre estos participan la actividad corporal, la circulación sanguínea y las glándulas sudoríparas produciendo así la temperatura corporal.

Los prematuros tienen pocos recursos para soportar el frío y con ello generar pérdidas de calor dado por mayores pérdidas insensibles de agua debido a la delgadez y permeabilidad de su piel, por su mayor superficie corporal en relación a su peso; tienen muy poca grasa subcutánea o tejido adiposo generando con ello poco almacenamiento de calor o aislamiento por tanto existen menor cantidad de glucosa para utilizarse en el metabolismo de las grasas y prevenir así la acidosis metabólica.

Esta limitada su capacidad para producir escalofríos dado que no tiene la capacidad de adaptar la postura de flexión, que es un mecanismo de respuesta al frío, por la pobre musculatura y la poca fuerza para cambiar de posición; además existe un mal control vasomotor del flujo sanguíneo en los capilares generándose vasoconstricción a nivel periférico.

Las glándulas sudoríparas están desaparecidas, pero una vez que aparecen, se presentan primero en la frente, posteriormente en brazos, manos, muslos, pies y por último abdomen. El umbral de temperatura corporal con el que se inicia la sudoración disminuye y su producción máxima se incrementa conforme tiene mayor edad gestacional.

### **Función Metabólica.**

La función hepática generalmente es menos madura generando un depósito menor de glicógeno y niveles más bajos de glucosa sanguínea, por lo que un prematuro se encuentra frecuentemente en hipoglucemia.

Al estar inmaduro el hígado puede causar bajos niveles de proteínas en el suero al igual que los factores de coagulación y de conjugación deficientes generando hipoprotrombinemia; los niveles de bilirrubina aumentan con rapidez debido a la incapacidad de procesar esta por lo que es necesario llevar un manejo con fototerapia.

La función renal esta inmadura, no llega a niveles de maduración hasta el segundo año de vida por lo que tiene menos capacidad de concentrar la orina o excretan grandes cantidades de líquidos, además eliminan en poca cantidad los productos metabólicos por lo que presentan frecuentemente acidosis metabólica, probablemente se encuentra aumentada la secreción de sodio lo que conduce a presentar hiponatremia.

En los prematuros existe un estado de catabolismo (destrucción de tejido) por algún tiempo después del nacimiento lo que hace que los niveles sanguíneos de nitrógeno no proteico, el potasio y el agua se encuentren aumentados.

El bebé prematuro parece digerir las proteínas y los carbohidratos pero no ocurre lo mismo con las grasas, esto conduce a la pérdida de factores nutritivos a través de la diarrea y la falta de absorción de la mayoría de las vitaminas liposolubles en especial las vitaminas A, D, E y K al igual que la vitamina C es muy frecuente.

# **CAPITULO III**

# **METODOLOGÍA**

### **III. METODOLOGIA.**

El presente estudio de caso se llevo a cabo en el Hospital General de Milpa Alta, en el período del 22 al 30 de mayo; en el servicio de cunero patológico.

Para la etapa de valoración, la información se obtuvo particularmente de fuentes secundarias, como son:

- a) Expediente clínico
- b) Hojas de registros de enfermería
- c) Padres y familiares del niño.
- d) Enfermeras del servicio de diferentes turnos
- e) Otros profesionales de la salud.
- f) Fuentes bibliográficas, hemerográficas y de medios electrónicos

Los métodos utilizados para recabar la información fueron:

- a) La observación
- a) La Entrevista y
- a) La exploración física

La información que se obtuvo se registro en los siguientes instrumentos:

- a) Anecdotario
- a) Hojas de enfermería
- a) Historia Clínica (Anexo)

Se llevo a cabo tanto valoración global, como parcial según el caso en particular; posterior a la obtención de la información, se organizo y se analizo para identificar los problemas que presenta el neonato; a través de los cuales se integraron los diagnósticos de enfermería, estructurándolos mediante el formato P.E. S.

Las intervenciones de enfermería necesarias para ayudar recién nacido, se registraron en un formato de "Plan de Atención" (Anexo) al igual que los datos que se obtuvieron en la evaluación, lo cual permitió retroalimentar el plan de intervenciones que se llevaron a cabo se evaluaron; también se recurrió a la visita domiciliaria.

A continuación se presenta un resumen de la valoración del recién nacido:

### **3.1 Datos obtenidos de la valoración.**

#### **1. Historia Clínica.**

##### *Ficha de Identificación*

Nombre: R.N. H.H.

Edad: 33 semanas de gestacion.

Sexo: Femenino.

Lugar de nacimiento: Milpa Alta D.F.

Domicilio: Calle Pinos No 16 Ba Sn Juan. San Luis Tlaxialtemalco.  
Xochimilco D.F.

##### *Perfil del paciente.*

Se encuentra neonato en el Hospital General de Milpa Alta en el área de cunero patológico para crecimiento y desarrollo debido a su estado ya que nació antes de la fecha señalada para el nacimiento, por lo que de acuerdo a su edad gestacional no se encuentra apto para su desarrollo al medio ambiente extrauterino pudiendo poner en riesgo su estado de salud.

Problema o padecimiento actual.

Recién nacido pretérmino de 33 semanas de gestación nacido por vía abdominal debido a la ruptura prematura de membranas se encuentra en el cunero patológico para descartar infección potencial, al no encontrar ningún problema de esta magnitud se deja para la ganancia de peso y talla en incubadora para el mantenimiento de su temperatura corporal sin la necesidad de un soporte ventilatorio.

Antecedentes personales no patológicos.

No cuenta por el momento con ningún antecedente.

Antecedentes personales patológicos.

Estos datos fueron proporcionados por la madre del neonato.

Diabetes	No
H.T.A.	No
Cardiopatías.	No
Enfermedades Infecto-contagiosas	No
Toxoplasmosis.	No
SIDA.	No

Antecedente Heredo-familiares.

Sífilis	No
SIDA.	No
Malformaciones Congénitas	No
Consanguinidad	No
Retraso mental	No
Trastornos psiquiátricos	No

Diabetes	No
H.T.A.	No
Cardiopatías	No
Neuropatías	No
Neoplasias	No

Composición Familiar

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
M.R.H.L.	17 Años	Hogar	-----
V.H.A	20 Años	Lavacarros	\$ 500.00 sem.

Exploración Física.

SOMATOMETRIA

PESO ACTUAL	TALLA	FX CAR	TEMPERATURA	FX RES	GLUCOSA
1, 720. Kg	43 Cm	140 l / min	36.5 ° C	48 R / Min	80 mg / dl

Inspección

Neonato tranquilo sin soporte respiratorio, no presenta datos de dificultad respiratoria, con buena coloración de tegumentos, mucosas orales bien hidratadas, activo-reactivo a estímulos.

Palpación.

Cráneo normo cefálico sin cabalgamiento de las suturas, buena implantación de pabellones auriculares, narinas permeables, labio y paladar íntegro, cuello simétrico sin masas, traquea central desplazable, tórax simétrico, abdomen blando

y depresible, genitales de acuerdo a su edad gestacional, tono y fuerza muscular presentes, con buen llenado capilar de 3 segundos.

#### Percusión.

No se encuentran datos de relevancia.

#### Auscultación

Se escucha frecuencia cardiaca rítmica y de buena intensidad, campos pulmonares bien ventilados y con buen llenado en las bases de ambos pulmones, ruidos peristálticos presentes y con buen ritmo

#### Por Aparatos y sistemas.

##### Cardiorrespiratorio

No se encuentran compromisos en ambos sistemas

##### Digestivo

Mantiene buena digestión de la leche materna y de formula sin rechazarlo, no presenta vomito ni diarrea.

##### Genitourinario.

No se encuentran alteración alguna.

##### Nervioso.

A la valoración se encuentra que los reflejos de búsqueda y succión están disminuidos lo que dificulta en un momento dado su alimentación a la lactancia materna.

