



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**ESTUDIO DE CASO
PREMATURA DE 31.5 SEMANAS DE GESTACIÓN
CON DÉFICIT EN LOS REQUISITOS DE
AUTOCUIDADO UNIVERSAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL
NEONATO

P R E S E N T A

LIC. MENDOZA GUTIÉRREZ KARINA

ASESORA:

E.E.N. ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE



MÉXICO, D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

JURADO ASIGNADO

Presidente E.E.I. Margarita Hernández Zavala.
Vocal Dr. Carlos López Candiani.
Secretaria E.E.N. Araceli Martínez Clemente.
Suplente E.E.I. Maricela Cruz Jiménez.
Suplente E.E.P. Flor Elizabeth Tamariz Velázquez.

ASESORA DEL TEMA

E.E.N. ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE

SUSTENTANTE

LIC. ENF. KARINA MENDOZA GUTIÉRREZ

AGRADECIMIENTOS

“Me puedo caer, me puedo herir, puedo quebrarme, pero con eso
no desaparecerá mi fuerza de voluntad”

Madre Teresa de Calcuta.

Le agradezco a Dios por permitirme cumplir este proyecto tan anhelado tiempo atrás.

A mi familia que siempre estuvo apoyándome y por ser el motor de mi vida.

A mis amigos que me motivaron y me enseñaron que a pesar de las adversidades se pueden lograr las cosas.

A mis compañeros del trabajo quienes en todo momento me apoyaron y me alentaron a seguir adelante en mi proyecto.

A mis compañeras de la especialidad: las personas más extraordinarias que he conocido y que fueron parte importante durante este año, con quienes viví alegrías, tristezas y emociones gracias por todas las experiencias que vivimos juntos.

A mi coordinadora y mis tutoras que me brindaron todo su conocimiento y apoyo.

A mis profesores de quienes me llevo grandes enseñanzas, en especial del Dr. Candiani y la Dra. Ortega.

Y sobre todo a esos seres tan maravillosos que son los neonatos, de los cuales cada día aprendo que a pesar de la adversidad se puede salir adelante con amor y cuidado.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| I.-INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO..... | 3 |
| GENERAL. | |
| ESPECÍFICOS. | |
| III.-SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO..... | 4 |
| 3.1.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN. | |
| 3.2.-MOTIVO DE CONSULTA. | |
| 3.3.-DESCRIPCIÓN DEL CASO. | |
| 3.4.-ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS (VIVIENDA). | |
| 3.5.-ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS. | |
| 3.6.-ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS (CRECIMIENTO Y DESARROLLO). | |
| 3.7.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. | |
| 3.8.-MAPA FAMILIAR. | |
| 3.9.-DINÁMICA FAMILIAR. | |
| IV.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO..... | 10 |
| 4.1.-ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS). | |
| 4.2.-TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM. | |
| 4.3.-MÉTODO ENFERMERO. | |
| 4.4.-RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM Y EL MÉTODO ENFERMERO. | |
| 4.5.-DAÑOS A LA SALUD. | |
| 4.6.-CONSIDERACIONES ÉTICAS. | |
| V.-METODOLOGÍA..... | 59 |
| 5.1.-TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN. | |
| 5.2.-CRONOGRAMA. | |
| VI.-APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO..... | 71 |
| 6.1.-VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y EXPLORACIÓN FÍSICA. | |
| 6.2.-ESQUEMA METODOLÓGICO. | |

| | |
|--|------------|
| 6.3.-JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES. | |
| 6.4.-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. | |
| 6.5.-OBJETIVOS. | |
| 6.6.-PRESCRIPCIÓN DE ENFERMERÍA. | |
| 6.7.-FUNDAMENTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN. | |
| 6.8.-CONTROL DE CASO. | |
| VII.-PLAN DE ALTA..... | 121 |
| VIII-CONCLUSIONES..... | 124 |
| IX.-SUGERENCIAS..... | 125 |
| X.-BIBLIOGRAFÍA..... | 126 |
| XI.-ANEXOS..... | 128 |
| A.-ESCALA DE VALORACIÓN DEL DOLOR. | |
| B.-CONSENTIMIENTO INFORMADO. | |

I.-INTRODUCCIÓN

La Neonatología es la rama de la medicina que se centra en el cuidado del neonato, especializada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del recién nacido.¹ Anteriormente la atención que se daba a estos pacientes se englobaba en la rama de la Pediatría, pero con el avance de la tecnología y los nuevos avances en medicina, se ha comprobado que los neonatos requieren de cuidados especializados y específicos debido a la complejidad de las patologías que los aquejan.

En tal caso, Enfermería siendo una disciplina científica, requiere de un eje que guíe su actuar en beneficio de esta población de pacientes con el objetivo de mejorar y desarrollar de la mejor manera su calidad de vida y por lo tanto un crecimiento y desarrollo adecuado. Para tal fin es de vital importancia la investigación y la aplicación de un método bajo una teoría que nos permita cumplir con los anteriores objetivos. El método enfermero es el proceso mediante el cual se trata de brindar un cuidado integral, humano y con un soporte científico que respalde cada uno de nuestros cuidados en beneficio del neonato ya sea en estado sano o grave.

Bajo el apoyo de la Teoría de Dorothea E. Orem sobre el Déficit del autocuidado se lleva a cabo el presente estudio de caso a una prematura de 31.5 semanas de gestación por Capurro con déficit en los requisitos universales de autocuidado a través de la selección del caso, aplicación del instrumento de valoración, búsqueda de información en bases electrónicas e impresas, estructuración de los diagnósticos de Enfermería, instauración de la Prescripción de Enfermería, el Tratamiento Regulatorio y el Control del caso.

1

Plascencia, M., Barbosa, R., Herrera, G. (2010a) Cuidados Avanzados en el Neonato, Libro 1: Estructura de la Atención y Cuidados Neonatales. México: Intersistemas Editores.

Es importante resaltar el aspecto ético en este tipo de investigaciones, en donde se da a conocer la importancia de la ética, la bioética, los derechos de los niños, de los recién nacidos así como del marco ético que rige al personal de Enfermería.

Por otra parte es vital reconocer la importancia de la Enfermería Basada en Evidencia para constituir un marco científico que brinde el soporte a las acciones a llevar a cabo en beneficio de los neonatos.

En la actualidad la práctica profesional requiere un alto grado de conocimientos e investigación, lo cual es de gran valor para el fortalecimiento de la práctica diaria y la mejora de la calidad de los cuidados que se otorgan.

II.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

2.1.-GENERAL

Presentar el estudio de caso sobre una prematura de 31.5 semanas de gestación por Capurro con déficit en los requisitos de autocuidado universal de la Teoría de Dorothea E. Orem para obtener una evidencia documentada del cuidado especializado de Enfermería.

2.2.-ESPECÍFICOS

2.2.1.- Realizar la valoración a una neonata empleando un instrumento de valoración específico y validado; para conocer el grado de déficit en los requisitos universales de autocuidado, universales según la etapa de desarrollo y los de desviación de la salud, bajo la Teoría de Dorothea E. Orem.

2.2.2.- Determinar los déficit de autocuidado en la prematura y desarrollar mediante el formato P.E.S. (Problema – Etiología – Signos y Síntomas) los diagnósticos que sean el eje del cuidado enfermero.

2.2.3.- Elaborar un plan de cuidados especializado que sea centrado a compensar la demanda de autocuidado detectado en la fase diagnóstica y previamente jerarquizado en énfasis a los requerimientos de la prematura.

2.2.4.- Implementar el tratamiento regulador propuesto y adaptado a los recursos materiales y humanos disponibles en la institución para brindar un cuidado de calidad.

2.2.5.- Presentar los resultados de la aplicación del plan de cuidados acorde a los objetivos previamente establecidos en el mismo.

2.2.6.- Elaborar un plan de alta que permita el mantenimiento de la salud de la neonata en su domicilio bajo el enfoque del sistema de apoyo educativo de Dorothea E. Orem.

III.-SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.

3.1.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Servicio: Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de la Mujer

Nombre: Recién Nacida Rivera Grande

Núm. de expediente:461458

Sexo: Femenino

Edad: 31.5 semanas de gestación por Capurro, 1 día de vida extrauterina.

Fecha de nacimiento: 7 de Noviembre de 2010 a las 22:10 hrs.

Lugar de nacimiento: Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud.

Fecha de ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: 8 de Noviembre de 2010 a las 01:30hrs.

Responsables: Madre y Padre de la recién nacida.

3.2.-MOTIVO DE CONSULTA.

Ingresa a la unidad debido a que al nacer se encuentra con los siguientes diagnósticos médicos:

- Recién nacida prematura femenina de 3 horas de vida extrauterina.
- 32.2. semanas de gestación por fecha de última regla.
- 31.5 semanas de gestación por Capurro.
- Síndrome de dificultad respiratoria Tipo 1 modificado por surfactante (1 dosis).
- Ruptura Prematura de Membranas de aproximadamente de 80 hrs.
- Probable Neumonía.

3.3.-DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Se encuentra prematura cursando sus primeras 10 horas de vida extrauterina, en cuna de calor radiante ya que no hay incubadora disponible para su atención con monitorización no invasiva. Se encuentra hipoactiva, hiporeactiva a estímulos, a la exploración física se observa hipotónica, coloración rosada, normocéfala con suturas anteriores embrincadas, cráneo blando a la palpación, mucosa oral hidratada, con cánula oro-traqueal 2.5 fija en el número 7 con apoyo ventilatorio en modo SIMV, campos pulmonares con hipoventilación en hemitórax derecho, discreto tiraje intercostal, abdomen blando y depresible con catéteres umbilicales aparentemente funcionales, genitales acorde a sexo, extremidades íntegras, con piel delgada y muy fina, sin malformaciones aparentes.

3.4.-ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS.

La familia de la neonata está integrada por madre, padre, abuelos paternos y un hermano. La madre tiene 17 años, actualmente dedicada al hogar, el padre de 20 años de ocupación obrero y de quien dependen económicamente la familia, ambos con nivel de estudios máximo de secundaria, abuelo paterno de 58 años obrero, abuela paterna de 55 años dedicada al hogar, ambos de nivel máximo de estudios primaria y el hermano de 2 años quien vive bajo el cuidado de la familia.

Viven en el área urbana de Atizapán, Estado de México en una casa propiedad del abuelo paterno contando con todos los servicios intradomiciliarios de agua, luz, drenaje, teniendo como fauna solamente una ave.

3.5.-ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.

La madre de la paciente niega tabaquismo, alcoholismo u otras toxicomanías, el padre refiere tabaquismo ocasional, niega alcoholismo u otras toxicomanías. El

abuelo paterno con antecedentes de hipertensión arterial controlada, niega alcoholismo, tabaquismo y otros. Respecto a los abuelos maternos no se hace referencia a la presencia de alguna patología.

3.6.-ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS (CRECIMIENTO Y DESARROLLO).

- Antecedentes perinatales:

Es la Gesta II, Para 0, Cesárea II, Aborto 0. no planeada, pero deseada y aceptada, la madre acudió a 8 consultas prenatales a partir del 2do trimestre, con tres ultrasonidos previos al nacimiento. Refiere ingestión de ácido fólico, suplementos de hierro y multivitamínicos, aunque refiere mala alimentación. Niega enfermedades durante el embarazo. No refiere aplicación de esteroides. Grupo sanguíneo O positivo.

- Antecedentes neonatales:

Debido a que presenta ruptura prematura de membranas de 80 horas de evolución, presenta un elevado riesgo de sufrimiento fetal y a que no progresa trabajo de parto de forma espontánea, la neonata nace el día 7 de Noviembre de 2010 a las 22:10hrs por vía cesárea, bajo anestesia con bloqueo peridural, con pobre esfuerzo respiratorio por lo que inician maniobras básicas de reanimación sin obtener respuesta positiva por lo que proceden a realizar intubación endotraqueal y aplicación de primer dosis de surfactante.

Apgar de nacimiento: 4/6/7.

Silverman: No valorable a los 10 minutos porque ya se encontraba en fase III de ventilación.

Grupo y Rh: O positivo.

Peso al nacer: 1000 grs (peso pequeño para edad gestacional).

Talla: 38 cm.

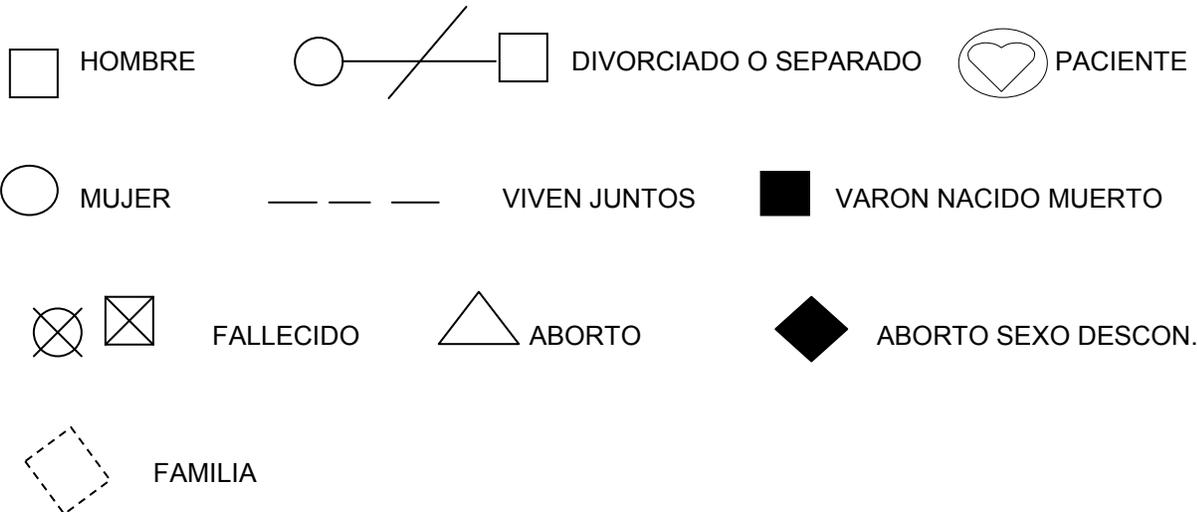
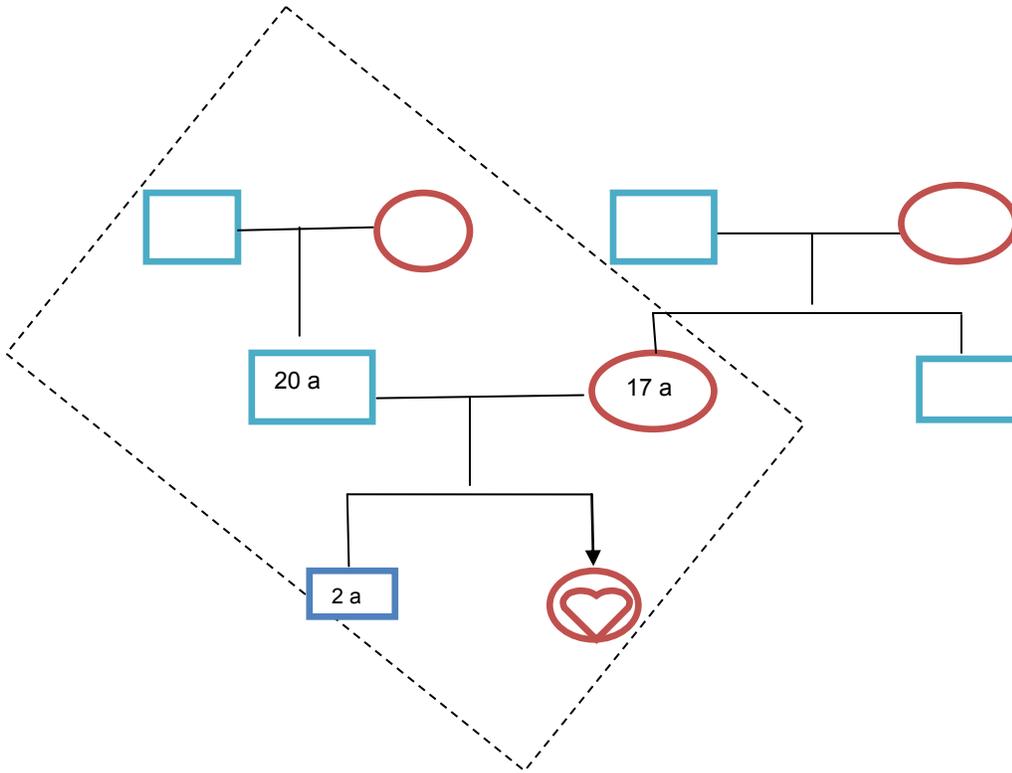
PC: 25 cm, PT: 20cm, P.A. 19 cm Pie: 6 cm.

Se le realizo toma para Tamiz neonatal con muestra del cordón umbilical posterior a su nacimiento.

3.7.-ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Neonata que nace en el Hospital de la Mujer el día 7 de Noviembre de 2010 y que con antecedentes de importancia es producto de una GII, CI, A0, P0, su madre cuenta con 17 años de edad casada dedicada al hogar, cursó el embarazo con 8 consultas prenatales a partir del 2° trimestre, niega toxicomanías y enfermedades durante la gestación. Aproximadamente 3 días previos al nacimiento presenta ruptura prematura de membranas por lo que acude a este hospital para su atención. Niega administración de esteroides y antibióticos profilácticos. Nace la paciente con pobre esfuerzo respiratorio por lo que inician maniobras de reanimación básicas sin obtener respuesta positiva por lo que proceden a realizar intubación endotraqueal (se desconoce a cuantos minutos de vida extrauterina), colocan catéteres umbilicales y aplican 1er dosis de surfactante. Al ingresar a esta unidad es colocada en cuna radiante con apoyo ventilatorio y monitorización no invasiva, bajo tratamiento antimicrobiano (Ampicilina y Amikacina), protector de mucosa gástrica (Omeprazol) y gammaglobulina. Realizan pruebas de laboratorio donde reportan como datos relevantes: Linfocitos 80.5, neutrófilos 17.37, Hemoglobina de 17, Bilirubina total de 4mg/dl, glucosa de 102 mg/dl. Gasometría arterial de: pH 7.24, pCO2 46.7, pO2 65.8, HC03 20.4, BEb -6.5. Placa de tórax presenta hipoventilación de lado derecho también se observa catéter venoso umbilical mal colocado, por lo que se retira. El día 09 de Noviembre realizan USG transfontanelar el cual no presenta alteraciones y colocan catéter percutáneo en miembro torácico izquierdo para inicio de NPT. Al momento el pronóstico es reservado para la función y la vida. Se reporta muy grave.

3.8.-MAPA FAMILIAR



3.9.-DINÁMICA FAMILIAR.

Familia biparental de 2 años de creación, donde viven en casa propiedad de abuelo paterno, pero es del padre de la paciente en donde recae la mayor responsabilidad económica del hogar.

