



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**



PROCESO ATENCION DE ENFERMERÍA

**APLICADO A UN RECIEN NACIDO PRETERMINO EN EL SERVICIO DE UCIN
REALIZADO EN EL HOSPITAL BITE MÉDICA**

PARA OBTENER EL TITULO:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

**DANES CHANTERO EFREN
N° DE CUENRA 411102508**

ASESORA

LEO ISABEL CRISTINA PERALTA REYES

CIUDAD DE MEXICO

OCTUBRE/2017



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.

Agradecimientos

A mis padres, gracias infinitamente por todo el apoyo que me han brindado toda la vida, y por ese gran ejemplo de vida que son para mí. Gracias padres por la forma en la que me educaron, por los valores que me inculcaron, por haberme sabido indicar un buen camino de vida, porque gracias a ustedes he llegado hasta donde estoy, nunca me cansare de agradecerles y siempre estaré orgulloso de ustedes dos, José Efren y Carolina mis amados padres.

Gracias hermanos por el apoyo que me brindaron desde aquel día en que decidí estudiar en otra ciudad apartado de ustedes, Leonardo, Raquel, Gerardo y Cristal.

Profesora Isabel Cristina Peralta Reyes, gracias por el apoyo brindado desde el primer momento en que solicité su asesoría en la realización de este proyecto.

Dedicatoria

...

A mi papá

...

Siempre te llevare en mi corazón.

*cada vez que mire al cielo, te veré a ti,
cada vez que una oleada de viento rose mi piel, sentiré que eres tu él que me
acaricia,
cada éxito que logre, te lo dedicare a ti mi amado padre, Q.E.P.D.*

...

A mi mamá

...

Que dios te siga dejando más tiempo conmigo, mi amada madre.

ÍNDICE

Introducción	5
Metodología	6
- Justificación	6
- Objetivos	6
- Limites	7
Marco Teórico	8
- Dorothea E. Orem	8
- PAE	16
Identificación del Paciente	24
Formato de Valoración	25
- Antecedentes de la madre	32
- Análisis y detección de alteraciones	33
- Jerarquización de necesidades	33
Plan de Cuidados	34
Plan de Alta	40
Conclusión	41
Anexos	42
- Prematurez	42
- Escala del dolor	49
Bibliografía	50

Introducción

El trabajo enfermero es un concepto, incorporado en la naturaleza del ser humano como una necesidad básica que asegura la calidad en el cuidado del paciente, ya que se basa en un amplio marco teórico y permite individualizar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Además considera al paciente cuando no tiene conocimiento, voluntad o capacidad por sí mismo para mantener su salud.

El cuidado enfermero en pacientes prematuros basado en el modelo de atención de Dorothea E. Orem, abarca las medidas preventivas que debe llevar a cabo el personal de enfermería y que sirven de guía en las áreas de atención donde desarrollan sus actividades profesionales.

En este trabajo se abarca desde que nace el Recién Nacido hasta que egresa de la unidad de salud, teniendo en cuenta todos sus antecedentes prenatales, procedimientos realizados, y la evolución que tiene día con día. Basándonos en el modelo de Dorothea E. Orem, se lleva un control en cuanto a sus necesidades, jerarquizándolas, y así poder realizar diagnósticos de enfermería, para ofrecer un mejor cuidado en cuanto a su recuperación y así realizar un adecuado plan de cuidados que los padres puedan seguir para cuando estos se encuentren ya en casa, recalcando los cuidados específicos así como identificar cuáles son los signos y síntomas de alarma que pudiese presentar el RN, y que deben hacer en caso de que esto suceda.

En este proceso de atención de enfermería (PAE), se describen las intervenciones de enfermería que se aplicaron a un recién nacido prematuro de 31.6 semanas de gestación, en el servicio de unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), en el Hospital Bite Medica.

Metodología

-Justificación

- ✓ La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de Enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de satisfacción profesional.
- ✓ Tiene una finalidad ya que se dirige a un objetivo, es sistemático, pues, implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo
- ✓ Se trata también, de un proceso dinámico debido a que responde a un cambio continuo.
- ✓ También es flexible debido a que se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.
- ✓ El Proceso de Atención de Enfermería cuenta con una base teórica, ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de Enfermería.

-Objetivos

✓ **General**

Gestionar el cuidado enfermero y la tecnología del cuidado neonatal mediante la solución de problemas de salud con el fin de incrementar el promedio y la calidad de vida del paciente prematuro.

✓ **Específicos:**

- a) Identificación de las necesidades específicas del recién nacido prematuro.
- b) La importancia de mantener la oxigenación y la termorregulación del recién nacido prematuro.

- c) Intervenciones específicas para mantener una adecuada hidratación, nutrición, protección y seguridad en recién nacidos prematuros.

-Limite

- ✓ Tiempo: Julio/Agosto 2017
- ✓ Lugar: Hospital Bite Medica
- ✓ Espacio: Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)

MARCO TEORICO

DOROTHEA E. OREM.

LA TEORÍA ENFERMERA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO¹

Biografía.

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inicio su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Sus primeros años de práctica enfermera los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como Profesor Asistente (1959-1964), Profesor Adjunto (1964-1970) y Decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966).

Como consultor de plan de estudios, Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso Community College, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington.

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermera práctica en 1958, 1959 y 1960, a la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976.

El primer libro publicado de Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió

trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

Dorothea murió el 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia).

Fuentes teóricas

Aunque Orem cita a menudo a Eugenia K. Spaulding como una gran amiga y profesora, afirma que ningún líder en enfermería tuvo una influencia directa en su trabajo. Considera que su asociación, compuesta por muchas enfermeras le ha aportado numerosas experiencias formativas a lo largo de los años; y que su trabajo con estudiantes licenciados, su trabajo de colaboración con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita mucho de los trabajos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, Réne Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, William Wallace, Bernard Lonergan y Ludwing von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas fuentes para poder comprender la obra de Orem debidamente.

Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace. Banfield presentó un análisis de las fundaciones metafísicas y epistemológicas de la labor de Orem, concluyendo que la “visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales”, son el fundamento de la TEDA. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu también exploraron los fundamentos filosóficos de la teoría. Orem explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente. La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Los conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otros de los fundamentos. Gullifer sugiere que los “concejos de Orem en el nexo enfermera paciente... pueden interpretarse como parcialmente basados en la filosofía Kantiana”, incluidos el imperativo categórico y la fusión de la mente y el cuerpo.

Utilización de pruebas empíricas

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en el Indiana State Department of Health. Este trabajo le permitió

formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años.

Desde la primera vez que la TEDA fue publicada, se ha dado una ampliación de la existencia empírica que ha contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte de éste se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender cómo se recoge e interpreta la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulaciones prácticas, las prácticamente prácticas y las ciencias aplicadas. Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamentos. Las ciencias de la práctica enfermera incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y la asistencia humana. Además, propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.

Conceptos principales y definiciones

Autocuidado

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y lleva a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo, sano y así continuar con el desarrollo personal y el bienestar.

Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Requisitos de autocuidado universales

1. El mantenimiento de un aporte de aire, agua y alimentos suficientes.
2. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
3. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
4. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.

5. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

Requisitos de autocuidado de 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

Requisitos de autocuidado en caso de desviación de 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.

Necesidades de autocuidado terapéutico

Las Necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento:

1. Describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente.
2. Tiene un alto grado de eficacia instrumental derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

Actividades de autocuidado

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con

acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

Agente

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

Agente de cuidado dependiente

Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

Déficit de autocuidado

El déficit de autocuidado es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

Actividad enfermera

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad a su cuidado.