##### Músculo esquelético.

No presenta alteración alguna.

### Piel y anexos.

Su piel se encuentra íntegra e hidratada si presentar signos de alarma.

### Exámenes de laboratorio.

Se recaban los siguientes datos de laboratorio:

Hematocrito:	47.3	
Hemoglobina:	15.7	
Plaquetas de:	440,000	discretamente elevados
Electrolitos Na	142	
K	6.4	

## **2. Datos del Anecdotario**

Se presentan los datos registrados en el anecdotario en forma cronológica, el cual deriva de las observaciones y "entrevistas" informales con diferentes miembros de la familia.

### **22 de Mayo del 2002**

Se recibe lactante en incubadora, con buena coloración de tegumentos e hidratado con abdomen blando y depresible, área de muñón umbilical limpio y en proceso de cicatrización, presenta los siguientes signos vitales:

- \* FRECUENCIA CARDIACA = 140 LAT / MIN
- \* FRECUENCIA RESPIRATORIA= 48 POR MIN, Sin soporte ventilatorio ni presencia de dificultad resp.
- \* TEMPERATURA RECTAL= 36.5°C
- \* PERIMETRO ABDOMINAL 26.5 – 27 cm.
- \* PESO= 1,720 Kg.
- \* GLUCOSA = 80 mg / dl

Se le da alimentación por técnica de residuo gástrico en dos ocasiones a las 10:00 AM y alas 13:00 PM ya que por órdenes médicas se le ministrarán 2 ml en cada toma iniciando con 30 ml durante el turno de la noche, se cambia de posición durante el turno y se vigila si no presenta dificultad respiratoria.

En este día no se logra contactar a la madre por lo que no se realiza la entrevista y solo se observa e inspecciona al lactante.

#### **24 de mayo del 2002**

Se recibe lactante dentro de incubadora tranquila y reactiva a estímulos con los siguientes parámetros:

- \* FRECUENCIA CARDIACA= 140 Lat / min.
- \* FRECUENCIA RESPIRATORIA= 48 por min. Sin soporte ventilatorio ni dificultad respiratoria.
- \* TEMPERATURA AXILAR= 36.5°C
- \* PERIMETRO ABDOMINAL= 26.5 – 27 cm.
- \* PESO= 1,720 Kg.
- \* GLUCOSA= 80 mg / dl

Se alimenta por técnica de residuo gástrico y alternado por vía oral con jeringa, para empezar a desarrollar su reflejo de succión con previo masaje en los músculos que rodean a la boca como una ayuda para evitar el cansancio. El lactante responde al estímulo y comienza a succionar con la jeringa llegando a tomar 40 ml.

Se contacta a la mama y se entrevista la cual manifiesta que no tiene leche para alimentarlo, se le brinda orientación acerca de los ejercicios para poder extraerse la leche por si misma, la cual al comenzar con los mismos no se tienen resultados inmediatos, por lo que se le explica la naturaleza del mismo, se le informa que es necesario que se realice los ejercicios ya que es conveniente hacer una alternancia de técnica de residuo gástrico y con el amamantamiento para una mayor producción de leche por medio del masaje y el estímulo del lactante.

#### **25 de mayo del 2002.**

Se recibe lactante tranquilo, dentro de incubadora con los siguientes datos.

- \* FRECUENCIA CARDIACA: 135 Lat / min.
- \* FRECUENCIA RESPIRATORIA: 48 por min. sin soporte ventilatorio ni Dificultad respiratoria.

- \* TEMPERATURA AXILAR: 36.8 °C.
- \* PERIMETRO ABDOMINAL: 27 - 26 cm.
- \* PESO: 1,820 Kg.
- \* GLUCOSA: 80 mg / dl

Al haber una ganancia de peso y alimentarse solamente por succión con 42 ml en cada toma, se decide cambiarse de la incubadora al bacinete con la finalidad de una adaptación al medio ambiente tomando las medidas necesarias para que el cambio no sea tan brusco, se mantiene en observación.

Cuando llega la madre, se le pide que lo empiece amamantar al lactante para poder así iniciar la lactancia materna, durante el proceso, la madre manifiesta cansancio por parte del lactante sin haberlo alimentado adecuadamente, se le orienta para que lo alimente con una jeringa llegando a ministrarle 40 ml, ella prosigue con masajes en sus senos para extraer la leche y depositarlo en un frasco estéril el cual llega a extraerse 10 ml, se indica a la madre que no deje de darse los masajes hasta que puede amamantar al lactante, se le brinda orientación sobre los beneficios y lo importante de la leche materna.

## 26 de mayo del 2002

Se recibe lactante en bacinete tranquilo, reactivo a estímulos, hidratado con buena coloración de tegumentos con los siguientes parámetros:

- \* FRECUENCIA CARDIACA: 130 Lt / min.
- \* FRECUENCIA RESPIRATORIA: 48 por min.
- \* TEMPERATURA AXILAR: 37.5 °C
- \* PESO: 1,720 Kg.
- \* PERIMETRO ABDOMINAL: 26 - 26.5 cm.
- \* GLUCOSA: 80 ml / dl

Con lo anterior, se observa que el lactante tuvo una pérdida de peso de 100 grs. sin que se haya alterado su glicemia y temperatura, por lo que se busca el porque de esta pérdida de peso; comentando con la enfermera de base, manifiesta que pudo haber sido por el cambio de ambiente al que fue expuesto ( incubadora - bacinete), muchas de las veces el cambio de temperatura permite que en el organismo exista un mayor consumo de energía ( metabolismo basal) para

compensar la temperatura corporal que se pueda haber perdido, el alimento no influyo en la perdida de peso ya que sus niveles de glucosa de mantuvieron en sus niveles normales.

La madre comienza nuevamente alimentarlo por medio del amamantamiento no sin antes colocar una sonda conectado a una jeringa con formula. cerca del pezón y con la poca leche secretada del seno, se unta alrededor del mismo con la finalidad de ayudar a desarrollar los reflejos de succión y búsqueda, con esto se obtienen resultados óptimos aunque poca leche secretada por parte de la madre, por lo que se complemento con fórmula hasta llegar a 42 ml, la dosis indicada por el pediatra.

27de mayo del 2002

Se encuentra lactante tranquilo, en bacinete, con buena coloración e hidratado presentado los siguientes parámetros:

- \* FRECUENCIA CARDIACA: 130 Lt / min.
- \* FRECUENCIA RESPIRATORIA: 50 por min.
- \* TEMPERATURA XILAR: 36.5 °C.
- \* PESO: 1,820 Kg.
- \* PERIMETRO ABDOMINAL: 26 - 26.5 cm.
- \* GLUCOSA : 80 mg / dl.

Se observa que el lactante recupero la ganancia perdida, las dos tomas en el seno materno fueron favorables aunque presentando ligero cansancio por parte del bebe, se le orienta a la madre de cómo realizar ejercicios peribucales con la finalidad de evitar el cansancio al momento de amamantar al bebe además ayuda a madurar el reflejo de succión y búsqueda.

Se instruye sobre los cuidados al recién nacido en su hogar, se refuerza el tema de lactancia materna y el cuidado a sus senos; dada las características de la madre se da una platica sobre planificación familiar ya que al tener 17 años y la intervención quirúrgica a la que fue sometida, no debe embarazarse inmediatamente por los riesgos que pueda correr, entre los métodos que se le

sugiere es el dispositivo intrauterino el cual se le podría colocar en la unidad hospitalaria. Se le pide la dirección de su domicilio, para la valoración del bebe una vez que se vaya de alta, para el seguimiento del caso.

#### **04 de junio del 2002**

En este día se localiza a la madre y el lactante durante su consulta con el pediatra, una semana después de haber estado en el hospital, por lo que se pide informes de su estado de salud y el peso que ha ganado hasta entonces, la madre manifiesta que se encuentra satisfecha con la salud de su bebe ya que ha subido de peso de manera considerable, en esos momentos el bebe peso 2, 150 Kg., aceptando favorablemente la lactancia materna y sin ninguna alteración que afecte su salud, por lo que se da aviso que en pocos días se realizara una visita a su domicilio para darle un seguimiento a su bebe fuera de la institución hospitalaria.