Formaron la familia a muy temprana edad, pero al vivir en casa de la familia paterna quien lleva la jerarquía es el abuelo paterno, aunque entre todos toman las decisiones sobre la familia y en cuanto el tratamiento de la prematura recae principalmente la decisión en ambos padres.

La familia se encuentra en una etapa de angustia y duelo por la hospitalización de la neonata, a quien se aborda en este estudio de caso.

La madre refiere que su familia (padres y hermano) casi no la puede ayudar debido a sus condiciones económicas pero que están preocupados por su estado de salud.

IV.-FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.

4.1.-ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

La búsqueda de información actualizada y con estricto rigor metodológico sobre el cuidado enfermero al recién nacido prematuro en bases de datos electrónicas recientes (de 5 años a la fecha) se obtuvieron varios artículos en los que se evidencia que con un cuidado especializado se puede disminuir la mortalidad y mejorar significativamente el crecimiento y desarrollo de este tipo de neonatos. Respecto a la fisiopatología y tratamiento son numerosos los artículos encontrados.

El cuidado enfermero que se centra en este tipo de pacientes se ve reflejado en investigaciones llevadas a cabo en diversos lugares del mundo, pero de donde se encuentra más información es de Colombia, España, Estados Unidos, Argentina y Brasil.

El primer artículo titulado Cuidado de Enfermería al neonato diminuto, que se encuentra en el portal del sitio Nnani de Nestlé, explica brevemente las características de este tipo de pacientes, y la importancia de las intervenciones de enfermería centradas principalmente a la termorregulación, alimentación, cuidados a la piel, prevención de infecciones y sobre todo al manejo mínimo que se debe brindar a los prematuros.²

El segundo artículo llamado Cuidado Enfermero al Recién nacido prematuro, establecen que la prematurez sigue siendo un factor importante para la morbimortalidad neonatal en el mundo y que la solución de los problemas de salud

² Sollano, C., Salazar, I., Hernández, G. (2010) Cuidados de Enfermería al neonato diminuto (en línea) Modulo 10, tema 1, NNANI 2010, México. Consultado el día 17 de Diciembre de 2010 de: <http://www.nestlepediatria.com/nnani/lecturaActual.asp?tema=1&modulo=13>

mediante la gestión de la tecnología y del cuidado enfermero permitirán mejorar el promedio y calidad de vida del neonato.³

El tercer artículo es referente al aspecto educativo en el manejo del prematuro y lleva por título Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro, en el cual abordan la importancia y el impacto que tienen las competencias en el autocuidado materno a fin de dar un seguimiento al egreso de estos pacientes a su domicilio. En este estudio hacen énfasis en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E. Orem, dando como resultado que las madres ejerciendo el papel de grupo de intervención capacitada, tuvieron mejor control en vacunas y alimentación de los prematuros en su domicilio.⁴

³ Mata, Mendez y otros (2009) Cuidado Enfermero al recién nacido prematuro, (en línea) México, recuperado el 12 de diciembre de 2010 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim091h.pdf>

⁴ Hernández Flores, (2006), Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro; Rev. Enf. Del IMSS

4.2.-TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM

4.2.1.-Biografía de Dorothea E. Orem

Hablar de la historia de vida de Orem es hablar de toda una vida forjada por la pasión y superación en pro del cuidado en Enfermería.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland en 1914. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y su madre era un ama de casa que le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma a principios de los treinta. El motivo de Elizabeth de estudiar enfermería se debió a que su padre tuvo un accidente y debió permanecer hospitalizado, fue en ese lugar en donde ella vio el cuidado que brindaban las enfermeras. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.⁵

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó siete años en Indiana, de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la

⁵ Taylor SG. (2007) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. 6ª. ed. España: Elsevier, p. 267-295.

enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.⁶

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC. Donde trabajo en el Office of Education, en el US. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.⁷

El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing qué se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

El primer libro publicado por Orem fue *Nursing: Concepts of Practice*, en 1971; mientras prepararon y revisaron *Concept Formalization in Nursing: Procces and Product*.

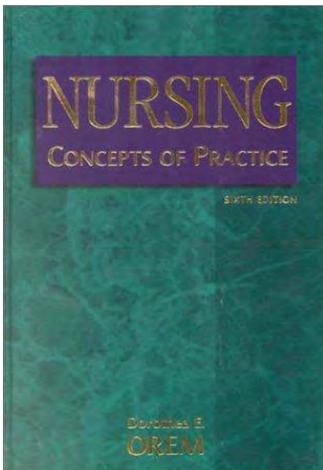
La Georgetown University le confirió el titulo honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA en

⁶Enfermeras 3.0 (2009) Biografía de Orem. (en línea) recuperado el 14 de Mayo de 2011 de: <http://nurse3.wordpress.com/2009/11/25/dorothea-orem>.

⁷ Taylor S G. (2007) Dorothea Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op Cit 292.

1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y falleció en el 2007.



4.2.2.- TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO. (TGDA)

Esta teoría tiene como origen la finalidad propia de la enfermería a saber: los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado.

Propósito.

El objetivo de la TGDA es exponer las posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud. Por lo anterior se considera una teoría de tipo descriptivo-explicativo.

Supuestos metaparadigmáticos.

Orem en su modelo proporciona un marco en el cual se pueda contemplar en conjunto la práctica, la educación y la gestión de la Enfermería; cuyo propósito es mejorar el cuidado enfermero. Siendo enfermería una disciplina, el principal componente en esta es el metaparadigma, el cual se define como el conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

- La persona.
- El entorno.
- Los cuidados enfermeros.

- El concepto de salud.

Pueden aparecer más fenómenos con el paso del tiempo.

Para Orem, estos conceptos significan:

Cuidado: campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado. Se caracteriza por un buen estado o integridad de las estructuras humanas desarrolladas y del funcionamiento corporal y mental.

Persona: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y ligados a desviaciones de la salud.

Salud: Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.

Entorno: Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.

Enfermería: Como un servicio de ayuda especializada, es decir que la ayuda que proveen es dentro del campo de dominio de la enfermería, la ayuda está en función de las limitaciones que tienen los individuos, las familias y las comunidades para efectuar el autocuidado, donde solo aplican cuestiones para las que están calificadas, sin embargo cuentan con el conocimiento para solicitar la consulta o bien ayudar a los individuos, familias o comunidades a asegurar la ayuda de otros servicios de ayuda; todo esto sin que se traspasen los límites que competen a otros servicios de ayuda, ni otros servicios especializados.⁸

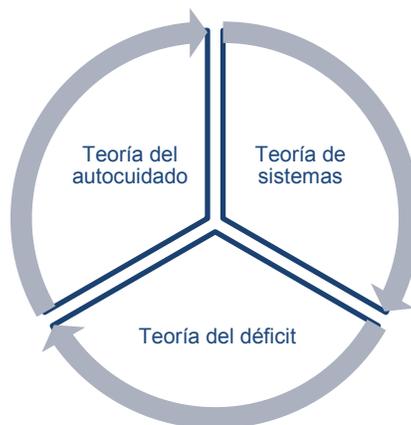
⁸ Taylor S.G. (2007) Dorothea Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op Cit. 290

Funciones:

En esta plataforma, Orem distingue ocho funciones:

1. Explicar la visión de los seres humanos sobre la Enfermería.
2. Expresar el centro de atención específico o la finalidad propia de la enfermería en la sociedad.
3. Exponer los conceptos claves de la enfermería, para establecer un lenguaje.
4. Establecer los límites, orientar los pensamientos y esfuerzos prácticos en el ejercicio de la enfermería en las investigaciones y en la educación.
5. Reducir la carga cognitiva, propiciando los elementos globalizados para la nueva información y capacitar a las personas para categorizar sobre situaciones concretas de la enfermería.
6. Permitir inferencias de los vínculos entre enfermería con otros campos de servicio humano y con los patrones de vida diaria de los individuos, las familias y las comunidades.
7. Generar en las enfermeras un estilo de pensamiento.
8. Constituir a las enfermeras como grupo de investigación de la estructuración, validación y desarrollo de la disciplina.⁹

La Teoría General del Déficit de Autocuidado está compuesta de tres subteorías:



TEORÍA DEL AUTOUIDADO.

⁹ Taylor S G. (2007) Dorothea Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op Cit 294

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de si mismos en sus condiciones ambientales. Tiene como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona en favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano. Los conceptos que se manejan son los siguientes:

AGENTE DE AUTOCUIDADO.- Es la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO.- Es la capacidad del individuo para participar en su cuidado propio.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.- Es la capacidad de las personas de cuidar a otras que tienen limitaciones o están incapacitadas para realizar su autocuidado.

DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.- Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado universal. Puede verse como el resumen de la relación entre estos requisitos que pueden existir en el paciente y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.- En este caso es el profesional de enfermería.¹⁰

La teoría de Orem sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas son denominadas factores de condicionamiento básico.

¹⁰ Ostiguín, M., Velázquez, H. (2001) Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía básica ilustrada. México: Editorial El Manual Moderno. P. 24-26.

- Edad
- Sexo
- Estado de salud
- Estado de desarrollo
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema familiar (Diagnóstico y tratamiento)
- Factores del sistema familiar (Composición/rol/relación)
- Patrón de vida
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los requisitos de autocuidado para la intervención de la enfermería propuestos por Orem (universal, de desarrollo y de desviación de la salud) son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados de los individuos que lo requieren. Cada uno representa una categoría de acciones deliberadas a realizar por los individuos debido a sus necesidades funcionales y de desarrollo.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

Son comunes a todos los seres humanos e incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Estos requisitos generan acciones que producen condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración humana.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Los requisitos de autocuidado de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos. Están asociados a los procesos de desarrollo humano y a las condiciones y acontecimientos que ocurren en las etapas de la vida y acontecimientos que pueden afectar desfavorablemente su desarrollo.¹¹

Las categorías del requisito para el autocuidado del desarrollo son:

1.-Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

Las etapas específicas del desarrollo:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Vida neonatal
- Lactancia
- Etapas del desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
- Etapas del desarrollo de la vida adulta
- Embarazo

¹¹ Orem. D. (1980) Normas prácticas en Enfermería. España: Editorial Ciencias Médicas. p.63.

2.- El suministro de cuidado o para prevenir de efectos nocivos de las condiciones que pueden afectar el desarrollo humano o para mitigar o vencer dichos efectos que resultan de las condiciones, como:

- Derivación educacional
- Problemas de adaptación social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- Pérdida de posesiones o del trabajo
- Cambio súbito de condiciones de vida
- Cambio de posición social o económica
- Mala salud, o incapacidad.
- Enfermedad terminal o muerte esperada
- Peligros ambientales¹²

REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

Estos requisitos de autocuidado existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras duran.¹³

Hay seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con patología humana.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología,

¹² Orem D.(1993), Conceptos de Enfermería en la práctica (Luis Rodrigo, Ma. Teresa), España. Ediciones Científicas y Técnicas. p 146-147.

¹³ Taylor S G. (2007) Dorothea Orem, Teoría del déficit de autocuidado. pp. 267-295.

a la propia patología o a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.

4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidado prescritas por el médico que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
5. Modificar el autoconcepto (y la autoimagen) para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitado de formas específicas de cuidados de la salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuado.¹⁴

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativas a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completamente o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

El término de déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado se identifican como completos o parciales, en donde el primero implica la falta de capacidad

¹⁴ Orem D. Op Cit p. 151.

para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico, y en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer alguna(s) condiciones subyacentes a una demanda de cuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado están asociados no sólo a las limitaciones de los individuos para realizar estas medidas de cuidados, sino también con la falta de validez o efectividad con que se llevan a cabo.¹⁵

TEORÍA DE SISTEMAS.

En esta teoría se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”.

La acción de Enfermería ha sido clasificada por Orem en cinco categorías:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros.
2. Guiar o dirigir a otros
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
5. Enseñar.

De esto surge la esta teoría en donde los sistemas de Enfermería son la secuencia de acciones prácticas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus cuidados. Son sistemas de acción diseñados y producidos por enfermeras mediante el ejercicio de su disciplina, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.¹⁶

Esta teoría se divide en tres sistemas, los cuales cuentan con intervenciones específicas:

¹⁵ Ostiguín Melendez, Rosa: (2001) Op Cit p. 29

¹⁶ Taylor SG. Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. Op Cit p.273

| Totalmente compensatorio | Parcialmente compensatorio | Apoyo educativo |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente • Compensa la incapacidad del paciente de comprometerse a desempeñar un autocuidado. • Da apoyo al paciente y lo protege. | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente. • Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente. • Ayuda al paciente como es debido. • Regula la actividad de autocuidado • Desempeña algunas medidas de autocuidado • Acepta el cuidado y la ayuda de la enfermera | <ul style="list-style-type: none"> • Cumple con el autocuidado • Regula el ejercicio y el desarrollo de la actividad de autocuidado |
| Hacer por el otro | Hacer con el otro | Dejar hacer al otro |

Cuadro 1.-Karina Mendoza Gutiérrez

4.3.-MÉTODO ENFERMERO

El nacimiento del proceso de Enfermería es el resultado de los esfuerzos de reflexión que distintas teóricas realizaron a partir de la década de 1950 coincidiendo así el momento histórico en el que esta disciplina inicia las indagaciones pertinentes para resolver cuestiones tales como la identificación del objeto de estudio, la naturaleza e importancia de los cuidados enfermeros y el medio por el que se pragmatizan las acciones de los profesionales de la Enfermería.

En el año de 1956 durante una conferencia pronunciada por Lydia Hall en Nueva Jersey, formula su conocida afirmación: “la asistencia sanitaria es un proceso” que tiene como preposiciones fundamentales “al paciente, para el paciente y con el paciente”. Así pues, fue Hall la persona que puso de manifiesto que las personas son el objeto en el que se aplican los cuidados de enfermería, el objetivo de estos cuidados y a la vez, es agente activo en los mismos.¹⁷

Hasta 1966 Louis Knowles presento una descripción de las actividades de los enfermeros, momento que puede caracterizarse como el impulsor directo de la descripción de la metodología empleada en el ejercicio clínico, Knowles explicitó que las actividades que se desarrollan consisten fundamentalmente en descubrir información, investigar las fuentes para la obtención de los datos, decidir el proceso a seguir, actuar o poner en marcha el plan concebido y discriminar o priorizar las necesidades del paciente, y por tanto, las intervenciones de enfermería.¹⁸

Estas fases resultaron cruciales para el surgimiento del modelo actual del método enfermero.

¹⁷ Balam G. y García A. (Comp). (2009), Antología: Teorías y modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado. (2ª ed). México: ENEO UNAM. P 149.

¹⁸ Balam. G y García A. Op cit p. 151

La **valoración** es la primera fase y es tal vez la más importante ya que todo el método se sustenta en la información obtenida.¹⁹

En este apartado se incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación, y en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y valoración física. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados.

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

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

¹⁹ Rosales, Barrera Susana (1999) Fundamentos de Enfermería, (2ª reimpression) México: Editorial El Manual Moderno. p 203.

menudo hacen inferencias extraídas con pocos o ningún signo que las apoyen, pudiendo dar como resultado cuidados de enfermería inadecuados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies", sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos" en donde se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones funcionales de salud", la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.
- Criterios de valoración de acuerdo a la teoría o modelo a seguir.²⁰

La fase del **diagnóstico** de enfermería estuvo en su estado embrionario incluido en la fase de valoración en forma de establecimiento de conclusiones sobre los datos provisionales o definitivos. La importancia de la delimitación de los problemas enfermeros de las personas a las que atiende le permitió desgajarse y constituirse como una fase identificada y constituyente del proceso. La primera conferencia para la clasificación de los diagnósticos de enfermería tuvo lugar en 1973, existiendo en su forma actual a partir de 1982.

²⁰ Proceso de Atención de Enfermería (s.a., s.f.) Recuperado el 15 de Mayo de 2011, de: <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>

El diagnóstico enfermero o diagnóstico de enfermería, en el contexto de la enfermería, es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.²¹

La construcción del diagnóstico considera tres partes: la primera corresponde a la respuesta humana o problema, entendida como la forma particular que tiene una persona para responder a un estímulo, la expresión más amplia de salud de la persona.

La segunda parte está conformada por los factores relacionados, causa o etiología; en este punto se incluye la causa deducida y que puede ser resuelta por intervenciones de enfermería, son datos clínicos y no patologías o diagnósticos médicos, ya que estos últimos aspectos no pueden ser eliminados con la terapéutica enfermera.

La tercera y última parte la constituyen las manifestaciones o síntomas, en donde se registran los datos clínicos que apoyan o evidencian la respuesta humana o problema.²²

Para Gordón, la estructura del diagnóstico de enfermería la componen tres partes:

P = Problema

E = Etiología

S = Signos y síntomas que lo caracterizan.

²¹ Wikipedia (2010) El Diagnóstico Enfermero (en línea) Recuperado el 20 de Diciembre de 2010 de: http://es.wikipedia.org/wiki/Diagn%C3%B3stico_enfermero

²² Ostiguín Melendez, Rosa: (2001) Op Cit p. 50

El problema se identifica durante la valoración y en la fase del procesamiento y análisis de los datos.

La etiología son los factores ambientales, socioeconómicos, fisiológicos, emocionales o espirituales, que se creen que están contribuyendo al problema ya sea como factores de riesgo o por que han contribuido ya a producir el problema y si se mantiene sin modificación el problema no se modifica.

Los signos y síntomas, se les llama también características que definen al problema esto significa que siempre que se presentan dichos signos y síntomas asociados entre si en una situación dada, la conclusión diagnóstica ha de ser la misma.²³

En la etapa de **planeación**, Rosales (2003) la define como: el acto de determinar qué puede hacerse para apoyar al paciente en el restablecimiento, la conservación o el fomento de la salud previa determinación del enfoque que le dará para ayudar a solucionar, disminuir o reducir el efecto de sus problemas.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería cuando un paciente tiene varios problemas.
2. Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.

Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido, ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

²³ Cisneros, Fanny, (2006) Proceso de Atención de Enfermería, Universidad de Cauca, Perú (en línea) recuperado el 12 de diciembre de 2010 de: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

De acuerdo con el tipo de diagnóstico enfermero se plantean las acciones de la planificación de los cuidados de enfermería:

En el diagnóstico enfermero real los objetivos van encaminados a reducir o eliminar factores contribuyentes, promover mayor nivel de bienestar y controlar el estado de salud; en el diagnóstico enfermero de alto riesgo los objetivos se encaminan a reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir que se produzca el problema y controlar el inicio del mismo; en el diagnóstico enfermero posible los objetivos se enfocan en recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico, y en los diagnósticos enfermeros de bienestar el objetivo se dirige a enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

3. Selección de las intervenciones y actividades de enfermería. Son las acciones que el profesional de enfermería planea para alcanzar los objetivos y lograr las metas del cuidado.

