



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA  
POSGRADO ENFERMERIA DEL NEONATO**

**METODO ENFERMERO  
APLICADO A:**

**“Recién nacido pretérmino de 14 días de vida extrauterina con afección en el requisito universal de aire y sepsis neonatal temprana”**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA  
DEL NEONATO.**

**P R E S E N T A  
LIC. MERCEDES GARCIA VALENZUELA  
No. DE CUENTA: 096713743**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:  
*LIC. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO.***

**MEXICO D.F.**

**AGOSTO DE 2010**



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.

# **INDICE**

## **CONTENIDO**

	<b>PAGINA</b>
I. Introducción-----	5
II. Justificación-----	6
III. Objetivo General y Objetivos Especificos-----	7
IV. Marco Teórico	
Enfermería-----	8-9
Proceso Atención Enfermería-----	10
Concepto de Proceso Atención Enfermería-----	10-22
El proceso de evaluación-----	22-23
Teoría general de Dorothea E. Orem-----	24
V. Metodología de estudio de caso	
Esquema-----	25
VI. Selección y descripción del caso	
Ficha de identificación y motivo de consulta-----	26-27
Antecedentes-----	27-32
VII. Fundamentación teórica del caso (estudios relacionados)-----	33-40
VIII. Dorothea E. Orem	
Biografía-----	41-42
Teoría de enfermería de Dorothea E. Orem-----	43-44
Requisitos de autocuidado para la intervención-----	44-46
IX. Método enfermero	
Relación del método enfermero con la Teoría de Dorothea E. Orem-----	47-48
X. Paradigmas-----	49
XI. Daños a la salud	
Sepsis neonatal-----	50-56
Prematurez-----	57-63
XII. Consideraciones éticas	
Ética de la virtud-----	64
Consentimiento informado-----	64-65

Derechos del recién nacido-----	66-67
Esquema Metodológico de la Teoría de Dorothea Orem-----	68
XIII. Aplicación del método enfermero	
Valoración de enfermería-----	69-71
Exploración física-----	72-74
Historia clínica-----	74
Planeación, jerarquización y ejecución-----	75-80
XIV. Plan de alta-----	81-84
XV. Conclusiones-----	85
XVI. Sugerencias-----	86
XVII. Bibliografía-----	87-88
Anexos	
Consentimiento informado-----	89-90
Instrumento de valoración-----	91-102
Escala para valorar el dolor-----	103-104
Proceso de Transición de la UCIN al hogar (plan de alta)-----	105-106

## **AGRADECIMIENTOS**

Le agradezco a Dios que me permitió hacer realidad mi superación profesional en mi carrera de enfermería y guió mis aspiraciones para lograr mis Estudios de Especialidad.

A mis catedráticos del Instituto Nacional de Pediatría por su motivación y consejos encaminados principalmente para ser una persona con espíritu de servicio y entrega a la importante labor de ser mejor en todo momento en mi desarrollo y desempeño.

Al Centro Médico ABC que me brindó el apoyo necesario para poder asistir a mis estudios y sobretodo el de poder realizar mis practicas de enfermería.

A mi familia por su comprensión, impulso y soporte que me permitieron avanzar en mi carrera profesional.

A la Licenciada Clarissa Castro Escudero por su asesoría durante este proceso.

## **I.- INTRODUCCION**

**El método enfermero es un proceso sistemático con el que cuenta la enfermera para proporcionar atención al recién nacido desde el punto de vista holístico para conservar y preservar su salud.**

**El trabajo describe el marco teórico del profesional de enfermería con sus principios fundamentales y ofrece una síntesis de la teoría del autocuidado de Dorothea E. Orem.**

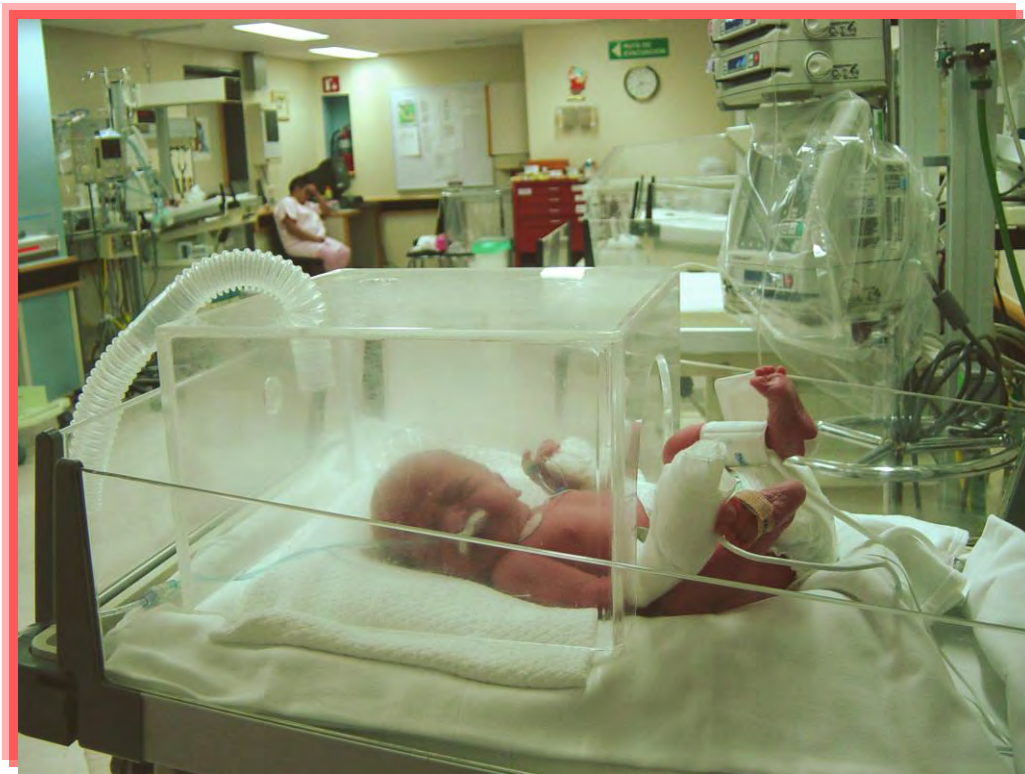
**En el marco de las infecciones postnatales se tiene como finalidad tomar como base a la septicemia neonatal temprana como el eje del presente trabajo (motivo de estudio), utilizando un instrumento de valoración diseñado por alumnas de la 1ª. generación de la especialidad en enfermería del neonato.**

**Se solicita el consentimiento de los Padres para la elaboración del presente caso y se realiza un plan de alta**



## II.- JUSTIFICACION

- La enfermería es una disciplina sometida a un cambio constante a medida que la investigación y experiencia amplíe nuestros conocimientos.
- El proceso de atención de enfermería es una metodología que permite:
  1. Planificar la atención
  2. Facilita definir problemática, resolver problemas y la función de cuidar.
- Contar con conocimientos actualizados con enfoque de:
  1. Atención integral del Recién Nacido Pretérmino.



### **III.- OBJETIVOS**

#### **GENERAL**

**Aplicar el Método Enfermero basado en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.**

**Describir las características fisiológicas del recién nacido pretérmino que predisponen al organismo a sufrir las distintas complicaciones de la prematurez.**

#### **ESPECIFICOS**

**El Proceso Atención de Enfermería (PAE) nace de la necesidad de realizar un trámite para poder obtener el título de la Especialización en Enfermería del Neonato.**

**Brindar atención integral, tomando en cuenta con suma importancia al Recién Nacido en forma biopsicosociocultural con sepsis neonatal temprana para interactuar en su entorno.**

**Conocer el Proceso Atención de Enfermería en forma ideal para poder proporcionar atención de calidad al individuo.**

**Aplicar el método enfermero con bases científicas para obtener resultados favorables, que permitan al individuo reintegrarse a la sociedad.**

**Utilizar datos de apoyo para identificar los diagnósticos de enfermería necesarios para planear las acciones dirigidas al cuidado del neonato de pretérmino.**



## **IV.- MARCO TEORICO**

### **ENFERMERIA**

#### **CONCEPTO SEGÚN DOROTHEA E. OREM**

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

#### **FUNDAMENTO:**

Se le denomina fundamento de enfermería lo que nos va a dar conocimientos y enseñanza básica sobre principios, técnicas y conservación del material y equipo; nos enseña básicamente a dar atención de enfermería al paciente, familia o comunidad.

#### **PRINCIPIO:**

Es un hecho provocado a grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente admitida, o sea una ley moral aceptada por la mayoría de la sociedad.

#### **TÉCNICA:**

Conjunto de procedimientos propios de un arte, ciencia u oficio.

#### **NORMA:**

Son las reglas que controlan las acciones y la conducta humana.

## **PRINCIPIO CIENTÍFICO:**

**Esta basado en observaciones de un hecho que sigue siendo verdad en cualquier circunstancia que se presente.**

## **PRINCIPIO DE ENFERMERIA:**

**Esta basado en experimentos y observaciones de un hecho aprobado o un grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulan una ley o una teoría generalmente por la mayoría de la sociedad.**

**El principio sirve para normar la acción, nos determina lo que debe hacerse, sin embargo ayuda a guiar la acción necesaria de acuerdo al resultado que se desea.**

**Sirven para guiar a la enfermera en la atención del paciente y en la aplicación de diferentes terapias.<sup>18</sup>**

## **CUIDADOS BÁSICOS:**

**Son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermería en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona.**

**Son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo varían constantemente porque cada persona, se compone de los mismos elementos identificables, pero estos se han de adaptar a las modalidades, o a la idiosincrasia de cada persona.<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> IDEM

<sup>2</sup> Rosales Barrera “Fundamentos de Enfermería” Tomo I, 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, México, D.F. Santa Fe de Bogotá. p. 27

## **PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA**

**Es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados que son: Valoración, Diagnóstico, Planeación,**

**Ejecución y Evaluación en los cuales se van a realizar acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo.**

**El Proceso de Enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se miden por el grado de eficiencia de satisfacción y progreso del paciente.**

## **CONCEPTO DE PROCESO ATENCIÓN ENFERMERIA**

**Es un sistema de planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basados en el método científico considerado como un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad en el cual se sustenta la enfermería profesional.**

**Su objetivo es identificar las necesidades de cuidados reales o potenciales del cliente para establecer planes y realizar actividades específicas que las satisfagan y que puede aplicarse a individuos, familias y comunidades.**<sup>3</sup>

## **VALORACION**

**Es el primer paso del proceso de cuidados y de mayor importancia en la recolección de datos y consiste en reunir toda la información disponible que nos permitan formarnos una idea clara del estado de salud del paciente, se identifican problemas y capacidades.**

---

<sup>3</sup> Alfaro Lefevre Rosalinda “Aplicación del Proceso de Enfermería” 3ª. Edición, Editorial Mosby Barcelona, España. 1966, p. 2-5.

Todas las decisiones e intervenciones de la enfermera se basan en la información reunida en esta etapa, se considera muy importante porque se realizan actividades específicas que contribuyen a ser una pensadora crítica para encontrar la información necesaria para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.<sup>4</sup>

## **RECOLECCION DE DATOS**

Empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continúa durante el tiempo que se necesitan esos cuidados.

La información recopilada proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establece un plan inicial de cuidados. La información recopilada en visitas posteriores no sólo aporta datos sobre la situación de salud, sino también como responsable el individuo al plan de cuidados, esto implica la utilización de diferentes recursos no obstante se debe considerar al paciente como la principal fuente de información, el resto de la información se obtendrá de los registros médicos, de enfermería y de otros profesionales de salud, así como de la familia y la bibliografía relevante para elaborar una historia clínica y un diagnóstico de enfermería y poder conocer los problemas que aquejan al individuo.

El profesional de enfermería posee tres medios para la recopilación de información primaria como la observación, entrevista y la exploración física.<sup>5</sup>

## **OBSERVACIÓN**

Es una habilidad de enfermería de alto nivel que requiere mucha práctica, las habilidades de observar y recordar son difíciles de adquirir y sin embargo es esencial para la valoración.

La observación es una técnica consciente e intencionada que se desarrolla a través del esfuerzo y un enfoque organizado y que implica la utilización de los sentidos para

---

<sup>4</sup> Op.cit. Alfaro Rosalinda, p. 36 – 37

<sup>5</sup> IBIDEM

la obtención de información tanto del individuo, como de cualquier otra fuente significativa, del entorno y de la interacción de estas tres variables.

La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina, los hallazgos encontrados mediante la observación deberán de ser posteriormente confirmados o descartados.<sup>6</sup>

## **ENTREVISTA**

Es una comunicación planeada o una conversación con una finalidad.

Algunos objetivos son: recabar datos, dar información, identificar problemas o preocupaciones mutuas, evaluar cambios, educar, proporcionar apoyo y aconsejar o realizar una terapia. La entrevista puede ser vista como un proceso que se aplica en la mayoría de las fases del proceso de enfermería.

Existen dos planteamientos de la entrevista. Dirigible y no dirigible.

### **ENTREVISTA DIRECTA:**

Esta muy estructurada y se obtiene una información específica, a menudo son utilizadas para recopilar y dar información en un tiempo limitado.

### **ENTREVISTA INDIRECTA**

Es aquella en la cual se obtiene información de fuente secundaria como la familia o exponentes.<sup>7</sup>

## **EXPLORACION FÍSICA**

Se realiza para obtener información y completar nuestra base de datos, objetivos y sub-objetivos que permitan a la enfermera formular un diagnóstico de enfermería,

---

<sup>6</sup> Murray Mary Ellen Ph, D., RN, Atkinson Leslie. D.R.N.M.S.N. 5a. Edición Mc Graw Hill Interamericana, p. 18 - 21

<sup>7</sup> Op.cit. Alfaro Rosalinda p. 48 - 52

**desarrollar las metas del cliente y actuar para promover la salud y prevenir la enfermedad.**

**La exploración física se hace sistemáticamente para evitar omisiones, se puede seguir un planteamiento de pies a cabeza (cefalocaudal) o un planteamiento por aparatos y sistemas.**

### **METODO CEFALOCAUDAL**

**Se inicia el reconocimiento físico valorando cabeza, continua con el cuello, tórax, abdomen, extremidades terminando en los dedos de los pies. <sup>8</sup>**

### **METODO POR APARATOS Y SISTEMAS**

**Se puede iniciar considerando el sistema respiratorio, circulatorio, nervioso, digestivo, etc. cualquier enfoque metodológico es aceptable siempre que satisfaga las necesidades de reunir datos relevantes que ayuden a identificar problemas de salud que requieren la intervención de enfermería.**

**Para la realización del examen físico la enfermera utiliza sus sentidos y habilidades que le permiten reunir la información necesaria sobre el individuo y utiliza técnicas como la visualización, palpación y percusión.**

### **VISUALIZACION**

**Es la inspección del cuerpo del individuo, la enfermera usa sus sentidos como el oído, olfato y tacto, la visualización es a menudo el punto de partida para la realización de un examen físico.**

---

<sup>8</sup> Op. cit. Murria Mary Ellen, p. 24 -25

## **AUSCULTACIÓN**

Consiste en escuchar, a través de un estetoscopio los sonidos propios del corazón, pulmones e intestinos.

## **PALPACIÓN**

Consiste en sentir y valorar la posición de los órganos, la temperatura corporal, tumores, rigidez abdominal o localización del dolor.

## **PERCUSIÓN**

Se realiza golpeando suavemente con un martillo de punta de caucho o con la yema de los dedos, esto se hace para evocar respuestas, usualmente en la forma de sonido o movimiento que dan información acerca de la parte corporal subyacente.<sup>9</sup>

## **HISTORIA CLINICA**

Es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el individuo, cuyo propósito es recopilar información como sea posible para identificar problemas y planear la actuación de enfermería (Yura y Waish 1988, pág. 116)

Los datos obtenidos en la historia de enfermería entre enfermera e individuo constituyen ampliamente un reconocimiento subjetivo, pues se consigue información sobre el individuo, su salud, respuestas a la enfermedad, factores socioculturales, prácticas y creencias sanitarias, patrones de lucha y las actividades diarias.<sup>10</sup>

## **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA**

Es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales, reales y potenciales. El diagnóstico de

---

<sup>9</sup> Op. Cit. Murria Mary Ellen, p. 25

<sup>10</sup> Op. Cit. Murria Mary Ellen p. 21 - 23

enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería que consigan los resultados de los que son responsable la enfermera.

Diagnósticos de enfermería aprobados por la NANDA son: reales, de alto riesgo, posible y de bienestar o síndrome.

### **DIAGNOSTICO REAL**

Describe un juicio clínico que la enfermera ha confirmado a causa de la presencia de características que lo definen, signos o síntomas principales. <sup>11</sup>

### **DIAGNOSTICO DE ALTO RIESGO<sup>19</sup>**

Este describe un juicio clínico de un individuo o grupo que es más vulnerable de desarrollar el problema que otros en una situación igual o similar.

### **DIAGNOSTICO DE BIENESTAR**

Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hasta un nivel más alto de bienestar (NANDA).

### **DIAGNOSTICO DE SÍNDROME**

Consiste en una agrupación de diagnósticos de enfermería reales o de alto riesgo que afirma se presentarán debido a la existencia de una situación o acontecimiento determinado.

---

<sup>11</sup> Carpenito Juan Linda. R. N. M. S. N. "Manual de Diagnóstico de Enfermería" 5ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana Madrid 1995 p. 28 - 29

<sup>19</sup> IBIDEM



## **DIAGNOSTICOS POSIBLES**

No constituyen un tipo de diagnóstico, representan una opción a quien diagnóstica para indicar que aun cuando existen datos para establecer un diagnóstico estos no son suficientes.

## **ENUNCIADO DE DIAGNOSTICO**

Este describe el estado de salud del individuo o grupo y los factores que han contribuido a dicho estado.

## **ENUNCIADO DE UNA PARTE**

Son los diagnósticos de enfermería de bienestar potencial para favorecer, seguido por el mayor nivel de bienestar que la persona o grupo desea alcanzar.<sup>12</sup>

## **DIAGNOSTICO SINDROMICO**

Son enunciados de una parte con la etiología o factores concurrentes para el diagnóstico contenido en la denominación diagnóstica.

## **ENUNCIADO EN DOS PARTES**

Son los diagnósticos de enfermería de alto riesgo. Es la comprobación de un diagnóstico de enfermería y la presencia de factores de alto riesgo.

## **DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA POSIBLES**

Se sospecha la presencia de ciertos factores que la enfermería debe descartar o confirmar con datos adicionales. Diagnóstico de enfermería en relación con factores de alto riesgo.

---

<sup>12</sup> Ibid. "Manual de Diagnóstico de Enfermería" p. 29

## **ENUNCIADO EN TRES PARTES**

**Son los diagnósticos de enfermería reales, consta de la denominación del diagnóstico más factores concurrentes más signos y síntomas.**

**Presencia de signos y síntomas principales confirman que un diagnóstico real este presente.**

**La presencia de un diagnóstico de enfermería se determina por la valoración del estado de salud del individuo y su capacidad para funcionar.** <sup>13</sup>

## **PLANIFICACION**

**Se define como el proceso de diseñar las estrategias o intervenciones de enfermería necesarias para prevenir, reducir o eliminar aquellos problemas de salud del individuo que se han identificado durante el diagnóstico.**

**La planificación es un proceso deliberado y sistemático que es fundamental para el logro de los cuidados de enfermería de calidad. Es un proceso en el que se lleva a cabo la toma de decisiones y la solución de los problemas identificados durante el diagnóstico de enfermería.** <sup>14</sup>

## **LA PLANIFICACIÓN IMPLICA**

- **Fijación de prioridades.**
- **Establecimiento de los resultados esperados**
- **Determinación del plan de cuidados.**
- **Documentación del plan de cuidados.**

## **EL PLAN DE CUIDADOS TIENE LOS SIGUIENTES PROPÓSITOS**

- 1. Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores.**
- 2. Dirigir los cuidados y las anotaciones de los mismos.**

---

<sup>13</sup> Op. Cit. "Manual de diagnóstico de enfermería" p. 31

<sup>14</sup> Marriner A.N.N. "Proceso de Atención de Enfermería con un enfoque científico".

3. Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación.<sup>15</sup>

## **FIJACIÓN DE PRIORIDADES**

Es el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias de enfermería, establecer prioridades.

- ❖ ¿ Qué problemas necesitan atención inmediata ?
- ❖ ¿ Qué problemas tienen soluciones sencillas ?
- ❖ ¿ Qué problemas deben derivarse a otro profesional ?
- ❖ ¿ Qué problemas deben anotarse en el plan de cuidados ?

El mecanismo habitual para la fijación de prioridades es la jerarquización de necesidades básicas de Maslow (1968) quien postuló que todos los seres humanos tenemos:

- ❖ **Necesidades Básicas.**
- ❖ **Necesidades Fisiológicas.**
- ❖ **Necesidades de Protección / Seguridad**
- ❖ **Necesidades de Amor o Pertenencia**
- ❖ **Necesidades de Autoestima**
- ❖ **Necesidades de Autorrealización**

## **ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DEL CLIENTE Y LOS CRITERIOS DE RESULTADO**

Un objetivo del individuo es un resultado o un cambio deseado en la conducta del cliente hacia la seguridad. El logro del objetivo refleja la resolución de la inquietud o problema de salud del cliente especificado en el Diagnóstico de Enfermería.

Los objetivos pueden reflejar la recuperación de la salud, el mantenimiento de la salud o la promoción de la salud.

---

<sup>15</sup> Op cit. Aplicación del proceso de Enfermería p. 129

**Un objetivo del cliente es el resultado deseado de la atención de enfermería y estos objetivos son indicadores amplios de resultados.**

**Los objetivos pueden ser a corto o a largo plazo. Dado que gran parte del tiempo de la enfermera se centra en las necesidades inmediatas del cliente la mayor parte de los objetivos se plantean a corto plazo; y son aquellos que pueden lograrse en forma rápida con frecuencia a menos de una semana.**

**Los objetivos a largo plazo, son aquellos que van a lograrse a un tiempo más largo con frecuencia de semanas o meses y son adecuados para individuos con problemas crónicos de salud, y atendidos en su domicilio. <sup>16</sup>**

## **DETERMINACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA**

**Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, que problemas serán los que se incluirán en el plan de cuidados y por tanto tratados, estos deben de aprobarse con el individuo de tal forma que la no realización de este requisito puede conducirnos a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario esto nos facilitará aún más la relación terapéutica.**

## **DOCUMENTACIÓN EN EL PLAN DE CUIDADOS**

**La cuarta etapa y final de la fase de planeación es el registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.**

**La finalidad de los planes de cuidados están dirigidos a fomentar cuidados de calidad mediante:**

- Los cuidados individualizados.**
- La continuidad de los cuidados.**
- La comunicación.**
- La evaluación. <sup>17</sup>**

---

<sup>16</sup> Op. Cit. Alfaro Rosalinda p. 128

<sup>17</sup> Op. Cit Alfaro Rosalinda p. 129

## **EJECUCION**

También denominada actuación y consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados.

La actuación de enfermería se define como una acción autónoma basada en el razonamiento científico que se ejecuta para beneficiar al cliente de una forma prevista en relación con el diagnóstico de enfermería y con los objetivos establecidos (Bulechek y Mc Closkey 1985).

La fase de la ejecución marca todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de los diagnósticos correspondientes y las necesidades existenciales del individuo.

Durante toda la fase de la operación se debe continuar recopilando información ya que a medida que las condiciones del individuo cambian, la base de datos cambiara por lo que es necesario revisar y actualizar el plan de cuidados.

## **COGNOSCITIVAS**

Se refiere a la capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones, la resolución de problemas, un pensamiento crítico y creatividad.

## **INTERPERSONALES**

Son todas las actividades que realiza una persona para comunicarse con otra, la eficacia de la actividad de enfermería depende en gran medida de la habilidad de la enfermera para comunicarse con los demás.

## **TÉCNICAS O MANUALES<sup>20</sup>**

**Son las actividades que se realizan con las manos como la aplicación de técnicas y procedimientos o la utilización del equipo médico a su disposición.**

**Es de especial importancia el conocimiento de los principios científicos en los que se basa un procedimiento para que se pueda adaptar sin riesgos a cada individuo.**

**Para que la enfermera pueda aplicar o ejecutar el plan de cuidados de enfermería al individuo generalmente realiza las siguientes actividades; cuidar, comunicar, ayudar, educar, asesorar, actuar como abogado de la persona y agente de cambio, conducir y controlar.<sup>19</sup>**

**Esta fase finaliza con el registro de las actividades de enfermería y las respuestas del paciente, esta información debe ser precisa, concisa y objetiva.**

## **EVALUACION**

**Es juzgar o valorar y consiste en valorar el grado en que se han logrado alcanzar los objetivos, es fundamental en el proceso de enfermería ya que a las conclusiones a las que se llega determinan si la introducción de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse. Constituye un proceso continuo y terminal.<sup>20</sup>**

## **CONTINUO**

**Porque se realiza también durante la ejecución o implementación del plan de cuidados. En esta etapa la enfermera puede cambiar algunas actividades para ayudar al individuo a lograr sus objetivos.**

---

<sup>20</sup> IBIDEM

<sup>19</sup> Op cit. Aplicación del proceso de Enfermería pags. 247, 248, 249.

<sup>20</sup> Op cit. Aplicación del proceso de Enfermería pags. 52-56.

## **TERMINAL**

Porque una vez aplicado el plan de cuidados de enfermería evalúa si se han cubierto los objetivos del individuo.

**EL PROCESO DE EVALUACIÓN TIENE SEIS ETAPAS.**

### **1.- IDENTIFICAR LOS CRITERIOS DE RESULTADO. (Estándares de medida).**

Que utilizará para determinar el grado de los objetivos. Estos criterios tienen dos propósitos. Orientar la clase de datos de evaluación que se necesitan recoger y proporcionar un estándar para enjuiciar estos datos. Si estos criterios están bien definidos, son precisos y mensurables orientan al siguiente paso.

### **2.- RECOLECCION DE DATOS**

Los datos se recopilan de manera que se puedan sacar conclusiones sobre el logro de los objetivos, por lo que los datos deben tener relación con los criterios de resultado recopilándose mediante la observación, la comunicación directa con la persona o los registros de otros profesionales de salud.

Estos datos pueden ser objetivos y subjetivos.

**Objetivos:** Son los más útiles en la evaluación ya que estos son medibles.

El registro de los datos debe ser conciso y exacto.

### **3.- CUANTIFICACION DEL LOGRO DE LOS OBJETIVOS**

Consiste en comparar los datos recopilados con los criterios establecidos dando tres posibles resultados.

- Si se ha logrado el objetivo, es decir la respuesta del individuo es la esperada
- El objetivo se ha alcanzado parcialmente; o sea solamente se han alcanzado objetivos a corto plazo pero no los de largo plazo.

- Si no se ha cubierto el objetivo.

#### **4.- RELACION DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA CON LOS RESULTADOS DEL INDIVIDUO.**

Jamás se debe suponer que las acciones de enfermería son el único factor casual de que se logren o no el total de los objetivos.

Por lo tanto la enfermera deberá revisar todos los aspectos del plan de cuidados y del proceso de enfermería independientemente de los objetivos que se hayan alcanzado, así como evaluar y reestructurar sus estrategias.

#### **5.- MODIFICACIÓN DEL PLAN**

Cuando se determina la necesidad de cambiar o modificar el plan de cuidados la enfermera debe de seguir los siguientes pasos:

- Modificar los datos de valoración y para diferenciar los nuevos hallazgos se anota la fecha y alguna señal que nos indique que son nuevos.
- Revisar los diagnósticos y anotar igualmente la fecha a los nuevos.
- Revisar las prioridades del individuo, los objetivos y los criterios de resultado para correlacionarlos con los nuevos diagnósticos y fecharlos también.
- Establecer nuevas estrategias que corresponden a los diagnósticos; estas estrategias pueden incrementar o disminuir las necesidades del individuo, cambio de esquemas y nuevas disposiciones en las actividades de enfermería que permitan agrupar actividades similares o para permitir al individuo periodos de descenso de actividades más largos.

#### **6.- MODIFICAR LOS CRITERIOS DE RESULTADO**

Ajustándolos a los cambios del plan de cuidados. Estos cambios deben indicar el nivel de bienestar deseado por el individuo.

Invaldar los diagnósticos de enfermería incorrectos.



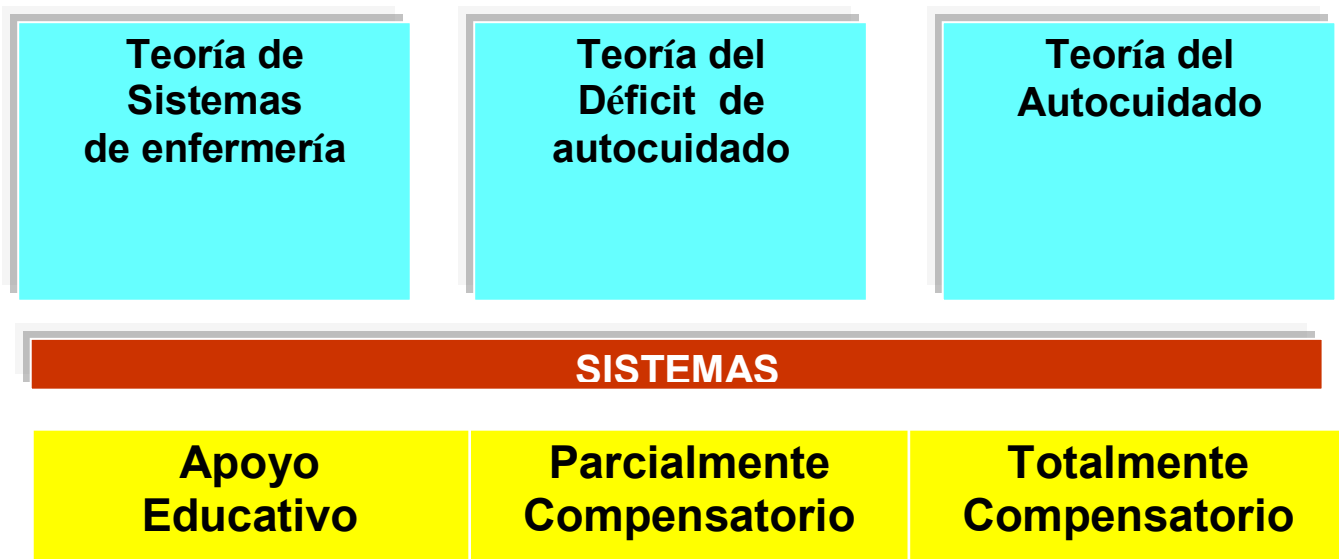
## 7.- TEORIA GENERAL DE DOROTHEA E. OREM<sup>21</sup>

Dicha teoría consta a su vez de otras tres teorías relacionadas entre si: la del Autocuidado, la del déficit de autocuidado y la Teoría de Sistemas de Enfermería.

Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. La enfermera completa los déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona (Orem, 1993).

El *rol de la enfermera*, pues, consiste en ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello la enfermera se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de la persona.

### LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO<sup>22</sup>

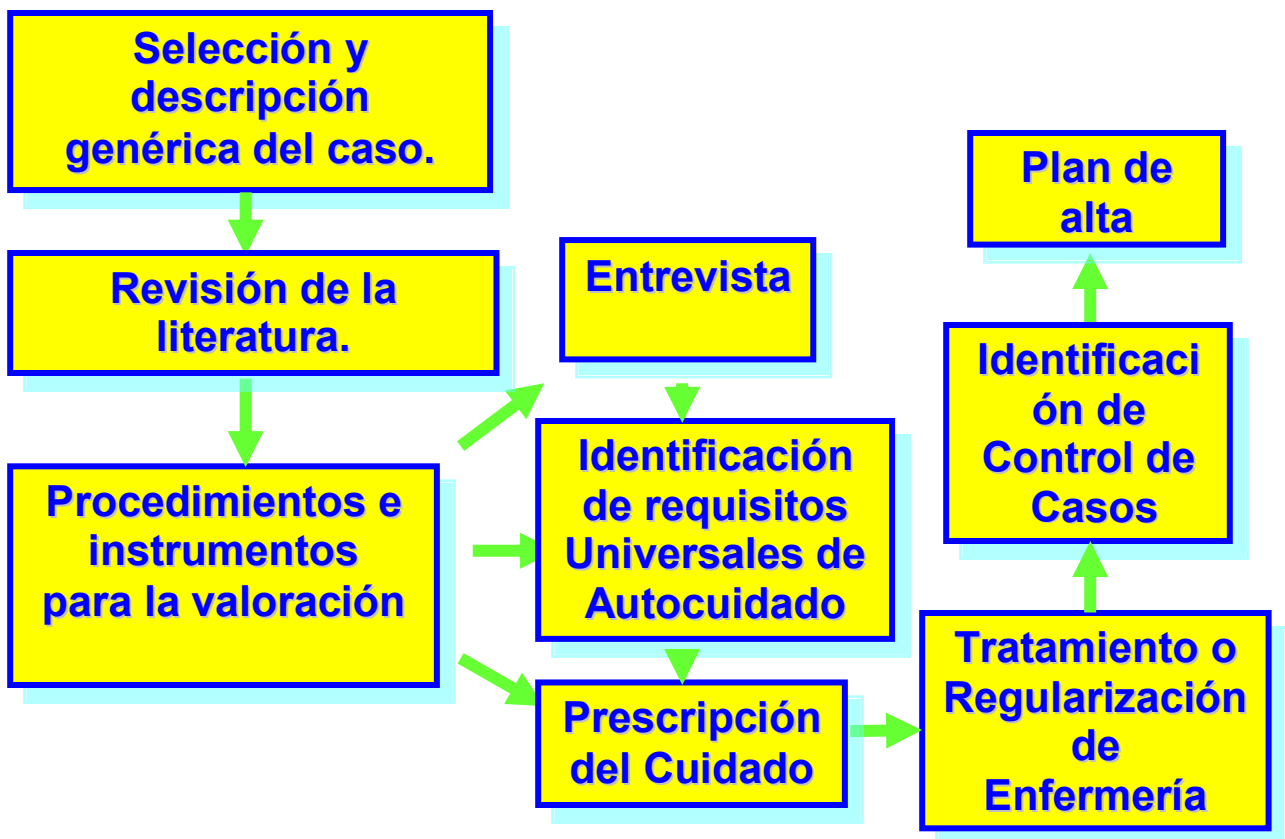


<sup>21</sup> <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEFyuuVFUSGkGEse.php>. Consultado el día 24/jun/2009

<sup>22</sup> [ww.gogles.com/Enfermeras teoricas Dorotea Orem-htm](http://www.gogles.com/Enfermeras teoricas Dorotea Orem-htm). Consultado 24/jun/2009

## V.- METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE CASO<sup>23</sup>

- 1.- Selección y descripción genérica del caso
- 2.- Revisión de la literatura
- 3.- Aplicar procedimientos e instrumentos para la valoración
  - Por medio de entrevista directa a la Madre
  - Revisión del expediente clínico
  - Identificación de requisitos universales de autocuidado
  - Prescripción del cuidado
- 4.- Realizar el tratamiento o regularización de enfermería:
  - La identificación de control de casos
  - Plan de alta



<sup>23</sup> ibidem

## **VI.- SELECCIÓN Y DESCRIPCION DEL CASO**

### **FICHA DE IDENTIFICACION**<sup>24</sup>

**NOMBRE: Vega Villeda**

**REGISTRO: 460191M 2N**

**FECHA DE NACIMIENTO: 14 de noviembre de 2008**

**PESO AL NACER: 2000 gr.**

**EDAD GESTACIONAL: 33.4 Semanas**

**SEXO: Masculino**

**EDAD GESTACIONAL CORREGIDA EN SEMANAS: 36**

**RELIGION: Católica**

**DOMICILIO: Tláhuac No. 1577, Delegación Iztapalapa**

**PROCEDENCIA: Hospital Privado (Clínica Dr. León)**

**INFORMANTE: Madre y expediente clínico**

### **MOTIVO DE LA CONSULTA**

**Nace el día 14 de Noviembre de 2008 a las 18:00 horas P.M.**

**Es trasladado al Instituto Nacional de Pediatría el día 15 de Noviembre a las 11:45 horas en ambulancia por personal médico de este Instituto, con los diagnósticos de:**

---

<sup>24</sup> Expediente del caso

**Prematurez**

**Síndrome de Dificultad Respiratoria**

**Prob. Dx. De Sepsis neonatal temprana**

**Para su atención médica y cuidados especializados de enfermería, ya que en la clínica donde nació no se cuenta con los recursos necesarios.**



## **ANTECEDENTES**

**1.- Producto de la primera gesta, SIN CONTROL PRENATAL INICIAL.**

**2.- Se obtiene por vía abdominal, presentación pélvica,**

**3.- Se realizaron maniobras de reanimación con un ciclo de presión positiva.**

**4.- APGAR 6/8**

**5.- Silverman 3 caracterizado por tiros intercostales, disociación toraco-abdominal, retracción xifoidea y aleteo nasal.**

**6.- Tratamiento: ayuno, sol. glucosada al 10% 120 ml/Kg./día esquema de antibióticos con ampicilina y amikacina**

**7.- Ingreso al INP: 16 de noviembre 2008 a Unidad de Cuidados Intermedios (9 días).**

**8.- Noviembre 26: Pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos.**

**9.- Noviembre 28: Reporte semanal. Se mantiene hemodinámicamente con cifras tensionales normales, uresis adecuada, llenado capilar inmediato, pulsos centrales y periféricos de adecuada intensidad, presencia de taquicardia al inicio de la semana.**

**a.- Respiratorio: a la auscultación se encuentra con murmullo vesicular bilateral, ruidos cardiacos rítmicos.**

**b.- Gastrointestinal: al inicio de la semana presenta distensión abdominal, evacuaciones sanguinolentas y vómitos de contenido alimenticio, radiológicamente con asa fija y mala distribución de aire, se decide dejar en ayuno, colocación de sonda orogástrica e iniciar nutrición parenteral.**

**c.- Infectología: se cambia esquema antimicrobiano por el deterioro a MEROPENEM con adecuada respuesta, se toma Bh con disminución de leucocitos (de 39 a 27 mil).**

**d.- Neurológicamente: se encuentra reactivo, activo con movimientos normales, fontanela anterior normotensa**

**f.- Metabólicamente: con destrostix normales, corrección de hiponatremia (120 a 133mEq).**

## **29 DE NOVIEMBRE (INICIO DE ESTUDIO).**

1.- Recién nacido con 14 días de estancia hospitalaria, se encuentra bajo sueño ligero, respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos, bajo nivel de actividad, piel marmórea.

### **2.- Signos vitales:**

FC 175 x minuto

FR 76x minuto

TA 48/21 mmHg

Temperatura 35.9° C

### **3.- Somatometría:**

Peso: 1,700 Kg.