#### **3. Reporte de la visita domiciliaria.**

Se realizó una visita domiciliaria al neonato poco después de su alta del servicio de cunero, dado su alta susceptibilidad a los cambios que se fueran a encontrar fuera del servicio hospitalario, fue necesario buscar los cambios de relevancia que pudiese tener, lo que se encontró fue a un neonato activo-reactivo a estímulos, aceptando eficazmente la lactancia materna, con buena coloración de tegumentos e hidratado sus signos vitales dentro de los parámetros que marcan su edad gestacional, a la entrevista con los padres del neonato, estos manifiestan que se ha adaptado satisfactoriamente a su medio ambiente, no ha presentado alteraciones en su organismo que pongan en peligro su salud, por lo que se sienten satisfechos con el rápido desarrollo de su bebé.

Se les brinda una platica de los cuidados al recién nacido en su domicilio, la forma de prevenir factores de riesgo, se da también una platica sobre las ventajas y desventajas de la lactancia materna, de planificación familiar ya que por ser una familia joven y de escasos recursos económicos no convendría tener un nuevo

bebe inmediatamente dado que no podrían darle la atención necesaria. Se les informa la importancia de llevar su esquema de vacunas para la prevención de enfermedades, los principales signos de alarma que pudiera presentar y que pudiera dar paso a una alteración grave en su salud.

Después de todo esto se les da las gracias por las facilidades que se otorgaron para el seguimiento de su caso ya que esto logro tener un mejor acercamiento no solo con el paciente si no también con su familia estableciendo así los objetivos del cuidado, cuidar de unos y cuidar con otros.

#### **4. Resumen de la valoración.**

Después de haber analizado la información obtenida se realizo un resumen, el cual a continuación se presenta:

Lactante femenino de 33 semanas de gestación por capurro, que por sus características de crecimiento y desarrollo se encuentra en incubadora, a una temperatura de 36.5 grados, en posición de decúbito dorsal y en constantes cambios de posición, a la exploración física se encuentra con buena coloración de tegumentos, hidratado, pelo bien implantado al igual que los pabellones auriculares, mucosas nasales y orales hidratadas e íntegras, cuello y tórax simétricos, se auscultan ritmos cardíacos con frecuencia de 140 latidos por minuto e íntensos, sin presencia de soporte ventilatorio, campos pulmonares bien ventilados sin presencia de dificultad respiratoria, abdomen blando sin masas palpables, movimientos toraco-abdominales de ampliación y amplexación simétricos, genitales de acuerdo a la edad, tono y fuerza muscular presentes; a la valoración neurológica el bebe no tiene desarrollado sus reflejos de succión y búsqueda ya que la madre al acercarlo al seno este no puede alimentarse por lo que el medio que se necesita para alimentarlo es por técnica de residuo gástrico.

A la entrevista, la mama manifiesta que al trasladarse a la casa de su suegra, empieza a tener dolores (contracciones), presentando salida de líquido transvaginal transparente, por lo que decide trasladarse al hospital; al ser valorada, deciden realizar estudio de cristalografía el cual indica una ruptura prematura de membranas de tres días, por lo que deciden intervenirla quirúrgicamente (cesárea), obteniendo un producto único vivo el sexo femenino. Ella manifestó temor por la salud de su bebe ya que le manifestaron que estaba muy pequeño y tenía que ser llevado al cunero patológico para crecimiento y desarrollo.

La madre manifiesta que llevo su control prenatal en su centro de salud el cual consistió de ocho consultas, en ellas no encontraron alteración alguna, por lo que llevo un embarazo sin complicaciones, no recibió platica sobre la lactancia materna, planificación familiar, cuidados al recién nacido por lo que desconoce esta información.

Ella manifiesta que el lactante estaba planeado, no utilizaron un método anticonceptivo antes, ella trabajaba en limpieza y que por su embarazo tuvo que dejarlo, a pesar de su edad, 17 años, vivía con la ilusión de que naciera su bebe; su esposo de 20 años trabaja lavando coches y con el es el único ingreso económico que tienen, viven solos en una casa de lamina de cartón que consta de un solo cuarto pero por ahora están viviendo en una casa de las mismas características con dos personas más, (los padres del joven ) cerca del hospital para mayor comodidad.