Se enfocan en la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias enfermeras, biológicas, sociales, físicas y emocionales.

2. Por cada diagnóstico enfermero identificado establecer objetivos pactados con el paciente definido de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.

3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el cuidado enfermero que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.²⁴

La etapa de ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería. Durante el desarrollo de esta fase se requiere:

1. Validar: es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente. Por lo tanto, las intervenciones deben estar orientadas a la solución del problema del paciente, apoyado en conocimientos científicos y cumplir con la priorización de los diagnósticos.
2. Documentar el plan de atención: para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos, deberá estar por escrito y al alcance.
3. Continuar con la recolección de datos: a lo largo de la ejecución enfermería continúa la recolección de información, ésta puede utilizarse como prueba

²⁴ Revista de Enfermería (2010) Proceso de Atención de Enfermería (en línea) recuperado el 12 de diciembre de 2010 de:
<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria1.htm>

para la evaluación del objetivo alcanzado y para establecer cambios en la atención.

4. Para la ejecución del proceso, el profesional de enfermería deberá mantener al día sus conocimientos y habilidades (cognitivas, interpersonales y técnicas), para llevar a cabo las intervenciones prescritas en el plan de intervenciones con seguridad y efectividad; se obligará a realizar las intervenciones respetando la dignidad y prioridades del paciente, facilitando su participación en el plan de cuidados y llevará a cabo las intervenciones prescritas en el plan, manteniendo una actitud terapéutica.

La última etapa que es la evaluación, es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos planteados en el plan de cuidados, así como la calidad de atención que recibe por parte del profesional de enfermería.

La evaluación consta de tres partes:

1. La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Su propósito es decir si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso que puede llevar al profesional de enfermería a suprimir aquellos diagnósticos que han quedado resueltos, enunciar nuevos diagnósticos; priorizar, establecer nuevos objetivos y programar intervenciones, modificar el tiempo establecido en los objetivos de resultados y mantener la ejecución de las actividades.
3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

Aunque la evaluación se ubica en la fase final del proceso enfermero, realmente es una parte integral de cada fase y algo que la enfermera realiza continuamente. Cuando la evaluación se realiza como última fase, la enfermera hace referencia a los resultados del usuario y determina si se consiguieron. Si los resultados no se consiguieron, la enfermera empieza de nuevo la valoración y determina la razón por la cual no se consiguieron.²⁵

4.4.-RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM Y EL MÉTODO ENFERMERO.

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción, y al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica. Esto se logra usando el proceso de enfermería, un método tradicionalmente consistente en cuatro etapas: valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación. Aboga por el uso del proceso pero con un uso más coherente a su teoría. Contempla específicamente a este proceso como aquel en el que se requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

En la etapa de valoración, Orem menciona que en este apartado es necesario el uso de técnicas de recolección y valoración. La esencia de los datos reunidos y su interpretación variará dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica. Asimismo señala que en este método se requiere de dos tipos de operaciones: interpersonales y tecnológico-profesionales:

- Las operaciones interpersonales y sociales.

²⁵ Revista de Enfermería (2010) Op Cit. Pag 38

Estas implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. Menciona que en particular las enfermeras deberían:

1. Iniciar y mantener una relación afectiva con el paciente, su familia y otros.
2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.
3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de enfermería con los pacientes.

- Operaciones tecnológico-profesionales.

Estas son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Menciona que antes de estas operaciones debe haber obtenido toda la información de forma adecuada en la valoración.

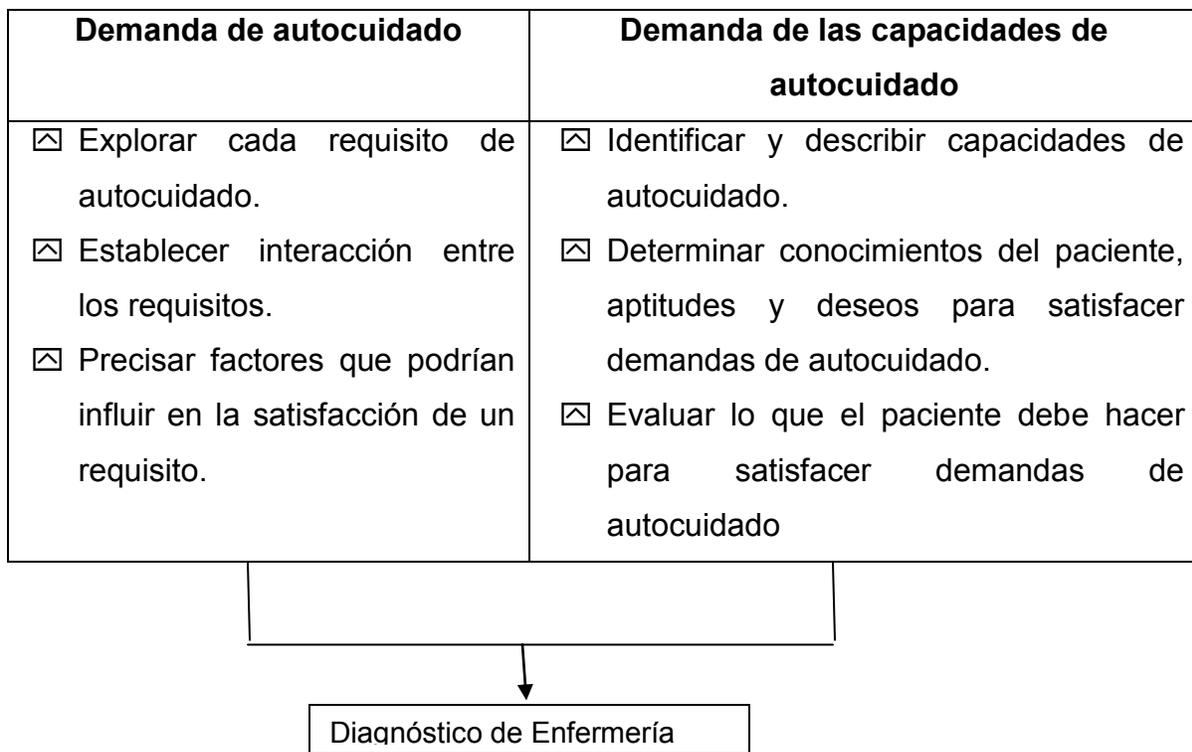
Orem contempla las operaciones tecnológico-profesionales como las “piedras angulares” en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.²⁶

La etapa de diagnóstico de enfermería para Orem implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. Esencialmente el diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del formato más familiar del proceso de enfermería.

²⁶ Cavanagh (1993) Modelo de Orem. Aplicación práctica. España: Editorial Masson.. p.21.

Es un examen y análisis de los hechos por las enfermeras que les permiten emitir juicios sobre las personas, sus propiedades, sus acciones y sus cambios en las propiedades que le permite conocer las relaciones que tienen los factores condicionantes básicos, los requisitos de autocuidado y los medios para cubrir la demanda de autocuidado, las actividades reguladoras de autocuidado que realiza el paciente, los obstáculos con los que podría encontrarse la enfermera al ayudar en el autocuidado, el grado de conocimiento, habilidad y disponibilidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico.

En este, pretende establecer las demandas de autocuidado y determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras.



Cuadro 2.- Karina Mendoza Gutiérrez

En la etapa de planificación, Orem lo maneja como operaciones prescriptivas, las cuales considera que son juicios prácticos que permiten abordar problemas de lo que puede hacer un individuo dada sus circunstancias. Son los medios usados para satisfacer los requisitos de autocuidado.²⁷

Las etapas de ejecución y evaluación, Orem las engloba en las operaciones reguladoras o de tratamiento, las cuales son las prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente.²⁸

Esto se lleva a cabo a través de la teoría de sistemas en la cual se manejan los sistemas totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y/o de apoyo educativo. Los cuales deben ser dinámicos y en la planificación de las operaciones de regulación se añaden las dimensiones de tiempo, lugar, condiciones ambientales, equipamiento y suministros así como el número y cantidad del equipo necesario para conducir, evaluar y modificar el plan de cuidados.

Los cuidados reguladores comprenden para Orem que las enfermeras deban realizar y regular las tareas de autocuidado, coordinen las tareas del cuidado, favorezcan un entorno apropiado en el que el paciente desarrolle su vida diaria de manera satisfactoria, guíen, dirijan y motiven al paciente en su autocuidado y las actividades de aprendizaje.²⁹

Las operaciones de control de casos se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas de cada individuo. El cuidado de casos, es particularmente importante dado que integra todos los aspectos de las actividades de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios.

²⁷ Ostiguin, Melendez, Rosa (2001) Op cit. 38

²⁸ Balan Gleaves, (2009), Op cit p. 256

²⁹ Orem D. Op Cit p. 311

4.5.-DAÑOS A LA SALUD

4.5.1.-PREMATUREZ

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En relación la definición de pretérmino o prematuro, esta data aproximadamente del siglo XVIII, en Francia, Marfán se refería a los recién nacidos productos de embarazos entre el 6° y 9° mes de gestación, como portadores de una debilidad congénita que evidenciaba un insuficiente desarrollo en infantes que venían al mundo enfermos o inmaduros desde el punto de vista anatómico o fisiológico. Los definía como “fruto verde arrancado de la rama por un golpe de viento”.

Miller en 1886 definía la prematuridad en base al cálculo de edad gestacional, considerando a los prematuros como recién nacidos no viables producto de embarazos posteriores al séptimo, pero antes del décimo mes lunar.

Pierre Budin en 1892, publicó el libro “el lactante o el niño de pecho” y clasificó a los recién nacidos en tres categorías:

- Recién nacido a término
- Antes de término (débiles congénitos)
- Lactantes que egresaban del hospital.

El mismo, creó la primera unidad (servicio de débiles) destinada a la atención de los recién nacidos prematuros, con tres finalidades concretas: evitar la hipotermia, dar alimentación adecuada y evitar las infecciones.³⁰

En 1914, Courney quien era discípulo de Budín presentaba a los niños prematuros como espectáculo, cobrando por este evento.

³⁰ Godoy Ramírez, (2002) Atención al recién nacido pretérmino, Venezuela, McGrawHill. p 4-6.

La primera vez que se utilizó el peso como parámetro para definir la prematuridad fue en 1917 por Bumm, así que todo niño que pesara menos de 2500 grs al nacer, era prematuro, no sin antes resaltar que más que el peso, la principal característica era la falta de desarrollo.

En 1919, Ylppo publicó en Alemania importantes monografías que lo convirtieron en el pionero en la investigación sobre crecimiento y desarrollo de los prematuros, resaltando su labilidad, fragilidad y por ende, la susceptibilidad para desarrollar hemorragia intracraneana.

Hess en 1922 en Norteamérica, fundó el primer centro especializado en la atención al prematuro.

En 1984 Duhnam publicó un libro titulado, Prematuros, manual para médicos, el cual fue revisado por Silverman. Esto sentó bases para la Guía de la Academia Americana de Pediatría en relación a la atención a los neonatos.

Cabe mencionar que desde el año de 1935 se publicaba la definición que hasta la fecha sigue vigente en donde al pretérmino se le define al recién nacido producto de un embarazo que nace antes de las 37 semanas de gestación.³¹

DEFINICIONES

La OMS define como parto pretérmino a aquel nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de y después de las 20 semanas de edad gestacional.³²

La Academia Americana de Pediatría define al RNPR (Recién nacido pretérmino): a aquellos nacidos con < de 37 semanas de gestación.³³

³¹ Godoy Ramírez, (2002) Op Cit p. 5

³² Ahued, Ahued Roberto y otros (2004) Prematurez, un enfoque perinatal, México: Editores de Textos Mexicanos. p 1.

De acuerdo al peso, para su edad gestacional se clasifican en:

- AEG: Adecuados para la edad gestacional: cuando el peso de nacimiento se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de las curvas de crecimiento intrauterino (CCI)
- PEG: Pequeños para la edad gestacional: cuando el peso está bajo el percentil 10 de la CCI.
- GEG: Grandes para la edad gestacional: cuando el peso se encuentra sobre el percentil 90 de la CCI.

De acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

- Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;
- Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;
- Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos³⁴

Referente al parámetro peso se utilizan también los conceptos de recién nacido de muy bajo peso (<1.500 g.) y de extremo bajo peso (< 1.000 g.). Estos dos grupos son responsables de alrededor de un 60 a 70% de la mortalidad neonatal y representan el grupo de recién nacidos de mas alto riesgo.³⁵

³³ Aibarra, (2010) Clasificación del recién nacido (en línea) recuperado el 12 de diciembre de 2010 de: http://www.aibarra.org/Neonatalogia/capitulo23/Profesionales/Recien_Nacido/default.htm

³⁴ Secretaría de Salud, (2003) Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio (en línea) Recuperado el día 16 de septiembre de 2010, de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

³⁵ CONAPO (2010) Principales causas de mortalidad en México, (en línea). Recuperado el 27 de Diciembre de 2010 de: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/mortalidad/Mortalidadxcausas_80_07.pdf

La clasificación recién descrita tiene importancia pues expresa determinados riesgos según la edad gestacional, el peso de nacimiento y la adecuación de éste a ella:

- El prematuro presenta una gran variedad de problemas que reflejan el grado de inmadurez de los sistemas para adaptarse a la vida postnatal y que van aparejados con el grado de su prematurez.³⁶

ETIOLOGÍA.

Se han desarrollado diversos estudios y aun se desconoce una causa exacta del parto pretérmino, pero se han encontrado factores que al conjugarse pueden desencadenar este evento.

Factores de riesgo pregestacionales:

- Antecedente de parto prematuro
- Drogadicción
- Edad materna menor de 16 o mayor de 35 años
- Enfermedad crónica
- Estrés
- Malnutrición materna
- Malformación uterina
- Nivel socioeconómico bajo
- Pérdida perinatal previa
- Tabaquismo materno

Factores de riesgo prenatales:

- Actividad materna intensa/estrés
- Anemia
- Asistencia prenatal escasa o nula
- Aumento ponderal escaso durante el embarazo

³⁶ Comité Científico de Enfermería Neonatal, Hospital SAMIC, Dr. J.P. Garrahan, (2009): Cuidados en Enfermería Neonatal, Ediciones Journal, Argentina p. 195-196.

- Ciertas infecciones (principalmente genitourinarias)
- Drogadicción durante el embarazo
- Periodo intergenésico corto
- Enfermedades crónicas o inducidas durante el embarazo
- Estimación errada de la edad gestacional
- Gestación múltiple
- Polihidramnios
- Oligohidramnios
- Primíparidad
- RPM/Amnioítis
- Sangrado en el tercer trimestre
- Tabaquismo o alcoholismo positivo durante la gestación
- Trauma uterino³⁷

En el presente estudio de caso la ruptura prematura de membranas, fue la principal causa del nacimiento prematuro de la neonata, y se le considera a dicha patología como la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, sin presencia de trabajo de parto y en embarazos de más de 22 semanas de gestación.³⁸

Desde el punto de vista pediátrico, la ruptura prematura de membranas es significativa cuando es mayor a 6 horas de evolución y/o cuando se acompaña de amnioititis, independientemente del tiempo de ruptura.

Depende de la edad gestacional a la cual sucede la ruptura prematura de membranas para determinar que clase de alteraciones presentaran los neonatos. A medida que disminuye la edad gestacional, la presencia de sepsis temprana (la

³⁷ Godoy Ramírez, (2002) Op Cit p. 23

³⁸ Gómez, Manuel (2004) Temas selectos sobre el recién nacido prematuro. (p 295). México: Distribuidora y Editora Mexicana.

que se presenta dentro de los 10 primeros días después del nacimiento) es más frecuente y severa.

El concepto de la prematurez como un problema del último tercio del embarazo se está moviendo a otro que corresponde a una enfermedad crónica que se inicia desde las primeras etapas del embarazo o aún antes. Los factores genéticos que influyen en la prematurez incluyen algunas enfermedades de un solo gen cuyo sitio no ha sido aún identificado, pero cuya existencia se infiere por estudios de segregación familiar de los nacimientos pretérminos.

La identificación de genes relacionados con la prematurez, se han catalogado en 4 grupos:

- Agentes neurohormonales como los relacionados con la producción y actividad de la ACTH.
- Citocinas inflamatorias del tipo de interleucinas, factor de necrosis tumoral y proteínas de choque de calor.
- Factores vasculares del tipo del factor de crecimiento endotelial vascular, metiltetrahidrofolato reductasa.
- Factores del miometrio como las metaloproteinasas y los receptores estrogénicos.³⁹

Resultados que han tenido poca consistencia y receptibilidad de los datos.

De los marcadores bioquímicos asociados con la prematurez se considera que pueden estar relacionados a:

- Estrés o activación prematura del eje fetal hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, ya que se sabe que la frecuencia en la prematurez se incrementa al doble en mujeres embarazadas que cursan enfermedades crónicas o agudas.

³⁹ Jasso Gutiérrez, Luis. (2008) Neonatología Práctica. (7ª. ed.). México: Editorial El Manual Moderno. p 5.

- Infección; respuesta inflamatoria exagerada o ambos. Esta vía esta relacionada con la vaginosis, se ha observado que cuando esta presente es el causal doble de los nacimientos pretérmino.
- Abrupto placentae o hemorragia decidual. El sangrado vaginal en el primer trimestre duplica el riesgo de prematuridad y después de este se asocia a un 50% de probabilidad de ruptura prematura de membranas. El abrupto lleva al nacimiento pretérmino a través de la generación de trombina que se une a los receptores activadores de proteasa en la decidua y en las membranas fetales, lo que causa la liberación de metaloproteinasas de la matriz y de prostaglandinas.
- Sobredistensión del útero por gestación multifetal, ya que se sabe que existe un efecto dosis-respuesta entre el número de fetos presente dentro del útero y la edad gestacional al nacimiento, de tal forma que si el útero se distiende más rápido de lo que crece, como ocurre con las gestaciones múltiples.⁴⁰

INCIDENCIA

Todos los años alrededor del mundo hay 13 millones de partos pretérmino en el mundo y la mayoría de estos nacimientos se presenta en países en vías de desarrollo. Se calcula que en E.U. ocurre un 11% de partos pretérmino, en tanto que en Europa varía de 5 a 7%. En México se encuentra en las primeras causas de mortalidad en niños menores de 8 años.

A pesar de los adelantos que hay en las terapias neonatales, sigue presentandose morbilidad y mortalidad, sobre todo en recién nacidos entre las 34 a 35 semanas de edad gestacional. La morbilidad a corto plazo incluye síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, leucomacia periventricular, enterocolitis necrosante, displasia broncopulmonar, sepsis y persistencia del conducto arterioso. La morbilidad a largo plazo incluye parálisis cerebral, retraso mental,

⁴⁰ Godoy Ramírez, (2002) Op Cit p. 28

retinopatía y pérdida de la audición, las cuales se relacionan directamente con la edad gestacional y el peso al nacimiento.⁴¹

DIAGNÓSTICO.