Diseño enfermero

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

Sistemas enfermeros

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

Métodos de ayuda

Un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.

1. Actuar o hacer por cuenta de otro.
2. Guiar y dirigir.
3. Ofrecer apoyo físico o psicológico.
4. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
5. Enseñar.

Principales supuestos

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y de los demás, haciendo la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Afirmaciones teóricas

Presentada como toda teoría general, la TEDA se expresa mediante tres teorías: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas enfermeros. Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación forman la TEDA.

La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora e incluye todos los elementos esenciales. Subcomprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la

cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás y expresa el objetivo, los métodos y los resultados de cuidarse a uno mismo.

Teoría de sistemas enfermeros

La teoría de sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados, diseñados y producidos, por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado de componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, o para familias u otros grupos personales.

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. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o desarrollo o del de las personas dependientes de ellos.

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas o haber llevado para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar; el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación endocrina; el autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están

asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de energía y factores medioambientales.

La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría de cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

Forma lógica

El consejo de Orem llevo a la formalización inicial y a la expresión subsiguiente de un concepto general de enfermería. Más tarde, esta generalización permitió el pensamiento inductivo y deductivo en la enfermería. La forma de la teoría se muestra en los muchos modelos que Orem y otros han desarrollado. Orem describió los modelos y su importancia en el desarrollo y la comprensión de la realidad de las entidades. Estos modelos se dirigen al conocimiento de las estructura de los procesos que son operativos o que se vuelven operativos en la producción de los sistemas de enfermería, sistemas de cuidado para las personas o para las unidades de cuidado dependiente o los grupos de personas atendidos por las enfermeras. La teoría global es por tanto coherente.

Desarrollo posterior

Desde el momento de publicación de la primera edición de “Nursing: concepts of practice” en 1971, Orem estuvo implicada en el desarrollo continuo de sus conceptualizaciones. Desarrollo este trabajo tanto sola como con compañeros. La sexta y última edición se completó y se publicó en el 2001.

Crítica

- 1.- Claridad; el lenguaje de la teoría es coherente con el que se utiliza en el siglo XXI en la teoría de la acción y la filosofía.
- 2.- Simplicidad; se expresa con n número limitado de términos. Estos términos se definen y se utilizan de manera coherente en la expresión de la teoría.
- 3.- Generalidad; la teoría enfermera del déficit de autocuidado no sirve como explicación para la individualidad de una situación concreta de la practica enfermera, sino que es la expresión de una combinación singular de propiedades conceptualizadas o características comunes a todas las ramas de la enfermería.
- 4.-Precisión Empírica: ofrece una explicación descriptiva de por qué las personas necesitan la enfermería y que procesos se necesitan para obtener la atención enfermera requerida.
- 5.-Consecuencias deducibles: la TEDA diferencia el centro de interés de la enfermería de las demás disciplinas.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA²

Es un sistema de planificación y una herramienta indispensable en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Valoración

Para enfrentarse a un problema, lo primero es determinar en qué consiste el problema. Por lo tanto, la primera fase del proceso de resolución de problemas es la valoración. Esta fase comienza con la recopilación de aquellos datos del paciente que implican acciones de enfermería y termina con el diagnóstico de enfermería, que es una exposición de los problemas que aquejan al paciente.

Observar y entrevistar al paciente son métodos básicos para reunir información. La historia clínica de enfermería proporciona un esquema sistemático a partir del cual se desarrolla un registro escrito acerca del paciente. Habitualmente se realiza en forma de cuestionario o de lista de evaluación. Esta historia clínica proporciona los antecedentes con los que se hará la valoración de los problemas existentes o potenciales del paciente, y sirve como base para planear, efectuar y evaluar los cuidados de enfermería.

El hacer una historia clínica permite a la enfermería establecer una relación enfermera-paciente positiva, observar la conducta y el estado del paciente, así como obtener información acerca de éste. El uso de un formato es útil para asegurar la obtención de toda la información necesaria.

La enfermera que no está familiarizada con la técnica de la entrevista puede leerle al paciente, con cuidado, cada una de las preguntas; la enfermera que está acostumbrada a esta técnica puede explicar con más claridad las preguntas. La entrevista realizada con este propósito ayuda a obtener resultados satisfactorios.

La entrevista es un método de comunicación con fines directos. Deberá ser lo más cordial posible, progresando de lo general a lo específico y dándole al paciente la oportunidad de que se exprese espontáneamente. Habrá que animar al paciente a que exprese sus sentimientos, ya que durante la conversación espontánea a menudo está en disposición de revelar información útil. La entrevistadora debe enfocar su atención sobre las áreas con cargas emocionales, debido a la posibilidad de que sean estas áreas donde el paciente tenga dificultad para adaptarse.

La entrevista es algo más que una simple sesión de preguntas y respuestas. Es una técnica de observación. La entrevistadora debe escuchar la mayor parte del tiempo. Las respuestas verbales del entrevistador tienden a obstaculizar las

respuestas del paciente. Al hacer conclusiones, es necesario no solo escuchar al paciente, sino también mirar sus expresiones faciales y gestos, advertir la forma en que dice las palabras.

La valoración hecha a través del uso de la historia clínica y de otras fuentes secundarias como, los registros médicos de turno y de kardex, permiten a la enfermera elaborar un diagnóstico de enfermería, que es una exposición de los problemas del paciente. Este diagnóstico se hace con la recopilación y evaluación de los datos que implican acciones de enfermería.

OBSERVACION:

Las enfermeras deben adquirir habilidad para observar los signos y síntomas, aparentes o no, de los problemas. Mientras que los aparentes son obvios, los no aparentes son más oscuros y con frecuencia se asocian a aspectos psicológicos. Un síntoma es cualquier manifestación que indica enfermedad o cambio del estado de salud de salud del paciente que es percibido por este u observando por alguna otra persona. Los síntomas son objetivos o subjetivos. Los síntomas objetivos (signos) son manifestaciones objetivas de la enfermedad que pueden ser observadas por otros y cuantificadas con instrumentos que amplían la capacidad humana de observación. Los síntomas subjetivos solo son reconocidos por el paciente.

La observación es esencial para planear los cuidados de enfermería, pero no es adecuada por sí misma. Este es un proceso continuo acompañado de inferencias minuciosas y acciones apropiadas. Aunque la observación no es su única obligación, la enfermera debe tomarla como responsabilidad primaria debido a sus conocimientos, habilidades y proximidad con el paciente.

ENTREVISTA DE ENFERMERIA

La entrevista de enfermería es una técnica observacional. Es un método que permite aprender acerca de las personas a través de una comunicación intencionada y dirigida hacia un fin. La entrevista de enfermería se desarrolló en un esfuerzo por proporcionar un cuidado personalizado. Su propósito es animar al paciente a que exprese sus ideas, sus sentimientos y los hechos que permiten identificar sus necesidades inmediatas y a largo plazo. La enfermera se enfoca al paciente y lo estimula a que reconozca sus necesidades y sus metas. Con esto, la enfermera le da al paciente la oportunidad de encontrar la solución para satisfacer sus propias necesidades de salud. La información obtenida se incorpora al plan de cuidados de enfermería.

El ambiente son las condiciones y circunstancias inmediatas que afectan a una persona. La enfermera debe escoger el momento que sea más propicio para lograr una comunicación óptima, un momento en el que haya el mínimo de estímulos externos.