## **3.2 Plan de Atención Enfermería.**

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACION
<p>Alteración en la nutrición relacionada con la inmadurez, manifestada por la disminución del reflejo de succión y búsqueda.</p>	<p>A través de las intervenciones de enfermería, incrementar el reflejo de succión y búsqueda para un mejor amamantamiento y aprovechamiento de la lactancia materna.</p>	<p>Alimentación con técnica de residuo gástrico, alternada con técnica de succión</p> <p>Apoyo al seno materno con la colaboración de una sonda cerca del pezón e impregnación alrededor del mismo para empezar a ayudar y mejorar el desarrollo de los reflejos de succión y búsqueda.</p> <p>Realizar ejercicios peribucales con la finalidad de disminuir el cansancio a la hora de succionar.</p> <p>Tomar perímetro abdominal, pre y posprandial para valorar distensión.</p> <p>Pesar al bebe valorando ganancia o pérdida de peso.</p>	<p>Con la técnica alternada, se busca eliminar que el lactante dependa de una sonda y desarrolle eficazmente sus reflejos</p> <p>Que el lactante sea alimentado idóneamente al seno materno sin que dependa de leche de fórmula, alimentándolo cada 3 a 4 hrs. dependiendo la necesidad del bebe.</p> <p>Al amamantamiento no hay signos de cansancio por haber buena succión y cantidad de leche necesaria</p> <p>Evitar la presencia de distensión por presencia de gases o alimento de más en cavidad gástrica.</p> <p>La ganancia del lactante es idónea de acuerdo a su edad gestacional.</p>	<p>La alimentación del lactante fue notoria, ya que sus reflejos fueron madurando con forme fue acercándose continuamente al seno materno; Las técnicas que se utilizaron fueron de gran ayuda para evitar la pérdida de peso y con ello su afectación al crecimiento.</p> <p>El peso no aumento en forma considerable ya que el lactante comienza en esta etapa a madurar su sistema digestivo y la ganancia de peso se refleja con el paso del tiempo y de acuerdo con la alimentación que este tenga</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
Riesgo potencial de hipoglucemia relacionado con inmadurez metabólica.	Evitar los signos de hipoglucemia durante la estancia en el cunero.	<p>Medición de glucosa antes de cada alimento por medio de tiras reactivas</p> <p>Alimentarlo cada tres horas de acuerdo a las demandas del lactante sin que se prolongue el tiempo entre una toma y otra.</p>	<p>Los valores de glucosa se encuentran normales de acuerdo a su edad gestacional</p> <p>El lactante aumenta su demanda de 35 ml a 42 ml sin que se presente distensión o alguna otra alteración</p>	Durante la estancia en el cunero, el lactante no presenta signos de hipoglucemia, la alimentación que se administro fue de acuerdo a las demandas requeridas por su organismo.
Riesgo potencial de la alteración de la temperatura corporal relacionado con la prematuridad manifestado por el cambio de ambiente incubadora-bacinete.	La adaptación al medio ambiente sin que el lactante dependa de medios que disipen calor, solamente de elementos que lo protejan de los cambios bruscos de temperatura.	<p>Toma de temperatura corporal en busca de signos de hipotermia.</p> <p>Disminuir la temperatura de la incubadora poco a poco hasta su salida de esta al medio ambiente dentro de un bacinete.</p> <p>Proteger al lactante dentro del bacinete de cambios bruscos de temperatura, para evitar pérdidas de calor</p>	<p>La temperatura del lactante se mantiene en sus valores normales</p> <p>El lactante se adapta rápidamente a la temperatura ambiente dentro del bacinete, manteniendo siempre sus valores normales en su temperatura corporal.</p>	La temperatura del lactante no se vio afectada ya que en el cambio se busco que no fuera de manera brusca, ya no fue necesario regresarlo a la incubadora por lo que solo se buscaron medidas de prevención contra los cambios bruscos de temperatura.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con la adaptación del medio ambiente manifestado por la pérdida de peso de un día a otro.</p>	<p>Que el lactante tenga un crecimiento y desarrollo favorable de acuerdo a su edad gestacional.</p>	<p>Dar su alimentación con horario estricto sin prolongar mucho tiempo entre una toma y otra</p> <p>Vigilar constantemente signos de hipertermia que conlleve a pérdidas de calor corporal y con ello un consumo mayor de reservas de energía</p> <p>Pesar al lactante diario.</p> <p>Llevar una hoja de control de peso para valorar la ganancia y pérdida de peso durante su estancia hospitalaria.</p> <p>Evitar exponer al lactante a cambios bruscos de temperatura.</p>	<p>La alimentación del lactante es con horario estricto de cada tres horas de acuerdo alas demandas de este</p> <p>Su temperatura corporal se mantiene en niveles normales</p> <p>La ganancia de peso es favorable de acuerdo a su edad gestacional.</p> <p>La curva de peso es constante ya que por sus características fisiológicas su peso será de manera progresiva.</p> <p>El lactante se mantiene en una temperatura ambiente favorable para mantener su temperatura corporal en niveles normales.</p>	<p>El lactante mantuvo su peso sin cambios notables, ya que la alimentación al seno materno se comenzó en el momento que se tomo el caso y la alimentación con la fórmula no manifestaba cambios en su peso; cabe señalar que la pequeña pérdida de peso que tuvo se relaciona al cambio de temperatura al cual se expuso, incubadora-bacinete, esto se corrobora con otros profesionales como la enfermera pediatra del turno y el medico de guardia.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Probabilidad de daño a la integridad cutánea relacionado con la sensibilidad de la piel manifestado por la poca movilidad y la carencia de flora cutánea.</p>	<p>Mantener integra la piel del lactante</p>	<p>Dar cambios continuos de postura</p> <p>Realizar ejercicios en articulaciones con la finalidad de dar movilidad a sus articulaciones</p> <p>Dar baño de artesa diario para mantener una mejor higiene y cuidado de su piel.</p> <p>En cada cambio de pañal, limpiar eficazmente sus genitales a manera de prevenir eritema o posibles infecciones.</p> <p>Brindar masajes en prominencias óseas</p>	<p>El lactante se mantiene en continuo movimiento ya que la mama lo carga constantemente lo que permite que en sus extremidades se tengan en movimiento y su postura se diferente.</p> <p>La piel se mantiene limpia íntegra e hidratada y el los cambios de pañal se les asean los genitales buscando mantenerlos hidratados y en condiciones favorables.</p> <p>Los masajes permiten que al bebe se le de confort dado que se mantiene acostado en la mayoría del tiempo y en la zona de la espalda, codos, rodillas talones son los lugares con mayor prominencia ósea.</p>	<p>A pesar de sus características fisiológicas, el lactante no sufrió de alteraciones en su piel ni en extremidades, además el baño diario influyo para evitar el almacenamiento de bacterias el cual pudieron originar otras alteraciones no solo en su piel o genitales sino en el resto de su organismo.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
<p>Trastorno de la comunicación madre-hijo, relacionado con la prematuridad manifestado con el poco contacto entre los dos.</p>	<p>La comunicación madre-hijo será estrecha y mejorará la situación psicoemocional.</p>	<p>Darle a la madre la oportunidad a que participe en las actividades que se tienen con su bebé, principalmente en la alimentación artificial</p> <p>Pedir a la madre que le hable, abrace y acaricie para un mejor acercamiento en la relación de ambos.</p>	<p>La madre convive continuamente con su bebé y participa de forma abierta en las actividades e intervenciones que se realizan con su hijo</p>	<p>La madre al tener un mayor contacto con su hijo reflorece, por un lado, el inicio de la lactancia materna y por otro, el contacto sentimental y afectivo que envuelve en su estado psicoemocional en ambos.</p>
<p>Lactancia materna ineficaz relacionada con la prematuridad, manifestada por la alimentación artificial proporcionada al bebé.</p>	<p>Tener una lactancia materna favorable para una mejor nutrición y relación estrecha entre madre-hijo.</p>	<p>Orientar a la madre acerca de la necesidad de alimentar a su bebé con la leche artificial por medio de sonda.</p> <p>Acercar al neonato a la madre para iniciar la lactancia materna</p> <p>Por medio de ejercicios estimular la producción de leche, recolectarla y alternarla con la leche artificial.</p>	<p>Una lactancia eficaz y sana</p> <p>Incrementar la relación madre-hijo</p>	<p>La alternancia con sonda y seno materno fue eficaz ya que esto favoreció para que el neonato pudiera depender solo del seno materno y con ello mejorar la relación madre-hijo.</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACION	EVALUACIÓN.
<p>Dificultad para la extracción de la leche materna, relacionado con la falta de conocimiento sobre la lactancia materna, manifestado por la falta de ejercicios para estimular esta.</p>	<p>Obtener la suficiente leche para alimentar al neonato y con ello suprimir la leche de formula.</p>	<p>Enseñar ala madre las técnicas y ejercicios para la obtención de la leche.</p> <p>Orientarla sobre elucidado que debe tener de sus senos.</p> <p>Orientar sobre la forma de conservar la leche extraída.</p> <p>Brindarle información sobre la importancia de la leche materna.</p>	<p>Que la madre pueda extraerse la suficiente leche, almacenarla y que conozca la importancia de dárselo a su bebe.</p>	<p>La madre pudo extraerse favorablemente la leche de sus senos por medio de los ejercicios los cuales fueron importantes para una mayor y mejor producción de leche.</p>

# IV. CONCLUSIONES

#### **IV. CONCLUSIONES**

- 1.- Durante la realización del estudio de caso la utilización del método del proceso de enfermería para abordar el cuidado de la persona, favorece su sistematización y su individualización.
- 2.- El realizar el estudio de caso contribuyó a reforzar los conocimientos relacionado con el recién nacido pretérmino y los cuidados de enfermería que requiere para conservar su salud y prevenir daños a la misma.
- 3.- La experiencia de aplicar el proceso de enfermería en el estudio de un caso, es diferente a la forma en como se aprende y se enseña en el aula y en la clínica, debido a la gran diversidad de métodos para su enseñanza y por su vinculación con la acreditación.

## BIBLIOGRAFÍA.

Alfaro, Rosalinda. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. 2ª Ed.  
Mosby / Doyma Libros. España, 1992. 251 pp.

Alfaro, Rosalida-Leferre. EL PENSAMIENTO CRÍTICO EN ENFERMERÍA.  
Masson. Barcelona, 1996.

Beischer, Norman A. et. al. OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA.  
Mc Graw-Hill, Interamericana. México 2000. 580 pp.

Brunner, Lillian Sholtis. MANUAL DE LA ENFERMERA. 4ª edición  
Mc Graw-Hill, Interamericana. México 1991. 1797 pp.

Cárdenas Jiménez Margarita. et. al. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA  
ENFERMERÍA. Trabajo preliminar para el comité de desarrollo curricular. ENEO –  
UNAM, México 1997.

Colliere, Marie – Françoise. PROMOVER LA VIDA.  
Interamericana Mc Graw-Hill. España 1993. 395 pp.

Coordinación de Educación. EL PROCESO DE ENFERMERÍA, SEMINARIO Y  
TALLER. UNAM – ENEO, México 2001. 191 pp.