Talla: 44 centímetros

Perímetro cefálico: 30 centímetros

Perímetro torácico: 27 centímetros

Perímetro abdominal: 26 centímetros

## **ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS:**

### **1.- De la Madre:**

a.- Edad 19 años

b.- Gesta 1; Para 0; Abortos 0; Cesárea 1

c.- Nivel Educativo: cursando el 5° semestre de preparatoria.

d.- Tabaquismo positivo (un cigarrillo por día desde hace un año).

e.- No trabaja.

f.- Estado civil: soltera

### **2.- Del Padre:**

a.- Edad 17 años.

b.- Nivel Educativo: cursando 2° semestre de preparatoria.

- c.- Tabaquismo positivo (10 cigarrillos por día desde hace dos años).
- d.- No trabaja actualmente.
- e.- Estado civil: soltero

### **ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS:**

#### **1.- De la Madre:**

**INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS durante el último mes de embarazo (séptimo).  
Actualmente con anemia.**

#### **2.- Del Padre:**

**Sinusitis crónica sin tratamiento.**

#### **3.- Abuelo materno:**

**Hipertenso.**

#### **4.- Bisabuela paterna:**

**Padecimiento oncológico no especificado.**

### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: (EMBARAZO Y PARTO)**

**Embarazo de 33.4 semanas de gestación, FUR no confiable.**

**Control prenatal hasta el 7º. mes (ingesta de hierro y ácido fólico)**

**Niega aplicación de vacuna Toxoide tetánico.**

**Antecedente de ingesta de MISOPROSTOL (10 semanas de gestación con leve sangrado transvaginal), posteriormente ingesta de anticonceptivos durante un ciclo.**

**Tabaquismo durante el embarazo.**

**Infección vías urinarias al 7º. mes (Tratamiento con cefalexina por 5 días),**

**Ultrasonido (producto de bajo peso para la edad gestacional).**

**Trabajo de parto espontáneo con ruptura de membranas aproximadamente una hora previa a la cesárea.**

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEL RECIÉN NACIDO:**

1.- Al nacimiento:

Respiró y no lloró

APGAR de 6/8 y SILVERMAN ANDERSON 3

Dificultad Respiratoria

Sepsis Neonatal Temprana

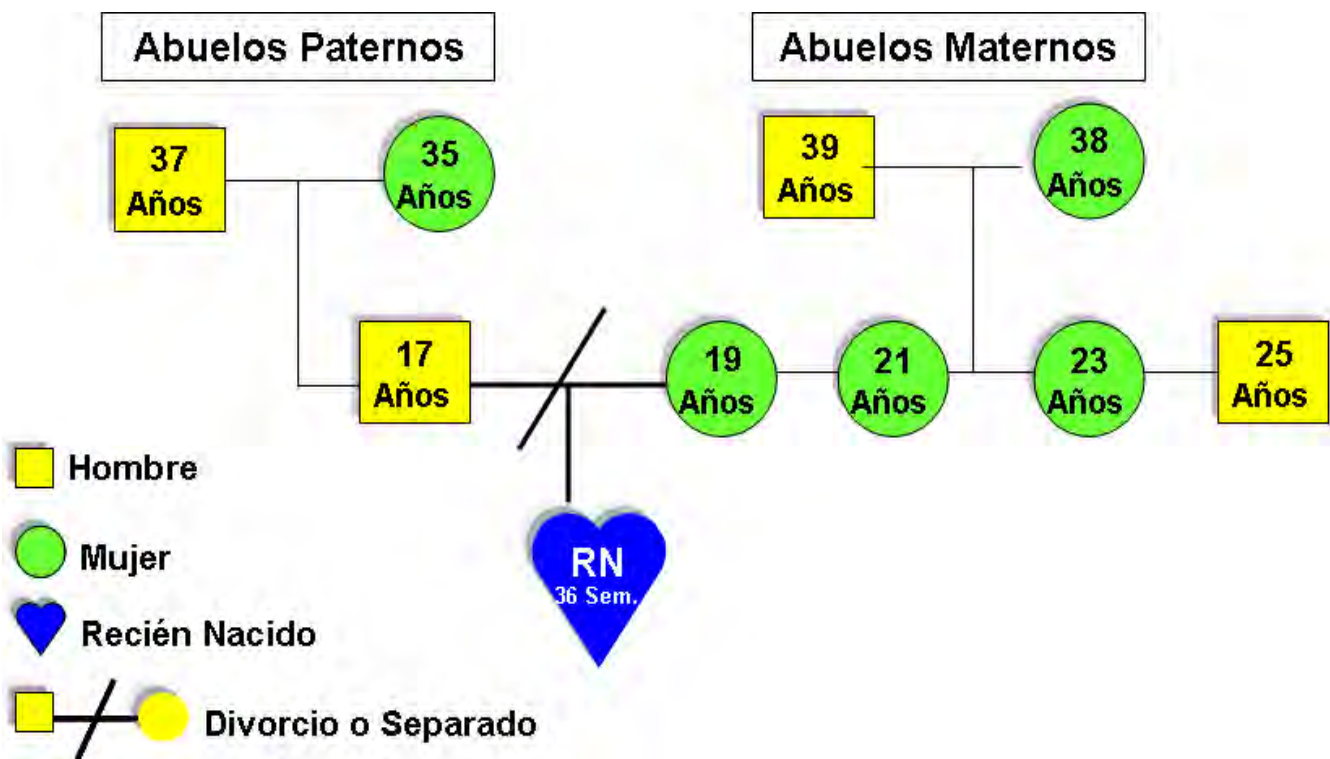
2.- 48 horas de vida extrauterina:

Hiperbilirrubinemia

3.- A la semana de vida extrauterina

Sospecha de Enterocolitis Necrosante.

**MAPA FAMILIAR**





## **DINÀMICA FAMILIAR:**

### **1.- Familia materna consta de seis integrantes:**

**Edades entre 19 y 39 años (cuatro hermanos y padres)**

**Hermanos con nivel escolar medio superior**

**Padres con primaria terminada**

**Todos se dedican al comercio informal**

**Ingreso semanal de \$2,000**

**El recién nacido dependerá de los abuelos.**

**Viven en zona urbana, en vivienda de techo de concreto, paredes de tabique, piso de cemento, bien ventilada, buena iluminación, con servicios de agua potable, luz, alumbrado publico, pavimentación y tienen 2 perros y un gato vacunados.**

### **2.- Familia paterna consta de tres integrantes:**

**Siendo el padre hijo único vive con sus padres.**

**Los abuelos no están enterados del nacimiento del recién nacido.**

**Viven en zona urbana, en vivienda de techo de concreto, paredes de ladrillo, con todos los servicios.**

## **VII.- FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO (ESTUDIOS RELACIONADOS)**

### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SEPSIS NEONATAL EN EL SILAIS MANAGUA<sup>25</sup>**

#### **Investigadores del Estudio**

**Dra. Belkys Alvarenga, Dra. Sugey Bravo, Dr. Fredy Suárez, lic. Amy Leyton, Lic. Antonia Moradel, lic. Isabel Morales, Dra. Nieves Sánchez Bojorge, Dr. Emilio Perea-Milla, Dr. Emilio Sánchez-Cantalejo**

- **La OMS estima en casi 5.000.000 de recién nacidos (RN) muertos al año, el 93% en países en desarrollo, por infecciones (del 30 al 40%), asfixias y prematurez**
- **En Nicaragua la sepsis neonatal es la segunda causa de muerte, con una tasa de mortalidad del 24.2% para el año 2002, el doble que la del año 2001**
- **La incidencia de sepsis neonatal en el hospital Berta Calderón fue de un 4% del total de nacidos vivos; en los años 2001 y 2002 la incidencia fue del 5% y 9%, respectivamente.**
- **La tasa de mortalidad neonatal podría disminuir significativamente mediante intervenciones durante el embarazo, parto, post-parto y primeros días de vida**

#### **OBJETIVO GENERAL:**

**Determinar los factores asociados a Sepsis Neonatal en niños (as) nacidos en el Hospital Bertha Calderón Roque producto de madres originarias de la ciudad de Managua, en el periodo de Julio a Septiembre del 2003.**

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- 1.- Describir las características de los casos de sepsis neonatal en RN vivos en el hospital de referencia del SILAIS Managua.**
- 2.- Identificar factores asociados a la presencia de sepsis neonatal.**

---

<sup>25</sup> [www.bertha.gob.ni/biblioteca/neocharlas.php](http://www.bertha.gob.ni/biblioteca/neocharlas.php) consultada el día 24/jun/2009

## **DISEÑO:**

- Estudio de casos y controles prospectivo
- **Ámbito: Municipio de Managua**
- **Periodo de estudio: Julio a Septiembre de 2003**
- **Universo: Lo constituyeron por todos los niños (as) nacidos en el Hospital Bertha Calderón en el período de Julio a Septiembre 2003.**

## **TAMAÑO DE MUESTRA:**

- Para un nivel de confianza del 95%, una potencia del 80%.
- Una razón controles/caso de 2:1
- Proporción de controles expuestos del 35%
- OR mínima a detectar como significativa de 2,
- Se necesitaron 99 casos y 195 controles.

## **DEFICIONES OPERACIONALES:**

- 1.- Definición de caso: RN vivo que por datos clínicos y/o hemograma alterado fue clasificado en su expediente clínico como sepsis neonatal
- 2.- Definición de control: RN vivo en cuyo expediente no aparezca el diagnóstico de sepsis.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Negativas a participar en el estudio
- Procedencia de la madre no fuese del Municipio de Managua
- RN obitado
- Partos extrahospitalarios

## **VARIABLES:**

Se midieron características relacionadas con:

- La Madre
- El embarazo
- El parto
- El producto

## **FUENTES DE INFORMACIÓN:**

- Entrevista a la madre, mediante encuesta previamente estructurada
- Revisión de expedientes clínicos de los RN y sus madres
- Libros de registros de ingresos y egresos hospitalarios

## **TIPO DE ANALISIS:**

Se realizó un análisis descriptivo calculando medias y desviaciones típicas para variables cuantitativas y porcentajes para las cualitativas.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

- Para estudiar la asociación entre la sepsis neonatal y los posibles factores de riesgo, se realizó un análisis de chi-cuadrado, con un nivel de significación de  $p < 0.05$ .
- Para los posibles factores de riesgo asociados a la sepsis se calculó la correspondiente razón de ventajas (Odds Ratio), como medida de la fuerza de la asociación.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO:**

- 1.- Los resultados provienen de un análisis bivariado, luego puede estar presente algún sesgo de confusión al no controlar por terceras variables.
- 2.- Posibles sesgos de selección por:

- Las mujeres de mayor nivel económico tengan a sus hijos en hospitales privados; ello afectaría a casos y a controles
- Casos de sepsis no detectados: poco probable por la importancia de la enfermedad.

### 3.- Sesgo de recuerdo

## RESULTADOS:

### DISTRIBUCIÓN DE CASOS Y CONTROLES.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Casos	99	33.7
Controles	195	66.3
Total	294	100

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### FACTORES EPIDEMIOLOGICOS

Variable	Casos (%)	Controles (%)	OR	p
<b>Procedencia</b>				
Distrito 3	25 (25.5)	62 (38.8)		0.51
2	8 (8.2)	21 (10.8)		
4	25 (25.5)	38 (19.5)		
5	14 (14.3)	32 (16.4)		
6	26 (26.5)	42 (21.5)		
<b>Estudios</b>				
Universitaria	9 (9)	6 (3.1)	1	0.03
Secundaria	53 (53.5)	114 (58.1)	0.31	
Primaria	37 (37.5)	75 (38.5)	0.33	
<b>Gestaciones previas</b>				
Menos de 4	91 (91.9)	166 (85.1)	1	0.097
4 o mas	8 (8.1)	29 (14.9)	0.5	

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### FACTORES PRECONCEPCIONALES

Variable	Casos (%)	Controles (%)	OR	p
Infección Transmisión sexual				
No	94 (94.9)	193 (99)	1	
Sí	5 (5.1)	2 (1)	5.2	0.03
Cérvico vaginitis				
No	88 (88.9)	187 (95.9)	1	
Sí	11 (11.1)	8 (4.1)	2.9	0.02
Infección vías urinarias				
No	34 (34.3)	108 (55.4)	1	
Sí	65 (65.7)	87 (44.6)	0.4	< 0.001

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### FACTORES PRENATALES

Variable	Casos (%)	Controles (%)	OR	p
Cérvico vaginitis				
No	83 (83.8)	183 (93.8)	1	
Sí	16 (16.2)	12 (6.2)	2.9	0.006
Infección vías urinarias				
No	78 (78.8)	188 (96.4)	1	
Sí	21 (21.2)	7 (3.6)	7.1	< 0.001
Controles prenatales				
Menos de 4	41 (93.2)	84 (83.2)	1	
4 o mas	3 (6.8)	17 (16.8)	0.36	0.11

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### FACTORES DEL PARTO

Variable	Casos (%)	Controles (%)	OR	p
Manipulación al ingreso en el hospital				
No	72(75,8)	176(90,7)	1	
Si	23(24,2)	18(9.3)	3.1	0.001
Trabajo del parto				
Espontáneo	52 (52.5)	169 (87.1)	1	
Inducido/conducido	47 (47.5)	25 (12.9)	6.2	0.001
Duración del parto				
12 horas o menos	786(76.8)	164 (84.1)	1	
mas de 12 horas	23 (23.2)	31(15.9)	1.6	0.12

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### FACTORES DEL PARTO

Variable	Casos (%)	Controles (%)	OR	p
Hora del parto				
7 am – 7 pm	48 (48.5)	124 (63.6)	1	
7 pm – 7 am	51 (51.5)	71 (36.4)	1.89	0.13
Líquido amniótico				
Normal	73 (73.7)	182 (93.3)	1	
Alterado	26 (26.3)	13 (6.7)	5	< 0.001
Personal que atendió el parto				
Obstetra	50 (50.5)	36 (18.5)	1	
Residente	47 (47.5)	151 (77.4)	0.22	0.001
Otros	2 (2)	8 (4.1)	0.18	0.022

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### FACTORES DEL RECIÉN NACIDO

Variable	Casos (%)	Controles (%)	OR	p
Personal que lo atendió				
Pediatra	41 (41.4)	40 (20.5)	1	
Residente	31 (31.3)	54 (27.7)	0.56	0.066
Médico general	19 (19.2)	45 (23.1)	0.41	0.011
Otros	8 (8.1)	56 (28.7)	0.14	< 0.001
Edad gestacional				
Menos de 37 semanas	40 (40.4)	22 (11.3)	0.19	< 0.001
Entre 37 y 42 semanas	59 (59.6)	173 (88.7)	1	
Peso al nacer				
Menos de 2500 gr.	45 (45.5)	24 (12.3)	1	< 0.001
Mas de 2500	54 (54.5)	171 (87.7)	0.21	
Maniobras invasivas				
No	32 (32.3)	189 (96.9)	1	
Sí	67 (67.7)	6 (3.1)	6.7	< 0.001

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

## CONSECUENCIA DE LOS FACTORES ASOCIADOS A SEPSIS

Variable	No.	%
<b>Momento del diagnóstico:</b>		
Antes 72 horas ( S. Temprana)	270	92
Después 72horas (S. Tardía)	24	8
<b>Condición al egreso:</b>		
Alta	268	91
Fallecido	26	9

Fuente: Base de Datos Estudio Sepsis Neonatal.

### CONCLUSIONES

1.- Los factores sociodemográficos que incrementan el riesgo perinatal fueron:

- El que las universitarias tengan un mayor riesgo de tener hijos con sepsis es que ellas trabajen y estudien o debido a un bajo nivel económico.
- No se encontraron diferencias en edad entre los casos y los controles.

2.- Los factores del preconcepciones que se asocian a riesgo perinatal fueron:

Las enfermedades de transmisión sexual, la Cérvico vaginitis y la infección de vías urinarias son claros factores predictivos de recién nacidos prematuros y/o peso bajo y sepsis neonatal

3.- Los factores del anteparto y parto que se asocian a riesgo perinatal fueron:

- El control del embarazo parece con proteger contra la sepsis neonatal.
- La inducción del trabajo de parto y líquido amniótico alterado riesgo de 6.2 y 5 veces respectivamente.
- Manipulaciones previas al ingreso en el hospital, el parto inducido / conducido, el número de tactos, la mayor duración del parto y las maniobras invasivas son claros factores de riesgo.

4.- Los factores del anteparto y parto que se asocian a riesgo perinatal fueron:



- **La ruptura prematura de membranas asociado con Cérvico vaginitis y/ o IVU son factores predictivos de gravedad en Sepsis.**
- **Los partos durante la noche tienen mas riesgo de sepsis, lo que podría evidenciar algún problema organizativo.**
- **Que la atención al parto sea realizada por un obstetra o al recién nacido lo sea por un pediatra se puede explicar por la mayor gravedad del caso.**

#### **5.- Los factores de riesgo del recién nacido:**

- **El tipo de sepsis más frecuente fue la temprana ( menor a 72 horas) con 92%.**
- **El recién nacido Pretérmino y el producto con bajo peso al nacer es un factor de debe alertar sobre el riesgo de sepsis.**
- **Maniobras invasivas (venopunción, venodisección, onfaloclis, intubación, toma de muestras) al momento de su nacimiento y/ o su hospitalización son factores predictivos para sepsis nosocomial (mayor de 72 horas) 8%.**

## VIII.- DOROTHEA E. OREM<sup>26</sup>

Dorotea Orem nació en Baltimore, Maryland y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Inicio su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providencial Hospital, de Washington D.C. donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Continuó después su formación y consiguió el B.S.N. de The Catholic University of America en 1939 y el MS en educación de enfermería por esta misma universidad en 1945.

En el desempeño de su profesión Orem trabajo como enfermera privada, enfermera hospitalaria y ejercito la docencia. Desde 1940-1949 fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Province Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, pasó siete años (1949-1957) en Indiana, donde trabajó en División de servicios Hospitalarios e Institucionales del Board of Health del Estado de Indiana .Siendo en esta época cuando perfiló su definición de la práctica de la enfermería.

En 1957 se traslado a Washington DC, contratada por el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del Office of Education de los Estados Unidos, como asesora de programas de estudios, desde 1958 hasta 1960. Durante su permanencia en este departamento trabajó en un proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica, lo que la indujo a plantearse cual era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. La respuesta a esta pregunta se encuentra en su manual Guidelines for Developing Curricular for the Education of Practical Nurses, publicada en 1959.