Al elegir el sitio de la entrevista, deben tomarse en cuenta las condiciones de color, ventilación, humedad, olor, ruido, y mobiliario. Debe mantenerse un clima privado y confidencial. Las actitudes de la enfermera también pueden afectar los resultados de la entrevista. Una actitud cordial puede comunicarse a través de la amabilidad y la consideración. Esta actitud manifiesta un desinterés, un amor a la humanidad, e implica respeto para sí misma y para los demás. La actitud de aceptación transmite a la persona que sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, son importantes y dignos de atención.

La enfermera puede utilizar series de preguntas directas o abiertas. Al permitir que el paciente hable con libertad, y al escucharlo con atención, la enfermera mejora su relación con el paciente. La técnica de preguntas directas obliga al paciente a dar una respuesta, pero lo predispone a describir menos aspectos de sí mismo de los que podría revelar contestando preguntas abiertas.

ESCUCHAR:

El escuchar en forma adecuada es la clave de una entrevista exitosa, de una comunicación terapéutica y de que se le considere una conversación estimulante. El escuchar es una habilidad difícil de aprender.

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA

Elaborar una historia clínica a través de la entrevista con el paciente le proporciona a la enfermera la oportunidad de establecer una relación enfermera-paciente positiva, de obtener información sobre el paciente y de observar el estado y comportamiento de éste. La historia clínica de enfermería es un registro escrito de la información acerca del paciente. Facilita los datos sobre los que se valoran los problemas actuales y potenciales del paciente y es la base para planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. La enfermera debe estar capacitada para recopilar la información con rapidez, evitando duplicar la información ya recogida por otros miembros del equipo de salud. Cierta información puede registrarse al lado del paciente encamado; después pueden añadirse otros datos. Los mejores informes son los concisos y organizados en unidades de información que sirven como base para los planes realistas e individualizados de los cuidados de enfermería.

FUENTES DE INFORMACION RESPECTO AL PACIENTE.

- El paciente y su familia.
- Examen del hogar y de la comunidad del paciente.
- Registros médicos.
- Registros sociales.
- Registros del desarrollo.
- Resultados de pruebas diagnósticas.
- Notas de enfermería

Las notas de enfermería deben contener comentarios preciosos y objetivos acerca de las desviaciones del paciente con respecto a la conducta normal. Deben contener, además, los signos y síntomas del paciente, las modificaciones de su estado, sus reacciones a las pruebas y al tratamiento, la educación que se logró impartir, las causas por las que se le administraron medicamentos analgésicos y su efecto, la cantidad de material drenado y las razones para omitir medicamentos o tratamientos.

- Informes de cambio de turno
- Kardex. contiene información pertinente y un resumen del plan de cuidados de cada paciente de la sala. Debe revisarse continuamente para que sirva como un medio rápido y eficaz de información sobre los pacientes.

Diagnostico de enfermería

Después de la evaluación, la enfermera está capacitada para elaborar un diagnóstico. Debe valorar la energía y debilidad del paciente según lo que exprese de sus problemas actuales y potenciales, aparentes o no aparentes. El diagnóstico de enfermería es una conclusión basada en principios científicos e indica las necesidades del paciente en relación al cuidado de enfermería. Con el termina la fase de valoración y da principio la fase de planeación dentro del proceso de enfermería.

Planeación

La fase de planeación del proceso de enfermería comienza con el diagnóstico de enfermería, que se efectúa recabando y evaluando datos que tienen repercusiones sobre las actividades de enfermería. Una vez identificadas las necesidades del paciente, deben clasificarse en un orden de prioridad que establezca preferencias para la distribución del trabajo de enfermería.

Si el paciente está en una situación de amenaza para su vida, se lleva a cabo una rápida valoración limitada a la respiración y circulación y se toman las medidas de emergencias necesarias. Una mayor valoración se pospone hasta que el paciente alcance una estabilidad fisiológica. Si el paciente tiene una afección aguda psicológica o física, se debe determinar la naturaleza de la afección y controlarse la situación antes de intentar una mayor evaluación. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes con lo que la enfermera trabaja no se encuentran en estados agudos. Muchos pacientes son capaces de identificar sus propias necesidades, determinando sus metas y colaboración en clasificar prioridades.

La teoría de Maslow de la jerarquía de las necesidades puede ser una guía para la clasificación de prioridades. Identifico cinco necesidades humanas básicas que son: fisiológica, de protección, de amor, de estimación, y de autorrealización, y sostiene que están ordenadas en una jerarquía que empieza con las necesidades fisiológicas y asciende hasta llegar a la autorrealización. Según la teoría de Maslow las necesidades de un nivel más elevado surgen después de la satisfacción de las más fundamentales. Por lo tanto, la enfermera puede prever que una vez que están resueltas las necesidades inferiores, la prioridad del paciente aumentará. Debe desarrollarse un plan de cuidados de enfermería basado en la valoración y el diagnóstico de enfermería. Por lo general incluiría los problemas del paciente, las metas y los objetivos de la atención de enfermería y la intervención de esta. Conferencias sobre cuidados de enfermería y sobre el equipo multidisciplinario pueden ser útiles para desarrollar y revisar los planes de cuidados de enfermería. El compartir la información aumenta la precisión para identificar problemas. El desarrollo del plan de la atención de enfermería finaliza la fase de planeación.

CLASIFICACION DE PRIORIDADES

Después de identificar las necesidades del paciente, la enfermera debe disponerlas por orden de prioridad. La clasificación de prioridades es el proceso para establecer un orden de preferencias en la distribución de los cuidados de enfermería.

PLANES DE ATENCION DE ENFERMERIA

El plan de atención de enfermería plantea problemas, objetivos, actuaciones y respuestas. Los planteamientos vagos y generales son relativamente inútiles, por eso, cuanto más específico y conciso es el planteamiento del problema, es más fácil definir el objetivo y descubrir la acción de enfermería. Se debe hacer una lista de los problemas actuales y posibles. No es necesario incluir en la lista del plan de cuidados de enfermería los problemas que el paciente puede afrontar de manera conveniente y que no requieren de la intervención de enfermería.

Los objetivos a largo y a corto plazo se deben definir y exponer de manera concisa. Cada objetivo debe de incluir a alguien que actúa (el paciente), una actuación y unos patrones. Debe de identificar el comportamiento final que se aceptara como una evidencia de que el paciente ha satisfecho el objetivo.

Características de los planes de cuidados de enfermería:

El plan de cuidados de enfermería se desarrolla para un paciente específico. No debe ser tan general, que pueda aplicarse a casi cualquier paciente con el mismo diagnóstico médico. Los individuos reaccionan a la enfermedad de manera diferente, y el plan de cuidados debe reflejar esta individualidad a través de las prescripciones de la enfermera que toman en cuenta las diferencias individuales.

El plan de cuidados de enfermería identifica los problemas actuales y posibles. Se desarrollan los objetivos a largo plazo y a corto plazo para lograr metas aceptables por las dos partes. El plan toma en cuenta las necesidades psicosociales del paciente y la interpretación de esas necesidades con las necesidades fisiológicas. Refleja la participación del paciente y de su familia y la coordinación con el cuidado generarla de su salud.

Los planes de cuidados de enfermería prescriben las medidas de acción de enfermería. Esas medidas se basan en principios científicos y deben tener eficacia terapéutica.

Datos de investigación respecto al uso de los planes de cuidados de enfermería:

Los estudios de los planes de cuidados de enfermería indican que el plan se utiliza en primer lugar para anotar las obligaciones funcionales relativas al plan terapéutico del médico. Los planes no reflejan al paciente como una totalidad. Una planeación de cuidados de enfermería comprensiva no es evidente. Por lo general, los planes no mencionan las precauciones de los medicamentos, requerimientos de ingestión de líquidos, los ajustes dietéticos, adaptaciones al ambiente, medidas de protección, rehabilitación, aprendizaje, referencias o apoyo psicológico. Se mencionan las necesidades higiénicas del paciente, pero por lo general las anotaciones son escuetas y sin razón aparente. Por lo general, se da una prioridad mínima a la planeación del cuidado de enfermería dentro del esquema general de las actividades del cuidado del paciente.

