



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

**CUIDADO ESPECIALIZADO A UN NEONATO PREMATURO
FUNDAMENTADO EN LA TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL NEONATO**

PRESENTA

LIC. ENF. FERNANDA SÁNCHEZ QUIROZ

ASESORA

EEl LAURA ÁLVAREZ GALLARDO



CIUDAD DE MÉXICO, 2018



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.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo en primer lugar a mis padres, Rosa María Quiroz Méndez y Fernando Sánchez Ramos, a quienes amo infinitamente porque me dieron la oportunidad de la vida e incondicionalmente han estado a mi lado en los momentos de alegría, de triunfos y de tristezas, siempre me han alentado a seguir adelante brindándome su confianza y apoyo, enseñándome el camino para cumplir con mis ideales y aún más en esta etapa tan importante de mi vida que es mi formación profesional.

A mi hermana que a pesar de las adversidades siempre tiene las palabras de aliento para que no me retire de la batalla y siga luchando por mis metas.

A mi tía Yoselin Sánchez Ramos que me orientó y me brindó todo su apoyo físico y emocional durante mi formación profesional, un claro ejemplo de quien lucha sale triunfante.

A mi Coordinadora de Posgrado, E.E.I. Laura Álvarez Gallardo, por la disposición de enseñanza y orientación académica compartiendo su conocimiento para elaborar el presente trabajo.

Y finalmente a mis mejores amigas Dolores Gabriela Barbosa Lozada y Berenice Sánchez Colín que son mis segundas hermanas y siempre me han escuchado, juntas hemos formado un gran equipo para culminar nuestra carrera profesional, y en especial porque a pesar de la distancia seguimos siendo amigas.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco en especial a la máxima casa de estudios la UNAM por abrir sus puertas a través de profesores con experiencia y conocimientos para poder desarrollarme como profesional.

A la Coordinadora de Posgrado de Enfermería del Neonato, E.E.I. Laura Álvarez Gallardo por la orientación y participación durante la elaboración de este trabajo.

A las tutoras del Posgrado, E.E.N. Araceli Martínez Clemente, E.E.N Romana Alarcón Borjas, E.E.N Carolina Rojas Hernández por sus conocimientos y experiencias para guiar la elaboración de este trabajo.

Y a todo el cuerpo docente del Instituto Nacional de Pediatría por abrir sus puertas para el desarrollo del Posgrado.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS	7
2. OBJETIVO GENERAL	7
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
III. METODOLOGÍA	8
IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
4.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS	9
4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	17
4.3 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	29
4.4 MÉTODO ENFERMERO	35
4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
4.7 DAÑOS A LA SALUD	77
RECIÉN NACIDO PREMATURO	77
SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	83
V. ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	99
5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	99
5.2 MOTIVO DE CONSULTA	99
5.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO	99
5.4. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	100
5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO-	102
5.6 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	104
VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO	107
6.1 EXPLORACION FÍSICA	107
6.2 REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO	110
6.3 ESQUEMA METODOLÒGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM	114
6.4 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	117
VII. PLAN DE ALTA	135
VIII. CONCLUSIONES	136
IX. SUGERENCIAS	136
X. CITAS BIBLIOGRÁFICAS	137
XI. BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	138
XII. ANEXOS	143



I. INTRODUCCIÓN

La primera etapa de la vida que marca el futuro del ser humano es sin duda el nacimiento, para llegar a este sucede un proceso, es decir una etapa perinatal que será determinante, de esta dependerá si es un nacimiento prematuro o a término. Los principales factores de riesgo para un nacimiento prematuro son aquellos derivados del estado de salud materno, sin embargo, no se descartan aquellos del desarrollo fetal. Dentro de los principales se encuentran: peso extremo de la madre ya sea bajo peso u obesidad, edad materna extrema (<16 o >35), tabaquismo, situaciones de estrés, infecciones del tracto genital, rotura prematura de membranas, hemorragia anteparto, insuficiencia cervical y anomalías uterinas congénitas¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como prematuros a aquellos nacidos vivos antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación², son nacimientos de alto riesgo que requieren de una atención especializada. De acuerdo con este mismo Organismo en México, se estima una tasa de 7.3 nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos. Asimismo, cabe resaltar que actualmente esta condición continúa siendo un problema perinatal importante, ya que afecta entre 5 y 12% de los nacimientos³.

La principal condición clínica asociada a la prematurez es el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), que inicia de manera inmediata al nacimiento con dificultad respiratoria progresiva, que requiere asistencia ventilatoria e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN).

Con el objetivo de brindar atención integral e individualizada a través de cuidados específicos al neonato prematuro, se realizó el presente estudio de caso a una recién nacida con los diagnósticos médicos de: prematurez de 32 semanas de gestación (SDG) más Síndrome de Dificultad Respiratoria, hospitalizada en el servicio de UCIN de un Hospital de Segundo Nivel de atención. A su vez, se implementó el método enfermero en sus cinco etapas, así como la aplicación de la Teoría General del Autocuidado, ya que en esta se plantea que el eje fundamental de la enfermería es identificar el déficit del autocuidado y la demanda terapéutica de cuidado de los pacientes siempre y cuando cubran los requisitos universales, a fin de limitar las desviaciones de la salud para proporcionar una atención de calidad⁴, además de realizar intervenciones de enfermería que contribuyan en la mejora del tratamiento y de la calidad de vida de la paciente.