DOCUMENTOS DE HISTORIA DE LA ENFERMERIA EN MÉXICO.  
UNAM – ENEO.

Florence Bright Roberts, RN. MN. PERINATOLOGÍA, CUIDADO AL RECIÉN  
NACIDO Y DE SU FAMILIA. Edit, Científicos La prensa Médica Mexicana S.A.  
México 1982. 244 pp.

Hernández C.J. Esteban A.M. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA. TEORÍA Y MÉTODO. Interamericana Mc Graw – hill. España 1999. 152 pp.

Jasso Gutierrez Luis. NEONATOLOGÍA PRÁCTICA 4ª Edición  
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México 1995. 594 pp.

J. Hernández Conesa. OPOSICIONES DE ENFERMERÍA. 2ª Edición.  
Mc Graw –Hill Interamericana. España 2000. 580 pp.

Kerováč Suzanne, et. al. EL PENSAMIENTO ENFERMERO.  
Edit, Masson. Barcelona 1996. 197 pp.

Kossier, Bárbara Erb. Glenora. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. 2ª Edición  
Mc Graw – Hill Interamericana. España 1999.

Kossier, Bárbara. et. al. ENFERMERÍA FUNDAMENTAL. CONCEPTOS,  
PROCESO Y PRÁCTICA. (Vol I y II) 4ª Edición. Interamericana Mc Graw – Hill.  
México 1994.

Lise Propelle. CUIDADOS DE ENFERMERÍA. UN PROCESO CENTRADO EN  
LAS NECESIDADES DE LA PERSONA. Edit. Mc Graw – Hill Interamericana.  
España 1993. 352 pp.

Mariner, Ann. EL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. UN ENFOQUE  
CIENTÍFICO. El Manual Moderno, México 1983.

Medina, José Luis. LA PEDAGOGÍA DEL CUIDADO, SABERES Y PRÁCTICAS  
EN LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA EN ENFERMERIA. Edit. Alertes /  
Psicopedagogía. Barcelona 1999. 307 pp.

Phaneuf Margot. LA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS, UN SISTEMA INTEGRADO Y PERSONALIZADO. Edit. Mc Graw – Hill. Interamericana. México 1999. 284 pp.

Raluy Poudevida, Antonio. DICCIONARIO PORRÚA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. 28ª Edición. Porrúa S.A. México 1988. 848 pp.

Reeder, Sharon. et. al. ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL. 17ª Edición. Mc Graw – Hill, Interamericana. México 1995. 1421 pp.

Rosales, B Susana. Eva Reyes G. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. 2ª Edición. El Manual Moderno. México 1999. 556 pp.

Velásquez G. María de Jesús Elena. NORMAS PARA LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERIA EN MEXICO. Sección Uno.

Wesley, Ruby I. TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA 2ª Edición. Edit, Mc Graw – Hill, Interamericana. México 1997. 179 pp.

W. Griffith. Janet. PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA. APLICACIÓN DE TEORIAS, GUIAS Y MODELOS. Edit. El Manual Moderno. México 1993. 406 pp.

Yura, H.M.B Walsh. EL PROCESO DE ENFERMERIA. Edit, Alambra. España 1982. 222 pp.

Zarzar Charur Carlos. HABILIDADES BÁSICAS PARA LA DOCENCIA. UNA GUIA PARA DESEMPEÑAR LA LABOR DOCENTE EN FORMA MÁS COMPLETA Y ENRIQUECEDORA. Edit, Patria. 1995. 33 pp.

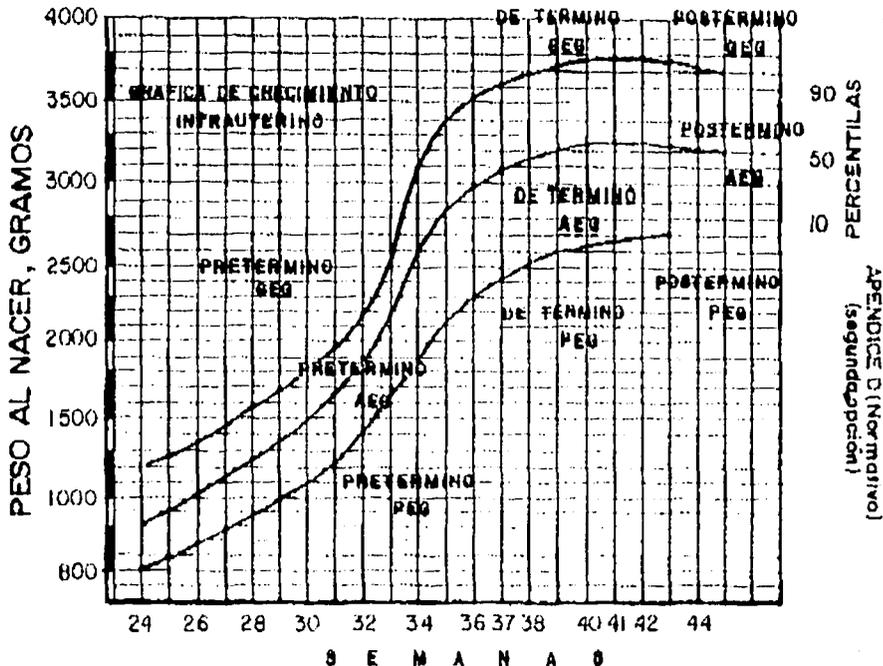
# ANEXOS

77

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	INTERVENCIONES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN
		<p>TESTIS CON FALLA DE ORIGEN</p>		

# PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



PRETERMINO

TERMINO POSTERMINO

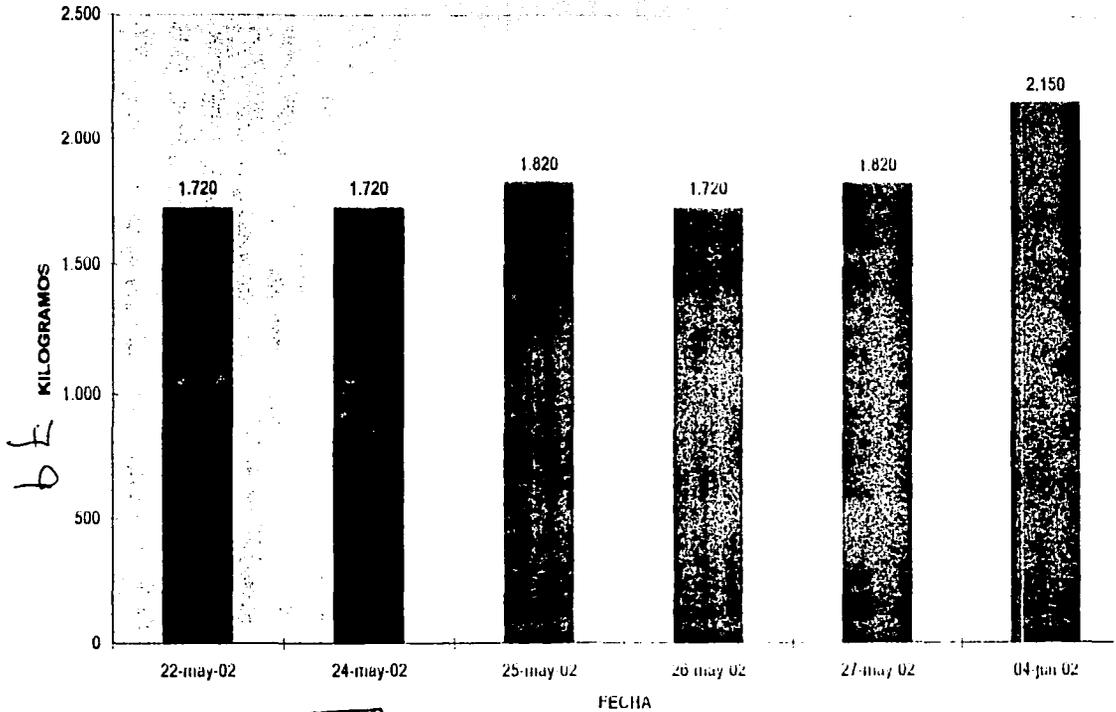
- PEG - PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
- AEG - ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
- GEG - GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