En este mismo año, Orem se convirtió en profesora adjunta de enfermería en The Catholic University of America. Mas tarde ejerció como decana en funciones de la Escuela de Enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería. Durante su estancia en The Catholic University siguió depurando sus conceptos de enfermería y autocuidado .Allí escribió "The Hope of Nursing" 1962, publicada en el Journal of Nursing Education .En 1970 abandono The Catholic

---

<sup>26</sup> [www.slideshare.net/.../dorothea-orem-1273294](http://www.slideshare.net/.../dorothea-orem-1273294) consultada el día 24/jun/2009

**University y fundó su propia empresa de consultoría, llamada Orem and Shield, Inc, con sede en Chevy Chase, Maryland. El primer gran libro de Orem, publicado en 1971 fue Nursing: Concepts of Practice, seguido de Concept Formalization in Nursing: Process and Product. y desde allí en adelante desarrolla las teorías y subteorías que componen este modelo, de gran difusión y aplicación en nuestra época.**

**En 1976 la Universidad de Georgetown homenajeó a esta autora otorgándole el título honorífico de doctora en Ciencias. En 1979 se publicó en la revista de alumnos de la Escuela de Enfermería del John Hopkins su artículo "Levels of Nursing Education and Practice" al año siguiente Orem recibió el Alumni Association Award for Nursing Theory de The Catholic University of America. Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de:**

**Doctora en Ciencias del Incarnate Word College, 1980.**

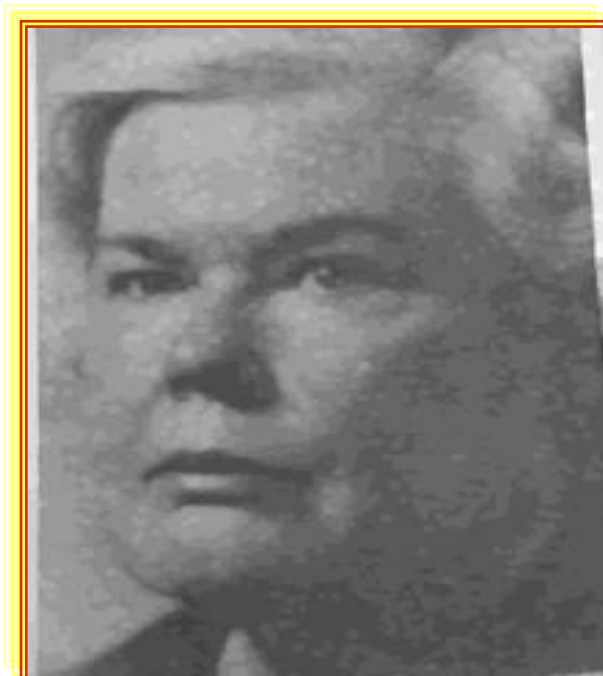
**Doctora en Letras de la Universidad de Illinois Wesleyan, 1988.**

**Premio Linda Richard, concedido por la National League for Nursing en 1991.**

**Miembro honorario de la American Academy of Nursing, 1992.**

**De su obra Nursing: Concepts of Practice se publicaron nuevas ediciones en 1980, 1985, 1991 y 1995.**

**Orem se retiró en 1984 y desde entonces reside en Savannah, Georgia.**



## **TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM SE CARACTERIZA POR:<sup>27</sup>**

- 1.- organizar el conocimiento
- 2.- Las habilidades y la motivación de las enfermeras necesarias para brindar cuidados a los pacientes.
- 3.- Se ha contemplado este modelo como sinónimo del concepto de autocuidado.

### **ORÍGENES DE LA TEORIA:**

Empezó a finales de la década de los 50 y se centro en tres cuestiones:

- 1.- ¿qué hacen y qué deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
- 2.- ¿Porqué hacen las enfermeras lo que hacen?
- 3.- ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

### **NATURALEZA DEL AUTOUIDADO:**

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

### **PRESUNCIONES SOBRE LA NATURALEZA DEL HOMBRE:**

- 1.- Los seres humanos, siempre que sea posible tienen el potencial de desarrollar la responsabilidad de controlar sus propias necesidades.

---

<sup>27</sup> <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEFyuuVFUSGkGEse.php> LA TEORIA consultada el día 24/ju/2009

- 2.- Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado varían según la cultura o grupos sociales a los que pertenecen.
- 3.- El individuo requiere una acción intencionada y calculada.
- 4.- Identifican las formas para satisfacer las necesidades conocidas, para desarrollar hábitos de autocuidado.

### **LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO PARA LA INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERÍA PROPUESTOS POR DOROTHEA OREM**

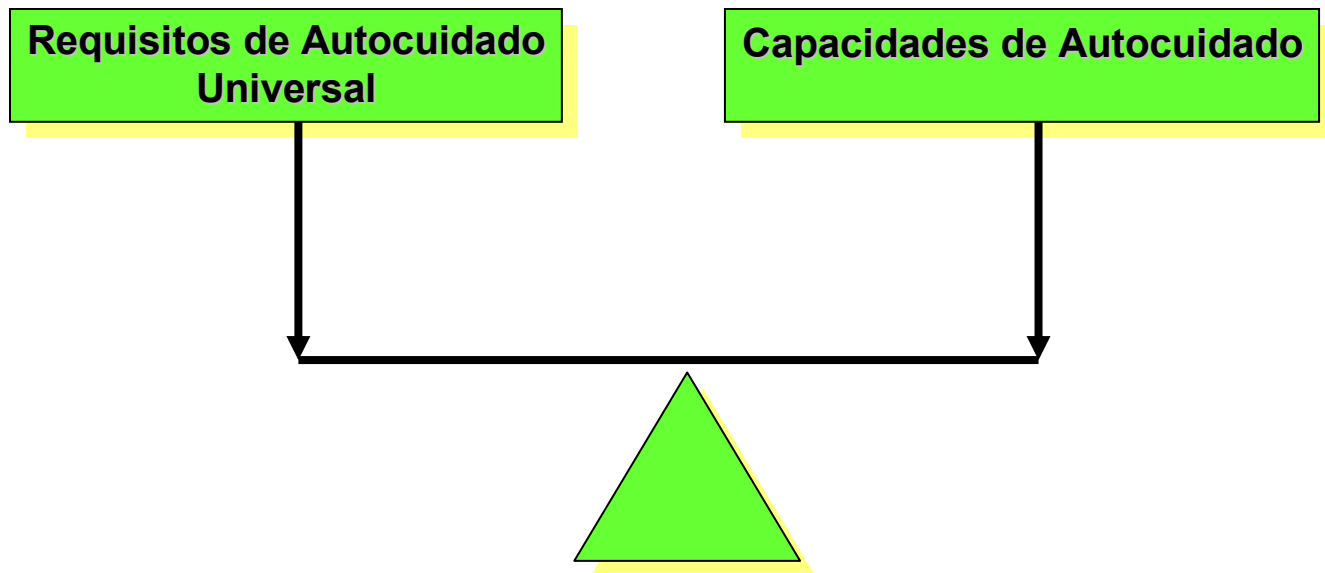
- 1.- Requisitos de autocuidado universal
- 2.- Requisitos del desarrollo
- 3.- Requisitos de desviación de la salud

#### **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

- 1.- Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
- 2.- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
- 3.- Mantenimiento de un aporte de alimento suficiente
- 4.- Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción
- 5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
- 6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción
- 7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
- 8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

## REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

### DEMANDAS DE AUTOCUIDADO Y CAPACIDAD HUMANA



## REQUISITOS DEL DESARROLLO

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

## CONDICIONES QUE AFECTAN EL DESARROLLO HUMANO

- 1.- Desviación Educacional
- 2.- Problemas de adaptación Social
- 3.- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
- 4.- Pérdida de posesiones o del trabajo.
- 5.- Cambio súbito en las condiciones de vida
- 6.- Cambio de posición ya sea social o económica

7.- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad

8.- Enfermedad terminal o muerte esperada

9.- Peligros ambientales.

### REQUISITOS DE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

1.- Buscar y Asegurar la Ayuda Médica Apropriada en Caso de Exposición a Condiciones Ambientales o Agentes Físicos o Biológicos Asociados con Acontecimientos y Estados Patológicos Humanos

2.- Ser Conciente de los Efectos y Resultados de las Condiciones y Estados Patológicos.

3.- Realizar Eficazmente las Medidas Diagnósticas, Terapéuticas y de Rehabilitación Prescritas Dirigidas a la Prevención o a la Propia Patología, a la Regulación del Funcionamiento Humano Integrado, a la Corrección de Deformidades o Anomalías.

4.- Ser Conciente de los Efectos Molestos o Negativos de las Medidas Terapéuticas Prescritas por el Médico.

5.- Modificación del Autoconcepto.

6.- Aprender a Vivir con los Efectos de Condiciones y Estados Patológicos en un Estilo de Vida que Promueva el Desarrollo Personal.

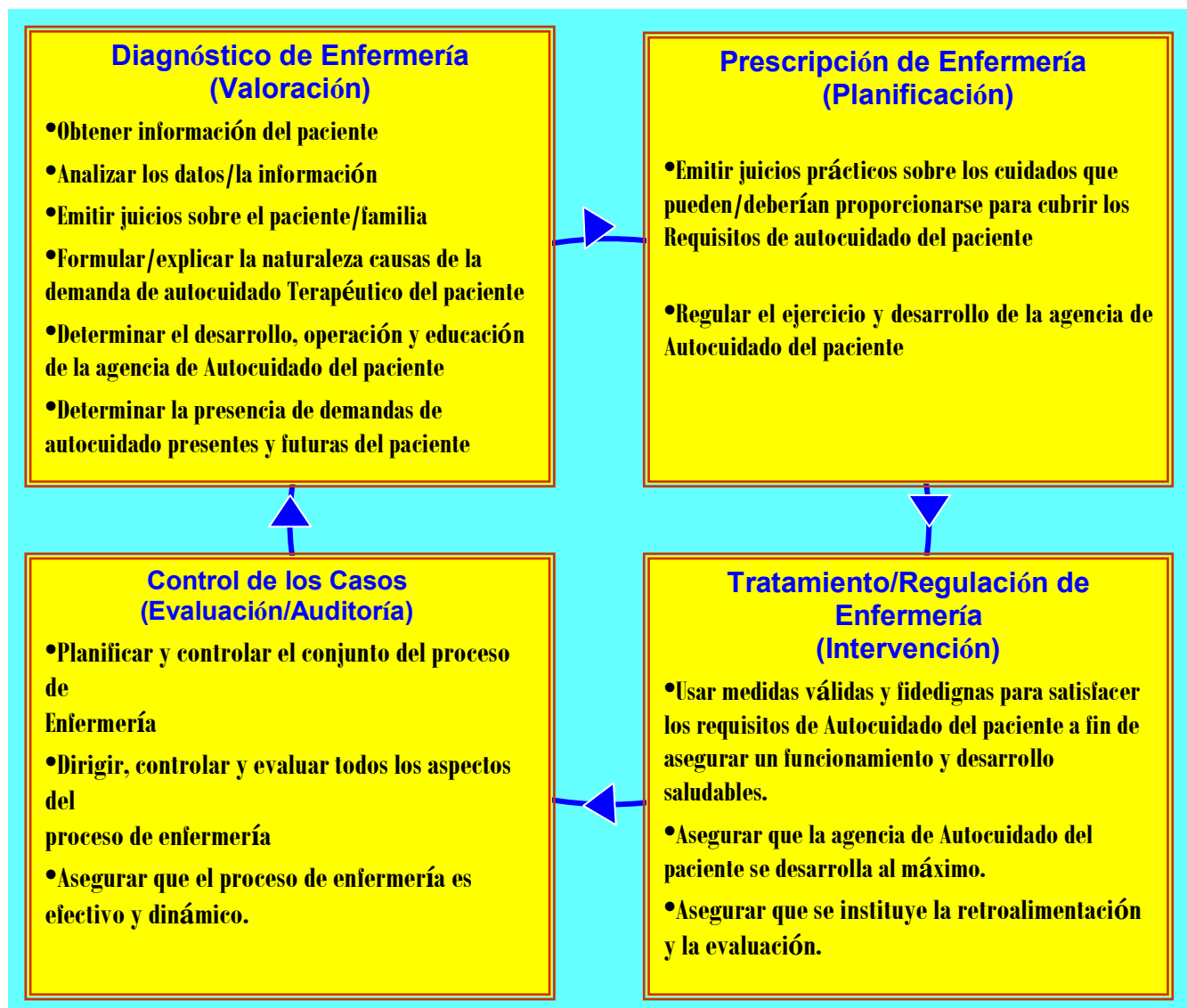
### DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Apoyo educativo	Parcialmente compensatorio	Totalmente compensatorio
Realiza el cuidado terapéutico del paciente	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente	Realiza el autocuidado
Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado
Apoya y protege al paciente	Ayuda al paciente en lo que necesite	
Deja hacer al otro	Hacer con el otro	Hacer por el otro

## IX.- METODO ENFERMERO

- Es un sistema de Planeación en la ejecución de cuidados de enfermería basados en el método científico.
- Considerándolo como un modelo conceptual que proporciona bases para la investigación, prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, familia y comunidad en el que se sustenta la enfermería profesional.

### REALACION DEL MÉTODO ENFERMERO CON LA TEORIA DE OREM<sup>28</sup>



<sup>28</sup> [www.revistaciencias.com/.../EEVEFyuuVFUSGkGEse.phpconsultada](http://www.revistaciencias.com/.../EEVEFyuuVFUSGkGEse.phpconsultada) el 24/jun/2009



## **RELACION**

### **Relación del Método Enfermero y Dorothea E. Orem**

#### **1.- OPERACIONES INTERPERSONALES Y SOCIALES:**

**Una relación efectiva con el paciente su familia y otros**

#### **2.- OPERACIONES TECNOLOGICO PROFECIONALES:**

**Son identificadas como diagnosticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.**

## **X.- PARADIGMAS**

## **ELEMENTOS PARADIGMATICOS DE LA ENFERMERIA**<sup>29</sup>

### **ENFERMERÍA.**

**Servicio humano diseñado para superar las limitaciones del hombre en sus acciones de autocuidado por razones relacionadas con la salud.**

**La PERSONA es un todo que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente, y que posee las capacidades, las aptitudes y la voluntad de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a desviaciones de salud.**

**La SALUD se define según esta autora como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano.**

**Por último, el ENTORNO representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993).**

---

<sup>29</sup> [www.enfermeriajw.cl/teoristas/DOROTHEA.ppt](http://www.enfermeriajw.cl/teoristas/DOROTHEA.ppt) consultada 24/jun/2009

## **XI.- DAÑOS A LA SALUD**

### **a.- INCIDENCIA SEPSIS NEONATAL**

Según OMS del total de Recién Nacidos Vivos:

20 % Infecciones.

1% fallece

### **b.- SEPSIS TEMPRANA:**

1-2% de 1000 Recién Nacidos

19% de 1000 RN < 1000 Kg.

### **c.- SEPSIS TARDÍA**

2 a 5% de RN Hosp.

15 % de RN en UCI

25-50% de RNPT < 29 S

50-80% de RNPT < 25 S

### **d.- INCIDENCIA EN MÉXICO**

4 a 15.4 casos por 1 000 nacidos vivos

### **INCIDENCIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (EUA)**

1-5 casos por 1 000 nacidos vivos

## **INFECCIONES POSNATALES**

### **A.- SEPTICEMIA NEONATAL**

Es el conjunto de signos y síntomas de infección sistémica, generalmente de origen bacteriano, que se presenta dentro de los primeros 28 días de vida extrauterina.

La frecuencia es variable oscilando entre 2 a 10/1000 recién nacidos vivos, alcanzando hasta 1/250 RN vivos prematuros; en las unidades de cuidados intensivos la frecuencia es mayor.

Los agentes bacterianos más frecuentemente identificados en nuestro medio se resumen en el siguiente cuadro:

**MICROORGANISMOS AISLADOS EN  
MENINGITIS BACTERIANA NEONATAL\***

Microorganismos	Frecuencia
Escherichia coli	19.7
Klebsiella sp.	11.6
Staphylococcus áureas	11.2
Staphylococcus coagulasa negativa	6.7 5.6
Proteus sp.	5.8
Pseudomonas sp.	5.0
Enterobacter sp.	4.5
Salmonella sp.	4.0
Streptococcus pneumoniae	3.5
Streptococcus sp.	3.5
Enterococcus sp.	3.5
Ureaplasma urealyticum	2.6
Streptococcus grupo B	2.2
Anaerobios	1.7
Acinetobacter	1.3
Listeria monocytogenes	1.3
Micrococcus	0.9
Citrobacter	

\*Porcentaje global de reportes de cuatro instituciones: Hospital Infantil de México, Instituto Nacional de Perinatología, Hospital de Infectología Centro Médico “La Raza”, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional “Siglo XXI”

Resalta la gran frecuencia de las enterobacterias y el resurgimiento de cocos grampositivos como los Staphylococcus coagulasa negativa y los Enterococcus sp.<sup>30</sup>

**CLASIFICACION**

La septicemia se ha dividido en temprana si se presenta antes de los dos o cuatro días de edad y tardía si se presenta después. La primera se asocia a factores perinatales y la segunda se relaciona más a factores de tipo ambiental.

<sup>30</sup> Games Eternod J. Dr. y Palacios Treviño Jaime L. Dr. Introducción a la Pediatría, sexta edición, Méndez editores, 2003. Págs. 257-259

## **ETIOLOGIA**

La etiología puede ser diferente para cada uno de ellas y esta clasificación se ha empleado más para la septicemia causada por *Streptococcus hemolítico del grupo B* (que en nuestro medio se ha identificado con una frecuencia menor que lo referido en Norteamérica) y *Listeria monocytogenes*. Las formas de inicio tardío generalmente son de adquisición intrahospitalaria.

En la septicemia de inicio temprano predominan los antecedentes de problemas maternos y en las tardías de procedimientos y estancia prolongada en el hospital.

## **CUADRO CLINICO**

La signología clínica es inespecífica y puede dividirse en:

- a) General: distermia o fiebre, letargo, rechazo al alimento y “mal aspecto del paciente”.
- b) Neurológica: irritabilidad, temblores, hipotonía, movimientos oculares anormales.
- c) Respiratoria: taquipnea, respiración irregular, apnea, cianosis, quejido.
- d) Cutánea: exantema, púrpura, esclerodema, pústulas.
- e) Hematológica: sangrado, ictericia.
- f) Cardiovascular: taquicardia, hipotensión, edema.

Los signos más tempranos suelen ser alteraciones en la regulación de la temperatura y el aspecto “grisáceo” de la piel. En presencia de los signos inespecíficos descritos deberá investigarse siempre septicemia.

## **ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE**

Además de la sospecha clínica se requieren realizar diferentes estudios bacteriológicos para confirmar el diagnóstico.

En el protocolo de estudio de un paciente con sospecha de septicemia se solicitarán los siguientes exámenes:

- **Biometría hemática, cuyos datos útiles son: leucopenia <5,000/mm<sup>3</sup> y una relación bandas: neutrófilos mayor o igual a 0.2. Cerca de un 30-40% de los pacientes con septicemia pueden tener cifras normales de leucocitos y debido a que estas alteraciones no son muy sensibles o específicas, es necesario encontrar dos o más de ellas para pensar en septicemia.**
- **Plaquetas. Aproximadamente el 60% de los neonatos con septicemia tienen plaquetopenia. Existen otras patologías no infecciosas en las que es común está alteración.**
- **Velocidad de sedimentación globular. Con frecuencia está acelerada.**
- **Reactantes de fase aguda. Incluye proteína C reactiva, fibrinógeno, hepatoglobina, orosomucoide. Su utilidad es variable, pueden servir como auxiliares.**
- **Hemocultivos. Se tomarán tres en un lapso no mayor de 12 horas. El hemocultivo positivo dará el diagnóstico de certeza, pero el tratamiento se indicará desde la sospecha clínica y no hasta tener el resultado. Para considerar a *Staphylococcus coagulasa negativa* como causante de septicemia, debe aislarse en dos hemocultivos o de sitios habitualmente estériles; para las bacterias gramnegativas con un solo hemocultivo es suficiente para establecer el diagnóstico de septicemia.**
- **Otros cultivos dependerán de la localización de los focos infecciosos.**
- **Líquido ceforraquídeo (citoquímico y cultivo). Se tomará aunque no haya signos neurológicos ya que en un 10-20% de los casos de septicemia se puede presentar meningocelalitis, en cuyo caso el tratamiento y pronóstico variarán.**
- **Dextrostix. Pueden haber hipo o hiperglucemia. Se indicará cada 6-8 horas en la fase aguda del padecimiento.**
- **Radiografía de tórax. Puede haber neumonía no manifiesta para signos clínicos. Otros estudios radiológicos se solicitarán de acuerdo a orientación clínica.<sup>31</sup>**

---

<sup>31</sup> op cit p. 258-259

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

El diagnóstico diferencial tiene que hacerse básicamente con los padecimientos del complejo TORCH y en ocasiones, con eritroblastosis fetal grave, alteraciones metabólicas como hipoglucemia o hiponatremia o neurológicas como hemorragia del sistema nervioso central o kernícterus.