Se basa en la determinación de la edad gestacional mediante datos obtenidos durante el embarazo y una vez transcurrido el nacimiento. En el período prenatal se usa la fecha de última menstruación, los datos clínicos derivados del control médico prenatal, los estudios ecocardiográficos, la ecocardiografía fetal, los estudios de líquido amniótico, y en el período posnatal, la determinación se basa en observaciones clínicas mediante los métodos prácticos de Capurro y Ballard, que utilizan variables somáticas y neuromusculares simplificadas o con métodos más extensos y completos como el de Dubowitz.

Lo ideal es determinar la edad gestacional por medio del examen directo del paciente.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

A continuación se enumeran las características más comunes de los prematuros. Sin embargo, cada neonato puede presentar características diferentes, entre las que se pueden incluir:

- Neonato pequeño, frecuentemente con un peso menor de 2500 gramos.
- Piel delgada, brillante, rosada o enrojecida, que permite ver las venas
- Tejido adiposo escaso
- Poca cantidad de cabello en el cuero cabelludo, aunque mucha cantidad de lanugo (vello corporal suave)
- Llanto y tono muscular débiles
- Genitales pequeños y subdesarrollados

⁴¹ Ahued, Ahued Roberto y otros (2004) Op Cit p. 2

DESVENTAJAS DE LA PREMATUREZ:

Derivan de su problema esencial: la inmadurez. Esta determina un alto riesgo de sufrir complicaciones que no se presentan (o con menos frecuencia), en el recién nacido a término.⁴²

| Desventajas de la prematurez | |
|-------------------------------------|---|
| Inmadurez | Predispone a: |
| Pulmonar | SDR, EMH Taquipnea transitoria del RN Pulmón asfíctico Displasia broncopulmonar |
| Cerebral/ Neurológica | Hemorragia intraventricular Apnea Incoordinación succión/deglución Panencefalitis por sepsis Asfixia: encefalopatía hipóxico-isquémica Problemas de la termoregulación |
| Cardiovascular | Persistencia del ductus arterioso Hipotensión Insuficiencia cardiaca |
| Renal | Dificultad en el manejo de líquidos y electrolitos Transtornos en el equilibrio ácido-base |
| Intestinal | Enterocolitis necrosante |
| Tejidos lábiles | Retinopatía de la prematuridad Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar) Parálisis cerebral |
| Inmunológica | Sepsis |
| Hematológica | Trastornos del transporte de oxígeno |

⁴² Godoy Ramírez, (2002) Op Cit p. 28-29

| | |
|-------------------------|--|
| | Anemia |
| Factores de coagulación | Coagulación intravascular diseminada Tendencia a sangrado (déficit de factores II, V, VII, VIII, IX, X, XI) |
| Hepática | Hipoglicemia Ictericia Trastornos de coagulación |
| Piel/tejido subcutáneo | Trastornos de la termoregulación: mayor tendencia a la hipo e hipertermia. Sepsis (inmadurez de la barrera dérmica) |
| Endócrina | Hipoglicemia Hiperglicemia iatrogénica Hipocalcemia Trastornos de la función suprarrenal |
| Corporal | Trauma del parto |
| Social | Rechazo familiar Temor a su manejo por parte de familiares Síndrome del niño maltratado. |

Cuadro 3.- Karina Mendoza Gutiérrez

TRATAMIENTO.

Lo ideal es disminuir al máximo los factores de riesgo que desencadenan un trabajo de parto pretérmino, pero cuando este es inminente es necesario brindar una atención especializada a la mujer en trabajo de parto, contando con el equipo y personal necesario para su atención.

Al momento del nacimiento brindar la reanimación del pretérmino en la sala de partos hasta estabilización: oxigenación y termorregulación.⁴³

⁴³ Comité Científico Neonatal-Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Dr. J.P. Garrahan (2009) Cuidados en Enfermería Neonatal, (3ª ed). (pp38) Argentina: Editorial Journal.

Posterior al parto seguir los siguientes puntos:

1. Regulación térmica, tiene que estar dirigida a alcanzar una temperatura ambiente en el que el consumo de oxígeno es mínimo pero suficiente para mantener la temperatura corporal. Utilizaremos, para ello, cuna térmica o a ser posible una incubadora que disminuye las pérdidas insensibles y hace de barrera frente a la infección

2. Oxigenoterapia y ventilación asistida

3. Persistencia del conducto arterioso: Requiere una oxigenación suficiente, una restricción de líquidos, y posiblemente, forzar la diuresis de modo intermitente. En otros casos, requiere administración de indometacina (antagonista de las prostaglandinas) Si no se soluciona, ligadura quirúrgica.

4. Equilibrio hidroelectrolítico:
 - Compensar pérdidas
 - Mantener al neonato hidratado
 - Manejar concentraciones adecuadas de glucosa y electrolitos en plasma.

5. Nutrición:
 - Limitada por la incapacidad de succionar y deglutir
 - Limitada por la posible intolerancia a la alimentación enteral
 - Necesidad de requerir la nutrición por vía parenteral

6. Técnica de canguro
 - Se realiza siempre y cuando el recién nacido este estable hemodinámicamente
 - Fomenta la relación madre-hijo.
 - Sus ventajas son una mayor oxigenación, mejor coloración, control de temperatura a través del contacto piel con piel de su madre
 - Se observó una ligera ganancia ponderal.

- Se viste al neonato con calcetas y gorro, y se cobija en el pecho de la madre.
- Se puede administrar la alimentación a través de una sonda orogástrica, a débito continuo o intermitente.

7. Hiperbilirrubinemia

- Control sanguíneo de los valores de bilirrubinas
- Tratamiento con fototerapia
- Tratamiento extremo: exsanguinotransfusión

8. Infección

- Antibioterapia de amplio espectro ante sospecha de infección

9. Administración de profilaxis óculo-hemorrágica

- La profilaxis ocular se realiza con cloranfenicol oftálmico, 1 aplicación en cada ojo. En caso de ser necesaria la recogida de exudado conjuntival para cultivo, ésta se realizaría antes de la administración de la profilaxis.
- La profilaxis para prevenir la enfermedad hemorrágica se realiza con la administración de vitamina K en única dosis intramuscular de 0,5 mg en RN con peso <1500gr y de 1mg en RN con peso >1500gr.

10. Inmunización

- Contra hepatitis B, difteria, tétanos, tos ferina, polio y haemophilus influenzae B a dosis completas y basándose en su edad cronológica.
- No debe administrarse la vacuna antipoliomielítica oral porque la inactiva.
- Si las madres poseen HBsAg positivo, los neonatos deben recibir inmunoglobulina antihepatitis B durante las primera 12 horas de vida;

simultáneamente o lo más pronto posible, dentro del primer mes de vida, se administrará la dosis apropiada de vacuna HBV en otro punto diferente.

- La vacunación inicial de los neonatos pretérmino con peso al nacer inferior a 2 Kg y madres HBsAg negativas debe retrasarse hasta inmediatamente antes de recibir el alta hospitalaria, o hasta los dos meses de vida.
- Los RNPT con patología respiratoria crónica deben recibir la vacunación antigripal a los 6 meses, si no están hospitalizados (no deben administrarse vacunas de virus vivos en la UCIN). Si están hospitalizados, serán los familiares los que deban estar vacunados.
- La administración de las vacunas será 48 horas antes del alta (valorar posibles reacciones).⁴⁴

Secuelas a largo plazo.

Los neonatos prematuros son vulnerables frente a muchos tipos de enfermedades; aunque los trastornos graves se dan en una pequeña población, la prevalencia de morbilidades menores no está claramente definida.

1. Secuelas en el desarrollo

- Minusvalías importantes (parálisis cerebral o retraso mental)
- Alteraciones sensoriales (pérdida auditiva o alteraciones visuales)
- Disfunción cerebral mínima (trastornos del lenguaje, incapacidad para el aprendizaje, hiperactividad, déficit de atención o alteraciones de la conducta).

2. Retinopatía de la prematuridad (principal causa de ceguera en RN)

⁴⁴ Aibarra, (2010) Manejo del gran inmaduro (en línea) Recuperado el 12 de diciembre de 2010 de: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo151/capitulo151.htm>

3. Displasia broncopulmonar

- Aparece como consecuencia de una lesión de los alvéolos y las vías aéreas. La formación de bullas puede conducir a un retroceso inadecuado. La fibrosis y un exceso de agua pulmonar puede reducir la distensibilidad compliance, mientras las vías aéreas pueden encontrarse estenosadas y fibróticas o hiperreactivas; mientras las vías respiratorias superiores quizás estén sobredistendidas y conduzcan mal el flujo del aire.
- Se caracteriza por un desplazamiento de la atelectasia local, hiperinsuflación con desajustes de la ventilación/perfusión, incrementos crónicos y agudos de la resistencia de la vía aérea, y aumento significativo del trabajo de la respiración.
- Se mantiene una buena oxigenación, aunque se permite la PaCO₂ con valores superiores (55-65 mm Hg) siempre que el pH esté corregido.

4. Crecimiento escaso

5. Mayores porcentajes de afecciones postnatales y de rehospitalización

6. Mayor frecuencia de anomalías congénitas

PRONÓSTICO.

Aunque el desarrollo de sofisticadas unidades de cuidado intensivo neonatal ha permitido bajar las tasas de mortalidad y reducir las discapacidades mayores en los niños entre 1.000 y 1.500 g, el desarrollo neurológico de los recién nacidos prematuros extremos que pesan menos de 1.000 g, es aún incierto.

HISTORIA NATURAL DE LA PREMATUREZ

| PERÍODO PREPATOGENICO | | PERÍODO PATOGENICO | | |
|---|---|---|---|--|
| Agente: Biológicos, mecánicos | | Complicaciones: hemorragia intracraneal, infecciones, PCA, lesiones dérmicas, déficit psicomotor. atrofia muscular- | | |
| Huésped: El producto de la concepción antes de las 37 SDG | Medio ambiente: Microambiente: RPM, Infecciones del tracto genitourinario, factores genéticos. Macroambiente: malnutrición, edad, Antecedentes, multigesta. | Signos y síntomas inespecíficos: dificultad respiratoria, letargia. | Signos y síntomas específicos: piel fina, gelatinosa, coloración tendiente al rojo vinos, peso bajo, perímetros bajos, hipotonía. | Muerte |
| | | Nacimiento antes de las 37 SDG | Horizonte clínico | |
| | | ↓ | | Recuperación |
| Prevención primaria | | Prevención secundaria | | Prevención terciaria |
| Promoción a la salud | Protección específica | Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno | Limitación del daño | Rehabilitación |
| <ul style="list-style-type: none"> • Educación sexual temprana. • Educación prenatal y control de enfermedades maternas. • Orientación sobre la importancia de la alimentación y uso de suplementos. • Orientación y capacitación al personal sobre detección oportuna de factores de riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de las gestantes en riesgo. • Canalizar a estas pacientes a segundo nivel de atención. • Orientar sobre los signos y síntomas de alarma. | <ul style="list-style-type: none"> • Valoración y exploración física del recién nacido. • Mantener termorregulación adecuada. • Estabilizar vía aérea y mantener adecuada oxigenación. • Monitorización de signos vitales. • Vigilancia y control del estado de hidratación. • Alimentación temprana de acuerdo a tolerancia alimentaria. | <ul style="list-style-type: none"> • Atención oportuna ante la amenaza de un parto pretérmino. • Evaluación del estado neurológico del recién nacido. • Manejo mínimo. • Promover el vínculo madre-hijo (técnica de mama canguro) • Evaluación neurológica. • Manejo postural | Si se recupera: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre las medidas higiénico-dietéticas a seguir. • Capacitar sobre signos de alarma y a dónde acudir. • Instruir a los padres sobre la importancia de la estimulación temprana. Si hay muerte: <ul style="list-style-type: none"> • Brindar cuidados inmediatos post mortem al neonato. • Brindar a los padres apoyo emocional y canalizarlos a un grupo de apoyo. |

4.6.-CONSIDERACIONES ÉTICAS

Debemos empezar por definir la palabra "ética", que proviene del latín *ethicus*, y este del griego ἠθικός, o transcrito a nuestro alfabeto, "êthicos". Es preciso diferenciar al "êthos", que significa "carácter" del "ethos", que significa "costumbre", pues "ética" se sigue de aquel sentido, y no es éste. Desconocer tal diferencia deriva en la confusión de "ética" y "moral", pues esta última nace de la voz latina "mos", que significa costumbre, es decir, lo mismo que "ethos". Si bien algunos sostienen la equivalencia de ambas doctrinas en lo que a su objeto respecta, es crucial saber que se fundamentan en conceptos muy distintos.

La ética estudia qué es lo moral, cómo se justifica racionalmente un sistema moral, y cómo se ha de aplicar posteriormente a los distintos ámbitos de la vida personal y social. En la vida cotidiana constituye una reflexión sobre el hecho moral, busca las razones que justifican la utilización de un sistema moral u otro.⁴⁵

La palabra ética puede referirse también al tipo de interrogante filosófica que ayude a comprender las dimensiones morales de la conducta humana. En este sentido, la ética determina lo correcto y lo que es erróneo hacer, lo bueno o lo malo para la conducta humana.⁴⁶

El aspecto científico no está desvinculado del aspecto humanístico, más bien es el bienestar del ser humano el objetivo primordial del producto científico; para la disciplina de enfermería no es menos importante este aspecto por lo que no debe perder de vista el aspecto ético en todo momento del cuidado enfermero.

La bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la

⁴⁵ Wikipedia (2010) Ética. (en línea) España. Recuperado el 12 de diciembre de 2010 de: <http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica>

⁴⁶ Fry, Sara. (2010) Op Cit p. 16

vida no humana (animal y vegetal), así como del ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida.

En su sentido más amplio, la bioética no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales.

La bioética es una disciplina relativamente nueva, y el origen del término corresponde al pastor protestante, teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, quien en 1927 usó el término Bio-Ethik en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales. Más adelante, en 1970, el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter utilizó el término bio-ethics en un artículo sobre "la ciencia de la supervivencia".⁴⁷

Las primeras declaraciones de bioética surgen con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, cuando el mundo se escandalizó tras el descubrimiento de los experimentos médicos llevados a cabo por los facultativos del régimen hitleriano sobre los prisioneros en los campos de concentración. Esta situación, a la que se suma el dilema planteado por el invento de la fístula para diálisis renal de Scribner (Seattle, 1960), las prácticas del Hospital Judío de Enfermedades Crónicas (Brooklyn, 1963) o la Escuela de Willowbrook (Nueva York, 1963), van configurando un panorama donde se hace necesaria la regulación, o al menos, la declaración de principios a favor de las víctimas de estos experimentos. Ello determina la publicación de diversas declaraciones y documentos bioéticos a nivel mundial.

En la práctica de la atención a la salud, se distinguen los principios bioéticos que deben regir la actividad diaria. Los cuatro principios definidos por Beauchamp y Childress son:

⁴⁷ Wikipedia (2010) Bioética, (en línea) España. Recuperado el día 8 de Diciembre de 2010 de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Bio%C3%A9tica>

- Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada. Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.
- Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.
- Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.
- Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.⁴⁸

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que

⁴⁸ Fry, Sara (2010), Op Cit pag, 38

comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

- Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.
- El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.⁴⁹
- Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.
- Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no

⁴⁹ Fry, Sara (2010), Op Cit pag, 28

sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

- Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.
- Confiabilidad.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.
- Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.
- Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera

o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

Enfatizando al área de investigación, y a raíz de las diversas violaciones a los derechos humanos durante la segunda guerra mundial con fines de investigación en 1964 surge por primera vez la Declaración de Helsinki, que habla de las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Algunos de los puntos más importantes de este documento son:

Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación. Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas.

I. PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe

conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.

3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente calificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.
5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su Consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.
10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.
11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.⁵⁰

II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente.
6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en

⁵⁰ Cohen Agrest, (2010). La ética en la investigación biomédica, (en línea) Argentina. Recuperado el 20 de Junio de 2011 de:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=53194&uid=&fuente=>

la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.

2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.

3.-El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.

4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.⁵¹

Como profesionales de Enfermería, en nuestro país nos regimos por un **Código de Ética**, el cual norma la conducta del personal en base a los principios de ética de los cuales ya se han abordado en este punto, algunos de los elementos que son de importancia rescatar de este documento son:

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

⁵¹ CONAMED (2010), Declaración de Helsinki, (en línea) México. Recuperado el 13 de diciembre de 2010 de: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf

Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.⁵²

En el aspecto neonatal la investigación es de suma importancia para favorecer un desarrollo de nuevas formas de cuidados que favorezcan su óptima recuperación; pero se plantea un dilema ético por no ser posible abordar a los neonatos como sujetos autónomos y solicitar su consentimiento.

Sin embargo en todo momento adicional a los principios éticos el marco legal recomienda la protección de los neonatos y no ser incluidos en investigaciones para evitar posibles daños. En el caso de ser estrictamente necesario realizar investigación en neonatos y ésta no pueda realizarse en otros grupos que puedan dar su consentimiento, deberá solicitarse la autorización a los padres, que son los garantes de la defensa de los mejores intereses del neonato.

Los recién nacidos son protegidos por **la Declaración de los derechos del niño** aprobada el 20 de Noviembre de 1959, por la Asamblea General de la ONU. Esta declaración, debe ser respetada por las organizaciones y las autoridades y consta de 10 artículos que son los siguientes:

⁵² CONAMED, (2010), Código de ética de las y los Enfermeros de México (en línea) México. Recuperado el 13 de diciembre de 2010 de: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf

1. El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

2. El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

3. El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

4. El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

5. El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

6. El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o

que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

7. El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

8. El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

9. El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata. No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

10. El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa, o de cualquiera otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.⁵³

⁵³ Wikipedia (2010) Declaración de los derechos del niño (en línea) España. Recuperado el 13 de diciembre de 2010 de:
http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_de_los_Derechos_del_Ni%C3%B1o

En 2001, en la ciudad de Barcelona, España se reunieron más de 60 instituciones que estructuraron la **declaración de derechos del recién nacido** con el fin de salvaguardar su integridad. Dicha declaración contiene los siguientes enunciados:

1. La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

2. La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.

3. Todo recién nacido tiene derecho a una filiación y a una nacionalidad. El estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

4. Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estado deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.

5. Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño y siempre que no haya posibilidad de intervención de padres o tutores. Debe existir equidad en la atención y el rechazo

absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.

6. El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. En los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legislativas y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.

7. Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física, sea corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.⁵⁴

8. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.

9. Todo recién nacido tiene derecho a ser tratado de forma afectiva y a un entorno social acogedor. Este derecho estará sujeto a las circunstancias propias de cada caso, pero es obligación de los gobiernos el que se respete y se garantice este derecho.

10. Todo recién nacido tiene derecho a vivir con sus progenitores o mantener relaciones con ellos, aún estando separados, siempre que no esté en peligro su vida.