Dr. Jurado García

78

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

CURVA DE PESO DEL RECIEN NACIDO



TEST CON  
FALLA DE ORIGEN

# Cuestionario de evaluación

## Sistema de calificación Dubowitz

NOMBRE	FECHA NAC/ HORA	PESO	E.D.D. L.N.M.R.	E.D.D. U/Ind.	PERIODOS			
HOSP. No.	FECHA DEL EXAMEN	ESTATURA			1. Suave despertado, sin movimiento, respiración regular		ESTADO CONSCIENTE ASIRIENA	
RAZA SEXO	EDAD	PERIMETRO CEFALICO	VALORACION GESTACIONAL	CALIFICACION SEMANAS	2. Sueno ligero, los brazos, codo de movimiento			
<b>HABITUACION - Estado 31</b>								
<b>EEZ</b> Estimulos repetitivos con lamina de mano (10), a intervalos de 5 seg. Total de 3 respuestas positivas consecutivas	No hay respuesta	A. Respuesta de parados unicamente si primer estimulo B. Respuesta variable de parados C. Respuesta variable	1. Termina el movimiento pero el parado persiste durante dos a cinco segundos 2. Termina totalmente el movimiento 3. Termina totalmente el movimiento	1. Termina el movimiento pero el parado persiste 2-3 estimulos 2. Termina totalmente el movimiento 3. Termina totalmente el movimiento	1. Igual respuesta a los 3 estimulos 2. Igual respuesta a los 2 estimulos durante las respuestas dadas en todo el examen			
<b>SONAJA</b> Estimulos repetitivos (10), a intervalos de 5 seg	No hay respuesta	1. Igual movimiento si primer estimulo 2. Respuesta variable	1. Comienza el movimiento durante 2-5 estimulos, despues cesa	1. Comienza el movimiento durante 2-5 estimulos, despues cesa	1. Terminacion 2. Continuar			
<b>MOVIMIENTO Y TONO</b>								
<b>POSTURA</b> En reposo (predominante)								
					1. Inclinación normal 2. Inclinación 3. Extensione 4. Flexión incompleta de los codos 5. Tronco rígido, brazos rígidos del cuerpo			
<b>REBOTE DE BRAZOS</b> El niño se coloca en decubito ventral. Se toman sus manos y se extienden en forma variable al cuerpo; se mantienen así aproximadamente dos segundos y despues se dejan en libertad								
No hay flexión transcurridos 3 seg		Flexión parcial en el codo a 10° transcurridos de 4 a 5 seg		Los brazos se flexionan en el codo a 100° transcurridos de 2 a 3 seg		Flexión momentánea por elevación del codo inmediatamente despues de dejar los brazos en libertad a 100°	Se extienden con dificultad los brazos, regresan a su posición con fuerza	
<b>TRACCION DE BRAZOS</b> El niño se coloca en decubito ventral con la cabeza en la línea media; se le toma de la muñeca y se le tira lentamente del brazo hasta la vertical. Se califica el angulo del brazo y la resistencia que se observa cuando se levanta el niño inicialmente y hasta que despues los nombrados del niño se saca lo mismo con el otro brazo								
El brazo permanece totalmente extendido		Flexión débil que se mantiene solo por un momento		El brazo se flexiona en el codo a 100° y se mantiene así cinco segundos		El brazo se flexiona a aproximadamente 100° y se mantiene así	Fuerte flexión del brazo a 100°, que se mantiene	
<b>REBOTE DE PIERNAS</b> El niño se flexionan las caderas durante cinco segundos. Despues se extienden ambas piernas del niño por fricción en los tobillos. Se mantienen sobre la cama durante dos segundos y se dejan en libertad								
No se produce flexión en un lapso de 5 seg		Flexión incompleta de las caderas a los 5 seg		Flexión completa a los 5 seg		Flexión completa instantánea	Las piernas no se pueden extender, regresan a su posición original con fuerza	

(continúa)

80

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

## Cuestionario de evaluación (continuación)

						ESTADO	CONSERVADO	ASIMILADO
<p><b>TRACCION DE PIERNAS</b> El lactante se coloca en decubito ventral. Se toma la pierna cerca del tobillo y lentamente se tira hacia la ventral hasta que los glúteos se separan de 2.5 a 3 cm. Se muestra la resistencia en la tibia y se mide el ángulo. Se hace lo mismo con otra pierna.</p>	No hay flexión	Flexión parcial, se pierde rápidamente	Flexión de rodilla 140-145° que se mantiene	Flexión de rodilla 100-140° y se mantiene	Fuerte resistencia: flexión < 100°			
<p><b>CONTROL DE LA COLUMNA</b> Con el niño flexionado en decubito ventral, se aproximan las rodillas y "fluyen" al inclinarse. Se toma la pierna haciendo flexión suave con el dedo índice detrás del tobillo.</p>								
<p><b>CONTROL DE LA CABEZA</b> Inervación de la parte posterior del cuello. Se toma el nudo de los hombros y se le pone en flexión sentada. Se permite que la cabeza caiga hacia adelante y se guardan 30 seg.</p>	No intenta llevar a cabeza	Intenta un éxito poner la cabeza hacia	Eleva la cabeza con facilidad en 20 seg aunque no la mantiene en esa posición	Eleva la cabeza con facilidad hasta que queda metida a los 30 seg y la mantiene 30	Es imposible flexionar la cabeza hacia abajo			
<p><b>CONTROL DE LA CABEZA</b> Inervación de la parte anterior del cuello. Se permite que la cabeza "caiga" hacia atrás elevando el nudo de los hombros. Se guarda 30 segundos.</p>	Se cae como el inferior	Se cae como el inferior	Se cae como el inferior	Se cae como el inferior	Se cae como el inferior			
<p><b>RETRASO DE LA CABEZA</b> Se sienta el recién nacido hacia la posición sentada haciendo flexión en ambas muñecas. También se observa la flexión de brazos.</p>								
<p><b>SUSPENSION VENTRAL</b> Se mantiene si recién nacido en suspensión ventral, se muestra la curvatura de la espalda, la flexión de los miembros y la relación de la cabeza con el tronco.</p>								
<p><b>ELEVACION DE LA CABEZA EN DECUBITO VENTRAL</b> Se coloca al niño en posición de pronación con la cabeza en la línea media.</p>	No hay respuesta	Gira la cabeza hacia un lado	Débil esfuerzo para elevar la cabeza y gira la cabeza levantada hacia un lado	El recién nacido inclina la cabeza con la nariz y la barbilla hacia un lado	Levanta con fuerza la cabeza durante un tiempo prolongado			
<p><b>LIBERACION DE BRAZO EN DECUBITO VENTRAL</b> Con la cabeza en la línea media y el recién nacido en decubito ventral, se extienden sus brazos a lo largo del cuerpo con las palmas hacia arriba.</p>	No hay esfuerzo	Hace algo de esfuerzo y se mueve	Esfuerzo de flexión pero ninguna de las muñecas llega al nivel de los pezones	Una o ambas muñecas llegan por lo menos al nivel de los pezones sin movimiento excesivo del cuerpo	Fuerte movimiento del cuerpo y ambas muñecas llegan hasta a cara o adopta posición como para levantamiento de pesos			

(continúa)