## **COMPLICACIONES**

Las complicaciones pueden ser choque séptico, coagulación intravascular diseminada, hipo o hiperglucemia y localización de la infección en diferentes sitios del inicial como meningoencefalitis, osteoartritis.

## **TRATAMIENTO**

La elección de antimicrobianos debe basarse en el conocimiento epidemiológico de cada unidad u hospital, así como la sensibilidad de los distintos antibióticos. En general, se iniciará con ampicilina-amikacina en algunas condiciones puede utilizarse como alternativa cefotaxima-ampicilina. Estos se administrarán hasta la curación del paciente la cual se basará en la desaparición de los focos infecciosos, la normalización de la curva térmica, incremento ponderal, buen estado general y desaparición de las alteraciones de los exámenes de laboratorio. Esto habitualmente sucede en 10-15 días.

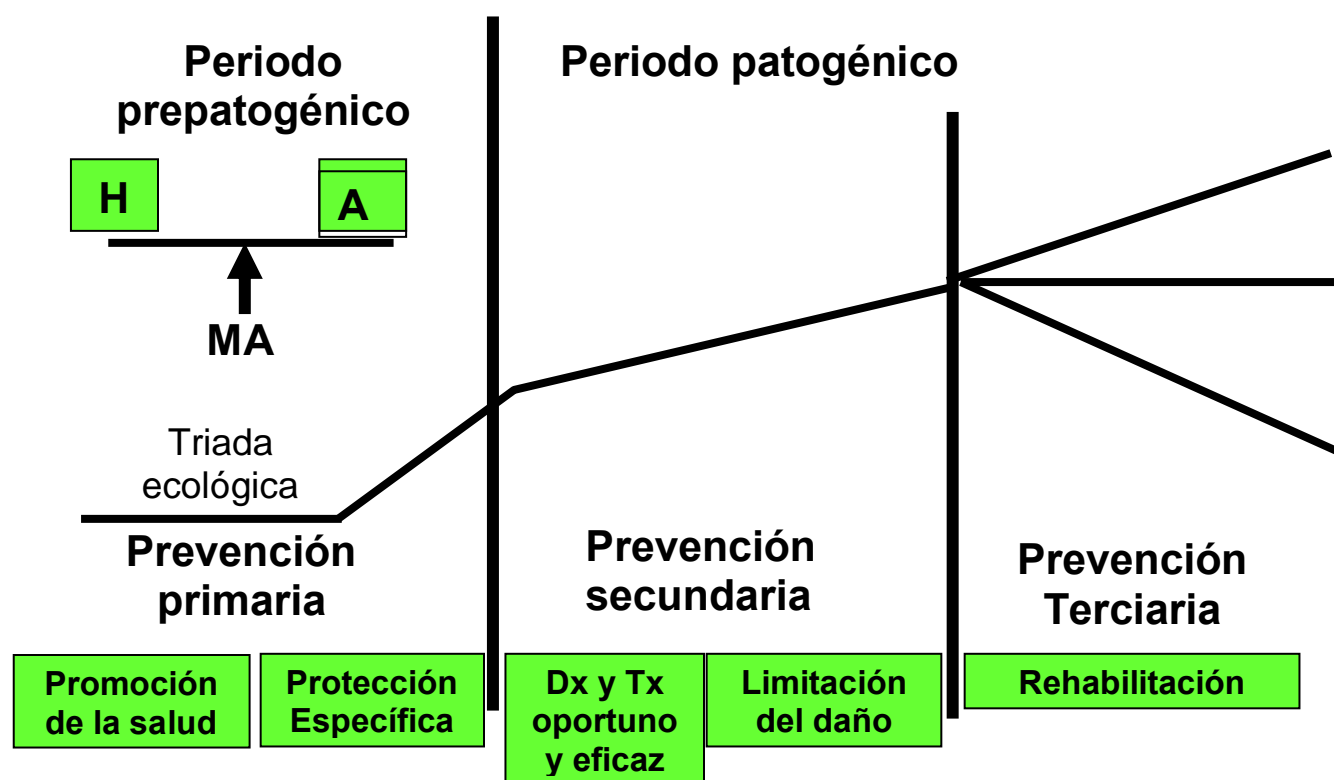
Se han propuesto otras medidas coadyuvantes como la exanguinotransfusión, transfusión de granulocitos gammaglobulina intravenosa cuyos resultados han sido variables y los estudios hasta la actividad no permiten apoyar una indicación concluyente.

La letalidad de este padecimiento es de 15 a 35% de acuerdo a distintos centros. En la recuperación no se observan secuelas si no hubo localización de la infección a nivel óseo, articular o meníngeo.

## MEDIDAS PREVENTIVAS

Algunas medidas preventivas para ésta y otras infecciones son: atención obstétrica adecuada, reanimación neonatal con técnica aséptica. En el medio hospitalario es fundamental el lavado de manos antes y después de manejar a un paciente y técnicas asépticas en los procedimientos invasivos. Lavado y desinfección de incubadoras, cunas, pisos, paredes y ventanas, asepsia y antisepsia de tuberías de ventiladores y nebulizadores.<sup>32</sup>

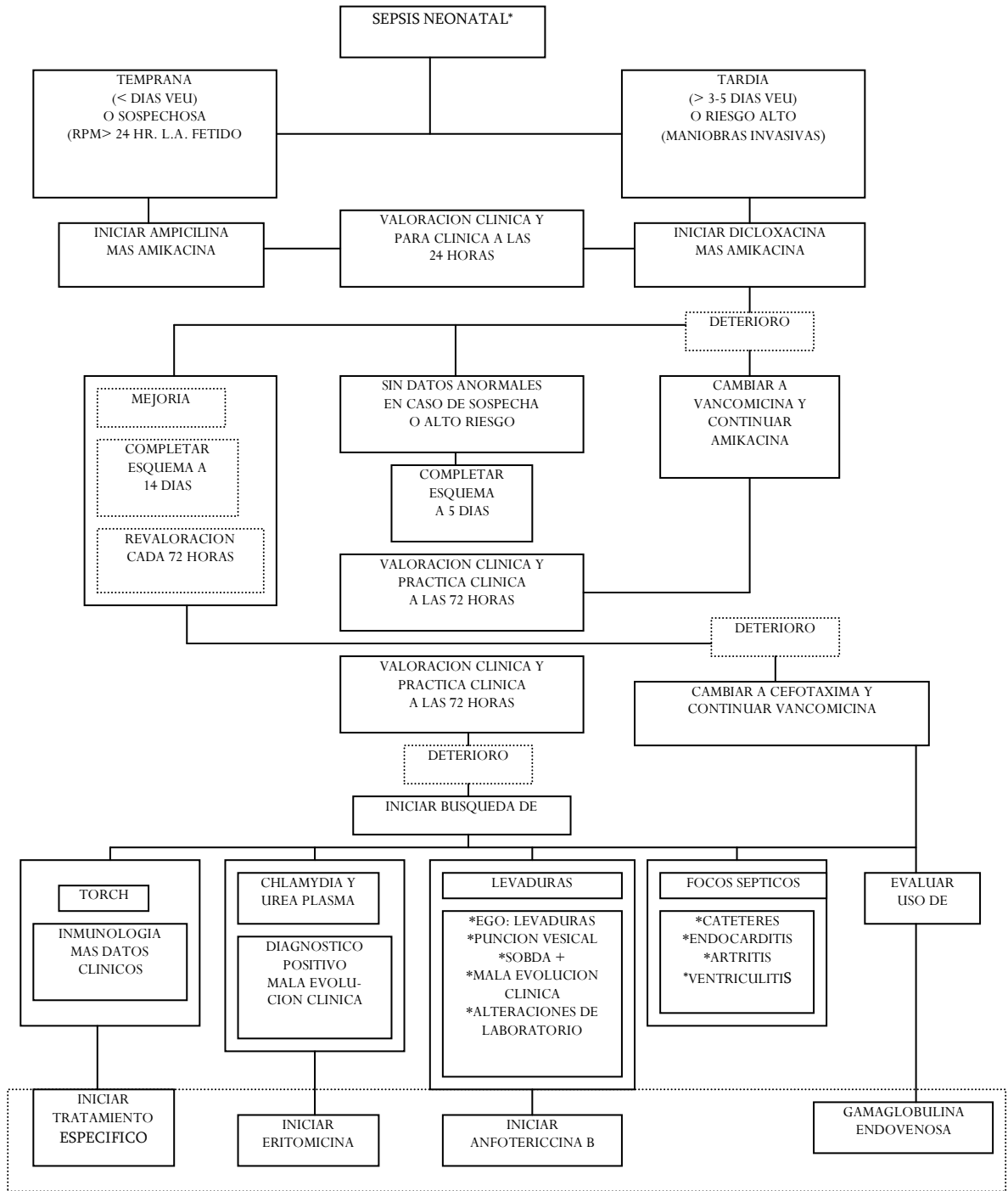
### CUIDADOS PREVENTIVOS DE SALUD



### ESQUEMA DEL MANEJO DE LA SEPSIS NEONATAL

<sup>32</sup> op cit p- 259





\*Esquema copiado de: Instituto Nacional de Perinatología. Normas de Neonatología 1998. P.255

## **B.- PREMATUREZ**

### **INCIDENCIA**

La prematurez es uno de los problemas más frecuentes en los hospitales de obstetricia y al hablar de cifras de morbilidad y mortalidad en el prematuro se observan variaciones en los datos estadísticos de un mismo país debido a que los reportes son incompletos, ya sea por subregistro o porque no se emplea el mismo criterio.

Así tenemos que por ejemplo: en los países del primer mundo en los años de 1980-1988 en el Reino Unido y en los Estados Unidos de Norteamérica el índice de prematurez fueron iguales de 7%, en Suecia el 4%, en Japón el 5%.

En los mismos años en países del tercer mundo hay gran diferencia, por ejemplo: la India con un índice de prematurez del 30%, Mozambique y Afganistán el 20%. En países de Latinoamérica, Honduras tiene un índice de prematurez del 20%, Guatemala el 14%, la República Mexicana y Bolivia el 12%, Perú el 9% y Colombia el 8%.<sup>33</sup>

En nuestro país existen diferencias en los diversos hospitales que conforman el Sector Salud y así tenemos que en el año de 1991 el número de nacimientos de recién nacidos vivos en hospitales de la Secretaría de Salud fue 369,744 de los cuales 23,658 fueron prematuros siendo el índice de 6.39%.

### **FACTORES QUE AFECTAN A LA PREMATUREZ**

Los lactantes prematuros o de pretérmino nacen antes de la semana 37 de gestación sin importar su peso. Los que pesan menos de 2500 gr. al nacer son prematuros como también casi todos los que pesan menos de 1500 gr. sin embargo, como se explicó no todos los lactantes que pesan menos de 2500 gr. son de modo necesario prematuros. El principal criterio es la edad gestacional. La mayor parte de estos lactantes de pretérmino son de tamaño adecuado para su edad gestacional, aunque algunos son más pequeños. Se identifican diversos factores que se asocian con el trabajo de parto pretérmino.

---

<sup>33</sup> Rubio Domínguez, Ortega Gutiérrez. Antología. Obstetricia II U.N.A.M. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, SUA febrero 2002. p.346

La prematurez es el factor más frecuente relacionado con la muerte de neonatos. Una criatura puede nacer mucho antes de la semana 37 y así vivir, pero suele estar muy mal desarrollado para sobrevivir fuera del útero.

La malnutrición materna y el estado socioeconómico bajo pueden ser causa de recién nacidos con bajo peso al nacer. Un recién nacido que pesa 2300 gr. puede ser a término y pequeño para su edad gestacional; o prematuro (con 35 semanas de gestación) y con peso adecuado para su edad gestacional, o prematuro (con 30 semanas de gestación) y grande para la edad gestacional.<sup>34</sup>

### **PROBLEMAS FISIOLÓGICOS**

El prematuro presenta varios problemas físicos que se deben tomar en consideración para su atención. De hecho, debido a que estos recién nacidos requieren muchos cuidados especiales, a menudo se les traslada a un hospital que tenga una unidad de terapia intensiva de alto riesgo para neonatos prematuros. Antes y durante la transferencia, este recibe la reanimación necesaria; se le administra oxígeno, se mantiene caliente y se protege contra infecciones.

### **SISTEMA CARDIOVASCULAR**

El defecto cardiovascular más frecuente de los lactantes de pretérmino es el conducto arterioso persistente. El conducto, que es la estructura fetal que actúa como vía para la sangre entre la arteria pulmonar y la aorta, permanece abierto en los niños de pretérmino. Los lactantes a pretérmino tienen menor resistencia vascular pulmonar como consecuencia de la falta de desarrollo muscular de las arteriolas pulmonares. Los esfuerzos de vasoconstricción no son tan fuertes con respecto al aumento de niveles de oxígeno. Mientras el conducto permanece abierto se observa incremento en la cantidad de sangre que se deriva al circuito pulmonar lo que en último término produce edema pulmonar y aumenta el esfuerzo respiratorio y el consumo de oxígeno.

---

<sup>34</sup> IBIDEM

Cerca de 15% de los lactantes con conducto arterioso persistente tienen defectos cardiacos adicionales.

## **SISTEMA RESPIRATORIO**

El lactante de pretérmino tiene riesgo de problemas respiratorios. Los pulmones no maduran en su totalidad sino hasta después de la semana 35 de gestación. La cantidad de factor surfactante, que es la sustancia que reduce la tensión superficial en los pulmones es deficiente en los lactantes de pretérmino. Además, hasta la 34ª semana maduran los alvéolos del pulmón fetal.<sup>35</sup>

**Apnea.-** Desde un punto de vista general el patrón respiratorio del lactante de pretérmino es regular o presenta periodos de apnea frecuentes o que van en aumento. La apnea es un problema clínico frecuente en la unidad intensiva neonatal. Los centros respiratorios inmaduros de los lactantes de pretérmino no responden con facilidad al aumento en los niveles de PaCO<sub>2</sub> como ocurre en el caso de los niños a término. Como resultado, se produce hipoventilación e hipercapnia.

Con frecuencia se reportan patrones de respiración periódica en los niños pretérmino (con pausa de 5 a 10 segundos). Sin embargo, los episodios apneicos verdaderos duran de 10 a 15 segundos y se acompañan de palidez, cianosis, hipotonía y bradicardia. Los episodios apneicos repetidos se presentan con mayor frecuencia en lactantes de pretérmino que pesan menos de 100 gr. esta afección se debe a la inmadurez de los sistemas de control respiratorio en el cerebro, los episodios apneicos en el neonato deben recibir tratamiento inmediato de ser posible, estos pueden presentarse por los siguientes factores:

- Inestabilidad de temperatura
- Uso de fármacos (materno-fetales)
- Infección
- Afecciones metabólicas
- Asfixia neonatal

---

<sup>35</sup> op cit p.347

- Distensión abdominal
- Problemas del sistema nervioso central

Durante las dos primeras semanas de vida se aconseja colocar un monitor de apnea a todos los lactantes con riesgo. La estimulación táctil y el cambio de posición para evitar la obstrucción faríngea por hiperflexión del cuello son de gran ayuda para controlar y prevenir los episodios de apnea. Otras técnicas de control incluyen presión nasal baja positiva y continua en vías respiratorias (CPAP) a razón de 3 a 5 cm de H<sub>2</sub>O. Xantinas y doxapram.<sup>36</sup>

## **SISTEMA DIGESTIVO**

El aparato digestivo madura de la semana 36 a la 38 de gestación. Por lo tanto, en lactantes de pretermino este aparato aún no funciona a todo su potencial. Estos lactantes están expuestos a los siguientes factores que interfieren en el funcionamiento gastrointestinal maduro:

- Succión y deglución sin coordinación hasta la semana 34 ó 35
- Esfínter del cardias incompetente
- Retraso del tiempo de vaciado gástrico
- Reducción de la absorción de grasa
- Digestión incompleta de proteínas
- Reducción o descoordinación de la motilidad.<sup>37</sup>

## **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Es difícil evaluar los ciclos de sueño y vigilia en el lactante de pretermino. Este experimenta por lo general sueño más tranquilo, con menor actividad y niveles mayores de pO<sub>2</sub> en posición prona. Duerme con mayor tranquilidad en medios térmicos neutros.

Se observa poca expresión facial antes de la semana 30 a la 32 de gestación y presenta poco llanto espontáneo antes de la semana 30 a la 32. A partir de este

---

<sup>36</sup> ibidem

<sup>37</sup> op cit p-348

momento, expresa hambre mediante llanto. Sólo se presenta succión rítmica no nutritiva después de la semana 32 de gestación.

El sistema auditivo funciona desde la semana 26 de vida intrauterina, se observan respuestas auditivas congruentes de la semana 32 a la 34.

Se observa incremento gradual del tono muscular al aumentar la edad gestacional. A medida que el tono muscular aumenta las extremidades asumen la posición de flexión. Esta posición y la naturaleza flexible de las extremidades representan parte de las características que se evalúan para determinar la edad gestacional. A la semana 36 los movimientos musculares se hacen con más coordinación. La etapa de desarrollo del sistema nervioso que se valora en el nacimiento depende del grado de madurez. El feto cuenta casi con la totalidad de sus neuronas de la semana 18 a la 20 de la gestación. La membrana basal de los capilares cerebrales es de grosor mínimo en comparación con el cerebro del adulto. Este fenómeno tal vez sea uno de los factores que predisponen al lactante de pretermino a hemorragia subependimal e intraventricular. En el lactante de pretermino se observan reflejos como el Moro y reflejo tónico del cuello.<sup>38</sup>

## **SISTEMA RENAL**

En el lactante pretermino, los riñones y las estructuras urinarias que se relacionan son inmaduras. Los riñones no concentran bien la orina o excretan grandes cantidades de líquido. Además la excreción de fármacos toma más tiempo. La eficiencia en la velocidad de filtración glomerular es paralela a la edad gestacional. La capacidad de amortiguación de los riñones es baja lo que predispone al neonato a sufrir acidosis por reducción de la excreción de bicarbonato y ácido.<sup>39</sup>

## **SISTEMA HEPÁTICO**

---

<sup>38</sup> ibidem

<sup>39</sup> op cit p.349

El hígado inmaduro del lactante de pretérmino plantea graves problemas durante el periodo neonatal inmediato. Los niveles de bilirrubina aumentan con más rapidez que en los niños a término debido a que el hígado es incapaz de procesar la bilirrubina.

Los lactantes que pesan menos de 1500 gr. pueden recibir fototerapia profiláctica.

La hipoglucemia del recién nacido se debe a bajas reservas de glucógeno hepático.

Los niveles inferiores de proteína en suero, la deficiencia de los factores de coagulación sanguínea y la conjugación y detoxificación deficiente de ciertos fármacos son atribuibles a inmadurez hepática.

### **PROBLEMAS INMUNITARIOS**

El lactante de pretérmino tiene niveles inferiores de IgG, la cual se adquiere de modo principal en el último trimestre. Es probable que el neonato que no reciba alimentación oral por determinadas enfermedades no cuente con la IgA e IgM ya que éstas provienen del calostro.

La elevación de niveles de IgM o IgA a en la sangre del cordón umbilical en ocasiones refleja exposición del feto a algún antígeno in útero. En caso de hemorragia transplacentaria de la madre al feto también se detecta elevación de los niveles de IgM o IgA. Los leucocitos de los lactantes de pretérmino no funcionan muy bien para combatir las bacterias.

### **PROBLEMAS TEGUMENTARIOS**

La piel del lactante de pretermino es delgada, transparente y cubierta de vernix abundante. Se aprecia mayor proporción de pérdidas insensibles de agua, en particular en lactantes menores de 30 semanas de gestación. Además, la piel del lactante de pretérmino absorbe los productos químicos con facilidad por lo cual hay que tener precaución al aplicar ungüentos y soluciones tópicas sobre ella. Por último, la piel es vulnerable a daños por materiales adhesivos, de manera que hay que cuidar

el tipo y cantidad de adhesivo que se emplea para fijar monitores y otros aparatos a la piel.