⁵⁴ Declaración de Barcelona (2001), Declaración de los derechos del recién nacido (en línea) España. Recuperado el 13 de diciembre de 2010 de: http://www.aeds.org/documentos/declaracion_barcelona.htm

11. Todo recién nacido tienen derecho a no ser sometido a una adopción ilegal. En los estados en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.

12. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos y de rehabilitación, muy especialmente a los servicios relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Los Estados han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.

13. Los padres de los fetos con malformaciones incompatibles con la vida tienen el derecho de seguir su embarazo o bien optar por una interrupción legal, dentro del marco legal de cada país, si así los desean. En el caso de que el feto llegue a término no debe aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles tras el nacimiento.

14. No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y económico del lugar del nacimiento, en aplicación del derecho de justicia. En casos límite, los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatalmente, siempre que ello sea posible.⁵⁵

⁵⁵ Declaración de Barcelona (2001) Op Cit

15. Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.

16. Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en las situaciones de emergencia.

17. El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los estamentos legislativos y ejecutivos de todos los países deben hacer cumplir.⁵⁶

Durante la elaboración del presente estudio de caso, se aplicaron los principios éticos en el neonato.

⁵⁶ Declaración de Barcelona (2001), Op Cit.

V.-METODOLOGÍA

La selección del estudio de caso se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Mujer, con una prematura de 31.5 semanas de gestación por Capurro con déficit en los requisitos de autocuidado universal, empleando las cinco etapas del método enfermero: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; bajo el enfoque de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Las fuentes de información con las que se contó para la elaboración del estudio de caso fueron:

- Directas: Paciente y Padres.
- Indirectas: Expediente clínico.

La valoración de Enfermería se llevó a cabo aplicando el instrumento de valoración al neonato elaborado por los alumnos de la primera generación de la Especialidad del Neonato con sede en el INP, en la cual se emplearon las técnicas de entrevista directa y exploración física de acuerdo al método clínico. Posteriormente se analizó la información obtenida, se jerarquizaron los requisitos afectados, se estructuraron los diagnósticos de enfermería; de los cuales se desarrolló el tratamiento regulador y por último el plan de alta con el fin de brindar cuidado especializado.

En cuanto a la estructuración del marco teórico para poder sustentar nuestras acciones se procedió a la búsqueda tanto en medios electrónicos como impresos acerca de la Teoría de Orem, la Prematurez y el soporte del marco bioético que respaldan el presente trabajo se llevó a cabo la revisión sistematizada de artículos vía electrónica en bases de datos como son: Scielo, CUIDEN y páginas especializadas en el neonato. También se realizó investigación documental en la Biblioteca Central de la UNAM, la biblioteca de la ENEO y libros especializados propios.

5.2.-CRONOGRAMA

| Fecha Actividad | 4 de Noviembre de 2010 | Del 20 de Noviembre al 20 de Diciembre de 2010 | Del 15 al 22 de Enero 2011 | Junio 2011 |
|---|------------------------------|--|-------------------------------|------------|
| Selección del estudio de caso | | | | |
| Revisión de la literatura científica | | | | |
| Aplicación del instrumento de valoración | | | | |
| Prescripción de Enfermería | | | | |
| Tratamiento regulador | | | | |
| Control del caso | | | | |
| Presentación de avances de estudio de caso | | | | |
| Presentación en power point | | | | |
| Entrega de trabajo final | | | | |

Cuadro 4.- Karina Mendoza Gutiérrez.

VI.-APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO



HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- DATOS GENERALES

RECIÉN NACIDO: Rivera Grande FECHA Y HORA NAC: 07 de Nov de 2010 a las 22:10 hrs SEXO (M) ()

LUGAR DE NACIMIENTO: México, DF ENFERMERA: Lic. Karina Mendoza Gutiérrez

FUENTE DE INFORMACIÓN: Expediente LUGAR DE RESIDENCIA: Atizapán, Estado de México.

2. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

2.1 SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE() SS () OTROS: Ninguno
PRIVADO _____

2.2 FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

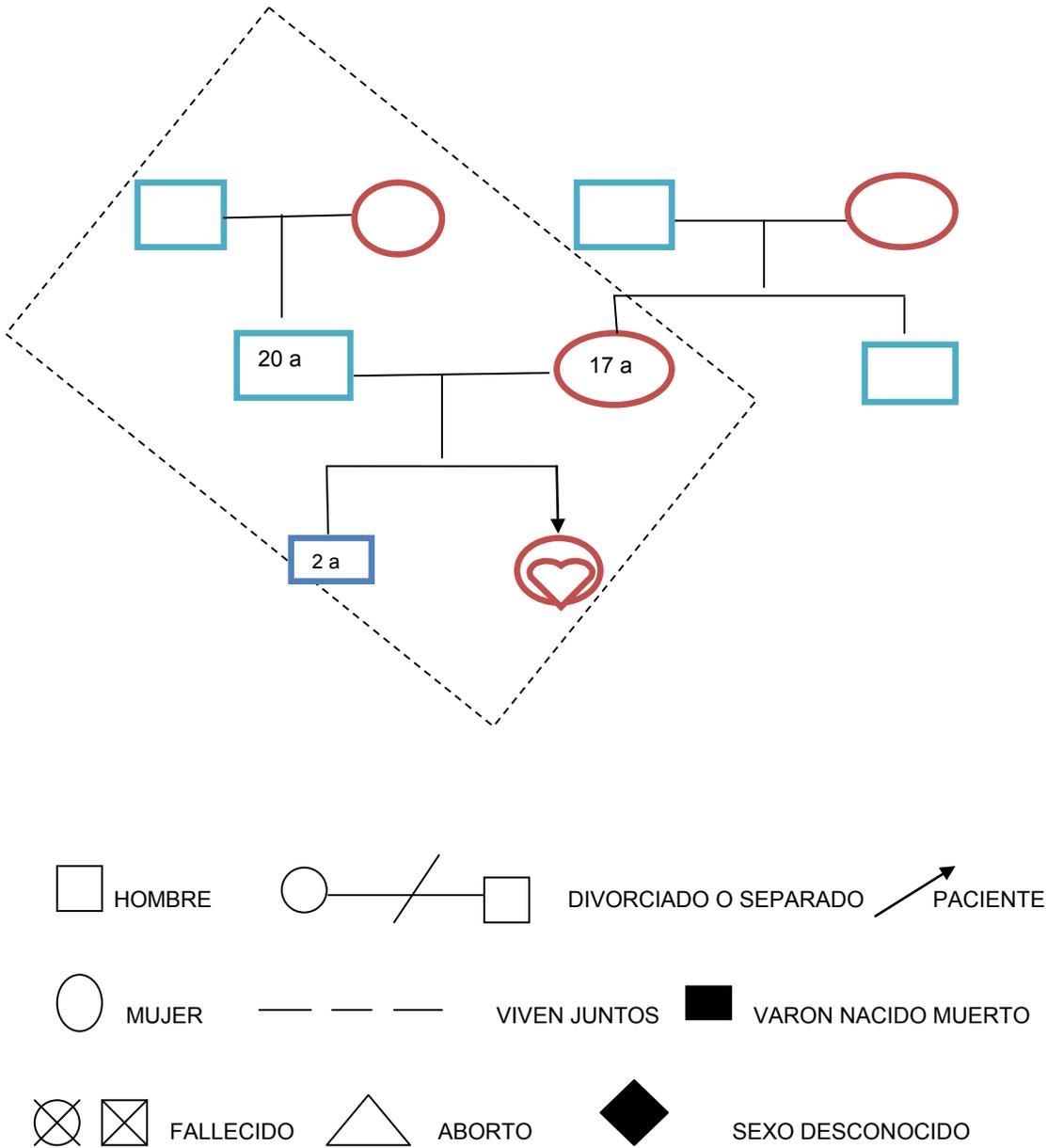
TIPO DE FAMILIA : INTEGRADA() DESINTEGRADA (X)

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA __6_____

| NOMBRE | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | APORTE ECONÓMICO |
|----------------|------|-------------|-------------|------------------|
| Abuelo paterno | 58 | Primaria | Obrero | ----- |
| Abuela materna | 55 | Primaria | Ama de casa | ----- |

| | | | | |
|---------|----|------------|-------------|---------------------------|
| Papá | 20 | Secundaria | Obrero | \$2000.00 Quincenales. |
| Mamá | 17 | Secundaria | Ama de casa | --- |
| Hermano | 2 | ---- | ---- | ---- |
| Neonata | RN | ----- | ----- | ----- |

2.3 FAMILIOGRAMA



3. FACTORES AMBIENTALES

3.1 AREA GEOGRÁFICA URBANA(X) SUBURBANA () RURAL ()

3.2 CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

TECHO LAMINA() CARTÓN() CONCRETO (X) OTROS _____

PAREDES TABIQUE(X) MADERA () OTROS_____

PISO CEMENTO (X) MOSAICO () TIERRA () OTROS_____

No: HABITANTES: 5

3.3 VENTILACION E ILUMINACIÓN BUENA(X) REGULAR() DEFICIENTE ()

3.4 SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS

AGUA (X) LUZ(X) DRENAJE (X) ALUMBRADO PÚBLICO (X)

PAVIMENTACIÓN (X) CUENTA CON JARDÍN ()

3.5 FAUNA NOCIVA

PERROS () No. () VACUNADOS ()

GATOS () No. () VACUNADOS ()

AVES (X) No. (1)

OTROS _____

II TEORIA DOROTHEA OREM

A) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

SIGNOS VITALES FC: 143 lpm FR: 48 ciclados por minuto. T.A: 60/45 m: 50

TEMP: 36.7°

¿PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? Se encuentra en fase III de ventilación sin resistencia al mismo, aunque en placa radiográfica se observa hipoventilación derecha.

ALETEO NASAL (-) RUIDOS RESPIRATORIOS: No

DISOCIACIÓN TORACOABDOMINAL: No RETRACCION XIFOIDEA: Moderada

MINISTRACION DE OXÍGENO

FASE DE VENTILACIÓN

AMBIENTAL ()

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

FASE II CPAP NASAL () CPAP TRAQUEAL ()

FASE III (X)

SAT O2 86% FiO2: 80%

2. Y 3 MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACION

PERÍMETRO ABDOMINAL: 19 cm GLICEMIA CAPILAR: 102 mg/dl

CARACTERISTICA DE LAS MUCOSAS: Húmedas, rosadas.

TIPO DE ALIMENTACIÓN: Ayuno

VIA ENTERAL

| TIPO DE LECHE | CANTIDAD | TIEMPO |
|---------------|----------|--------|
| | | |

VIA PARENTERAL

| TIPO | CANTIDAD | TIEMPO |
|------------|----------|---------|
| Parenteral | 90 ml | p/24hrs |

INGRESOS: 25.6 ml EGRESOS: 27 ml

BALANCE PARCIAL: -1.4ml

4. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

VALORACION NEUROLÓGICA

REFLEJOS PRIMARIOS: Es una RN prematura por lo que varios de los reflejos se encuentran débiles.

SUCCIÓN (X) (débil) DEGLUCIÓN () BUSQUEDA () MORO() TÓNICO
CUELLO () ENDEREZAMIENTO DEL TRONCO () PUNTOS CARDINALES ()
ARRASTRE() INERVACION DEL TRONCO () PRESION PLANTAR ()
PRESION PALMAR (X) (débil) BABINSKY ()

ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO

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

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

ESTADOS DE VIGILIA

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

ESTADO IV: ALERTA ACTIVIDAD MOTORA MÍNIMA, EXPRESIÓN
INTELIGENTE CON LA ATENCIÓN CONCENTRADA SOBRE LA FUENTE DEL
ESTÍMULO, 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 ESTÍMULOS
CON AUMENTO DE ACTIVIDAD Y SOBRESALTOS
()

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

5. PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

PAÑAL (X)

SONDA VESICAL ()

ESTOMA () _____

EVACUACIÓN EN TURNO MATUTINO (X)

ESTIMULACIÓN RECTAL SI () NO (X)

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

CÓDIGO DE EVACUACIONES AMARILLA () VERDE () CAFÉ () MECONIAL (X) BLANCA ()

ORINA EN 24 HRS (X)

OLOR: sin olor COLOR: clara LABSTIX: pH 6.5 proteínas +

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

NEONATO PLANEADO () DESEADO () ACEPTADO (x)

RECIBE VISITA MATERNA: No, ya que la madre está hospitalizada en el momento de la valoración

PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO Y PLÁTICA CON EL NEONATO: El padre es quien la visita y muestra contacto físico y verbal

APEGO MATERNO: No

TÉCNICA CANGURO: No

METODO DE COMUNICACIÓN DE LA MADRE CON EL HIJO: Aún no por hospitalización de la madre.

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

EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO

SI (x) NO ()

¿POR QUÉ? Debido a su prematurez y hospitalización.

LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO

SI () NO (x)

ESPECIFICA SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: Sí, ya que es un neonato que requerirá de muchos cuidados al egreso, debido a su prematurez y a las condiciones agregadas que se presentan.

8. PROMOCION A LA NORMALIDAD

SE REALIZA ASEO DE CAVIDADES O BAÑO : Aseo de cavidades durante los primeros 15 días de vida.

PIEL INTEGRAL: Si

LLENADO CAPILAR: 2"

A) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

B1) ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA II PARA 0 ABORTO 0 CESAREA I FUM: 02 DE MAYO DE 2010

TIPO SANGUINEO: 0 RH Positivo ISOINMUNIZACIÓN PREVIA No

| FACTOR DE RIESGO | BAJO | MEDIO | ALTO |
|---|--------------------------------------|-----------|----------------------|
| EDAD DE LA MADRE | 20-35 | 15-19 | <14 O >36 |
| ENFERMEDAD MATERNA (DIABETES, TOXEMIA) | NO | | SI |
| ESPECIFICAR | | | |
| RPM | ARTIFICIAL O ESPONTANEA < 6HRS | | <6 HRS |
| MONITORIZACION FETAL | FC 120-160 | | <110 >160 |
| ANESTESIA | BPD | ANALGESIA | ANESTESIA GENERAL |

RIESGO: ALTO

CUIDADOS INMEDIATOS

CUIDADOS MEDIATOS

| | SI | NO |
|--|----|----|
| 1.CONTROL TERMICO | X | |
| 2.SECAR Y ESTIMULAR | X | |
| 3.ASP. SECRECION (PERMEABILIDAD ESOFAGICA Y COANAS) | X | |
| 4.APGAR | X | |
| 5.PERMEABILIDAD DEL ANO | X | |
| 6.CORTE Y LIGAMENTO DE CORDON | X | |
| 7.IDENTIFICACION | X | |
| 8.SILVERMAN | | X |
| 9.SOMATOMETRIA | X | |
| . | | |

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

RIESGO BAJO (SI) X

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 |
| COLORACIÓN | AZUL, GRISACEA O PALIDEZ | EXTREMIDADES AZULES | NORMAL |

CALIF: 4/6/7

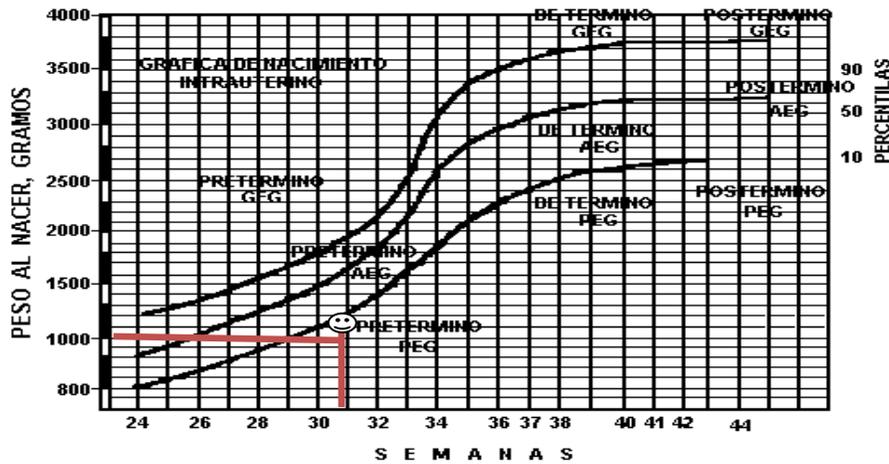
SILVERMAN

| SIGNO | PUNTAJE 0 | PUNTAJE 1 | PUNTAJE 2 |
|-------------------------------|----------------------|--|--------------------------------|
| MOVIMIENTOS TORACOABDOMINALES | RITMICOS Y REGULARES | TORAX INMOVIL ABDOMEN EN MOVIMIENTO | TORAX Y ABDOMEN EN SUBE Y BAJA |
| TIRAJE INTERCOSTAL | 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 AUDIBLE |

No valorable debido a intubación orotraqueal en los primeros minutos de vida extrauterina.

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



PRETERMINO TERMINO POSTERMINO
 PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
 AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
 GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

Dr. Jurado García

Pre término, pequeño para edad gestacional

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

| | Forma de la OREJA | | | | Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA | | | | Formación del PEZON | | | | TEXTURA de la PIEL | | | | PLIEGUES PLANTARES | | | | Puntuación | | |
|--|---|---|----|----|----------------------------|---|----|----|---------------------|---|----|----|--------------------|---|----|----|--------------------|---|---|----|------------|----|---|
| | | | | | No palpable | | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 |
| | 0 | 8 | 16 | 24 | 0 | 5 | 10 | 15 | 0 | 5 | 10 | 15 | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 | 0 |
| | Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 31.5 | | |
| | Puntaje Parcial = | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 31.5 | | |

Dr. Casas Matuino, Jesús Arturo
 drcasasmatuino@gmail.com

CEDULA (A) VALORACIÓN 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 REANIMACIÓN | 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) ALIMENTACIÓN | SENO | OTRA | |
| 11) DISTENSIÓN ABDOMINAL | NO | MODERADA | SEVERA |
| 12) ONFALITIS | NO | SI | |
| 13) ICTERICIA | LEVE | MODERADA | SEVERA |
| 14) REFLEJO DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN | NORMAL | FATIGA | ANORMAL |
| 15) LLANTO | NORMAL | AGUDO | DÉBIL |
| 16) CONVULSIONES | AUSENTE | FOCAL | GENERALIZADA |
| 17) FONTANELA | NORMAL | DEPRIMIDA | TENSA |
| 18) TONO MUSCULAR | NORMAL | HIPOTÓNICO | HIPERTÓNICO |
| 19) MOVIMIENTOS ANORMALES | NO | TEMBLOR | CLONICOS |
| 20) OPISTÓTONOS | NO | | SI |
| 21) ASIMETRIA POSTURAL | NO | | SI |

| | | | |
|--|---------------|-------------------|----------------|
| 22)CADERA | NORMAL | ABDUCCION | ORTOLANI + |
| 23)PRENSIÓN | CON JALON | SIN JALON | AUSENTE |
| 24)REFLEJO DE BUSQUEDA | NORMAL | LIMITADA | AUSENTE |
| 25)MORO | NORMAL | ASIIMETRICO | 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: ALTO, DEBIDO A SU PREMATUREZ Y AL POTENCIAL DE
INFECCIÓN**

6.1.-VALORACIÓN DE ENFERMERÍA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

B2) DIMENSIONES DE LA HISTORIA VALORACIÓN DE ENFERMERIA

A) PREPARACIÓN DEL ENTORNO:

En la cuna de calor radiante número 15 de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal se verifica correcto funcionamiento de cuna de calor radiante, bajo lámpara de fototerapia, la cual durante la valoración se apaga, ventilador mecánico, tomas de oxígeno, aire y monitor; se cierra puerta de cubículo. La luz es artificial, el ruido es mínimo.