Ejecución

La ejecución es la aplicación real de la atención de enfermería. Ya sea la terapia de enfermería o los tratamientos de enfermería, cada uno de ellos es aplicar los cuidados de enfermería. Esto implica llevar a cabo las prescripciones del médico y

seguir las costumbres del hospital así como ejecutar las prescripciones de enfermería. Las prescripciones de enfermería son las actividades de enfermería identificadas en el plan de cuidados de enfermería como “voltear al paciente cada dos horas” y “efectúe ejercicios pasivos cuatro veces al día”.

La ejecución del plan de cuidados de enfermería contribuye a un cuidado competente por que el plan considera los aspectos biopsicosociales del paciente. El plan de cuidados de enfermería se debe utilizar en sistemas de referencia para promover la continuidad del cuidado; de otro modo se pueden desarrollar lagunas o duplicaciones en el cuidado. El paciente y su familia deben participar en la planeación del cuidado, ya que son fuentes clave de información y su compromiso en la planeación aumentará la probabilidad de su cooperación con la ejecución. La comunicación terapéutica es otro aspecto de particular importancia en la planeación del cuidado porque ayuda al paciente a identificar sus problemas, a explorar las posibles soluciones y a resolver los problemas. La enfermera tiene responsabilidad de enseñar al paciente la información y habilidades que necesita saber para ejecutar el plan de atención.

Evaluación

La evaluación es el proceso de valorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, la calidad de la atención que recibe el paciente en una institución hospitalaria, la calidad de la atención de enfermería individual a través de la autoestima, así como el desempeño personal completo. Su valor no puede ser hiperacentuado.

Evaluación de los progresos del paciente

Las consecuencias de la intervención de enfermería pueden ser positivas o negativas, anticipadas o inesperadas. Los efectos de la intervención deben ser evaluados periódicamente y la aplicación de la enfermería debe cambiar concomitantemente. La frecuencia de la reevaluación depende de cada situación. Un paciente que está en una unidad de cuidado intensivo necesita reevaluaciones más frecuentes que otro que está en un pabellón de rehabilitación para enfermos crónicos. En general, la enfermera esta reevaluando constantemente el progreso del paciente que le asignan, hacia los objetivos mutuos definidos por el paciente y la enfermera. El comportamiento del paciente se compara con el comportamiento terminal descrito en los objetivos del plan asistencial y con los datos basados en los antecedentes asistenciales, para determinar el progreso del paciente.

Verificación de la atención de enfermería

Phaneuf ha hecho un trabajo muy completo con el método para verificar la atención de enfermería. Ella define la verificación de la asistencia como la valoración escrita del trabajo formal y sistemático de la enfermera y la calidad de servicio de enfermería que señalan los expedientes de sus pacientes dados de alta. Su plan de verificar utiliza las funciones de la enfermería estipuladas por Lesnik y Anderson en su libro "Nursingpractice and thelaw". Estas funciones son:

1. Aplicación y ejecución de las ordenes legales del medico
2. Observación de los síntomas y las reacciones
3. Supervisión del paciente
4. Supervisión del personal que participa en su cuidado
5. Reportes y registros
6. Aplicación de procedimiento y técnicas de la enfermería
7. Promoción de la salud a través de la dirección y la enseñanza

Estas siete funciones asistenciales se reflejan en forma dependiente o independiente en la mayor parte de los actos de la enfermería. Phaneuf ha desarrollado cincuenta componentes y conceptos descriptivos de estas siete funciones. Su descripción detallada de estas funciones, ayuda a los auditores a evaluar la calidad de la atención de enfermería, enfocando su atención en el paciente más que en la enfermera especializada o en las enfermeras que brindan el servicio asistencial.

Identificación del Paciente

Se trata de neonato femenino, recién nacido prematuro de 31.6 SDG por Capurro, nace por vía abdominal, respira y llora se dan maniobras de reanimación se observa con dificultad respiratoria marcada con Silverman 2 puntos a expensas de retracción leve, aleteo nasal, con presencia de desaturación, se da 1 ciclo de ventilación con presión positiva y se traslada inmediatamente a UCIN.

Cursando su 14° día de vida extrauterina y hospitalización, en cuna de calor radiante, tolera estímulo enteral, uresis y evacuaciones al corriente. A la exploración física se muestra activa, reactiva, adecuada coloración e hidratación de mucosas y tegumentos, fontanela anterior normotensa, apertura ocular espontánea, ojos simétricos, narinas permeables, cavidad oral sin alteraciones, campos pulmonares con murmullo vesicular bilateral sin fenómenos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos o agregados. Abdomen blando depresible, peristalsis presente, genitales fenotípicamente femeninos, regios perianal integra, extremidades integras sin movimientos anormales.

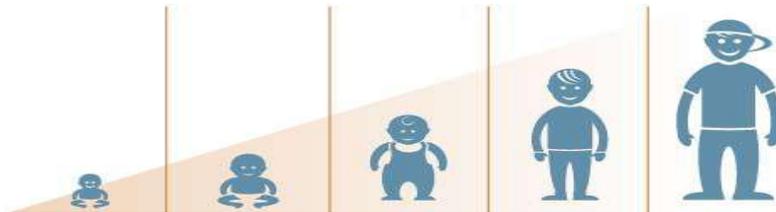
Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Formato para la valoración de enfermería pediátrica.

Identificación del paciente.

Nombre (iniciales): J.P.G. Registro: 8752. Edad: 14 días. Sexo: Femenino.
Diagnóstico: Recién nacido prematuro de 31.6 SDG por Capurro. Servicio: 14 días.
Días de estancia hospitalaria: 14 días

Valoración de la etapa de crecimiento



Somatometría y signos vitales

Peso: ___1.790kg

Talla: ___40 cm___

PC: ___32cm___ PA: ___26 cm___

Signos vitales.

Frecuencia cardiaca: _167x''_____

Frecuencia respiratoria: _68"x'''_____

Presión arterial: ___60/32 (31)mmHg_____

Temperatura: ___36.8°C_____

Saturación de oxígeno: _92%_____

Exploración física

<p>Habitus exterior</p> <p>Sexo, edad aparente, facies, actitud, postura, ropa, aseo. Constitución física, biotipo, estado de conciencia, estado emocional y cooperación.</p>	<p>Neonato femenino de 14 días de vida extrauterina, sin facies de dolor, en posición decúbito lateral derecho, bajo sueño fisiológico, activa, reactiva a estímulos, signos vitales dentro de parámetros normales.</p>
<p>Cabeza</p> <p>Cráneo, oído, nariz, boca</p> <p>Inspección</p> <p>Palpación</p> <p>Percusión</p>	<p>Fontanela anterior normotensa, suturas separadas, ojos simétricos sin alteraciones, pupilas normorreflecticas, conductos auditivos externos sin alteraciones, narinas permeables sin alteraciones, labio y paladar integro.</p>
<p>Cuello</p> <p>Tono muscular, laringe, tiroides, pulso y frémito</p>	<p>Cuello sin alteraciones.</p>
<p>Tórax</p> <p>Inspección</p> <p>Tipo, coloración, simetría, respiración (tipo) mamas (características).</p>	<p>Tórax simétrico. Campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin agregados.</p>