Por tanto, este trabajo integró una base científica para su aplicación en la práctica profesional, ya que se trata de una recién nacida que requiere de la total atención de enfermería y de cuidados especializados, dado que el síndrome de dificultad respiratoria es la complicación más frecuente



de la prematuridad, y más de la mitad de los recién nacidos con un peso al nacer de entre 501 y 1500 gramos muestran signos de esta patología. El principal tratamiento en estos neonatos, es la aplicación del factor surfactante, diversos estudios demuestran que este reduce la mortalidad y cualquier forma de pérdida de aire pulmonar en alrededor de un 30% y un 50%, respectivamente; de este modo, la administración de este es primordial, en tanto se ha demostrado que los neonatos que reciben surfactante profiláctico (administrado inmediatamente después del parto, antes de que el neonato desarrolle dificultad respiratoria) presentan mejores resultados que aquellos que reciben surfactante de rescate (administrado solamente a los que desarrollan dificultad respiratoria)⁵.

De igual modo las complicaciones o patologías relacionadas con la prematuridad continúan siendo la principal causa de defunción en los niños menores de 5 años, que en el año 2013 provocaron cerca de un millón de muertes y tres cuartas partes de esas muertes podrían evitarse con intervenciones actuales y eficaces⁶, también muchos de los neonatos prematuros que sobreviven sufren algún tipo de discapacidad de por vida; en ello radica la importancia de que el personal de enfermería esté preparado con conocimientos científicos y especializados, para realizar seguimiento en la prescripción del cuidado.



II. OBJETIVOS

2. OBJETIVO GENERAL

Brindar atención integral e individualizada con cuidados específicos al neonato prematuro con base en la Teoría General del Autocuidado de Dorothea E. Orem.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Realizar una valoración de enfermería a través de un instrumento de valoración específico para el neonato.
- ❖ Aplicar el método enfermero en sus cinco etapas para llevar a cabo cuidados específicos.
- ❖ Determinar los diagnósticos de enfermería que se enfoquen al problema principal de salud en el paciente y a las afecciones consecuentes.
- ❖ Brindar una atención individualizada al neonato que se encuentra ingresado en el servicio de UCIN.
- ❖ Llevar a cabo la prescripción de los cuidados determinando las intervenciones a realizar una vez identificado el problema principal del paciente y que permita una evaluación sobre su estado de salud actual.
- ❖ Impactar en la recuperación del neonato a través del cuidado terapéutico dentro de la hospitalización.
- ❖ Evaluar el logro de los objetivos planteados llevando consigo un plan de alta que sea de acuerdo al estado de salud del neonato.