B) PREPARACIÓN DEL EQUIPO:

Termómetro, báscula, cinta métrica, estetoscopio, lámpara de bolsillo, campanas de diversos tamaños, glucómetro, martillo de reflejos, reloj con segundero, guantes, alcohol gel, sanitas, pañal desechable.

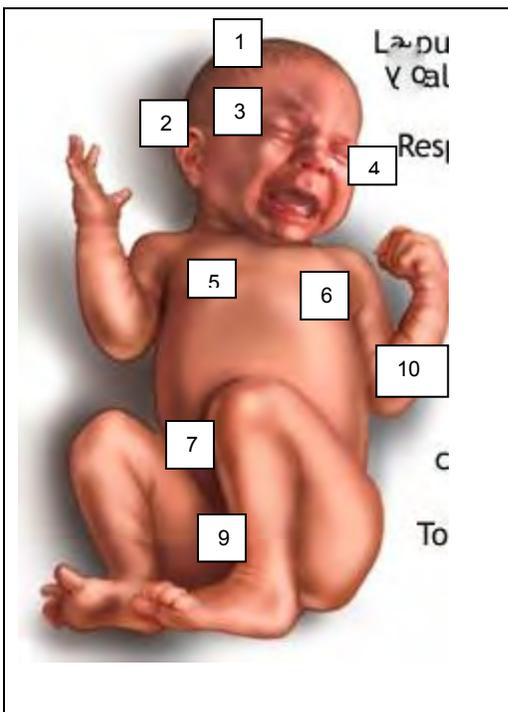
C) SISTEMA TEGUMENTARIO:

Se observa piel fina, muy delgada, arrugada, edematosa de coloración rojiza/rosada intensa, vello delgado, fino y de color negro en varias partes del cuerpo, presenta dorso de manos y talones con equimosis por punción.

D) INSPECCIÓN GENERAL:

Se encuentra recién nacida en cuna de calor radiante con método de control de temperatura en servo, con monitorización no invasiva de frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno y presión arterial. Posición decúbito dorsal con extremidades en flexión, dentro de útero artificial, que recibe apoyo ventilatorio mecánico por cánula endotraqueal, sonda orogástrica a derivación, catéteres umbilicales arterial y venoso, este ultimo disfuncional por lo que se retira y se mantiene con catéter percutáneo con nutrición parenteral total, tiene puesto un pañal desechable.

1.- CABEZA Y CUELLO:



Normocéfala, suturas anteriores embrincadas, fontanela anterior normotensa, aproximadamente a la medición de 3 x 2 cm, fontanela posterior puntiforme a la palpación, cabello bien implantado, fino, delgado de color negro. Cráneo blando sin presencia de hematomas o masas. El perímetro cefálico mide 25 cm. El cuello se observa cilíndrico, con pulso yugular presente sin masas.

2.- OÍDOS:

Bien implantados, formados acorde a edad gestacional, limpios, conductos auditivos permeables.

3.-OJOS:

Cejas pobladas con vello fino de color negro, ojos simétricos, apertura ocular espontánea, pupilas con respuesta a la luz, isocóricas, iris de color oscuro, conjuntiva blanca, espacio intercantal de 2 cm.

4.-CARA, NARIZ Y CAVIDAD ORAL:

Cara simétrica, nariz con adecuada implantación, septum nasal central, con permeabilidad de coanas. La cavidad oral se observa con paladar y encías íntegras, lengua de coloración rosada y húmeda con cánula endotraqueal fija y sonda orogástrica a derivación sin gasto aparente.

5.-TÓRAX Y PULMONES:

Tórax de 20 cm de perímetro, clavículas simétricas, con hipoventilación en hemitórax derecho, discreto tiraje intercostal, saturando al 86%, frecuencia respiratoria de 48 rpm, modo de ventilación SIMV, FiO2 80%, a la aspiración por

cánula endotraqueal se extraen secreciones amarillas espesas escasas.

6.-SISTEMA CARDIOVASCULAR:

Se observa cianosis periférica (+) sin cianosis central, zona cardiaca libre de soplos, latidos rítmicos y de buena intensidad aunque en momentos de manipulación a la neonata tiende a la bradicardia (hasta 98 lpm) recuperándose posteriormente, frecuencia cardiaca de 143 lpm, saturación pre y pos ductal de 87-96%, pulsos femorales y carotideos presentes.

7.- ABDOMEN:

Abdomen blando y depresible sin masas a la palpación, hígado aproximadamente de 1 cm, onfaloclisia arterial y venoso, este ultimo se retira debido a que se encuentra disfuncional, se observa sitio sin datos de infección, perímetro abdominal de 19 cm.

8.-SISTÉMA LINFÁTICO:

No se observa crecimiento de ganglios linfáticos ni megalias.

9.-SISTEMA REPRODUCTOR:

Genitales íntegros, fenotípicamente acorde a sexo, escasa salida de secreción blanquecina, micción espontánea, ano permeable, región perianal seca, con evacuación de meconio.

10.-SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:

Tono muscular hipotónico, columna vertebral íntegra, extremidades con 5 orfejos en manos y pies, sin deformidades a la observación, débil presión palmar resto de reflejos débiles y algunos no se pueden valorar debido a la condición grave de la neonata.

11.- SISTEMA NERVIOSO:

Recién nacida hipoactiva, hiporeactiva a estímulos y a la manipulación, reflejos primarios débiles y algunos no valorables por la condición grave de la neonata.

12.-DOLOR:

A la realización de estímulos dolorosos, (punción del talón) presenta movimientos rígidos, aumento de la frecuencia cardiaca, disminución de la sat. O2 hasta 80%. (ver cédula de valoración del dolor en anexos).

B3) HISTORIA CLINICA

Neonata que ingresa a la UCIN del Hospital de la Mujer el día 8 de Noviembre de 2010, producto de una GII, CI, A0, P0. Su madre cuenta con 17 años de edad, casada, dedicada al hogar, cursó el embarazo con 8 consultas prenatales a partir del 2° trimestre, niega toxicomanías y enfermedades durante la gestación. Aproximadamente 3 días previos al nacimiento presenta ruptura prematura de membranas por lo que acudió a este hospital para la atención del parto. Nace la neonata con pobre esfuerzo respiratorio por lo que inician maniobras de reanimación básicas sin obtener respuesta positiva por lo que proceden a intubación endotraqueal, aplicación de primer dosis de surfactante (1ml/kg) a los 15 minutos de nacida y a colocación de vías de acceso venoso. Al ingresar a la unidad es colocada en cuna de calor radiante con AVM, fototerapia con protección ocular y monitorización no invasiva, bajo tratamiento de antimicrobiano, protector de mucosa gástrica y gamaglobulina. Realizan pruebas de laboratorio donde reportan como datos relevantes: linfocitos 80.5, neutrófilos 17.37, hemoglobina de 17 y glucosa de 102 mg/dl. Al procesar gasometría se observan los siguientes resultados: pH 7.24, pCO2 46.7, pO2 65.8, HCO3 20.4 y BEb -6.5. A la toma de placa de tórax se observa hipoventilación derecha y catéter umbilical venoso en mala posición. El día 8 de Noviembre realizan USG transfontanelar en el cual no se observan alteraciones. Ese mismo día colocan catéter percutáneo en miembro torácico derecho con éxito y se inicia NPT. Hasta ese momento el pronóstico es reservado para la función y la vida, Se reporta muy grave.

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

| |
|---|
| Diagnóstico médico: Recién nacida pretérmino con 36 hrs de vida extrauterina, y 31.5 semanas de edad gestacional, peso pequeño para la edad gestacional, apgar bajo recuperado, SDR tipo 1 modificado por surfactante (1 dosis) RPM de 80 hrs Pb. Neumonía |
| 1.-Buscar y asegurar atención médica en exposición a condiciones ambientales. |
| La madre acudió para atención médica por ruptura prematura de membranas de 80 horas de evolución. |
| 2.-Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos. |
| A el padre se le ha informado de la gravedad de su hija y él se muestra cooperador y preocupado, tanto por ella como por la madre. |
| 3.-Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas. |
| El padre realiza las medidas de estimulación verbal y táctil con la paciente. hasta el momento no a faltado a la visita familiar y se muestra preocupado por el estado de salud de su hija y de su esposa. |
| 4.-Estar consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas. |
| El padre esta consciente del tratamiento que se le brinda a su hija, de igual manera lleva a cabo los lineamientos para la visita en la UCIN (lavado de manos, colocación de bata, cubrebocas y gorro) |
| 5.-Modificar el autoconcepto. |
| Por lo que refiere el padre la recién nacida no era planeada, pero era aceptada y aún no sabe cómo enfrenarán el proceso de hospitalización de la paciente. |
| 6.- Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento. |
| Aún no aplica. |

6.2.-ESQUEMA METODOLÓGICO

REQUISITOS UNIVERSALES SEGÚN LA ETAPA DE DESARROLLO:

Vida neonatal: prematuro

REQUISITOS UNIVERSALES:

- ✓ MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE
- ✓ MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA
- ✓ MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS
- ✓ PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS
- ✓ MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO
- ✓ MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL
- ✓ PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO
- ✓ PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO:

Lic. Enf. Karina Mendoza

SISTEMA DE ENFERMERÍA:

SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO Y DE APOYO EDUCATIVO.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN:

Recién nacida prematura de 31.5 semanas de edad gestacional por Capurro, Peso pequeño para edad gestacional, Apgar bajo recuperado, Síndrome de Dificultad Respiratoria Tipo 1, modificado por 1 aplicación de Surfactante, Ruptura Prematura de Membranas de 80 hrs de evolución.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD:

La madre como agente de cuidado dependiente:

- Busca y asegura ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.
- Está conciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.
- Realiza las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas

Enfermería: como agente de autocuidado terapéutico, apoya procesos vitales esenciales, mantiene la estructura y funcionamiento humano, desarrolla su potencial, previene lesiones, cura o regula la enfermedad por sí mismo, cura o regula los efectos de la enfermedad con ayuda apropiada.

- Estar conciente de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.
- Modificar el autoconcepto.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES.

- Edad: 1 DVEU
- Sexo: Femenino
- Estado de salud: Enfermo
- Estado de desarrollo: deficiente
- Factores del sistema familiar (Diagnóstico y Tratamiento): Esta siendo atendida y los costos de la atención son en base al nivel socioeconómico de los padres.
- Factores del sistema familiar (Composición/rol/relación): Se encuentra alterado ya que esta hospitalizada y no puede llevar su rol en la familia.
- Patrón de vida: hospitalizado
- Factores ambientales: UCIN del Hospital de la Mujer
- Disponibilidad y adecuación de los recursos: Es muy limitada.
- Orientación sociocultural: no lo tiene aún.

EXPOSICIÓN A RIESGOS:

- Infección
- Pérdida de peso
- Perdida de la integridad de la piel
- Hipotermia
- Hipertermia
- Hiperbilirrubinemia
- Hipo e hiperglicemia
- Retinopatía del prematuro
- Hipoacusia
- Retraso en el neurodesarrollo
- Muerte

6.3.-JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES

Al ser una Recién Nacida Prematura y al haber analizado la complejidad de la patología, la mayoría de los requisitos se encuentran alterados o existe la elevada posibilidad de que se alteren, por lo cual queda de la siguiente manera la jerarquización:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

6.4.- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire relacionado con inmadurez pulmonar y retención de secreciones, manifestado por retracción xifoidea leve, hipoventilación pulmonar derecha y acidosis respiratoria.

Objetivo:

Favorecer el restablecimiento del aporte suficiente de aire en la prematura.

Prescripción del cuidado:

Realizar cuidados encaminados a brindar un aporte suficiente de aire y mantener el mismo.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valoración de signos vitales, con énfasis a la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y temperatura. | La presencia de obstrucción de la vía respiratoria se puede manifestar por signos como: incremento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, cianosis. Lo cual al detectarse tempranamente permite restablecer el flujo adecuado en la ventilación. La presencia de hipotermia o hipertermia favorece a la alteración del patrón respiratorio. (Garrahan, 2010 Cuidados en |

| | | | |
|--------------------------------|------|--|---|
| | | | Enfermería Neonatal). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valoración del estado respiratorio. | La valoración del estado respiratorio se lleva a cabo con el test Silverman-Andersen, el cual mide los movimientos tóraco-abdominales, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal y quejido respiratorio. A menor puntuación, mayor dificultad respiratoria en el neonato (Wikipedia, 2011). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Evaluar los ruidos respiratorios, cuando se observa un cambio en el estado de la prematura. | La evaluación de los ruidos respiratorios sirve como indicador de la necesidad de aspiración endotraqueal y prueba la eficiencia de la ventilación en cuanto a expansibilidad y la simetría. (Támez, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Controlar la fijación del tubo endotraqueal y que se encuentre en el sitio adecuado, a través de placa radiográfica y auscultación de campos pulmonares. | En el caso de neonatos con un peso de 1000-2000 grs STABLE recomienda la profundidad del sitio de inserción entre 7 -8 cm. (STABLE, 2006). Corroborar que la punta del tubo endotraqueal esté posicionada en la carina y no en uno de los bronquios. (Támez, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.) |
| Lic. Enf. | T.C. | Colaborar con el | El surfactante es un |

| | | | |
|-------------------|-----|--|--|
| Karina Mendoza | | personal médico en la administración de surfactante según prescripción médica (4 a 5 ml/kg, divididos en 4 dosis de 1ml/kg/dosis) manteniendo técnica estéril y monitorización continua de la prematura. | conjunto de compuestos que interactúan para ejercer su función principal que es disminuir la tensión superficial alveolar en la interfase aire-líquido. En los neonatos prematuros ocasiona el síndrome de dificultad respiratoria. (F.N.N.M. 2007:PAC de Neonatología 2). Durante el procedimiento es necesario mantener una técnica estéril para evitar contaminación, que el tubo endotraqueal se encuentre en una correcta posición, no utilizar medios artificiales para calentar el surfactante, colocar al paciente en cuatro posiciones diferentes para facilitar su distribución dentro de los pulmones y la monitorización de los signos vitales, permitirán detectar oportunamente datos de alarma en el estado de la neonata. Es importante señalar el evitar aspirar el tubo endotraqueal en las primeras 2 a 4 horas posterior a la aplicación. (Támez, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. |
| | T.C | Aspirar el tubo endotraqueal según necesidad utilizando técnica estéril (circuito cerrado) y regulando | Las secreciones nasofaríngeas son una barrera al flujo de aire para que se efectúe la ventilación pulmonar. El procedimiento |

| | | | |
|--------------------------------|------|--|--|
| | | el dispositivo de vacío a presión máxima de 80 mmHg según sea necesario. | de aspiración libera la obstrucción de las vías aéreas empleando presión negativa, en el caso de prematuros es mayor el riesgo de lesionar mucosa y de ocasionar sangrado. (Grandí, 2003. Contribución a la disminución de la morbimortalidad neonatal). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Mantener a la prematura en posición neutra (en línea media). | La posición de la cabeza y el cuello durante los primeros días de vida debe colocarse en línea media para evitar extubaciones accidentales. (Garrahan, 2010) |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Verificar correcto funcionamiento de ventilador mecánico, así como parámetros. | La ventilación mecánica si es adecuada puede obtenerse un adecuado intercambio de gases. (2008, Jasso. Neonatología practica). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Monitorización continua de la oximetría de pulso de la prematura con rotación del sensor cada 3 hrs. | La monitorización de las constantes vitales en el neonato en estado crítico permite detectar anomalías en el funcionamiento del mismo. (Aibarra, 2008). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Tomar muestra para gasometría arterial bajo técnica estéril según evolución de la prematura y prescripción médica. | Los resultados de estos análisis proporcionan parámetros para evaluar y ajustar la asistencia ventilatoria. Los valores son: pH: 7.30-7.45, PCO2: 35-35 mmHg, PO2: 50-80 mmHg, HCO3: 19-26 mEq/L y |

| | | | |
|---|------|---|--|
| | | | Exceso de Base: -4 a +4. (Karlsen, 2006: STABLE). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza Gutiérrez | T.C. | Ministración de antibióticos según prescripción médica, | La ampicilina es un antibiótico penicilínico semisintético, de amplio espectro, actúa inhibiendo la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana, la dosis en neonatología es de 100-150 mg/kg/día, cada 8 horas. La amikacina es un antibiótico bactericida del grupo de los aminoglucósidos, usado en el tratamiento de diferentes infecciones bacterianas. ¹ Actúa uniéndose a la subunidad 30S del ribosoma bacteriano, impidiendo la lectura del mRNA y conduciendo a la bacteria a la imposibilidad de sintetizar proteínas necesarias para su crecimiento y desarrollo. Su dosis es 15mg/kg/día cada 12 hrs. Es importante mantener vigilancia estrecha a la función renal del neonato y a la presencia de reacciones adversas. (Jasso, 2008: Neonatología práctica). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los |

| | | | |
|--|--|--|---------------------------|
| | | | registros de Enfermería). |
|--|--|--|---------------------------|

Control de casos: A la prematura se le realiza aplicación de segunda dosis de surfactante, a las 8 horas posteriores se le realiza aspiración de secreciones. Se administra antibioticoterapia sin efectos adversos. Durante el turno se verifica posición correcta de tubo endotraqueal y se mantiene monitorizada la frecuencia respiratoria logrando mantener oximetría de pulso entre 88 y 95%. No se cuenta con gasometría de control posterior por fallas del equipo. Durante la realización de los procedimientos se aplicaron las medidas de protección universales.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de alteración en la temperatura relacionado con inmadurez del centro termorregulador de la prematura.

Objetivo:

Mantener a la prematura con una temperatura corporal entre 36.6 a 37.4°.