<p>Palpación</p> <p>Temperatura, sensibilidad, puntos dolorosos, amplexion, amplexacion, frémito.</p> <p>Auscultación</p> <p>Anterior y tórax (área pulmonar) Tórax anterior (corazón).</p> <p>Percusión</p> <p>Delimitar áreas</p>	<p>Sin facies de dolor y sin agregados.</p> <p>Adecuados a su edad gestacional.</p> <p>Sin agregados.</p>
<p>VALORACION CARDIACA.</p> <p>Frecuencia,</p> <p>ritmo, potencia, cualquier diferencia entre la mitad derecha e izquierda</p> <p>VALORACIÓN PULMONAR.</p> <p>Frecuencia, profundidad, esfuerzo, ritmo, y cualquier ruido, indicado si se perciben la</p>	<p>Ruidos cardiacos con buen tono e intensidad sin soplo con llenado capilar cada 3 segundos, pulsos simétricos con las cuatro extremidades, con frecuencia cardiaca de 160-172 lpm con TA 60/32 media de 31.</p> <p>Frecuencia respiratoria máxima de 63 x^{''}, sin datos de dificultad respiratoria sin embargo con presencia de secreciones moderadas hialinas en orofaringe.</p>

<p>inspiración y ambas fases.</p>	
<p>Abdomen y órganos abdominales.</p> <p>Inspección:</p> <p>Piel, distensión, cicatrices, obesidad, hernias, equimosis y pulsaciones.</p> <p>Auscultación:</p> <p>(antes de palpar)</p> <p>Ruidos intestinales en los diferentes cuadrantes</p> <p>Palpación:</p> <p>(Ultima) pulsaciones, masas, dolor a la palpación y rigidez.</p> <p>Al señalar por escrito los signos de evaluación, señalar siempre el cuadrante específico del abdomen vinculado con el dato.</p>	<p>Perímetro Abdominal constante de 27cm, abdomen blando y depresible, peristalsis intestinal presente, adecuada coloración de tegumentos, presentando un buen estado de hidratación, no presenta facies de dolor a la palpación, cicatriz umbilical limpia sin presencia de hernias.</p>

<p>Percusión:</p> <p>Buscar órganos sólidos (matidez), timpanismo (órganos huecos como las asas intestinales) resonancia (órganos con aire como los pulmones).</p>			
<p>Genitales</p> <p>Características</p> <p>Dolor</p> <p>Lesiones</p> <p>Describir nivel de Tanner</p>	<p>Mujeres:</p> <p>Genitales fenotípicamente femeninos, Tanner I/V sin alteraciones.</p>	<p>Hombre:</p>	
<p>Extremidades</p>		<p>Piel y tegumentos</p>	
<p>Inspección: coloración, características de las uñas, turgencia.</p> <p>Potencia de prensión manual igualdad de potencia, Circulación, sensibilidad y movimientos.</p> <p>Pulsos distales, llenado capilar, sensibilidad y movimientos (motores)</p> <p>Arcos de movimiento limitaciones y dolor al movimiento</p> <p>Edema: localización</p>	<p>Extremidades integras, simétricas en flexión, llenado capilar 3 segundos, pulsos homocrotos, sincrónicos, no hay movimientos anormales, con presencia de reflejo de prensión, y de Babinski</p>	<p>Adecuado estado de hidratación y coloración de tegumentos.</p>	

Estudios de de Laboratorio;

Biometría Hemática; sin alteraciones dentro de rangos normales.

Gasometría venosa; sin alteraciones dentro de rangos normales.

Coombs Directo; Negativo.

Reticulocitos; con resultado de 1.8 dentro de rangos normales.

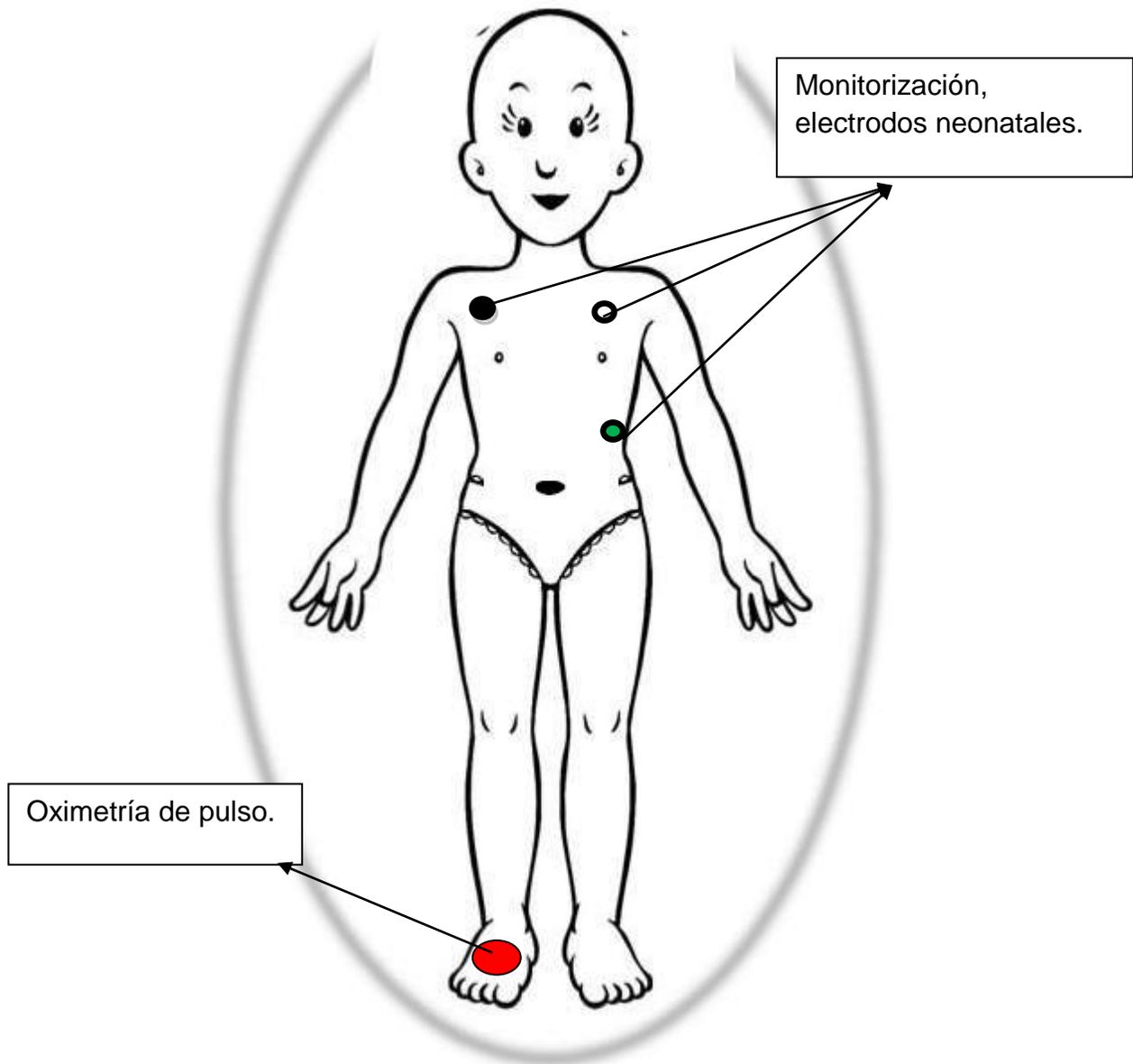
Valoración del Dolor;

Escala utilizada; NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

Puntuación; cero.

Tipo de dolor/Localización; sin dolor.