81

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

# Cuestionario de evaluación (continuación)

ESTADO  
 CUMPLEDARIO  
 ASISTENCIA

<b>MOVIMIENTO ESPONTANEO DEL CUERPO</b> Durante el examen en decubito ventral, si no existe movimiento espontáneo se intenta inducir por estimulación táctil.	Ninguno o mínimo Inducido	A. Lento B. Alargado e intermitente C. Principalmente elongación	Movimientos fáciles que se alteran con ritmo de tipo flexión, elongación, tiradas o sacudidas	Movimientos fáciles de brazos y piernas con intensidad y velocidad intermedia	Principalmente A. Movimiento de sacudidas B. Movimiento tenue C. Tres movimientos normales	1 2
<b>TEMBLONES</b> Colocar el dedo índice en la palma de la mano.	No hay temblones	Temblones solo en el estado 3-6	Temblones solo durante el sueño o después del mismo de forma o irregular	Algunos temblones en el periodo 1	Temblones en todos los periodos	
<b>ORRESALTO</b>	No se observa	Se observa solo en los últimos 3 meses, cuando el niño simplemente está jugando con la mano	Observado ocasional	No se observan observados	Se observan observados	
<b>MOVIMIENTO O POSTURA ANORMAL</b>	No hay movimientos anormales	A. Solo en algunos grados, como intermitente en forma intermitente B. No tiene la mano al primer o último de Moro	A. Grado de movimiento de la mano B. Jugar situado en forma intermitente	A. Jugar situado en forma persistente B. Jugar situado todo el tiempo	A. Movimiento intermitente de la mano B. Movimientos observados	
<b>REFLEJOS</b>						
<b>REFLEJO OSTEOCONDINOSOS</b> Seguridad del cuello Seguridad de la nuca Seguridad del tobillo	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	
<b>REFLEJO DE PRENSION</b> Con la cabeza en la línea media, se coloca el índice del dedo del cubito en la mano y sin suavidad se comprime la palma de la misma. No se toca la parte dorsal.	Ausente	Flexión débil y corta	Flexión de fuerza intermedia y sostenida varios segundos	Flexión fuerte; la contracción se divide hasta el antebrazo	Flexión fuerte; se puede levantar al niño con facilidad de la mesa	
<b>BUSQUEDA</b> Con el niño en decubito toral, la cabeza en la línea media, se toca cada comisura de la boca a la vez (toque lateral)	No hay respuesta	A. Vuelve en forma parcial la cabeza con debilidad pero no abre la boca B. Abre la boca sin volver la cabeza	Abre la boca al estímulo de lado y vuelve en parte la cabeza	Vuelve totalmente la cabeza pero abriendo o no la boca	Abre la boca y vuelve la cabeza al voltearla	
<b>SUCCION</b> Con el recién nacido en decubito dorsal, se coloca el dedo índice (con la yema hacia el paladar) en su boca; se mide la potencia del movimiento de succión (anunciados 3-6)	No lo intenta	Movimiento de succión débil A. Regular B. Irregular	Movimiento de succión fuerte, separación mala A. Regular B. Irregular	Movimiento de succión regular fuerte con una secuencia continua de cinco movimientos, buena separación	A. Aprieta pero no hace succión regular	
<b>MARCHA</b> (estados 4, 5) Se mantiene al recién nacido en posición erecta con los pies tocando la cabeza y sosteniendo la cabeza recta con los dedos	Ausente		Hace algunos esfuerzos con ambas piernas, pero no son continuos	Por lo menos dos pasos con ambas piernas	A. Postura de canguero, movimiento B. Caminata automática	

(continúa)

82

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

## Cuestionario de evaluación (continuación)

ESTADO  
 COBERTURA  
 ASIMETRÍA

<b>MORO</b> se coloca una mano sosteniendo la cabeza del niño en la línea media y la otra en la espalda. Se lleva el cráneo a 45° y cuando se relajado se observa que la cabeza caiga a un ángulo de 30°. Se observa si hay algún movimiento brusco. Rebert	No hay respuesta a sólo sobre las manos	Abducción total de hombros y extensión de brazos	Abducción total pero sólo abducción parcial y retrásada	Abducción parcial de hombros y extensión de brazos seguida de abducción total	A. No hay abducción ni abducción, sólo extensión B. Abducción únicamente C. Abducción y extensión	2 2-2 2-2	3
<b>OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO NEUROLOGICO</b>							
<b>PERCIPIENCIA DE LOS OÍDOS</b> Como se le muestra el oído se trata de percibir el movimiento	No percibe el movimiento Percibe el movimiento Percibe el movimiento Percibe el movimiento	No percibe el movimiento Percibe el movimiento Percibe el movimiento Percibe el movimiento	No percibe el movimiento Percibe el movimiento Percibe el movimiento Percibe el movimiento	Movimiento normal Inmóvil Abductor	A. No percibe el movimiento B. Movimiento incoherente de los músculos C. Movimiento normal	3	3
<b>PERCIPIENCIA AUDITIVA</b> (edad 3; 4) Con una sonda colocada en el oído	A. No hay reacción B. Suave susurro pero no hay respuesta C. Respuesta	Se puede abducir y flexionar puede abducir hacia el estímulo con los ojos cerrados	Abductor y retrásada los ojos a la cabeza puede abducir y retrásada a la cabeza	Abductor, se lleva en forma prolongada la cabeza hacia el estímulo, se busca con los ojos	A. No percibe el estímulo B. Percibe el estímulo pero no responde C. Percibe el estímulo y responde	3	3
<b>ORIENTACION VISUAL</b> (edad 4) Presentando una pelota roja de ana	No mira ni se mueve ni responde	Se queda quieto, se mueve un poco, no responde	Se dirige de forma incoherente a la pelota, puede encontrarla pero se encuentra de nuevo, se queda quieto, se mueve un poco	Se dirige con los ojos a la pelota y se mueve un poco, se queda quieto con el ojo	A. No mira ni se mueve ni responde B. Mira y se mueve un poco, se queda quieto C. Mira y se mueve un poco, se queda quieto	3	3
<b>GRADO DE ALERTA</b> (edad 4)	No presta atención; casi nunca o muy pocas veces responde a la estimulación directa	Cuando está alerta en periodos bastante breves; respuesta muy variable a la estimulación	Cuando está alerta, se mantiene así en forma moderada; puede encontrar un estímulo para pasar al estado de vuelta	Se mantiene alerta; atención incoherente, puntual en los estímulos visuales pero no auditivos	A. Estado alerta continuo que parece no cambiar un momento de los auditivos y visuales B. Estado alerta continuo que parece no cambiar un momento de los auditivos y visuales C. Estado alerta continuo que parece no cambiar un momento de los auditivos y visuales	3	3
<b>REACCION DEFENSIVA</b> se coloca una tela o la mano sobre la cara del niño para cubrir en forma parcial los conductos nasales	No hay respuesta	A. Se queda tranquilo en general B. No hay actividad específica y el periodo de latencia es prolongado	Reflejo de búsqueda; intente en forma lateral el cuello, posiblemente lo bloquee	Hace un movimiento circular con el brazo	Hace un movimiento circular con el brazo o mueve el cuerpo en forma bastante violenta	3	3
<b>MAXIMO DE EXCITACION</b> (edad 3; 4; 5)	Bajo nivel de respuesta a todos los estímulos; nunca a estado 3	El recién nacido alcanza el estado 4-5 en forma breve, pero se queda la mayor parte del tiempo en estados inferiores	El niño se encuentra en estado 4 o 5, puede llegar al estado 6 tras la estimulación pero regresa en forma espontánea al estado inferior	El recién nacido llega al estado 6 pero puede consolarse con relativa facilidad	A. Principalmente estado 6; es difícil consolarse si no es imposible B. Sobre todo estado 4-5, pero si llega al estado 6 no puede ser consolado	3	3
<b>IRRITABILIDAD</b> (edad 3; 4; 5) Estímulos aversivos: Despertar Desvestirlo Retiro de la teta Moro Colocar en decúbito ventral	No llora en forma irritable ante algún estímulo	Llora con uno o dos estímulos	Llora con tres o cuatro estímulos	Llora con cinco o seis estímulos	Llora con todos los estímulos	3	3

(continúa)

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

83

## Cuestionario de evaluación (continuación)

ESTADO  
COMPLETADO  
ASIMILADO

HASTA QUE GRADO SE LE PUEDE CONSOLAR (estadio 1)	Nunca pasa por arriba del estadio 5 durante los exámenes, por tanto no es necesario	No requiere de ser consolado, se tranquiliza en forma espontánea	Se consolado cuando se le habla, se le coloca la mano sobre el vientre o se le acaricia	Se consolado cuando se le acaricia y se le mantiene así, tal vez requiere introducirse debajo a la cama	No se consolado
LLANTO	No llora	Llora 20 minutos	Llora más los primeros días con los padres	Llora cuando está con los familiares, pero llora	Llanto de tono alto, que puede ser continuo

NOTAS \* Si es asimétrico el ardido, dibujelo en la figura que se indica.  
Registre el número de cada ítem en los espacios que se indican.