Prescripción del cuidado:

Establecer cuidados que mantengan a la prematura en eutermia.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|------------------------------|---|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar toma de temperatura de la prematura. | STABLE considera que la temperatura de los prematuros debe mantenerse alrededor de los 37°. (STABLE, 5ª ed). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Revisar unidad (cuna térmica) y ajustar temperatura. | La cuna radiante donde debe encontrarse un prematuro debe contar con las medidas mínimas de seguridad, un servo control y que se mantenga la temperatura entre 36.5 a 37 °. (STABLE, 5ª ed). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Fijar sensor en la piel de la zona hepática de la prematura con aposito hidrocoloide. | El sensor de la temperatura actúa como regulador de la misma al estar la prematura en una cuna de calor |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|---|
| | | | radiante. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Colocar ropa (calcetines y gorro) si las condiciones de la prematura lo permiten. | El recién nacido pretérmino es particularmente susceptible a la hipotermia, debido a la relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y escaso glucógeno. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Colocar a la neonata en un nido dentro de la unidad en la que se encuentra. | El nido es el instrumento terapéutico mediante el cual damos contención y otorgamos la oportunidad de que la prematura continúe en posición flexora como en el útero, favorece que mantenga su autorregulación de temperatura y menos gasto de calorías necesarias en su metabolismo y aumento de peso. Y su posterior maduración neurológica y favorece el drenaje postural en complicaciones respiratorias. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Disminuir al máximo pérdidas de calor por los diferentes mecanismos. | La pérdida de calor corporal es un proceso dinámico que comprende 4 mecanismos: conducción, evaporación, convección y radiación. (Garrahan, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valorar la presencia de signos y/o síntomas de alarma de hipotermia o hipertermia con aumento o disminución de 0.5 en 0.5 ° C de cuna o | Los signos y/o síntomas de desequilibrio en la temperatura corporal pueden ser: taquicardia, acidosis metabólica, hipoglucemia. (Garrahan, 2010). |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|---|
| | | incubadora según sea el caso. | |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Monitorización continua de la oximetría de pulso de la prematura con rotación del sensor cada 3 hrs. | La monitorización de las constantes vitales en la prematura en estado crítico permite detectar anomalías en el funcionamiento del mismo. (Aibarra, 2008). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Colocar capa térmica en la cuna de calor radiante. | La capa térmica ayuda a reducir las pérdidas de calor por convección. (STABLE 5ª ed). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Llevar a cabo exclusivamente aseo de cavidades en la primer semana de vida posteriormente realizar baño de esponja cada tercer día. | El baño en forma rutinaria diaria en el prematuro favorece la pérdida de calor por evaporación. (STABLE, 5ed). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos: En la unidad en donde se encuentra hospitalizada la prematura no se cuenta por el momento con una incubadora en donde se le pueda brindar la atención por tal motivo se encuentra en una cuna de calor radiante. Mediante los cuidados brindados la prematura se mantuvo con una temperatura entre 36.7-37°

Diagnóstico de Enfermería:

Alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua relacionado con edad gestacional y exposición a factores que aumentan la pérdida insensible de agua, manifestado por balance hídrico negativo.

Objetivo:

Mantener el equilibrio hídrico idóneo para su edad gestacional.

Prescripción del cuidado:

Realizar cuidados encaminados a la corrección de un desequilibrio hidroelectrolítico.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Llevar a cabo control de peso diario. | La toma de peso diario es un indicador de pérdida de volumen en un prematuro extremo. Un recién nacido prematuro puede presentar un 85% de su peso como agua y un 60% como agua extracelular. (Garrahan, 2010) |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Vigilar signos y síntomas de hidratación y/o deshidratación. | Los principales signos de deshidratación son; falta de turgencia de la piel, mucosa secas. (Jasso, 2008). |
| Lic. Enf. Karina | T.C | Llevar a cabo balance estricto de | La observación del balance de líquidos permite la detección temprana de alteraciones en |

| | | | |
|--------------------------------|-----|--|---|
| Mendoza | | líquidos. | líquidos, electrolitos y función renal. El volumen urinario de un recién nacido es de 2-4 ml/kg/hora. Grandes o pequeños volúmenes pueden indicar sobre o deshidratación. (Mata Mendez, Cuidado Enfermero en el prematuro, IMSS 2009). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Estimar pérdidas insensibles. | A menor edad gestacional y menor peso al nacimiento, mayores serán las pérdidas insensibles, que varían desde 20 a 40 ml/kg/día en un recién nacido a término, en un pretérmino hasta 200 ml/kg/día (Garrahan, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Mantener un ambiente térmico neutro en la prematura. | Un ambiente térmico neutro disminuye las pérdidas insensibles en el prematuro. Colocar capa plástica en la cuna radiante, vigilancia estrecha a la humidificación del ventilador mecánico y manejo mínimo son algunas de las acciones a implementar. (Nanni, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Mantener un adecuado ingreso nutricional. | La alimentación por vía intravenosa y un adecuado soporte hidroelectrolítico permite que el neonato mantenga su homeostasis. Cuando se esta expuesto a factores que aumentan las perdidas insensibles de agua (fototerapia y cuna de calor radiante) es necesario aumentar los requerimientos |

| | | | |
|--------------------------------|-----|--|---|
| | | | hídricos diarios del 10 al 25%, si no hay condiciones patológicas agregadas como ductus arterioso persistente, insuficiencia renal, insuficiencia pulmonar y asfixia. (Ministerio de Salud de Chile, 2005: Terapia de líquidos y electrolitos). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Llevar a cabo toma de muestras de laboratorio para medir electrolitos séricos y pruebas de funcionamiento renal. | En el prematuro el riñón es incapaz de reabsorber el sodio de manera adecuada. Tiene facilidad para desarrollar hiperpotasemia grave y puede presentar un umbral muy bajo para la glucosa. (Garrahan, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Mantener con monitorización de signos vitales. | La monitorización de las constantes vitales en el neonato en estado crítico permite detectar anomalías en el funcionamiento del mismo. (Aibarra, 2008). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos: A la aplicación del tratamiento regulador se mantuvo el balance hídrico neutro, al egresar la misma cantidad que ingreso durante el turno.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimento relacionado con inmadurez neurológica y gástrica.

Objetivo:

Iniciar el aporte nutricional óptimo que favorezca el crecimiento y desarrollo de la prematura.

Prescripción del cuidado:

Implementar cuidados especializados que favorezcan la nutrición óptima de la prematura.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valorar somatometría (peso y talla) diariamente. | Un aumento de peso entre 15 a 30 grs/día es un indicador de un adecuado crecimiento en el prematuro. (Mata, Mendez, Cuidado enfermero al pretérmino, IMSS). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Llevar a cabo instalación de nutrición parenteral total bajo las medidas de asepsia y antisepsia indicadas, e iniciar infusión según | La nutrición parenteral total está compuesta de aminoácidos, vitaminas y minerales los cuales favorecen el aumento de peso en el neonato ante la imposibilidad de iniciar con |

| | | indicaciones. | la vía oral. |
|--------------------------------|------|---|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Observar la aparición de reacciones agudas a la alimentación parenteral. | Algunas de las reacciones agudas que se pueden presentar a la alimentación parenteral son: dificultad respiratoria, rubor en el sitio de inserción del catéter y/o en su trayecto y cambios en la temperatura. (Mata, Mendez, IMSS). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Iniciar en forma temprana la estimulación o nutrición enteral con leche materna cuando el sistema gastrointestinal de la prematura se encuentre en condiciones de recibirla, a través de la alimentación con sonda orogástrica. | La estimulación enteral mínima en prematuros puede lograr efectos benéficos antiinflamatorios, de activación y proliferación, promoción de la barrera intestinal, regeneración y activación celular. Si se encuentra en condiciones óptimas el prematuro se puede iniciar en los primeros 3 a 5 días de vida. La leche materna es el sustrato nutricional de elección para los recién nacidos prematuros, facilita el crecimiento adecuado, tiene efectos en la inmunidad, además de que proporciona los nutrimentos para cada edad gestacional en la que se obtenga el neonato, así como disminuye el riesgo de enterocolitis necrosante. La estimulación trófica se inicia en cantidades de 10ml/kg/día. (Plascencia, 2010: Cuidados Avanzados |

| | | | |
|--------------------------------|------|--|--|
| | | | al Neonato 1). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Participar en la toma de muestras de laboratorio, especialmente pruebas de funcionamiento hepático, glucosa central y triglicéridos. | Debido a los componentes de la Nutrición Parenteral, es necesario mantener una monitorización de las funciones del hígado, glucosa y triglicéridos para mantener dentro de rangos fisiológicos. (Plascencia, Cuidados Avanzados en el Neonato, INPer 2011). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Ministración de (omeprazol) a dosis de 1mg/kg/día Intravenoso. | El omeprazol es un inhibidor de la bomba de protones. Pertenece a la principal familia de medicamentos que se utiliza para el control de la acción nociva del ácido y la pepsina sobre diversos tejidos gastrointestinales y ciertos tejidos extradigestivos. Su uso en neonatos que se encuentran en estado crítico permanente ha disminuido el riesgo de sangrado de tubo digestivo. (Hernández Yañez, 2006: Sangrado de tubo digestivo en la unidad de cuidados intensivos neonatales). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Mantener un control estricto de líquidos. | El registro de la cantidad de líquidos infundidos es una actividad propia de Enfermería. Un balance de líquidos negativo debe reflejar una pérdida de peso similar a la pérdida de líquidos. (Plascencia, |

| | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|
| | | | Avanzados en el Neonato, 2011) |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos: Bajo medidas de asepsia, se instala la nutrición parenteral total en catéter central. Asimismo se inicia la infusión sin que la neonata presente reacciones adversas. Se mantiene pendiente el inicio de la estimulación enteral, hasta que mejoren las condiciones de la prematura.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con escaso estrato córneo M/P exposición a factores mecánicos (multi punciones, equimosis en dorso de manos y talones, colocación de catéteres y sensores) y por factores físicos (uso de fototerapia continua, cuna de calor radiante).

Objetivo:

Mantener la integridad de la piel de la prematura.

Prescripción del cuidado:

Implementar acciones específicas a fin de mantener la piel integra de la prematura.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valorar condiciones de la piel de la prematura. | La piel del prematuro es una barrera ineficaz durante las primeras semanas de vida, ya que la epidermis es más fina, tiene escaso estrato córneo y esta deficientemente queratinizada. (Garrahan, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Detectar oportunamente lesiones en la piel de la prematura. | El edema, enrojecimiento y la presencia de equimosis son signos de lesiones en la piel. |

| | | | |
|--------------------------------|-----|---|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar cambios posturales cada 3 hrs. | Los cambios de posición siempre deben ser gentiles y suaves; promueven el flujo sanguíneo y previenen las escaras por presión. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | No realizar baño durante los primeros 15 días de vida extrauterina. | La piel del neonato esta cubierta de un material blanquecino, espeso, de consistencia grasa llamado vérnix caseosa con un alto contenido lipídico (triglicéridos, colesterol, entre otros), el cual no es necesario limpiar por completo ya que se sabe que además posee péptidos antimicrobianos que brindan protección a la piel del neonato. (Nanni, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar aseo de cavidades diario. | El aseo de cavidades diario disminuye la aparición de factores que puedan desencadenar un proceso infeccioso. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Utilizar colchón de agua y dispositivos de gel. | El uso del colchón de agua y dispositivos de gel tienen beneficios en el prematuro para que la piel no quede en contacto directo con una superficie dura y rigida. (Nanni, 2010). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Para la adhesión de dispositivos médicos usar apósitos hidrocoloides. | El apósito hidrocoloide actúa como método de barrera entre la epidermis y las superficies adhesivas. (Garrahan, 2010). |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|---|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Evitar al máximo multipunciones. | Las punciones al ser una lesión directa a la piel, en el prematuro aumenta el riesgo de infecciones y de lesiones de lenta cicatrización. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Mantener la ropa limpia y seca. | El uso de ropa limpia y seca disminuye las lesiones en la piel por fricción. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Rotar sensores cada 3 hrs. | La rotación de sensores evita en gran medida las lesiones (quemaduras) causadas por uso por periodo prolongado en un mismo sitio. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos: Al implementar las intervenciones de enfermería oportunas, disminuye la equimosis en sitios de punción y se mantiene integra la piel de la prematura.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de infección relacionado con sistema inmunológico inmaduro.

Objetivo:

Disminuir al máximo la posibilidad de un proceso infeccioso en la prematura durante su hospitalización.

Prescripción del cuidado:

Implementar cuidados basados en las medidas de precaución universal.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|---|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura con posterior aplicación de alcohol gel. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Manejo de la prematura con uso de cubrebocas y bata. | El cubrebocas constituye el principal medio de protección de las vías aéreas superiores contra los microorganismos presentes en las partículas al toser, hablar y que son considerados fuentes de infección potencial para enfermedades. (Ministerio de salud, 2008). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar aseo de cavidades diario | La higiene decrementa el número de microorganismos patógenos. |
| Lic. Enf. Karina | T.C | Realizar aseo diario de la unidad de la prematura y cambio | El aseo diario de la unidad impide la colonización de |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|--|
| Mendoza | | de ropa de la cuna. | bacterias en la misma. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Proteger las zonas corporales y las vías que constituyan una puerta de entrada de gérmenes. | Las vías de entrada son consideradas: las venoclisis, catéteres centrales, heridas, estomas. Su curación y vigilancia continua impide su colonización bacteriana. (Tamez, Enfermería en la Unidad de cuidados intensivos neonatales). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valorar de manera intencionada la presencia de datos clínicos de alarma que sugieran la presencia de un proceso infeccioso sistémico o local. | Los signos de infección inespecíficos y con frecuencia sutiles son: inestabilidad térmica, hipotonía, dificultad para alimentarse, letargia, distensión abdominal. (Aibarra, 2009). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar la preparación de soluciones intravenosas siguiendo las medidas de asepsia. | Proporcionar la terapia intravenosa bajo medidas de asepsia, garantiza la esterilidad de la solución y previene el riesgo de infección. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Ministración de Inmunoglobulina, según prescripción médica. | La inmunoglobulina endovenosa se considera útil para la prevención de la sepsis tardía en neonatos pretérmino con peso menor a 1500 grs cuyos valores séricos sean menores de 400mg/dl. (Jasso, 2008: Neonatología Práctica) Las dosis recomendadas de IG van desde los 500mg/kg hasta 1gr/kg de peso. |

| | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Cambio de equipos de administración de soluciones parenterales cada 72 hrs. | Para mantener la esterilidad y apiogenecidad de las soluciones deben cambiarse cada 72 hrs, o cuando no se garantice la esterilidad del producto. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Llevar a cabo manejo mínimo. | La manipulación mínima reduce en gran manera el riesgo de transmisiones cruzadas de enfermedades. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos:

La prematura no presentó proceso infeccioso en el sitio del catéter umbilical ni en los accesos venosos distales.

Las medidas de protección se efectuaron durante la atención de la prematura.

El manejo de los dispositivos invasivos se realizó con las medidas de asepsia y antisepsia.

Diagnóstico de Enfermería:

Riesgo de alteración en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano relacionado con inmadurez del hígado para conjugar la bilirrubina.

Objetivo:

Disminuir en la medida de lo posible la presencia de signos y síntomas de hiperbilirrubinemia en la prematura en sus primeros días de vida.

Prescripción del cuidado:

Implementar cuidados especializados que favorezcan niveles adecuados de bilirrubinas en la prematura.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura con posterior aplicación de alcohol gel. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Valorar condiciones generales de la prematura, en especial coloración, signos vitales, estado neurológico y niveles de bilirrubina sérica. | La frecuencia de ictericia en el neonato pretérmino es de 75 a 80% y se ve incrementada por la hipoxemia y la acidosis propia de la insuficiencia respiratoria. La ictericia progresa en sentido cefalo-caudal. |

| | | | |
|---|------------|---|--|
| <p>Lic. Enf. Karina Mendoza</p> | <p>T.C</p> | <p>Verificar correcto funcionamiento de lámpara de fototerapia.</p> | <p>El mecanismo de acción de la fototerapia se basa en la fotoisomerización en la que ocurre la fragmentación estructural de la bilirrubina, se producen isómeros geométricos y estructurales que son transportados por el plasma y excretados en la bilis, parte de esta bilirrubina modificada se elimina a través del meconio, y a través de la fotooxidación se forman complejos pirrólicos hidrosolubles que se excretan en la orina.</p> <p>La fototerapia se puede aplicar a través de las lámparas con luz fluorescente que mantienen una irradiación mayor de 6 microvatios/cm²/nm y manta de fibra óptica que asegura una luz de 400-500nm. (Taméz, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales).</p> |
| <p>Lic. Enf. Karina Mendoza</p> | <p>T.C</p> | <p>Desnudar completamente a la prematura, cubriendo genitales (en el caso del sexo masculino)</p> | <p>A mayor superficie corporal expuesta, es mayor la efectividad de la fototerapia.</p> <p>Es necesario cubrir los genitales masculinos, (si es el caso) ya que el estar expuesto a la fototerapia puede producir rotura de hélices del DNA con posibles mutaciones. (Taméz, 2008: Enfermería en la Unidad de</p> |

| | | | |
|--------------------------------|-----|---|--|
| | | | Cuidados Intensivos Neonatal). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Cubrir los ojos con antifaz o protector ocular mientras se encuentre bajo la fototerapia, realizar cambio del mismo cada 24 horas. | La intensidad de la luz puede dañar la retina o la cornea de la prematura. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar aseo ocular cada 4 horas o según requiera la prematura con solución fisiológica y detectar oportunamente presencia de salida de secreción de uno o ambos ojos. | El aseo ocular con solución salina permite mantener limpia y seca la zona ocular lo cual disminuye la aparición de conjuntivitis. (Mata-Mendez, 2009: Cuidado Enfermero al Recién Nacido Prematuro). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Realizar cambios posturales de la prematura cada 3 horas. | El cambio postural favorece que la prematura reciba la acción terapéutica de la fototerapia de manera uniforme. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Verificar que la lámpara se encuentre entre 45 y 55 cm de distancia de la prematura. | La distancia recomendada entre la unidad del paciente y la lámpara de fototerapia es entre 45 y 55 cm de distancia para favorecer la acción de la luz y evitar lesiones en la prematura. (Taméz, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal). |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|---|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Vigilar estado de hidratación y control hídrico estricto. | <p>La dilatación de los capilares cutáneos puede alterar la regulación de la temperatura y aumentar las pérdidas insensibles de agua. Se estima que aproximadamente es del 40% la pérdida insensible a través de la fototerapia.</p> <p>La hidratación adecuada aumenta la peristalsis y la excreción de bilirrubinas. (Mata-Mendez, 2009: Cuidado Enfermero al Recién Nacido Prematuro).</p> |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | No colocar sustancias aceitosas sobre la piel de la prematura. | El colocar sustancias aceitosas puede provocar el efecto de bronceado o freído en la prematura. (Bustos, 2009: Enfermería materno infantil y neonatal). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Vigilar características de evacuaciones y diuresis. | <p>A través de las evacuaciones se promueve la eliminación de la bilirrubina más rápidamente.</p> <p>Generalmente las evacuaciones se presentan semilíquidas. (Mata-Mendez, 2009: Cuidado Enfermero al Recién Nacido Prematuro).</p> |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Mantener monitorización continua con énfasis en la temperatura de la prematura. | Es importante controlar la temperatura debido a la tendencia a la hipertermia durante la exposición a esta terapia. (Taméz, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal). |

| | | | |
|--------------------------------|------|--|---|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Durante la visita familiar suspender la fototerapia por 15 minutos y retirar protección ocular. | Favorece la estimulación visual y el contacto de los padres con la prematura. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Realizar toma de muestras sanguíneas para control de niveles de bilirrubina en sangre cada 24 horas. | BILIRRUBINA (Total): -Cordón: <1,8 mg/dl -24 horas: Prematuros: 1 - 6 mg/dl A término: 2 - 6 mg/dl -48 horas: Prematuros: 6 - 8 mg/dl A término: 6 - 7 mg/dl -3 - 5 días: Prematuros: 10 - 12 mg/dl A término: 4 - 12mg/dl -1 mes - Adultos: Hasta 1,5 mg/dl BILIRRUBINA CONJUGADA (Directa): Hasta 0,5 mg/dl |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados (tipo de fototerapia, días de duración del tratamiento, presencia de eventos adversos). | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos: El tratamiento de fototerapia se llevó a cabo con fines profilácticos, al aplicar el tratamiento regulador se mantuvo a la prematura sin alteraciones neurológicas y los niveles de bilirrubina se mantuvieron dentro de los parámetros normales (en 5 mg/dl).