## **REGULACIÓN TERMICA**

Los siguientes factores causan problemas con respecto a la regulación de la temperatura en el neonato de pretérmino:

- Alta proporción de superficie con respecto a masa corporal
- Reducción de las reservas de grasa parda
- Aumento de pérdidas insensibles de agua
- Sufrimiento respiratorio, que favorece las pérdidas insensibles de agua por el trabajo de respiración
- Extremidades en posición extendida
- Control vasomotor inmaduro.<sup>40</sup>

## **XII.- CONSIDERACIONES ÉTICAS<sup>41</sup>**

---

<sup>40</sup> op cit p350

<sup>41</sup> Deacon Jane. Ed. McGraw-Hill Interamericana 2ª. Edición 2001 Págs.840-866



## **ETICA DE LA VIRTUD:**

Basada en que el comportamiento es gobernado por el carácter moral de un individuo:

### **Los principios y normas que gobiernan la conducta profesional están dentro de la estructura ética del comportamiento deontológico:**

1. **Autonomía:** Aceptación de la persona como agente moral responsable y libre de tomar decisiones.
  - **Información**
  - **Consentimiento**
2. **Beneficencia:** Hacer el bien, evaluar el riesgo- beneficio.
3. **No maleficencia:** No dañar, prevenir el peligro.
4. **Justicia:** “Justicia distributiva”, dar a cada quien lo que le corresponde, en el momento preciso.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Según la ley para que una persona sea capaz de dar su consentimiento informado debe tener “capacidad” para ello; entre las condiciones para tal objetivo están:

- 1.- Que sea mayor de edad
2. Que comprenda la información que le suministra el personal asistencial.

Sobre tal base, los neonatos no cumplen con los criterios para dar legalmente su consentimiento informado y para ello se encargan los padres como terceros o subrogados, durante el tiempo en el que al parecer actúen en pro de los mejores intereses para su hijo. Si los progenitores están casados mutuamente, uno u otro puede dar su consentimiento en nombre del recién nacido. Sin embargo, en casos de divorcio, pleitos por custodia y padres adolescentes y adoptivos, los puntos del consentimiento informado y la intimidad del paciente pueden intervenir en situación (Rutherford 1994). El tribunal puede designar un tutor legal para abogar por los mejores intereses del niño, en vez de sus progenitores o además de ellos. Para cumplir con la forma legal del consentimiento informado, el tercero encargado de las decisiones debe recibir información suficiente del plan propuesto del tratamiento que

incluya riesgos y beneficios, otras estrategias terapéuticas y las consecuencias de no aceptar tales medidas (Ballard, 1994). La única excepción para emprender el tratamiento antes de obtener el consentimiento informado es cuando cualquier retraso en la terapéutica impondría riesgos de mayor daño, como sería una situación de urgencia.

Rebasa los límites de la práctica de enfermería dar al paciente, a su familia o a ambos, información sobre riesgos y beneficios medicoquirúrgicos del tratamiento o sugerir otros tratamientos de ese tipo. La enfermera debe señalar al médico que los miembros de la familia necesitan más datos y esclarecimiento que les permita llegar cómodamente a una decisión. La obtención del conocimiento informado es responsabilidad del médico encargado del tratamiento. En situaciones óptimas, el médico también es responsable de obtener las firmas en las formas adecuadas, una vez que alguno de los padres ha aceptado, porque dicho facultativo es la única persona que puede asegurar que los progenitores no tenían más preguntas y que entendían de manera cabal todos los aspectos del tratamiento.

Si se le solicita a la enfermera pedir al paciente, en este caso a los progenitores, firmas en las formas de consentimiento, debe sintetizar su evaluación precisa de la comprensión en dos planteamientos:

¿El médico les comentó la operación quirúrgica de su hijo?

¿Están listos para firmar esta hoja de consentimiento informado? Ello significa que usted acepta la práctica del método.

Se recomienda que en la hoja de enfermería y el expediente médico se deje registro del nombre de la persona que aceptó el consentimiento informado en representación del neonato, una vez identificada ( Rutherford 1994 )

## **DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO**

### **1.- RELACIÓN CON LA ASISTENCIA SANITARIA**

**A no ser sometido a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento expreso y por escrito de sus padres, o en su caso, de sus representantes legales.**

**A que el Centro Sanitario donde se le atienda disponga de los recursos humanos y materiales necesarios para prestarle una adecuada asistencia.**

## **2.- DERECHOS RELACIONADOS CON LA INTIMIDAD**

**A ser tratado de forma respetuosa y digna, evitándole sufrimientos y dolor innecesarios.**

**A ser protegido del ruido, colocación incómoda e interrupciones innecesarias del sueño.**

**A no ser separado de su madre en ningún momento, salvo causa justificada.**

**Los prestadores de servicios médicos estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la Norma Oficial Mexicana 168-SSA; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.**

**Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:**

- 1. Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;**
- 2. En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;**
- 3. Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y**
- 4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.**

**Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.**

**Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.**

**Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.**

**El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.**

**Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.**

**El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización**

## **ESQUEMA METODOLOGICO DE LA TEORIA DE DOROTHEA OREM <sup>42</sup>**

---

<sup>42</sup> [www.enfermeriajw.cl/teoristas/DOROTHEA.ppt](http://www.enfermeriajw.cl/teoristas/DOROTHEA.ppt) consultada el día 24/jun/2009



### **XIII.- APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO <sup>43</sup>**

#### **VALORACION DE ENFERMERÍA**

##### **PREPARACION DEL ENTORNO**

Es un proceso continuo que se usa para evaluar el desarrollo y las adaptaciones a la vida extrauterina, como mantener un ambiente eutérmico, evitar las corrientes de aire, evita el ruido y luces brillantes.

##### **PREPARACION DEL EQUIPO**

Es importante preparar el equipo y material necesario para cualquier evento tanto en la sala de partos como en el cunero:

Equipo de reanimación completo

Verificar fuente de calor

Verificar sistema de presión para aspiración de secreciones

Verificar fuente de oxígeno

Perilla de hule, sondas de diversos calibres

Estetoscopio, termómetro, glucómetro

Reloj

Martillo de Reflejos

Lámpara

##### **TEORIA DOROTHEA OREM**

##### **REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOUIDADO**

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

**SIGNOS VITALES: FC 180 x min. FR 64 x min. TA. 70/34 mmHg**

**TEMPERATURA 36° a 37.8°C, con aleteo nasal, ruidos respiratorios normales.**

**PESO: 2 Kg.**

---

<sup>43</sup> Ostigüín Meléndez R.M. teoría general del déficit de autocuidado ENEO 2004 UNAM

**MINISTRACION DE OXIGENO. Fase I oxígeno indirecto intermitente, la saturación de oxígeno entre 79-90%.**

**2.- Y 3.- Mantenimiento de equilibrio entre alimentos e hidratación**

**Perímetro abdominal 27 cm; glicemia capilar de 101 mg/dl; mucosas bien hidratadas.**

**Tipo de alimentación: Ayuno**

**Nutrición parenteral 155.6 ml para 24 horas Con un balance hídrico parcial +135 ml**

**4.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

**Valoración neurológica:**

**Reflejos primarios presentes: succión débil, deglución no probada, moro, enderezamiento del tronco, presión palmar y plantar, arrastre, Babinsky (+).**

**Estados de conciencia del neonato:**

**ESTADO II: Sueño ligero, respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión.**

**5.- Procesos de eliminación y excretas:**

**Vomito de contenido gástrico color amarillo, moja 8 pañales de orina color amarillo claro durante 24 horas (diuresis de 2 ml. por hora), no presentó ninguna evacuación en 24 horas. , se realizo estimulación rectal con expulsión de aire.**

**6.- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social:**

**Es un neonato no planeado, no deseado si aceptado, recibe visita materna una vez al día por 15 minutos, durante ese tiempo toca y platica con el neonato, el método de comunicación es muy limitado por encontrarse dentro de una incubadora**

**7.- Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano:**

**Si existen factores que pueden poner en peligro la estabilidad del neonato ya que es una persona vulnerable. Se llevan a cabo las metas de seguridad que se aplican en la institución: prevención de infecciones, caídas, identificación correcta y comunicación efectiva.**

**La madre tiene amplio conocimiento sobre los cuidados de su hijo.**

## **8.- Promoción a la normalidad:**

Se realiza baño de esponja y aseo de cavidades dentro de la incubadora encontrándose con piel íntegra e hidratada, con llenado capilar menor a tres segundos.

## **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO**

### **ANTECEDENTES PERINATALES**

Gesta 1 Para 0 Abortos 0 Cesárea 1 FUM ignora

Tipo sanguíneo O RH +, ISOINMUNIZACION previa negativa

### **FACTOR DE RIESGO ALTO**

Madre con 19 años de edad, antecedentes de infección de vías urinarias al séptimo mes de embarazo. Tabaquismo positivo durante el embarazo, sin control prenatal.

Frecuencia cardiaca 123 por minuto, respiración lenta e irregular, llanto débil al estímulo, con coloración grisácea.

### **CALIFICACION 6 al minuto 8 a los cinco minutos**

Silverman 3, manifestado por disociación tóraco-abdominal, tiros abdominales acentuados y constantes, retracción xifoidea muy marcada, discreto aleteo nasal y quejido leve e inconstante.

Recién nacido pretérmino con peso adecuado para la edad gestacional 1.700 Kg encontrándose dentro de la percentila10

## **MÉTODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIÉN NACIDO.**

Forma de la oreja: Pabellón incurvado todo el borde superior (16) , glándula mamaria no palpable (0). Pezón apenas visible sin Areola (0), piel fina y lisa pliegues plantares con marcas bien definidas en la 4/2 anterior, surcos en 4/2 anterior (10), completando 33.4 semanas de gestación.



## **EXPLORACION FISICA.**

### **1.- SISTEMA TEGUMENTARIO**

La piel se observa con pigmentación amarilla, presenta distermias, turgencia elástica. Sin alteraciones anexas, temperatura entre 36 y 37.8 grados centígrados.

### **2.- INSPECCION GENERAL**

Recién nacido con prematuridad del sexo masculino con posición libremente escogida, íntegro, sin malformaciones congénitas evidentes.

#### **2.1.- Cabeza y cuello.**

**Cabeza:**

Con escaso pelo de textura fina, huesos craneales blandos y flexibles, redondeados y bien formados, fontanela anterior con 1 cm de ancho y 0.5 cm de largo, fontanela posterior puntiforme, sutura digital imbricada.

**Cuello:**

Corto con arcos de movilidad conservados no se palpan masas, con pliegues cutáneos normales, clavículas íntegras.

**Oídos: orejas:**

**Oreja:**

Con pabellón incurvado todo el borde superior. No se realiza observación de la membrana timpánica, oído externo permeable sin lesiones o nódulos.

**Ojos:**

Ojo derecho con edema y equimosis, disminución de la apertura palpebral, ojo izquierdo con conjuntiva blanca, pupilas isocóricas.

**Cara, nariz y cavidad oral:**

Cara con simetría de movimientos faciales, narinas permeables, cavidad oral con labio y paladar íntegros.

## **2.2.- Tórax y pulmones:**

Normolíneo con datos de dificultad respiratoria leve, manifestada por polipnea, disociación toracoabdominal, campos pulmonares se auscultan bien aireados sin ruidos agregados.

## **2.3.- Sistema Cardiovascular:**

Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada frecuencia e intensidad, sin auscultar soplos, pulsos braquial y femoral presentes, llenado capilar inmediato.

## **2.4.- Abdomen:**

Abdomen distendido (27 cm), hígado de 2 cm por palpación y percusión total, bazo 1 cm por debajo del borde costal, timpanismo generalizado, con perístalsis presente no se palpan masas ni viceromegalias, cordón umbilical con dos arterias y una vena, caderas: signos de Barlow y ortolani negativos.

## **2.5.- Sistema linfático:**

no se palpan ganglios

## **2.6.- Sistema reproductor:**

Genitales de acuerdo a edad y sexo, pene con orificio urinario en posición correcta, bolsa escrotal conteniendo ambos testículos en su interior, prepucio poco retráctil, Tanner 1.

## **2.7.- Sistema músculo esquelético:**

Grupos musculares con tono, fuerza, sensibilidad y movilidad conservada, reflejos primitivos y ostiotendinosos presentes, pulsos distales presentes y llenado capilar inmediato, presenta temblores finos de miembros superiores e inferiores. Tiene instalado catéter central en miembro torácico izquierdo observándose hiperemia y ligero edema en punto de inserción.

Ambos talones poli-puncionados con equimosis y rubor.

## **2.8.- Sistema nervioso :**

Se encuentra en estado de alerta , postura en reposo , llanto débil, realiza movimientos bilaterales incoordinados y sin propósito con las extremidades, con reflejos primitivos ( tonicidad de cuello, de presión , moro de búsqueda babinsky y de marcha ).

Dolor: manifestado por irritabilidad

## **HISTORIA CLINICA**

Recién nacido de 33.4 semanas de gestación del sexo masculino producto de la gesta 1, madre de 19 años de edad sin control prenatal, se obtiene producto por vía abdominal, presentación pélvica, con peso de 1.700 Kg. Talla de 44 cm. P. cefálico 30 cm. P. torácico 27 cm. P. abdominal 26 cm. Pie 7 cm. Temp. 36.5 grados centígrados, Apgar 7/8, Silverman 3, se realizó estimulación y aspiración de secreciones y un ciclo de presión positiva, se reporta hematoma en ojo derecho, tiraje intercostal así como disociación toracoabdominal. Presentó hiperbilirrubinemia dentro de las primeras 24 horas de vida extrauterina tratada con fototerapia durante 7 días sepsis neonatal temprana tratada con ampicilina y amikacina intravenosas. Inicio estimulación enteral con fórmula para prematuros al 16% 28 mililitros cada tres horas. Tolera dos tomas y presenta vómito en proyectil con evacuaciones sanguinolentas (2) quedando en ayuno por 13 días.

## **PADECIMIENTO ACTUAL**

Requerimientos de autocuidado de la desviación de la salud totalmente compensatorio

## **(DIAGNÓSTICO MÉDICO)**

Recién nacido pretérmino con sepsis neonatal temprana y sospecha de enterocolitis necrozante.

## PLANEACION DEL METODO ENFERMERO <sup>44</sup>

<b>REQUISITOS UNIVERSALES</b>	<b>JERARQUIZACION</b>
Mantenimiento de un aporte de aire suficiente	1- Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
Mantenimiento de un aporte de agua suficiente	2- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
Mantenimiento de un aporte de alimento suficiente	3- Mantenimiento de un aporte de alimento suficiente
Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción	4- Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	5- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano
Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción	6- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	7- Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseos de ser normal	8- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseos de ser normal

<sup>44</sup> [www.enfermeriajw.cl/teoristas/DOROTHEA.ppt](http://www.enfermeriajw.cl/teoristas/DOROTHEA.ppt) consultada 24/jun/2009

## METODO ENFERMERO <sup>45</sup>

**Requisito Mantenimiento de un aporte de aire suficiente**

**Diagnóstico de Enfermería:** Déficit del mantenimiento suficiente de aire relacionado con la disminución de la expansión pulmonar e infección , manifestado por agitación creciente, aumento en la frecuencia cardiaca (175 latidos x min), aleteo nasal, disminución en la saturación de oxígeno (79%) y cianosis peribucal

**Objetivos:**

- Suministrar el tipo y grado de apoyo respiratorio compatible con las necesidades y la tolerancia del recién nacido.
- Evitar la toxicidad producida por el oxígeno cuando se le administra a concentraciones muy elevadas durante períodos prolongados.
- Mejorar la perfusión tisular.

**SISTEMA DE ENFERMERIA**

**TOTALMENTE COMPENSATORIO**

**Tratamiento/Regulación de Enfermería**

**Fundamentación**

- 1.- Lavarse las manos
- 2.- Administrar oxígeno al 60 % con casco cefalico y humidificador térmico.
- 3.- Colocar al recién nacido en posición de rossiere y decúbito ventral.
- 4.- Colocar monitor de signos vitales.
- 5.- Tomar muestras de laboratorio y RX.

- 1.- El lavado de manos antes y despues de cada intervención evita infecciones cruzadas.
- 2.- Oxigenar en forma adecuada la sangre y garantizar la eliminación de bióxido de carbono , mejora la calidad del aire inspirado para disminuir la energía que invierte en la respiración. El oxígeno es el mas potente vasodilatador pulmonar.
- 3.- Mejora la oxigenación por las ventajas mecánicas que tiene la pared del torax.
- 4.- Los pacientes deben ser monitorizados con saturometría continua y monitor cardio -respiratorio , los cuáles deben mantenerse prefijados y con volumen estandarizado y con nivel cuatro.
- 5.- Son medidas de detección inicial de infecciones (BHC con recuento diferencial y plaquetario, cultivo en sangre , orina y heces, gasometría punción lumbar y radiografía toracoabdominal

**EVALUACION:** Con la administración de oxígeno fase 1 desapareció la cianosis peribucal, continuando con polipnea (75 x minuto ) la gasometría reporta acidosis respiratoria ( 7.25 ) y en la placa de tórax se observa un infiltrado del lado derecho (lóbulo medio). por lo cuál se continúa con fase 2 de oxigenación.

Los procesos metabólicos y fisiológicos del recién nacido se estabilizan y mejora la perfusión tisular Se identifican en forma temprana los riesgos para desarrollar septicemia, y se inician las acciones pertinentes para reducir al mínimo La evolución de la enfermedad



<sup>45 35</sup> Riopelle Lise. Inf M. N. Grondin, Inf. M. Ed. Phaneuf Margot, Inf. M. A. (educación) “Cuidados de Enfermería un proceso centrado en las necesidades de la persona”, Editorial Interamericana Madrid España, 1993 p. 7.

**Requisito universal: Mantenimiento de un aporte de alimento y líquido suficiente.**

**Diagnóstico de Enfermería:** Déficit del aporte suficiente de alimento relacionado con prematurez y proceso infeccioso, manifestado por vómito, distensión abdominal (25-27 cm). Incremento de la frecuencia del pulso, sequedad de piel y mucosas e hipotomía

**Objetivos:**

- Ayudar al recién nacido, a mejorar la hidratación de la piel.
- Mejorar el aporte de nutrientes que resulte suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

**SISTEMA DE ENFERMERIA**

**TOTALMENTE COMPENSATORIO**

Tratamiento/Regulación de Enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Lavado de manos</li><li>2.- Control de peso</li><li>3.- Se deja al paciente en ayuno</li><li>4.- Colocar sonda orogástrica a derivación</li><li>5.- Administración de líquidos y electrolitos por infusión continua. NPT</li><li>6.- Administración de medicamentos indicados</li><li>7.- Vigilar perímetro abdominal cada 3 hr.</li><li>8.- Identificar manifestaciones clínicas por desequilibrio hidroelectrolítico</li><li>9.- Balance hídrico por turno y en 24 horas</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- El lavado de manos antes y después de cada intervención evita infecciones cruzadas.</li><li>2.- Es importante para el cálculo de la nutrición parenteral</li><li>3.- y 4.- La descompresión gástrica recupera la función normal de los intestinos.</li><li>5.- La nutrición parenteral permite reunir los requisitos para el crecimiento y desarrollo, cuando la condición del recién nacido le impide recibir alimentos de forma enteral.</li><li>6.- La administración de fármacos en forma segura y eficiente respecto al tipo, conservación, vida media, efectos e interacciones farmacológicas, así como los cinco correctos evitan o disminuyen reacciones adversas.</li><li>7.- Para valorar la distensión abdominal.</li><li>8.- y 9.- Conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos.</li></ol>

**EVALUACION:** Presenta mejor hidratación, micción espontánea, con la sonda orogástrica se logra descomprimir el abdomen, se evita la broncoaspiración y mejora la respiración. Se inicia la alimentación parenteral parcial, por el momento bien tolerada por vía periférica; esta se instaló después de 72 horas de nacida debido al cambio de fluidos y el estado electrolítico.