En el presente esquema, represente, las heridas, dispositivos, zonas de lesión etc., según lo presente el paciente y describa sus características (por ejemplo: dibujar sonda nasogástrica, como la tiene colocada el paciente y anotar la característica del drenaje)



Antecedentes de la Madre

Hija de madre de 37 años, producto de la gesta 3, Cesárea 1, aborto 1 , escolaridad licenciatura , estado civil UL , niega toxicomanías, antecedente de alergia negados , grupo sanguíneo O +, con control prenatal regular desde el primer trimestre , recibió aproximadamente 12 consultas, con 12 ultrasonidos . Cursó con embarazo normo evolutivo sin sangrados ni hospitalizaciones previas. Refiere consumo de multivitamínicos durante el embarazo y hasta la fecha. Otros medicamentos durante el embarazo L arginina , omega 3 , multivitamínico, ácido fólico con ruptura prematura de membrana a las 6:30 am del 060717 liquido claro, no grumos, no fétido, se administra dosis única de dexametasona 6mgkgd , se inicia manejo con Ceftriaxona y Clindamicina.

ANALISIS Y DETECCION DE ALTERACIONES

Aporte suficiente de aire	-Inmadurez pulmonar del recién nacido pretérmino.
Aporte suficiente de líquidos y electrolitos	+Adecuado aporte de líquidos y electrolitos.
Aporte suficiente de alimentos	-Intolerancia a la ingesta de alimentos, no presenta reflejo de succión/deglución.
Provisión de cuidados en la eliminación y excreción	-Inmadurez en órganos como riñones e intestino.
Equilibrio entre la actividad y reposo	+Duerme las horas que requiere un recién nacido
Equilibrio entre la soledad y la interacción social	+Sus padres le prestan total atención, sin descuidar horarios de alimentación, ni medicación.
Riesgos para la vida	-Presenta riesgo de infecciones por inmadurez inmunológica.
Promoción del funcionamiento humano	+Capacidad de los padres para crear un entorno propicio para el crecimiento y desarrollo del recién nacido

JERAQUIZACION DE NECESIDADES O PRIORIZACION DE PROBLEMAS

Aporte suficiente de aire
Aporte suficiente de alimentos
Provisión de cuidados en la eliminación y excreción
Riesgos para la vida

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA³

Necesidad Alterada; Aporte suficiente de aire.		
Nivel; 00030	Clase; 4, Función respiratoria.	Dominio; 3, Eliminación e intercambio.
Diagnóstico; Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con insuficiencia respiratoria manifestado por cianosis y desaturaciones hasta 78%.		
Intervenciones; <ul style="list-style-type: none"> - Adecuado funcionamiento de aditamentos. - Observar presencia de apnea. - Monitorización de signos vitales. - Oxigenoterapia. - Cambios posturales. 		Fundamentación; <p>Los alveolos del recién nacido con síndrome de insuficiencia respiratoria, carecen de sustancia tensoactiva y se colapsan con la espiración.</p> <p>La apnea del neonato pretermo es la interrupción de la respiración durante 20 segundos, se acompaña de cianosis , bradicardia o flacidez como resultado de inmadurez neuronal.</p>

Evaluación

Se mantenía con respiratorias normales durante el turno con una discreta presencia de apnea que se corregía inmediatamente sin alguna medida invasiva.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada; Aporte suficiente de aire.		
Nivel; 00032	Clase; 4, Respuestas cardiovasculares/Pulmonares.	Dominio; 4, Actividad y reposo.
Diagnóstico; Patrón respiratorio ineficaz relacionado con apnea por inmadurez del sistema nervioso central manifestado por bradicardia, ritmo respiratorio irregular.		
Intervenciones; <ul style="list-style-type: none"> - Valorar signos de sufrimiento respiratorio. - Estimulación táctil. - Verificar la posición del neonato. - Permeabilidad de vías aéreas. - Oxígeno complementario. 		Fundamentación; <p>La inmadurez del sistema nervioso central del neonato pretérmino aumenta su vulnerabilidad a los factores adversos que afectan el metabolismo neuronal, este a su vez puede alterar las neuronas respiratorias localizadas en el tallo cerebral.</p>

Evaluación

Se le realizaban cambios posturales (lateral derecho/izquierdo), aspiración de secreciones por razón necesaria, con mejoría en la inspiración e inspiración espontaneas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada; Riesgos para la vida.		
Nivel; 00008	Clase; 6, Termorregulación	Dominio; 11, Seguridad y protección.
Diagnóstico; Termorregulación ineficaz relacionado con el cociente entre cuerpo y superficie corporal y falta de reservas grasas, edad extrema manifestada por hipotermia.		
Intervenciones;	Fundamentación;	
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la temperatura del neonato. - Mantener sensor cutáneo de temperatura. - Manejo ambiental. - Colocar en cuna de calor radiante. 	<p>El recién nacido pretérmino es particularmente susceptible a la hipotermia, debido a la elevada relación entre superficie corporal y peso, bajos depósitos de grasa parda y escaso glucógeno. La hipotermia a la vez puede resultar en hipoglucemia, apnea y acidosis metabólica.</p> <p>La tensión por frío provoca termogénesis química (se quema grasa para mantener la temperatura corporal), lo que aumenta la demanda de oxígeno en el recién nacido.</p>	

Evaluación

Mantén temperatura dentro de límites normales permaneciendo dentro de la cuna de calor radiante.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada; Aporte suficiente de alimentos		
Nivel; 00107	Clase; 1, Ingestión.	Dominio; 2, Nutrición.
Diagnóstico; Patrón de alimentación ineficaz del lactante relacionado con efectos de la prematuridad manifestado por incapacidad para iniciar o mantener succión y deglución efectiva.		
Intervenciones; <ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de; vómito, distensión abdominal, residuo gástrico. - Alimentación forzada por sonda con intervalos cada 3 horas en cantidades crecientes. - Manejo de la nutrición. - Toma de perímetro abdominal pre y post prandial. 		Fundamentación; <p>El niño prematuro debe ser alimentado a través de una sonda por el pobre reflejo de succión y deglución, además ahorrar al máximo energía para que gane peso.</p>

Evaluación

La instalación de sonda orogástrica con rubro de cada 3 horas (entrada y salida), para alimentación del neonato, sin manifestar distensión abdominal.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada; Provisión de cuidados en la eliminación y excreción.		
Nivel; 00016	Clase; 1, Función urinaria.	Dominio; 3, Eliminación e intercambio.
Diagnóstico; Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con edema y desequilibrio hidroelectrolítico por la inmadurez renal.		
Intervenciones; <ul style="list-style-type: none"> - Control de líquidos. - Vigilar signos y síntomas de hidratación y/o deshidratación. - Vigilar excreción urinaria mediante determinación de peso del pañal. - Vigilar pérdida o ganancia de peso diario. - Estimar pérdidas insensibles. 		Fundamentación; <p>La observación del balance hídrico permite la detección temprana de alteraciones en líquidos, electrolitos y función renal.</p>

Evaluación

Manténía orina 3 y evacuaciones 2 por turno aproximadamente sin presencia de patologías agregadas.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Necesidad Alterada; Riesgos para la vida.		
Nivel; 00004	Clase; 1, Infección.	Dominio; 11, Seguridad y protección.
Diagnóstico; Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos, deficiencia inmunitaria.		
Intervenciones; -.Higiene personal. - Manipulación mínima. - Antibioticoterapia específica. - Seguir las normas institucionales para el manejo del neonato prematuro.		Fundamentación; Una higiene personal deficiente origina aumento de los microorganismos. El uso inadecuado de antibióticos puede favorecer efectos adversos indeseables, aparición de cepas resistentes y alterar la flora normal del neonato.

Evaluación

Dentro del servio UCIN se maneja aislamientos estrictos

No presento ninguna reacción a venopunción.