.....

EXAMENADOR

Reproducido de The Neurological Assessment of the Premature Infant, The Hospital for Sick Children, Toronto, 1981 Spanish International Medical Publications, SA International, Caracas, London NW11 3BZ

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

84

# Cuestionario de evaluación

## Estimación de la edad gestacional según el índice de madurez

Símbolos:    X Primer examen    O Segundo examen

### MADUREZ NEUROMUSCULAR

	0	1	2	3	4	5
Pintura						
Ventana cuadrada (muñeca)	30°	90°	150°	20°		90°
Flexión del brazo	30°		100° 40°	90° 90°		120°
Angulo puntero	180°	160°	120°	110°	90°	70°
Signo de la butanda						
Talon-oreja						

Gestación según la fecha \_\_\_\_\_ Semanas

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ am

APGAR \_\_\_\_\_ 1 min \_\_\_\_\_ 5 min

### INDICE DE MADUREZ

Calificación	Semanas
1	26
2	28
3	31
4	32
5	34
6	36
7	38
8	40
9	42
10	44

### MADUREZ FISICA

	0	1	2	3	4	5
PIEL	rosa, gnatosa, transparente	rosada, las venas visibles	descamación superficial, erupción o ampollas, pocas venas	piel palida y agrietada, pocas venas	muy seca, grietas profundas, sin vasos	con apariencia de cuero, agrietada, irridada
LANUGO	no hay	abundante	escaso	zonas sin vello	en su mayoría sin vello	
PLIEGUES PLANTARES	no hay pliegues	marcas rosas débiles	solo en pliegue transversal inferior	pliegues anteriores en las dos terceras partes	los pliegues cubren toda la planta del pie	
MAMAS	pecho perceptibles	areola abianada, sin pezón	areola con nodulos, pezón de 4-2 mm	areola levantada, pezón de 3-4 mm	areola completa, pezón de 5-10 mm	
OIDO	pabellón de la oreja aplastado, se queda plegado al compresión	pabellón ligeramente curvo, suave, se despliega en forma lenta a la compresión	pabellón bien curvado, suave, se despliega con lentitud tras la compresión	bien formado y firme, se despliega de inmediato tras la compresión	cartilago grueso, firme rígido	

### SECCION DE CALIFICACION

[ Primer examen x ] [ Segundo examen o ]

Estimación de la edad gestacional por el índice de madurez	_____ Semanas	_____ Semanas
Fecha en que se efectuó el examen	Fecha _____ am Hora _____ pm	Fecha _____ am Hora _____ pm
Edad al efectuar el examen	_____ Horas	_____ Horas
Firma del examinador	_____ Doctor	_____ Doctor

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

(continúa)

85

*Cuestionario de evaluación (continuación)*

MADUREZ FISICA

	0	1	2	3	4
GENITA- LES MASCULINAS	vaco, sin rugosi- dades		los testicu- los están desce- diendo, pocas rugosida- des	los testicu- los han descen- do, pes- tañas rugosida- des	testículos pendula- ros, rugo- sidades profundas
GENITA- LES FEMENINAS	clitoris y labios menores prominen- tes		labios mayores y menbrs igualmen- te prominen- tes	labios mayores grandes y menores pequeños	clitoris y labios mayores notablemente cubiertos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Questionario de evaluación (continuación)

MADUREZ FISICA

	0	1	2	3	4
GENITALES Machos	vacio vacío, sin rugosi- dades		los testicu- los estan descendi- do, poci- tas rugosi- das	los testicu- los han descendi- do, poci- tas rugosi- das	testiculos pendulo- sos, rugo- sidades profundas
GENITALES Femeninas	labios v labios menores prominen- tes		labios mayores y menores igualmen- te prominen- tes	labios mayores grandes y menores pequeños	labios v labios menores totalmente cubiertos

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

87

# Cuestionario de evaluación

## Estimación de la edad gestacional según el índice de madurez

Símbolos:     Primer examen     Segundo examen

### MADUREZ NEUROMUSCULAR

	0	1	2	3	4	5
Postura						
Ventana cuadrada (muñeca)	 30°	 90°	 15°	 20°	 30°	
Repote del brazo	 30°		 100°-130°	 90°-100°	 100°	
Angulo popliteo	 180°	 90°	 130°	 100°	 90°	 < 90°
Signo de la bufanda	 8°	 2°	 8°	 3°	 3°	
Talon, oreja	 8°	 8°	 8°	 8°	 8°	

Gestación según la fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

APGAR \_\_\_\_\_

### INDICE DE

Calificación

5
40
5
20
15
30
35
40
45
50

### MADUREZ FISICA

	0	1	2	3	4	5
PIEL	rosa, gelatinosa, transparente	rojada, livida, con venas visibles	descamación superficial, erupción o ampollas, pocas venas	área palida y agrietada, pocas venas	mu muy seca, grietas profundas, sin vasos	con apariencia de cuero, acnerata, arrugada
LANUGO	no hay	abundante	escaso	zonas sin vello	en su mayoría sin vello	
PLIEGUES PLANTARES	no hay pliegues	marcas rojizas débiles	solo en pliegue transverso anterior	pliegues anteriores en las dos terceras partes	los pliegues cubren toda la planta del pie	
MAMAS	poco perceptibles	areola aplanada, sin pezón	areola con nodulos, pezón de 4-2 mm	areola levantada, pezón de 3-4 mm	areola completa, pezón de 5-10 mm	
OIDO	pabellón de la oreja aplanado, se queda plegado al comprimir	pabellón ligeramente curvo, suave, se queda plegado en forma lenta tras la compresión	pabellón bien curvado, suave, se despliega con facilidad tras la compresión	bien formado y firme, se despliega inmediatamente tras la compresión	carilago grueso, oreja rígida	

### SECCION DE CALI

Estimación de la edad gestacional por el índice de madurez	_____
Fecha en que se efectuó el examen	Fecha _____ Hora _____
Edad al efectuar el examen	_____
Firma del examinador	_____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

88

## Cuestionario de evaluación (continuación)

HASTA QUE GRADO SE LE PUEDE CONSOLAR (revisado)	Nunca pasa por encima del estado 3 durante los exámenes, por tanto no es necesario	No requiere de ser consolado. Se tranquiliza en forma espontánea	Se consuela cuando se le habla o se le toca la mano sobre el frente o se le envuelve	Se consuela cuando se le abraza o se le manifiere así, tal vez requiera introducir su dedo a la boca	No se consuela
LLANTO	No llora	Llora con contenido	Llora ante las estímulos pero con una calma	Llanto fuerte ante estímulos intensivos, como ambiental	Llanto de asociación

NOTAS: \* Si es asimétrica o aúptico, indique en la columna más adecuada.  
 Registre cualquier signo anormal (por ejemplo, parositos faciales, contracturas, etc.) en la columna de ser posible.

Fecha y hora de la observación

EXAMINADOR:

Reproducido de *The Neurological Assessment of the Infants and Children*, copyright 1979 por Lily y Victor Dubowitz. © 1981 Spastics International, Nettermail Gardens, London NW3 4RN

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

89