Diagnóstico de Enfermería:

Déficit en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano relacionado con procedimientos invasivos, manifestado por movimientos rígidos, aumento de la frecuencia cardíaca hasta 176 latidos por minuto, disminución de la oximetría de pulso hasta 80% y puntuación en la escala del dolor de 6 (dolor leve).

Objetivo:

Disminuir el dolor en la prematura mediante medidas que proporcionen analgesia durante su hospitalización.

Prescripción del cuidado:

Implementar cuidados especializados para favorecer el confort y minimizar el impacto de los procedimientos en la prematura.

| Agencia de Enfermería | Sistema de Enfermería | Tratamiento regulador | Fundamentación científica |
|--------------------------------|-----------------------|--|--|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Efectuar el lavado de manos antes y después de estar en contacto con la prematura con posterior aplicación de alcohol gel. | El lavado de manos constituye la medida en primera instancia que tiene por objeto eliminar micro y macroorganismos patógenos de la piel, así como evitar la diseminación de los mismos. (Rosales, Susana 2003, Fundamentos de Enfermería). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Valorar el dolor que presenta la prematura de acuerdo a escala referida en el instrumento de valoración (ver anexos). | Las escalas de valoración del dolor en neonatos permiten tener una aproximación del grado de dolor que presentan a pesar de ser este una experiencia subjetiva, compleja e individual que puede ser asociado a alteraciones del comportamiento (llanto, expresión facial y movimientos del cuerpo), fisiológicas (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno), bioquímicas (niveles de cortisol y |

| | | | |
|--------------------------------|-----|---|---|
| | | | catecolaminas).(NNANI, 2010: Modulo del dolor). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Mantener monitorización continua de la prematura. | El grado de dolor que presenta un neonato puede registrar alteraciones en la frecuencia cardiaca, respiratoria, oximetría de pulso y presión arterial. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Planificar los cuidados y llevar a cabo manejo mínimo. | El manejo mínimo es el conjunto de actividades llevados a cabo por el personal de salud en el cuidado y manejo del recién nacido prematuro o gravemente enfermo, ofreciéndole un ambiente extrauterino adecuado para el crecimiento y desarrollo cerebral basada en la atención al desarrollo como una forma de aproximación humana y de sentido común para cubrir las necesidades del neonato. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Reducir al mínimo el número de intervenciones o procedimientos fallidos. | El reducir al mínimo los procedimientos que se realizan al neonato es una forma de prevenir y anticipar el dolor y se debe considerar tanto la destreza en el profesional enfermero a realizar el procedimiento como la utilización de analgesia farmacológica en procedimientos muy dolorosos. (Taméz, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Favorecer un ambiente tranquilo con ruido y luz disminuida en la medida de lo | El feto inicia su vida en un medio ambiente que modula todos los estímulos que actúan sobre él mientras transcurre su desarrollo: el útero materno. Se caracteriza por ser un ambiente |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|--|
| | | posible. | líquido, tibio, oscuro, que proporciona contención y comodidad, además de los nutrientes y hormonas necesarias para el desarrollo normal del niño en formación. Es por eso que al nacer prematuramente el estrés que puede generarle es elevado, por lo que es necesario mantener en la medida de lo posible un ambiente semejante al que estaba durante su desarrollo intrauterino. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Mantener en contención a la prematura mediante uso de dispositivos como el nido. | Desde el punto de vista postural, el útero materno le proporciona al feto la flexión global de su cuerpo, favorece el desarrollo en la línea media, la contención y por supuesto la comodidad necesaria, posicionándolo correctamente para que la naturaleza actúe sobre él. Esta función puede semejarla el uso del nido. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Uso de analgesia no farmacológica como la sacarosa o glucosa al 25% .5 ml vía oral. | La sacarosa es efectiva a través de su actuación en el sistema nervioso central, libera opioides endógenos y bloquea las vías de dolor. Para mejorar el efecto debe administrarse dos minutos antes del procedimiento doloroso. (Taméz, 2008: Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal). |

| | | | |
|--------------------------------|------|---|---|
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C. | Estimular a la madre o al padre que durante la hora de visita mantengan comunicación con la prematura en un tono suave. | La intervención de los padres en brindar estimulación auditiva y visual a la prematura favorece el vínculo que durante la gestación se formo. |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Ministrar analgesia farmacológica previa prescripción médica y en base a las condiciones de la prematura. | Algunos de los medicamentos que más se utilizan para disminuir el dolor son el midazolam el cual es una benzodiacepina que tiene una acción inmediata, su dosificación es: de 50 a 100mcg/kg/dosis. El vecuronio es un agente bloqueador neuromuscular relajante muscular su dosis es de 0.1mg/kg/dosis. El fentanil es un analgésico no narcótico que es 50 a 100 veces más potente que la morfina, su dosificación es de 1 a 4 mcg/kg/dosis.(F.N.N.M. 2007:PAC Neonatología 2). |
| Lic. Enf. Karina Mendoza | T.C | Documentar en la hoja de enfermería los cuidados brindados. | Los registros clínicos permiten evaluar el tratamiento, tomando en cuenta las alteraciones y la mejoría después de la aplicación del cuidado. (Ruiz, 2006. Calidad en los registros de Enfermería). |

Control de casos:

Posterior a la aplicación del tratamiento regulador, los signos vitales de la prematura se mantuvieron dentro de rangos normales, y a la aplicación de la escala del dolor presento un puntaje de 2. Se mantuvo el ambiente de confort en la prematura.

VII.-PLAN DE ALTA.

Nombre: R/N Rivera Grande

Registro:

DVE: 30

Peso: 1800 grs

Motivo del alta: Continuar manejo extrahospitalario

Pronóstico: Bueno para la vida, reservado para la función

CUIDADOS EN EL HOGAR.

1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

- Mantener eutermia:

Tener a la prematura en un cuarto ventilado, con una adecuada iluminación, evitando las corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura. Que el aseo de su cuarto sea una vez al día, al igual que el cambio de ropa y de cama.

Al bañarlo procurar que sea lo más rápido posible.

- Mantener la vía aérea permeable:

Es importante mantener una postura alineada con su cuerpo cuando este acostada boca-arriba. Reconozca los signos de alarma dificultad respiratoria como son: (polipnea, cianosis, retracción xifoidea)

En el caso de egresar al domicilio con apoyo de oxígeno, verificar que se encuentre en óptimas condiciones el tanque de oxígeno, que este se encuentre lleno y la forma correcta de colocar las puntas o el mismo en forma indirecta.

La forma en que va a aspirar las secreciones, si las hay, es con una perilla y la madre ya cuenta con la información sobre cómo hacerlo.

2.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Leche materna a libre demanda (mínimo 8 veces al día) cada 2 o 3 hrs.

Se enfatiza la importancia de que este sea el único alimento antes de que cumpla los 6 meses de nacida la neonata.

Detectar oportunamente las señales que indican la presencia de hambre como son: acercarse las manos a la boca, mueve la misma, se mueve de un lado a otro o llanto.

Cambiar el pañal antes de cada toma y realizar la técnica de alimentación al seno materno (la madre ya está capacitada).

Realizar ejercicios para fortalecer el reflejo de succión y deglución. Por ejemplo, realizar movimientos circulares en ambas mejillas en el sentido de las manecillas del reloj y posteriormente hacia el lado contrario, antes de cada toma si es posible.

Es importante que la madre ingiera abundantes líquidos y trate de mantener una alimentación balanceada y equilibrada.

3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Este requisito va muy de la mano con el anterior.
Realizar la técnica de amamantamiento por lo menos 15 minutos de cada seno.
Vigilar presencia de reflujo o evacuaciones líquidas.
Para evitar que la recién nacida presente cólicos es recomendable 30 minutos después de que se ha alimentado realizar un masaje abdominal en el sentido de las manecillas del reloj.
Después de la alimentación hacerla que “repita” y acostarla con la cabeza ligeramente levantada.
Llevar control de crecimiento y desarrollo cada mes.

4.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y las excretas:

En caso de que se le dificulte evacuar a la recién nacida, realizar masaje abdominal, en caso de no mejorar deberá acudir a su unidad de atención.
Valorar las características de las evacuaciones. No deben ser fétidas ni de color muy oscuro o muy claro.
Explicar el cuidado del área perianal: limpieza, importancia de mantener seca el área del pañal, cambio frecuente de la misma para evitar dermatitis por pañal.
En caso de irritación del área realizar aseo con agua y jabón evitando fricción en el área.

5.-Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Cuidar su postura empleando un nido “que puede ser con una sábana enrollada” a fin de favorecer su desarrollo postural.
Tratar de ir adaptando sus horarios de día y noche. En la noche tratar de moverlo lo menos posible. En el día procurar que los ruidos no sean muy intensos pero que tenga interacción con los sonidos.
Evitar las cremas con perfumes, utilizar lubricante con pH neutro.
Utilizar técnica de mama canguro (uso del rebozo).

6.-Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Platicar con la madre sobre la importancia del apego materno para la neonata, cantarle, arrullarle, abrazarla, acariciarla y platicarle.
Explicarle la importancia de la participación de la familia en su desarrollo social. (Identificación de cada miembro).

7.-Prevención de peligro para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Se recuerda a la madre que debe recabar el resultado del tamiz metabólico realizado en el hospital al nacimiento.
Debe iniciar esquema de vacunación acorde a su edad.
Orientación sobre los medicamentos:
Vitaminas ACD:
Dar .5 ml vía oral cada 24 horas.
Sulfato ferroso:
Dar 4 mg vía oral cada 24 horas.
Debe acudir a su centro de salud para dar seguimiento cada mes.
Acudir al servicio de estimulación temprana cada semana para neuroestimulación.
En caso de urgencia acudir a su hospital más cercano para atención en caso de presentar fiebre, vómito, letargo, aumento del perímetro abdominal. Convulsiones.

8.-Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de normalidad.

Informar a la madre sobre la importancia de continuar con el tratamiento médico y de terapia ocupacional de la neonata.
Efectuar estimulación temprana con uso de texturas, música suave y cantos hacia la paciente.
Realizar masaje infantil (la madre ya cuenta con la capacitación) diariamente
Realizar ejercicios de Bobath.
Terapia vestibular (uso del rebozo, la pelota).

VIII.-CONCLUSIONES

El Método Enfermero es una guía que facilita el brindar el cuidado enfermero especializado al neonato, tanto sano como en estado crítico.

La aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem nos ayuda a tener una visión integral del neonato, detectando la demanda de autocuidado terapéutico de forma individualizada para poder brindar un a prescripción especializada del cuidado que permita al neonato mejorar su calidad de vida y que continúe en su crecimiento y desarrollo. De igual forma el documentar el cuidado que se brinda nos permite mejorar en la calidad de la atención y en la retroalimentación entre el personal que atiende a los neonatos.

La enfermería neonatal se ha convertido en un campo de práctica altamente especializado en el que el profesional debe actualizarse permanentemente a fin de brindar cuidados eficientes, de alta calidad y sustentados en la mejor evidencia posible.

La prematurez es un grave problema de salud pública que hace que aumente en su atención el uso de infraestructura hospitalaria y en la mayoría de los casos una estancia prolongada. Por otra parte es este grupo de neonatos en los cuales la mayoría de los cuidados especializados se deben enfocar a prevenir al máximo secuelas como retardo en el crecimiento y desarrollo, retinopatía del prematuro, alteraciones en el neurodesarrollo entre otras que puedan afectar su crecimiento y desarrollo.

El llevar a cabo el presente estudio de caso plasma en gran parte el conocimiento adquirido para brindar un cuidado especializado a este grupo tan vulnerable durante la realización de la especialidad de Enfermería en el Neonato.

IX.- SUGERENCIAS

Aunque durante el primer semestre se aplica la etapa de valoración al neonato en estado sano, es de vital importancia realizarla con un instrumento más específico en el neonato en estado grave, ya que inevitablemente se abordan más casos de neonatos enfermos que de sanos dicho periodo.

De igual forma considero enfocar un poco más tener más clases sobre la atención en el neurodesarrollo de los neonatos en estado grave, ya que en el caso de los prematuros su estadía tiende a ser mucho más prolongada y es un campo con oportunidad para el personal especializado que brinda el cuidado al neonato.

Como sugerencia para la atención de los neonatos prematuros considero necesario su manejo en incubadora con el fin de brindarle un ambiente más adecuado.

X.- BIBLIOGRAFÍA.

Balan Gleaves, (2009), Antología: Teorías y modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado, México: ENEO UNAM.

Cavanagh S. (1993) Modelo de Orem. Aplicación práctica. España: Masson.

Cisneros, Fanny, (2006) Proceso de Atención de Enfermería, Universidad de Cauca, Perú (en línea) recuperado el 12 de diciembre de 2010 de: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/ProcesoDeAtencionDeEnfermeria-PAE.pdf>

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (2010) Recomendaciones específicas para mejorar la práctica en Neonatología (en línea) recuperado el 12 de Diciembre de 2010 de: http://www.conamed.gob.mx/interiores_2010.php?ruta=http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/&destino=recomendaciones.php

Comité Científico Neonatal-Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Dr. J. P. Garrahan (2009) Cuidados de Enfermería Neonatal. 3ª. ed. Buenos Aires: Journal.

Deacon J. y O Neill P. (2001) Cuidados Intensivos de Enfermería al Neonato, México: Mc Graw Hill.

Decalogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA10.pdf>

Enfermeras 3.0 (2009) Biografía de Orem. (en línea) recuperado el 14 de Mayo de 2011 de: <http://nurse3.wordpress.com/2009/11/25/dorothea-orem/>

F. N. N.M., Mancilla Rodriguez Javier (Comp), (2007). Programa de Actualización Continua en Neonatología, Libro 1, México: Intersistemas.

Fry, Sara. (2010) Etica en la práctica de Enfermería: una guía para la toma de decisiones éticas. México: Editorial Manual Moderno.

Garrahan, CCNHP, (2010) Cuidados en Enfermería Neonatal, 3ª. Ed .Argentina: Ediciones Journal.

Hernández Flores, (2006), Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro; Rev. Enf. Del IMSS.

Jasso Gutiérrez, Luis. (2008) Neonatología Práctica. 7ª. ed. México: Editorial El Manual Moderno.

Karlsen, Kristine (2006) El Programa S.T.A.B.L.E. Cuidados Post-reanimación y Pre-transporte para Neonatos Enfermos. 5ª. ed. USA: March of Dimes.

Laserna. (2006) Introducción a una ética en los cuidados neonatales y pediátricos, España: Masson.

Mata, Mendez y otros (2009) Cuidado Enfermero al recién nacido prematuro, (en línea) México, recuperado el 12 de diciembre de 2010 de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim091h.pdf>

Orem, Dorothea Elizabeth. (1993) Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. España: Ediciones Científicas y Técnicas.

Ostiguín, M., Velázquez, H. (2001) Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía básica ilustrada. México: Editorial El Manual Moderno.

Plascencia, M., Barbosa, R., Herrera, G. (2010a) Cuidados Avanzados en el Neonato, Libro 1: Estructura de la Atención y Cuidados Neonatales. México: Intersistemas Editores.

Plascencia, M., Barbosa, R., Herrera, G. (2010b) Cuidados Avanzados en el Neonato, Libro 2. Nutrición en el Recién Nacido. México: Intersistemas Editores.

Sollano, C., Salazar, I., Hernández, G. (2010) Cuidados de Enfermería al neonato diminuto (en línea) Modulo 10, tema 1, NNANI 2010, México. Recuperado el día 17 de Diciembre de 2010 de:
<http://www.nestlepediatria.com/nnani/lecturaActual.asp?tema=1&modulo=13>

Támez, R y Silva, M.J. (2008) Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. 3ª. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Taylor SG. (2006) Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. 6ª. ed. España: Elsevier.

XI.- ANEXOS

VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL NEONATO

| Parámetros | 2 | 1 | 0 | Total |
|--------------------------------|---|--|--|----------|
| 1.-Sueño | Despierto constante  | Despierta a intervalos frecuentes | Duerme constantemente  | 1 |
| 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.- Movimientos de los brazos. | Flexionados/ extendidos. (tensos, rígidos, flexionados constantemente) | Flexionados/extendidos (tensas, rígidas, extensión y flexión rígidas frecuentemente) | Relajados (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) | 1 |
| 5.- Movimientos 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) | 1 |
| 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. | 1 |
| 8.-Presión arterial | Incrementa >10mm/Hg | Incrementa a 9 mm/Hg | Dentro de las percentilas | 1 |
| 9.- Frecuencia respiratoria | Retracciones intercostales y esternales marcadas, aleteo nasal, gemido respiratorio. | Diferente del basal (retracciones intercostales mínimas) | Relajado (mantenimiento del patrón de respiración normal) | - |
| 10.- Sat O2. | ↓ de 71-76%, requiere incremento del FiO2 | ↓ de 79-85% requiere incremento de FiO2 | 88-95% con o sin oxígeno. Ningún aumento de la FiO2. | 1 |
| CALIFICACIÓN | | | | 6 |
| 0-6 pts. | Leve | x | | |
| 7-15 pts. | Moderado | | | |
| 16-20 pts. | Severo | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio de la presente yo Brenda Rivera Grande doy mi consentimiento para que la Lic. En Enfermería y Obstetricia, Karina Maribon Gutierrez, Estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento de mi hijo (neonato), como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Me autorizo toma de datos

AUTORIZO:

[Signature]

TESTIGO:

[Signature] Laura Torres A.