Se estabiliza el metabolismo y la fisiología del recién nacido.

Los padres conocen las causas, riesgos de tratamiento y atención de enfermería necesarios para su hijo con sepsis neonatal temprana





**Requisito universal: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.**

**Diagnóstico de Enfermería:** Desequilibrio entre la eliminación y la producción de bilirrubina, relacionada con proceso infeccioso y prematurez, manifestada por color amarillento de conjuntivas, cara y región toraco-abdominal (Kramer zona

**Objetivos:** Ayudar al recién nacido a obtener, conservar y recuperar, una eliminación adecuada de los residuos alimenticios y de los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal.

El mejor funcionamiento respiratorio, renal y hepático posible.

#### SISTEMA DE ENFERMERIA

#### TOTALMENTE COMPENSATORIO

Tratamiento/Regulación de Enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Lavado de manos</li><li>2.- Colocar al recién nacido bajo unidad de calor radiante con servo control, desnudo.</li><li>3.- Colocar fototerapia con luz fluorescente</li><li>4.- Cubrir los ojos con parches o antifaz</li><li>5.- Cambiar de posición frecuentemente</li></ol> <p>Recién Nacido</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6.- evitar la deshidratación, manteniendo el control de líquidos por turno</li><li>7.- Código de evacuaciones</li><li>8.- Control de bilirrubinas cada 24 horas</li><li>9.- vigilar estado de conciencia</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- El lavado de manos antes y después de cada intervención evita infecciones cruzadas.</li><li>2.- Ayuda a mantener al recién nacido normo térmico</li><li>3.- Las luces fluorescentes deben estar de 45 a 60 cm, del niño para generar radiancia óptima. Si el recién nacido se encuentra en incubadora 5cm arriba</li><li>6.- La fototerapia incrementa la pérdida insensible de agua, se necesita una cantidad de líquido de 25% mayor</li><li>7.- Los pigmentos biliares que se eliminan en las heces son los responsables de su coloración, también se eliminan por la orina siendo de color pálido</li><li>8.- Los niveles de bilirrubina se deben valorar una vez interrumpida la fototerapia porque cabe esperar un rebote de 1 a 2 mg/dl .</li><li>9.- Puede haber trastornos mentales por el daño que causa a las células nerviosas la concentración alta de metabolitos nitrogenados en la sangre</li></ol>

#### EVALUACION:

Mejoro la coloración amarillenta (bajo a Kramer zona 1) niveles de bilirrubina bajaron de 12 mg/dl a 10 mg/dl presentó erupciones en la piel.

Continúa con fototerapia.



**Requisito universal:** Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano

**Diagnóstico de Enfermería:** Deterioro de la integridad cutánea r/c con catéter central en miembro torácico izquierdo y múltiples punciones en ambos talones, m/p enrojecimiento de la piel, calor, edema, dolor y aumento de la sensibilidad.

**Objetivos:** Ayudar al recién nacido a obtener o recuperar una piel sana Protegerlo de amenazas internas y externas.

T/C

E

Tratamiento/Regulación de Enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Lavado de manos antes y después de cada procedimiento</li><li>2. Retirar catéter con técnica aséptica</li><li>3. Se realiza baño de esponja dentro de la incubadora</li><li>4. Con agua estéril</li><li>5. Aseo y cambio de ropa de la unidad cada 24 horas</li><li>6. Lubricación de la piel con crema protectora por turno</li><li>7. Cambios frecuentes de sensor de saturómetro</li><li>8. Se aplican compresas con agua bicarbonatada en partes afectadas evitando la fricción</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los abscesos profundos pueden erosionar hacia áreas desde donde la infección se disemina y provocar una lesión crítica.</li><li>2. El rubor y el calor se deben al aumento del flujo sanguíneo en el área afectada</li><li>3. El edema a la salida del plasma hasta los tejidos lesionados y el dolor se debe al edema de los tejidos con la consecuente presión sobre las terminaciones nerviosas y a la liberación de sustancias químicas irritantes hacia los tejidos lesionados.</li><li>4. Para promover la piel y mucosas sanas e intactas debe tenerse como base una adecuada higiene personal. Los materiales adheridos , exudados, secreciones, excreciones deben removerse con cuidado utilizando métodos apropiados (humedeciéndolos e irrigándolos con solventes especiales.</li><li>5. Las soluciones que se utilicen para tratamientos deben prepararse a la concentración prescrita y aplicarse de una manera adecuada.</li><li>6. La rotación frecuente del sensor de saturó metro ayuda a prevenir quemaduras y lesiones</li></ol>

**EVALUACION:**

Se mantuvo en observación constante evitándose una infección secundaria , con los cuidados adecuados de las lesiones de la piel.

El recién nacido logro períodos largos de sueño y descanso





**Requisito universal:** Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano

**Diagnóstico de Enfermería:** Termorregulación ineficaz relacionada con inmadurez y temperatura ambiental fluctuante manifestada por frialdad de la piel, cianosis de lechos ungueales, aumento de la frecuencia respiratoria (75 x min.) y palidez moderada.

**Objetivos:** Ayudar al recién nacido a obtener, conservar ó recuperar temperatura corporal óptima

T/C

E

Tratamiento/Regulación de Enfermería	Fundamentación
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Se aumenta la temperatura de la incubadora .5 grados centígrados por arriba de la temperatura del recién nacido (35.9) a 36.4; cada media hora hasta regularizar temperatura corporal.</li><li>2. Vigilar estado de conciencia.</li><li>3. Toma de temperatura axilar cada hora</li><li>4. Mantener hidratado al recién nacido.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Los mecanismos que regulan temperatura no se encuentran totalmente desarrollados al nacimiento, puede haber cambios muy marcados durante el primer año de vida.</li><li>2. La hipotermia ocurre cuando hay una vasodilatación junto con la exposición al frío.</li></ol>

**EVALUACION:**

El recién nacido se encuentra normotérmico, con FR de 69 por minuto, coloración rosada y piel tibia



## **XIV.- PLAN DE ALTA <sup>46</sup>**

**Proceso de transición de la unidad de neonatología al hogar.**

**Los padres intervienen decisivamente en este proceso.**

**1.- La prematurez y las enfermedades constituyen hechos importantes en la vida y motivación para que las familias obtengan aprendizaje**

**2.- los padres necesitan guías para disipar sus dudas y preocupaciones y estar preparados para la realidad de afrontar las consecuencias que para la vida diaria en el hogar tiene la atención de un neonato.**

**3. los padres aprenden de manera activa al observar a las enfermeras en la demostración de los cuidados diarios, esto les enseña lo que se valora en la atención de su hijo y los aspectos de interacción satisfactoria con él (Cusson y Lee, 1993).**

**La enseñanza constante, el estímulo y la participación en los cuidados durante la participación capacitan a los padres para demostrar y practicar sus capacidades asistenciales y obtener confianza en su habilidad de tomar decisiones de modo independiente y brindar cuidados competentes a su hijo en el hogar.**

**4.- los padres tienen una “taxonomía “de sus necesidades de aprendizaje (Kenner y Bagwell, 1993).**

- Necesidades de información: forma de brindar la atención diaria, alimentos, medicamentos y tratamientos; como obtener el servicio de la comunidad.**
- Necesidades de instrucción: forma de reconocer problemas / enfermedades y que medidas tomar cuando surgen, forma de estimular el desarrollo, y reconocer el comportamiento del lactante; cómo realizar reanimación cardiopulmonar y reaccionar a complicaciones o situaciones de urgencia.**

---

<sup>46</sup> Deacon Jane. Ed. McGraw-Hill Interamericana 2ª. Edición 2001 Págs.877-879

- **Necesidades de apoyo: formas de disponer y arreglar visitas domiciliarias y actividades de vigilancia; cómo tener acceso a materiales de consulta y de auxilio.**

**5.- el aprendizaje de los padres debe orientarse a resultados, organizarse y particularizarse hacia las necesidades de su hijo. Es importante utilizar información escrita y grabada en videos, para reforzar la enseñanza verbal y demostrativa.**

**Las enfermeras intervienen de manera decisiva en la enseñanza y modelamiento de intervenciones para los padres. El “papel “crucial para preparar a las familias para el alta del niño es el ordenamiento de la enseñanza necesaria que comience con medidas de asistencia general y que evolucione a medidas médicas tecnológicas más complejas y la cimentación de las competencias y confianzas adquiridas por los padres (Damato, 1991; Forsythe, 1995; Therrien, 1993).**

**1.- Involucrar y enseñar a los padres en la gestión y satisfacción de las necesidades de su neonato.**

- **Cuidados de la piel, baño y acto de pesar al niño**
- **Seguridad en la cuna y en los portabebés de automóviles.**
- **Nutrición y crecimiento: la forma de alimentar al niño y elaborar o tener acceso a fórmulas especializadas.**
- **Programación y administración de medicamentos y la necesidad de vacunaciones.**
- **Identificación apropiada de pistas conductuales y respuesta a ellas así como las necesidades y modelos de dormir**
- **Brindar estimulación adecuada para el desarrollo y medidas de vigilancia; disponer servicios de intervención temprana.**
- **Capacidad de identificar signos de enfermedad y el momento y la forma de tener acceso a la atención médica.**
- **Capacidad para realizar RCP y tener acceso a servicios de urgencia**
- **Inclusión de los demás hijos en los cuidados y comentarios de la forma en que los hermanos pueden reaccionar, una vez que el neonato está en su hogar**

- **Demostración de la forma de brindar medidas y tratamientos especializados; suministro de material escrito para utilizar en el hogar como:**
- **Equipo de oxigenoterapia y similares; monitor cardiorrespiratorio.**
- **Traqueotomía, ventilador, cuidado de ambos elementos; aspiración y humidificación.**
- **Cuidado de orificios artificiales (ostomías) y aplicación de productos protéticos.**
- **Cuidados de catéteres en vena central; cambios de apósito; administración de medicamentos, nutrición parenteral o ambas medidas.**

**2.- Precisar la necesidad de servicios en el hogar, frecuencia y duración y el proveedor específico, materiales y equipos necesarios.**

- **Arreglar con los proveedores los recursos para cubrir todas las necesidades después del alta. Investigar la eficiencia exigida y competencias e identificar la orientación y necesidades de preparación del grupo que atenderá al niño en el hogar.**
- **Identificar rutas para reponer abastos en el hogar.**
- **Ordenar tempranamente la adquisición del equipo en el hogar, para que la familia cuente con el tiempo suficiente para que conozca en detalle su uso, antes del alta desde hospital.**

**Enseñar todo lo referente a limpieza, seguridad y reparación del equipo.**

**3.-Negociar con la compañía de seguros beneficios de la atención domiciliario y cobertura para pagos adicionales. En colaboración con la trabajadora social valorar si la familia es “candidata “para recibir apoyo para programas oficiales de niños discapacitados.**

**4.- utilizar un formato de lista corroboratoria para documentar los resultados y progresos obtenidos.**

**5.-.- Precisar una fecha tentativa para el alta, en colaboración con el médico, la familia y otros miembros del personal asistencial.**

**6.- Organizar medidas en reacción a urgencias en el hogar; identificar “contactos “con los servicios públicos (escuadrón de rescate) incluida la falta de corriente eléctrica.**

**7.- En colaboración con los padres elaborar un plan posológico para la farmacoterapia, alimentos y tratamientos que podrán ser llevados a la práctica de manera real en el hogar.**

## **XV.- CONCLUSIONES**

**El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático, que contribuye de manera importante en el desempeño de la actividad de enfermería, permitiendo atender al paciente de manera completa y evita la posibilidad de cometer omisiones. Este método se hace necesario para el profesional de enfermería debido a que requiere una actualización constante y conocimientos técnicos de soporte que harán posible la innovación y por consiguiente ser competitivo.**

**La neonatología ha alcanzado en los últimos años unos avances tecnológicos impensables, enfocados a salvar a prematuros extremos y recién nacidos graves , que poco tiempo atrás no hubieran sobrevivido, estos avances han hecho proliferar unidades de cuidados intensivos neonatales en las que el niño es aislado del vínculo paterno-materno y la salud emocional de nuestros pacientes., en este sentido, a partir del Proceso Atención de Enfermería se ha demostrado que el cuidado individualizado de estos niños desde el nacimiento, prestando una especial atención a todos los aspectos que suponen una disminución de la agresividad de los cuidados intensivos, favorece el desarrollo psíquico y proporciona puntuaciones mayores en el cociente de desarrollo que los niños que reciben cuidados tradicionales. Por otro lado la disminución de las agresiones ambientales facilita la estabilización del niño clínicamente grave y disminuye las complicaciones.**

**Partiendo de la base de que el niño prematuro, es un ser consciente que reacciona a estímulos, con capacidades que se van modelando, y con unas expectativas de su entorno familiar y social puestas en su nacimiento se pretende transmitir la importancia que tiene el conocimiento de lo que son estos pequeños antes de “caer en nuestras manos”, olvidándonos de verlos como seres sin formar, sin experiencias para enfocarlos como niños capaces de sentir, ver, oír.**

**Este proceso rompe paradigmas tradicionales llevándonos por el camino de la sustentación teórico y técnica del trabajo que realiza el personal de enfermería convirtiéndose en una herramienta metodológica de gran utilidad.**

## **XVI.-SUGERENCIAS**

- 1. Unificar criterios sobre las normas y protocolos de Atención en las unidades de cuidados intensivos neonatales de todo el sector salud incluyendo flujogramas de atención según el nivel de resolución que permita la integralidad de la atención.**
- 2. Elaborar guías: para evaluar el desempeño de los trabajadores de la salud en los diferentes programas.**
- 3. Dotar de equipo y suministros médicos necesarios en las unidades de salud para mejorar la atención del neonato.**
- 4. Elaborar un plan de capacitación continua al personal de enfermería desarrollando conocimientos y habilidades. Promover estudios evaluativos de los diferentes protocolos de atención.**
- 5. Monitoreo sistemático de guías de evaluación del desempeño de los trabajadores de la salud en los diferentes programas; de las terapias utilizadas y seguimiento de pacientes.**
- 6. Monitoreo oportuno y sistemáticos a los factores de riesgos identificados en los análisis de casos morbilidad y mortalidad.**
- 7. Fomentar a través de los medios de comunicación local programas orientados a la salud sexual y reproductiva, con el fin de reducir los factores de riesgo de muerte materno y perinatal.**
- 8. Promover el conocimiento de los riesgos en edad reproductiva (Preconcepcionales, prenatales y postnatales) entre las (os) usuarias (os) para tratar de disminuir los índice de mortalidad materna y perinatal.**
- 9. Monitoreo del llenado e interpretación adecuada de expediente clínico**
- 10. Garantizar el cumplimiento de los estándares de atención a recién nacidos de alto riesgo.**

## **XVII.- BIBLIOGRAFIA**

- ✦ **Alfaro Rosalinda, Le Feure “Aplicación del Proceso de Enfermería”, 3ª. Edición, Editorial Mosby, Madrid, España, 1996.**
- ✦ **Burroughs, Med, R.N. Traducción Rodríguez G. Berenice del C. UNAM “Enfermería Materno Infantil”, 7ª. Edición, Editorial Mc Graw Hill Interamericana, México, 1999.**
- ✦ **Cardenas Jiménez Margarita, “Antología Teorías y modelos de enfermería” Bases teóricas para el cuidado especializado, Editorial UNAM-ENEO, 2006 México D.F.**
- ✦ **Carpenito Juall Linda, R. N., M. S. N. “Manual de Diagnóstico de Enfermería, 4ª. Edición, Editorial Mc Graw Interamericana, Madrid, 1995.**
- ✦ **Carpenito Juall Linda, R. N., M. S. N. “Planes de Cuidados y Documentación en Enfermería”, Editorial Mc Graw Interamericana, 1994 Nueva York.**
- ✦ **Fernández Ferrin Carmen, Novel Martín Gloria “El Proceso atención de enfermería, estudio de casos”, Marco Conceptual Henderson Virginia, Taxonomía Diagnóstica NANDA, Ediciones Científicas, S.A. Masson Salvat, Enfermería Barcelona, España, 1993.**
- ✦ **Games Eternod Juan y Palacios Treviño Jaime L. “Introducción a la Pediatría”. Sexta Edición. Editores Méndez. México D. F. 2003.**
- ✦ **García Pelayo Ramón y Gross, Tomo 1, 2 y 3, 5ª. Edición, Editorial Larousse, Indiana, USA, 1992.**
- ✦ **González Merlo J. Del Sol J. R. “Obstetricia”, 4ª. Edición, Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson Salvat Medicina Barcelona, España, 1993.**
- ✦ **Instituto Nacional de Perinatología, “Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología”. México, D. F. 1998.**
- ✦ **Kozier, Erb “Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos y Práctica”, Tomo I, 4ª. Edición, Editorial Interamericana Mc Graw Hill, España, 1993.**
- ✦ **Mascaro José Ma. Y Porcar “Diccionario Médico”, 9ª. Edición, Editorial Salvat Barcelona, España, 1993.**
- ✦ **Miguel, Simón, “Diccionario de la Mujer”, Editorial Secretaría de Salud. 1999.**



- ✦ **Mondragón Castro Héctor, “Ginecología Básica Ilustrada”, 4ª. Edición, Editorial Trillas, México, 1993, Editorial Mc Graw Hill Interamericana.**
- ✦ **Murria Mary Ellen, Ph Dl., M. S. N. 5a. Edición Atkinson Leslie D. R. N., M. S. N. “Proceso de Atención de Enfermería”, Editorial Mc Graw Hill Interamericana.**
- ✦ **Nordmark / Rohweder “Bases Científicas de la Enfermería”, 2ª. Edición, Editorial Manual Moderno, 1996, Washington, E. U. A.**
- ✦ **Olds London Ladewing, 4ª. Edición “Enfermería Materno Infantil”, México, D. F., Editorial Mc Graw Hill Interamericana, 1995.**
- ✦ **Ostiguín Meléndez, “Teoría general del déficit de autocuidado”, guía básica ilustrada., Editoral Manual moderno, México D.F. 2001.**
- ✦ **Riopelle, lise, Inf. M. N. Grondin Louise, Inf. M. Ed. Phaneuf Margot, Inf. M. A. (Educación), “Cuidados de Enfermería un Proceso Centrado en las Necesidades de la Persona”, 1993. España.**
- ✦ **Rosales Barrera “Fundamentos de Enfermería”, Tomo I, 2ª. Edición, Editorial Manuel Moderno, México D. F. Santa Fe Bogotá, Colombia, 1999.**

# ANEXOS



## HOJA DE VALORACION DE ENFERMERIA DEL NEONATO

### I. FICHA DE IDENTIFICACION

#### 1.- DATOS GENERALES

RECIEN NACIDO \_\_\_\_\_ FECHA Y HORA NAC \_\_\_\_\_ SEXO (M) (F)  
 LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ENFERMERA (O) \_\_\_\_\_  
 FUENTE DE INFORMACION \_\_\_\_\_ LUGAR DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