Plan de Alta del Recién Nacido Prematuro

Alimentación-Higiene

Alimentación, cada 3 hora con seno materno y complementas con formula similac 2 cucharaditas en 2 onzas de agua, posterior a la alimentación ponerlo a eructar, decúbito lateral derecho, no dejar solo al bebé en la habitación y mucho menos posterior a la alimentación.

Aseo diario si el clima lo permite, limpiar al bebé con esponja usar jabón neutro y shampoo para bebé. Posterior al baño, lavar y secar muñón umbilical, si este está húmedo, secarlo cada vez que sea necesario y posteriormente aplicar merthylate blanco, vigilar olor y color anormales.

Cuidados especiales

No tallar o curar el sitio de aplicación de vacunas.

Enseñar a la madre técnica canguro para fortalecer el vinculo madre-hijo, además de mejorar la regulación térmica, estimulación temprana y vigilar habilidades motoras.

Factores de riesgo

Vigilar presencia de secuelas neurológicas, parálisis cerebral, hidrocefalia, ceguera o sordera. Vigilar presencia de anormalidades neurológicas transitorias (hipertonía, hipotonía), observar la presencia de lesión auditiva, valorara retraso en el crecimiento.

Seguimiento

Esquema de vacunación, seguimiento médico de cuidados primarios, control de peso y talla y vigilar el desarrollo neuromotor.

Conclusión

Aplicar la teoría de Dorothea E. Orem para valoración del neonato prematuro implica considerar el método del autocuidado, que contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global y holística, permite reunir todos los datos necesarios para abordar los problemas de salud reales y potenciales a través de actividades independientes e interdependientes a realizar por los profesionales de enfermería. La gestión de cuidados a través de este modelo está por determinar una nueva faceta en las unidades de atención médica del país. Aunque el pronóstico y la supervivencia de los niños prematuros está relacionado directamente con la edad gestacional y peso al nacer, es importante la participación de los profesionales de la salud considerar la implementación de programas de seguimiento como objeto de investigación del recién nacido prematuro dado de alta, con el fin de verificar los efectos benéficos de las intervenciones tempranas en neonatos, los resultados pueden contribuir a evaluar las intervenciones y mejorar el cuidado enfermero.

Como punto final es necesario mencionar que el PAE es un documento que reúne todas las características necesarias para ayudar en la recuperación del paciente ya que la enfermería ve más a fondo a la persona, dando así un cuidado individual a cada persona, identificándola como única y diferente a los demás.

ANEXOS

PREMATUREZ

Datos y cifras⁴

- Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación). Esa cifra está aumentando.
- Las complicaciones relacionadas con la prematuridad, principal causa de defunción en los niños menores de cinco años, provocaron en 2015 cerca de un millón de muertes.
- Tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales, eficaces y poco onerosas.
- En los 184 países estudiados, la tasa de nacimientos prematuros oscila entre el 5% y el 18% de los recién nacidos.

Prematurez en México⁵

El nacimiento prematuro es la principal causa de muerte entre los recién nacidos (durante las primeras cuatro semanas de vida) y la segunda causa de muerte entre los niños menores de cinco años, después de la neumonía, como reporta la Organización Mundial de la Salud.

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros en el mundo (antes de las 37 semanas de gestación).

El Dr. Jorge Arturo Cardona Pérez, Director General del INPer, aseguró que la prematurez en México representa un gran reto, el cual se puede afrontar, utilizando medidas básicas como el uso de oxígeno adecuado, ventilación no invasiva, termorreguladores, control de la hiperbilirrubinemia neonatal, así como la aplicación de programas como mamá canguro, "tal como se hace en el INPer".

"En México nacen más de 120 mil prematuros moderados anualmente, en los cuales se podrían evitar complicaciones. Para lograrlo, tenemos que hacer cosas que no representan un gasto económico dando un manejo tan sencillo como mantener la temperatura y fomentar la lactancia materna, lo cual reduce de manera impactante la mortalidad y morbilidad del prematuro", agregó el Dr. Cardona.

Las principales causas de mortalidad neonatal en México, durante 2012, se debe a la prematurez en un 28.8 por ciento; defectos al nacimiento en un 22.1 por

ciento; infecciones en 19.5 por ciento; otras causas perinatales en 18.6 por ciento, e hipoxia y asfixia en un 11 por ciento.

En el INPer, cerca de 114 recién nacidos son menores de 28 semanas; 225 nacen entre las 28 y 31.6 semanas de gestación, y cerca de 700 niños son prematuros tardíos, según los reportes del año 2013. El Dr. Cardona indicó que “existen factores de riesgo asociados con un incremento de posibilidades del parto pretérmino y la ineffectividad de la intervención, entre los que destacan, según nuestros estudios, el uso del tabaquismo, enfermedades infecciosas y salud mental, lo cual indica que el tipo de vida que llevamos, la relación cultural, de pareja o la agresión; es una alta posibilidad de que un bebé nazca prematuro”.

¿Qué es la prematurez?⁶

Cuando el nacimiento se produce antes de la semana 37 de gestación (un embarazo normal dura entre 37 y 41 semanas), se dice que el niño es prematuro.

Según la edad gestacional se pueden agrupar al momento de nacer en:

- Prematuro moderado o tardío los de 32 a < 37 semanas de edad gestacional (SEG)
- Muy prematuro 28 a < 32 semanas de edad gestacional (SEG)
- Extremadamente prematuro < 28 semanas de edad gestacional (SEG)

Los bebés prematuros y/o con bajo peso al nacer pueden presentar diversos problemas de salud y/o de desarrollo. Por eso deberán permanecer un tiempo en el servicio de neonatología para recibir cuidados especiales. A menor edad gestacional mayor será el tiempo de permanencia y el riesgo de complicaciones. El contacto con la mamá y su familia es fundamental para el recién nacido durante esta etapa.

El problema⁴

Cada año nacen en el mundo unos 15 millones de bebés antes de llegar a término, es decir, más de uno en 10 nacimientos. Más de un millón de niños prematuros mueren cada año debido a complicaciones en el parto. Muchos de los bebés prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida, en particular, discapacidades relacionadas con el aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

A nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años. En casi todos los países que disponen de datos fiables al respecto, las tasas de nacimientos prematuros están aumentando. Las tasas de supervivencia presentan notables disparidades entre los distintos países del mundo. En contextos de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas (dos meses antes de llegar a término) mueren por no haber recibido cuidados sencillos, eficaces y poco onerosos, como aportar al recién nacido calor suficiente, o no haber proporcionado apoyo a la lactancia materna, así como por no haberseles administrado atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. En los países de ingresos altos, prácticamente la totalidad de estos bebés sobrevive.

Causas del nacimiento prematuro⁷

Existen muchos factores relacionados al nacimiento prematuro. Algunos directamente causan el parto y nacimiento prematuro mientras que otros pueden provocar un trastorno o una enfermedad en la madre o el bebé y requieren un parto anticipado. Los siguientes factores podrían contribuir a un nacimiento prematuro:

Factores maternos

- Preeclampsia (alta presión sanguínea debido al embarazo, también conocida como toxemia o hipertensión gestacional)
- Enfermedad crónica (como por ejemplo una cardiopatía o enfermedad renal)
- Infección (como estreptococos del grupo B, infección del tracto urinario, infecciones vaginales, infecciones de los tejidos fetales o placentarios)
- Uso de drogas (como cocaína)
- Estructura anormal del útero
- Insuficiencia cervicouterino (incapacidad del cuello uterino para mantenerse cerrado durante el embarazo)
- Parto prematuro previo

Factores relacionados con el embarazo

- Función anormal o disminuida de la placenta

- Placenta previa (posición baja de la placenta)
- Desprendimiento de la placenta (desprendimiento prematuro del útero)
- Ruptura prematura de las membranas (saco amniótico)
- Polihidramnios (demasiado líquido amniótico)

Factores relacionados con el feto

- Cuando el comportamiento del feto indica que el ambiente intrauterino no es saludable
- Gestación múltiple (mellizos, trillizos o más)

Consecuencias⁷

Los bebés prematuros nacen antes de que sus cuerpos y sistemas orgánicos hayan madurado completamente. Estos bebés son generalmente pequeños, con bajo peso (menos que 2,500 gramos o 5 libras, 8 onzas), y pueden necesitar ayuda para respirar, alimentarse, combatir infecciones y mantener la temperatura corporal. Los bebés más vulnerables son los muy prematuros, es decir, aquellos nacidos antes de 28 semanas. Muchos de los órganos podrían no estar preparados para la vida afuera del útero de la madre y podrían ser muy inmaduros para funcionar bien.

Algunos de los problemas que los bebés prematuros podrían experimentar son:

Inestabilidad de temperatura

- Incapacidad de mantener la temperatura corporal debido a una deficiencia de grasa corporal.

Problemas respiratorios

- Síndrome de dificultad respiratoria infantil (anteriormente llamado enfermedad de membrana hialina). Una afección por la cual los sacos aéreos no pueden mantenerse abiertos debido a la carencia de surfactante en los pulmones.
- Enfermedad pulmonar crónica/ displasia broncopulmonar. Estos son problemas respiratorios de largo plazo causados por lesiones en el tejido pulmonar.

- Exhalación de aire de los espacios normales del pulmón en otros tejidos.
- Desarrollo incompleto de los pulmones.
- Apnea (suspensión de la respiración). Esto ocurre en casi la mitad de los bebés nacidos en o antes de las 30 semanas.

Problemas cardiovasculares

- Conducto arterioso persistente (CAP). Un trastorno cardíaco que provoca que la sangre se desvíe de los pulmones.
- Presión arterial muy baja o muy alta.
- Frecuencia cardíaca reducida. Esto generalmente ocurre con la apnea.

Problemas sanguíneos o metabólicos

- Anemia. Esto puede requerir una transfusión de sangre.
- Ictericia. Esto se debe a la inmadurez del hígado y la función gastrointestinal.
- Niveles de minerales muy bajos o muy altos y otras sustancias en la sangre, como calcio y glucosa (azúcar).
- Funcionamiento renal inmaduro.

Problemas gastrointestinales

- Dificultad de alimentación. Muchos bebés prematuros son incapaces de coordinar la acción de succión y deglución antes de la semana 35 de gestación.
- Mala digestión.
- Enterocolitis necrotizante (ECN). Una enfermedad intestinal seria común en bebés prematuros.

Problemas neurológicos

- Hemorragia intraventricular. Es el sangrado en el cerebro.

- Leucomalacia periventricular. Un ablandamiento de los tejidos del cerebro alrededor de los ventrículos (los espacios en el cerebro que contienen líquido cefalorraquídeo).
- Falta de tonicidad muscular.
- Convulsiones. Esto puede deberse al sangrado en el cerebro.
- Retinopatía del prematuro. Esto es un crecimiento anormal de los vasos sanguíneos en el ojo del bebé.

Infecciones

Los niños prematuros son más susceptibles a una infección y pueden requerir antibióticos.

Los bebés prematuros también pueden tener problemas de salud a largo plazo. Generalmente, cuanto más prematuro es el bebé, más serios y de larga duración son los problemas de salud.

Características del RN prematuro⁷

- Bebé pequeño, generalmente pesa menos de 2,500 gramos (5 libras, 8 onzas).
- Piel delgada y brillante de color rosada o enrojecida, que permite ver las venas.
- Poca grasa corporal.
- Poco cabello en el cuero cabelludo aunque mucha cantidad de lanugo (vello corporal suave).
- Llanto y tono corporal débil.
- Los genitales pueden ser pequeños y subdesarrollados.

Prevención de la prematurez⁷

Debido a los grandes avances en el cuidado de bebés enfermos y prematuros, más y más bebés sobreviven a pesar de nacer antes y ser muy pequeños. Pero la prevención del nacimiento prematuro es la mejor manera de promover la buena salud para los bebés.

El cuidado prenatal es el factor clave para prevenir los nacimientos prematuros y bebés con bajo peso. En las visitas prenatales, se puede verificar la salud de la madre y del feto. Dado que la nutrición y el aumento de peso maternos están vinculados con el aumento de peso fetal y el peso al nacer, es fundamental seguir una dieta saludable y aumentar de peso durante el embarazo. El cuidado prenatal es también importante para identificar problemas y estilos de vida que pueden aumentar los riesgos del parto y nacimiento prematuro. Algunas maneras de ayudar a prevenir el parto prematuro y brindar el mejor cuidado para los bebés prematuros son, por ejemplo:

Identificar madres con riesgo de parto prematuro.

La educación prenatal de los síntomas del parto prematuro.

Evitar el trabajo pesado o repetitivo o permanecer parada durante largos períodos de tiempo que puede aumentar el riesgo del parto prematuro.

Identificación temprana y tratamiento del parto prematuro.

El Día Mundial de la prematuridad se celebra el 17 de noviembre de cada año desde 2011, para llamar la atención sobre esta problemática de salud en todo el mundo. Aproximadamente 15 millones de recién nacidos nacen prematuramente cada año en el mundo, lo que representa aproximadamente uno de cada 10 de todos los recién nacidos vivos.⁸

Escala NIPS (Neonatal Infants Pain Scale)

Parámetros	0	1	2
Expresión facial	Normal	Gesticulación (ceja fruncida, contracción nasolabial o de párpados)	
Llanto	Sin llanto	Presente, consolable	Presente, continuo, no consolable
Patrón respiratorio	Normal	Incrementado o irregular	
Movimiento de brazos	Reposo	Movimientos	
Movimiento de piernas	Reposo	Movimientos	
Estado de alerta	Normal	Despierto continuamente	

Interpretación: Puntuación máxima de 7 que equivale a dolor grave; entre más cercano a 0 hay menos dolor.

Bibliografía

1. TAYLOR SG. Dorothea E. Orem, "Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería". 6ª ed. España: Elsevier; 2007., p. 267-295.
2. Marriner A. Raile M. "Modelos y teorías de enfermería" 6 ed. Ed. Elsevier. España, 2007
3. T. Heather Herdman NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros, definiciones y clasificación, Elsevier, 2009/2011.
4. Juventina Sánchez Guerrero Diccionario ilustrado de enfermería. Trillas México 2008
5. Bers, Mark et al. El nuevo manual Merck editorial, Océano Barcelona España 2009
6. Doenges M planes de cuidados de enfermería Editorial. McGraw-Hill Interamericana 7ª.ed. México 2008
7. Kozier B. Glenora E; Berman A, Snyder Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y practica 7 ed. Madrid Mc Graw Hill Interamericana, 2005 vol. II
8. Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/> [18/08/2017]
9. Instituto Nacional de Perinatología, <http://www.inper.mx/noticias/2015/060-2015/> [18/08/2017]
10. Ministerio de Salud, www.msal.gob.ar/index.php/programas-y-planes/514-prematurez [19/08/2017]
11. Stanford Children's Health, <http://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=prematurez-90-P05510> [19/08/2017]
12. Organización Panamericana de la Salud, http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12605%3Aprematurity-blindness&catid=4717%3Afgl-news&Itemid=0&lang=es [19/08/2017]