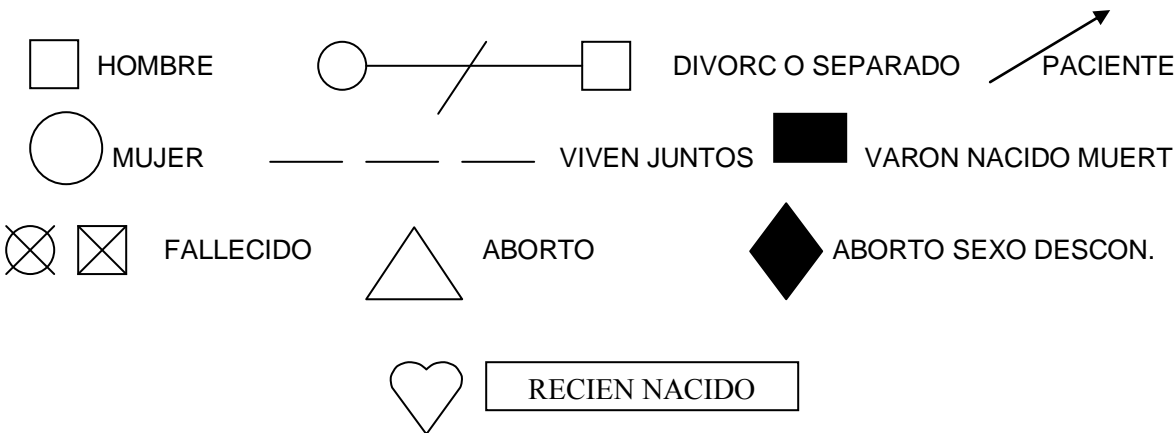
#### 2. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS

2.1 SISTEMA DE SALUD: IMSS ( ) ISSSTE ( ) SS ( ) OTROS \_\_\_\_\_ PRIVADO \_\_\_\_\_  
 2.2 FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR  
 TIPO DE FAMILIA : INTEGRADA ( ) DESINTEGRADA ( )  
 NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA \_\_\_\_\_

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTE ECONOMICO

#### 2.3 FAMILIOGRAMA

**A&W** VIVO Y SANO



#### 3. FACTORES AMBIENTALES

3.1 AREA GEOGRAFICA URBANA ( ) SUBURBANA ( ) RURAL ( )  
 3.2 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA  
 TECHO LAMINA ( ) CARTON ( ) CONCRETO ( ) OTROS \_\_\_\_\_  
 PAREDES TABIQUE ( ) MADERA ( ) OTROS \_\_\_\_\_  
 PISO CEMENTO ( ) MOSAICO ( ) TIERRA ( ) OTROS \_\_\_\_\_  
 No: HABITANTES \_\_\_\_\_  
 3.3 VENTILACION E ILUMINACION BUENA ( ) REGULAR ( ) DEFICIENTE ( )

3.4 SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS

AGUA ( ) LUZ( ) DRENAJE ( ) ALUMBRADO PUBLICO ( ) PAVIMENTACION ( ) CUENTA CON JARDIN ( )

3.5 FAUNA NOCIVA

PERROS ( ) No. ( ) VACUNADOS ( )

GATOS ( ) No. ( ) VACUNADOS ( )

AVES ( ) No. ( )

OTROS \_\_\_\_\_

**II TEORIA DOROTHEA OREM**

**A) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO**

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

SIGNOS VITALES FC\_\_\_\_\_ FR\_\_\_\_\_ T.A\_\_\_\_\_ TEMP\_\_\_\_\_

¿PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI( ) NO ( )

ALETEO NASAL ( ) RUIDOS RESPIRATORIOS\_\_\_\_\_

DISOCIACION TORACOABDOMINAL\_\_\_\_\_RETRACCION XIFOIDEA\_\_\_\_\_

MINISTRACION DE OXIGENO

FASE DE VENTILACION

AMBIENTAL ( )

FASE I O2 INDIRECTO ( ) PUNTAS NASALES ( ) C.C. ( )

FASE II CPAP NASAL ( ) CPAP TRAQUEAL ( )

FASE III ( )

SAT O2 \_\_\_\_\_-

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

PERIMETRO ABDOMINAL\_\_\_\_\_ DESTROSTIX\_\_\_\_\_

CARACTERISTICA DE LAS MUCOSAS\_\_\_\_\_

TIPO DE ALIMENTACION :

VIA ENTERAL

TIPO DE LECHE	CANTIDAD	TIEMPO

VIA PARENTERAL

TIPO	CANTIDAD	TIEMPO

INGRESOS\_\_\_\_\_EGRESOS\_\_\_\_\_

BALANCE PARCIAL\_\_\_\_\_

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

VALORACION NEUROLOGICA

**REFLEJOS PRIMARIOS**

SUCCION ( ) DEGLUCION ( ) BUSQUEDA ( ) MORO( )TONICO CUELLO ( ) ENDEREZAMIENTO

DEL TRONCO ( ) PUNTOS CARDINALES ( ) ARRASTRE( )

INERVACION DEL TRONCO ( )PRESION PLANTAR ( )PRESION PALMAR ( )BABINSKY ( )

## ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO

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

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

## ESTADOS DE VIGILIA

ESTADO III: SOMNOLIENTO: NIVEL DE ACTIVIDAD VARIABLE OJOS ABIERTOS O CERRADOS CON ALETEO DE LO PÁRPADOS, EXPRESION ATURDIDA ( )

ESTADO IV: ALERTA ACTIVIDAD MOTORA MINIMA, EXPRESION INTELIGENTE CON LA ATENCION CONCENTRADA SOBRE LA FUENTE DEL ESTIMULO, PUEDE PARECER ATURDIDO PERO ES FACIL ABRIRSE CAMINO HACIA EL LACTANTE. ( )

ESTADO V OJOS ABIERTOS MUCHA ACTIVIDAD MOTORA , MOVIMIENTOS DE EMPUJE CON LAS EXTREMIDADES REACCIONANDO A LOS ESTIMULOS CON AUMENTO DE ACTIVIDAD Y SOBRESALTOS ( )

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

## 5. PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRETAS

PAÑAL ( )

SONDA VESICAL ( )

ESTOMA ( ) \_\_\_\_\_

EVACUACION EN 24 HRS ( ) ESTIMULACION RECTAL SI ( ) NO ( )

FORMADA ( ) PASTOSA ( ) BLANDA ( ) LIQUIDA ( ) S/ LIQUIDA ( )

CODIGO DE EVACUACIONES AMARILLA ( ) VERDE ( ) CAFÉ ( ) MECONIAL ( ) BLANCA ( )

ORINA EN 24 HRS ( )

OLOR \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_ LABSTIX \_\_\_\_\_

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

NEONATO PLANEADO ( ) DESEADO ( ) ACEPTADO ( )

RECIBE VISITA MATERNA \_\_\_\_\_

PRESENCIA DE CONTACTO FISICO Y PLATICA CON EL NEONATO \_\_\_\_\_

APEGO MATERNO \_\_\_\_\_

TECNICA CANGURO \_\_\_\_\_

METODO DE COMUNICACION DE LA MADRE CON EL HIJO \_\_\_\_\_

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

EXISTE ALGUN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO

SI ( ) NO ( )

¿POR QUE? \_\_\_\_\_

LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO

SI ( ) NO ( )

ESPECIFICA SI PONE EN PELIGRO AL  
 NEONATO \_\_\_\_\_

**8. PROMOCION A LA NORMALIDAD**

SE REALIZA ASEO DE CAVIDADES O BAÑO \_\_\_\_\_ ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
 PIEL INTEGRAL \_\_\_\_\_  
 LLENADO CAPILAR \_\_\_\_\_

**B) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO**

**B1 )ANTECEDENTES PERINATALES**

GESTA\_\_ PARA\_\_ ABORTO\_\_ CESAREA\_\_ FUM\_\_ TIPO SANGUINEO\_\_  
 RH\_\_ ISOINMUNIZACION PREVIA\_\_

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

RIESGO \_\_\_\_\_

**CUIDADOS INMEDIATOS**

**CUIDADOS MEDIATOS**

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

9.SOMATOMETRIA		
.		

GO BAJO (SI)

RIESGO ALTO (NO)

RIES

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

### VALORACION APGAR

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

CALIF \_\_\_\_\_

### SILVERMAN

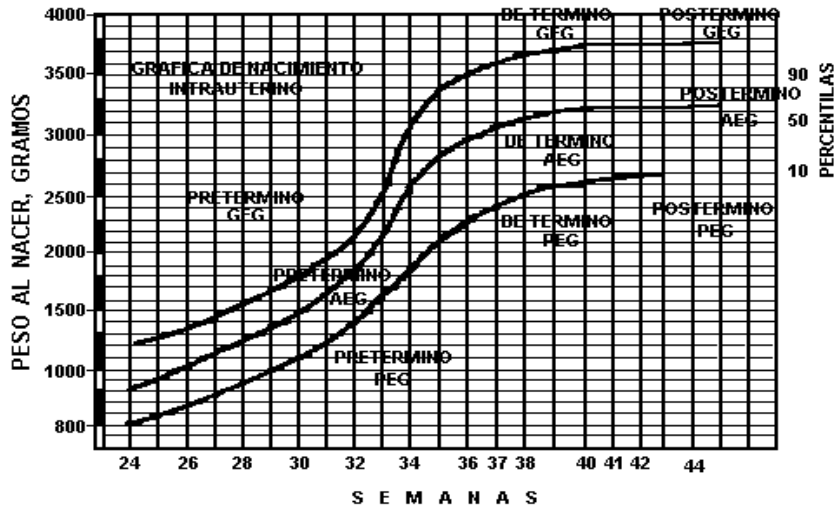
SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	TORAX INMOVIL ABDOMEN EN MOVIMIENTO	TORAX Y ABDOMEN EN SUBE Y BAJA
TIRO ABDOMINALES	NO HAY	DICRETO	ACENTUADO Y CONSTANTE
RETRACCION XIFOIDEA	NO HAY	DISCRETA	MUY MARCADA
ALETEO NASAL	NO HAY	DISCRETO	MUY ACENTUADO
QUEJIDO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

CALIF \_\_\_\_\_



### PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



PRETERMINO                      TERMINO                      POSTERMINO  
 PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL                      Dr. Jurado García  
 AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL  
 GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

### METODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIEN NACIDO.

	Puntuación				
<b>Forma de la OREJA</b>					
<b>Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA</b>					
<b>Formación del PEZON</b>					
<b>TEXTURA de la PIEL</b>					
<b>PLIEGUES PLANTARES</b>					

Se suma  
204 +  
Puntaje  
Parcial  
y se divide  
entre 7

Puntaje Parcial = \_\_\_\_\_

## CEDULA (A) VALORACION DE RIESGO DEL NEONATO

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
1) PESO EN GRAMOS	2.500-3.499	2.000-2.499 3.500-3.999	<DE 2.000 >DE 4.000
2) EDAD GESTACIONAL CAPURRO	37-41 SDG	33-36 SDG	<32 Y >42 SDG
3) APGAR A 5 MIN	7-9	4-6	1-3
4) MANIOBRAS DE REANIMACION	NORMALES	MODERADAS	INTENSIVAS
5) SIGNOS DE INFECCION	NO	SOSPECHA	POSITIVA
6) SUFRIMIENTO FETAL	NO	MODERADO	SEVERO
7) MALFORMACIONES EVIDENTES	NO	MENOR	MAYOR
8) PERDIDA PONDERAL	HASTA EL 8%	9-12%	>13%
9) CONTROL DE TEMPERATURA	SI		NO
10) ALIMENTACION	SENO	OTRA	
11) DISTENSION ABDOMINAL	NO	MODERADA	SEVERA
12) ONFALITIS	NO	SI	
13) ICTERICIA	LEVE	MODERADA	SEVERA
14) REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION	NORMAL	FATIGA	ANORMAL
15) LLANTO	NORMAL	AGUDO	DEBIL
16) CONVULSIONES	AUSENTE	FOCAL	GENERALIZADA
17) FONTANELA	NORMAL	DEPRIMIDA	TENSA
18) TONO MUSCULAR	NORMAL	HIPOTONICO	HIPERTONICO
19) MOVIMIENTOS ANORMALES	NO	TEMBLOR	CLONICOS
20) OPISTOTONOS	NO		SI
21) ASIMETRIA POSTURAL	NO		SI
22) CADERA	NORMAL	ABDUCCION	ORTOLANI +
23) PRESION	CON JALON	SIN JALON	AUSENTE
24) REFLEJO DE BUSQUEDA	NORMAL	LIMITADA	AUSENTE
25) MORO	NORMAL	ASIMETRICO	AUSENTE
26) ENDEREZA MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	INCOMPLETO	AUSENTE
27) CABEZA SIGUE TRONCO	SI		NO
28) MARCHA	NORMAL	INCOMPLETO	NO
29) HEMORRAGIA	NORMAL	MODERADA	EXCESIVA
30) HIPO O HIPERTENSION	NO	MODERADA	SEVERA
31) TAQUICARDIA	NO	MODERADA	SEVERA
32) HIPERTERMIA	NO	MODERADA	SEVERA
33) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NO	MODERADA	SEVERA

RIESGO \_\_\_\_\_

**B2) DIMENSIONES DE LA HISTORIA  
VALORACION DE ENFERMERIA**

**A) PREPARACION DEL ENTORNO** \_\_\_\_\_

---

---

---

**B) PREPARACION DEL EQUIPO** \_\_\_\_\_

---

---

---

**C) SISTEMA TEGUMENTARIO** \_\_\_\_\_

---

---

---

**D) INSPECCION GENERAL** \_\_\_\_\_

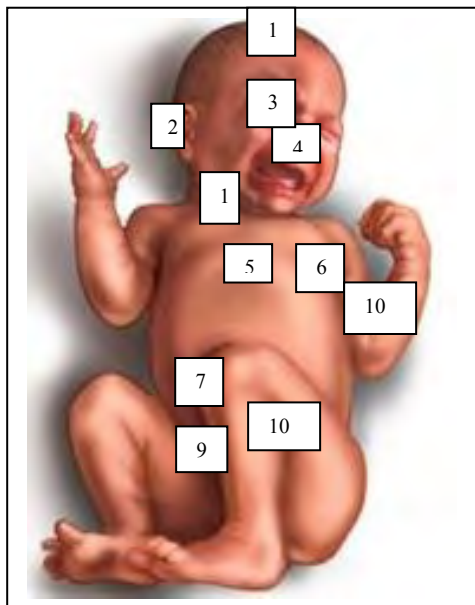
---

---

---

---

---



**1. CABEZA Y CUELLO** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2. OIDOS** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**3. OJOS** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

**4.CARA NARIZ Y CAVIDAD ORAL**

---

---

---

---

---

---

---

**5.TORAX Y PULMONES**

---

---

---

---

---

---

---

**6. SISTEMA CARDIOVASCULAR**

---

---

---

---

---

---

---

**7. ABDOMEN**

---

---

---

---

---

---

---

**8.SISTEMA LINFATICO**

---

---

---

---

---

---

---

**9-SISTEMA REPRODUCTOR**

---

---

**10. SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**11. SISTEMA NERVIOSO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**12. DOLOR**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**B3) HISTORIA CLINICA**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**PADECIMIENTO ACTUAL**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**C) REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE LA DESVIACION DE LA SALUD  
(DX MEDICO)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

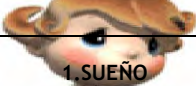




















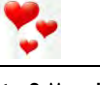




**SEGUIMIENTO DE CASO**  
**SINTESIS DE VALORACION FOCALIZADA**

FECHA \_\_\_\_\_ NUM DE SEGUIMIENTO \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL CASO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_




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

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA**

## ESCALA PARA VALORAR EL DOLOR

PARAMETROS	2	1	0	TOTAL
 1. SUEÑO	Despierto constantemente 	Despierta a intervalos frecuentes 	Duerme constantemente 	
2. EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR	Músculos faciales continuamente contraídos, frente fruncida, párpados apretados, temblor del mentón y muecas 	Contraída (músculos faciales tensos, frente fruncida) 	Calmado, músculos relajados con expresión neutra 	
3. LLANTO	Vigoroso, fuerte y continuo, inconsolable no responde a mimos 	Presente consolable, responde a mimos 	Tranquilo no llora ni se queja 	
4. MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados constantemente) 	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados frecuentemente) 	Relajados (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	
5. MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extendidas, flexionadas constantemente) 	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extensión y flexión rápidas frecuentemente) 	Relajadas (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	
6. CONSUELO	Ninguno después de 2 minutos 	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo 	Consuelo dentro de 1 minuto 	
7. FRECUENCIA CARDIACA	Incrementa > 20% 	Incrementa 10-19% 	Dentro De Las Percentilas 	
8. PRESIÓN ARTERIAL	Incrementa > 10 Mm. Hg. 	Incrementa 9 Mm. Hg. 	Dentro De Las Percentilas 	
9. FRECUENCIA RESPIRATORIA	Retracciones intercostales y esternales marcadas, aleteo nasal, gemido espiratorio 	Diferente del basal (retracciones intercostales mínimas) 	Relajado (mantenimiento del patrón de respiración normal) 	
10. SAO <sub>2</sub>	Disminución de la Sato <sub>2</sub> 71-76% requiere incremento del Fio <sub>2</sub> 	Disminución de la Sato <sub>2</sub> 79-85% requiere incremento de Fio <sub>2</sub> 	88-95% con o sin oxígeno Ningún aumento en Fio <sub>2</sub> 	
<b>CALIFICACION</b>			<b>SUMA</b>	



<b>0-6 PUNTOS</b>	<b>LEVE</b>			
<b>7-15 PUNTOS</b>	<b>MODERADO</b>			
<b>16-20 PUNTOS</b>	<b>SEVERO</b>			

**ENSEÑANZA Y MODELAMIENTO DE INTERVENCIONES PARA PADRES  
EN EL PROCESO DE TRANSICION DE LA UCIN AL HOGAR**

Nombre:	Registro:	Sem. Gestación:	Peso:
---------	-----------	-----------------	-------

**MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE**

Temperatura estable en cuna abierta:

No hay bradipnea ni apnea durante una semana:

Separación del ventilador y uso de aire ambiente:	Saturador de oxígeno:
---	-----------------------

Alta con oxígeno:	Alta sin oxígeno:	Aspiración y humidificación:	Traqueotomía:
-------------------	-------------------	------------------------------	---------------

Medicamentos : Teofilina	Otros:
--------------------------	--------

Capacidad de los padres para realizar RCP:

Capacidad de los padres para identificar datos de alarma:

**EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACION**

Tipo de alimentación y método:

Fórmula especial :	Leche materna:
--------------------	----------------

Seno materno :	Biberón o vaso:	Sonda orogástrica:	Gastrostomía:
----------------	-----------------	--------------------	---------------

Bomba de infusión:	Catéter:
--------------------	----------

**MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO**

Succión:	Deglución:	Modelos de dormir:
----------	------------	--------------------

Identificar pistas conductuales:	Estimulación temprana:
----------------------------------	------------------------

**PROCESO DE ELIMINACION Y EXCRETAS**

Pañal:	Otomías:	Apósito:
--------	----------	----------

**PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO:**

Tamiz metabólico:	Examen visual (retinopatía)	Tamiz audio lógico.
-------------------	-----------------------------	---------------------

Vacunas:	Medicamentos :	Otros:
----------	----------------	--------

**PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD**

Técnica mamá canguro:	Enseñanza sobre niño sano:
-----------------------	----------------------------

Paso la prueba de estar en un porta bebé sin Datos de dificultad Respiratoria::	Neurohabilitación:
---	--------------------

**OBSERVACIONES**

Demostración de las formas de brindar medidas y tratamientos especializados.  
 Suministrar material escrito para utilizar en el hogar.  
 Ordenar tempranamente la adquisición del equipo, para conocer su uso antes del alta del hospital.  
 En coordinación con trabajo social, valorar si la familia es candidata para recibir apoyos oficiales.