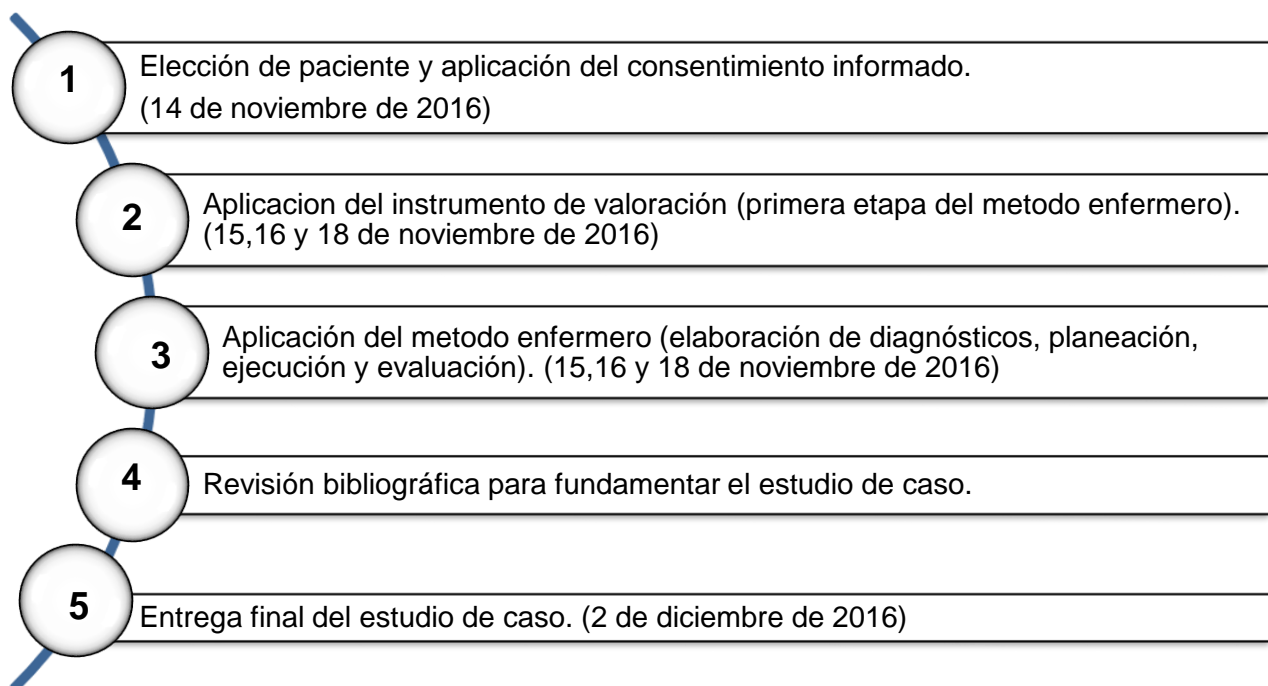


III. METODOLOGÍA

La realización de este estudio de caso se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel de atención seleccionando a una paciente a conveniencia en terapia intensiva de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales implementando la metodología del proceso enfermero, durante la etapa de valoración se utilizó una guía basada en la Teoría General del Autocuidado aplicando en ella el método clínico, a su vez se utilizaron herramientas de recolección de datos a través del expediente clínico, entrevista al cuidador primario y valoración integral del recién nacido con previa autorización mediante consentimiento informado por parte de la madre de la paciente. Posteriormente se analizaron los datos obtenidos y se continuó con la siguiente etapa del proceso emitiendo diagnósticos de enfermería con pensamiento crítico del profesional de enfermería para su desarrollo.

Así al continuar con el estudio se realizaron intervenciones especializadas que se fundamentaron mediante la Enfermería Basada en Evidencia a través de una revisión bibliográfica de artículos científicos de distintos países incluyendo México así como guías de práctica clínica.

Finalmente durante la evaluación se logró identificar el cumplimiento de los objetivos planteados en cada uno de los diagnósticos emitidos, sin embargo la paciente permaneció en UCIN con un estado de salud grave y por tanto no fue posible realizar un plan de alta de enfermería pero se llevó un control del caso de enfermería.



IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

4.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica y científica de artículos que evidencien la relevancia de este estudio de caso, destacando la relación que tienen con la alteración encontrada en el paciente en estudio. La búsqueda se hizo a través de las revistas indexadas como Elsevier, Medigraphic, Enfermería Universitaria, Cochrane Library utilizando las bases de datos PubMed, Science Direct y BVS. Los artículos relacionados a este estudio de caso abarcaron los temas de prematuridad, síndrome de dificultad respiratoria y administración de surfactante; estos se trataron de encaminar hacia el cuidado enfermero, sin embargo es poca la información con la que se cuenta. A continuación se describen los artículos derivados de la búsqueda y que ya han sido seleccionados:

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO PERINATAL Y SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO TARDÍO

AUTOR (ES): Hurtado Suazo JA, García Reymundo M, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, Jiménez Moya A, Trincado Aguinagalde MJ, Demestre Guascha X.

AÑO: 2014

REVISTA: Anales de Pediatría.

RESUMEN: De acuerdo con este estudio la prematuridad es la primera causa de morbilidad neonatal e infantil, y constituye uno de los problemas de salud más importantes de la sociedad, especialmente en las más industrializadas. La tasa de prematuridad ha ido incrementándose principalmente en los prematuros tardíos con edad gestacional entre 34 y 36 semanas. Por este motivo la Sociedad Española de Neonatología, ha elaborado unas recomendaciones genéricas para la atención de estos pacientes. Se proponen pautas tanto para la detección como para el manejo de los problemas más habituales en el periodo perinatal más inmediato, incluyendo estrategias de cuidados centrados en el desarrollo y la familia. Asimismo, se insiste en la necesidad de seguimiento a medio y largo plazo, por el mayor riesgo de complicaciones tardías.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Las recomendaciones que nos brinda la revisión de este artículo son encaminadas al manejo integral del recién nacido prematuro siendo posible aplicarlas a través de los cuidados de enfermería, ya que estos pacientes requieren un cuidado terapéutico desde la asistencia inicial postparto hasta el tratamiento específico de los problemas más comunes que se presentan durante esta etapa neonatal.



REPERCUSIÓN DEL PARTO PRETÉRMINO EN LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES

AUTOR (ES): Couto Núñez D, Nápoles Méndez CD, Montes de Oca Santiago P.

AÑO: 2014

REVISTA: MEDISAN.

RESUMEN: Se trata de un estudio descriptivo, transversal de todos los nacimientos pretérmino que tuvieron lugar durante el 2013 en el Hospital General "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, con el fin de determinar su incidencia, principales causas, así como la morbilidad y mortalidad neonatal que ocasiona. Los resultados obtenidos en este estudio fueron que la prematuridad leve se produjo en 154 pacientes (67,2 %); mientras que la extrema sólo en 7 (3,0 %). La edad gestacional media en que se presentó el parto pretérmino fue de 33,5 semanas y el tipo de parto que predominó fue espontáneo e idiopático sin embargo no se descartaron enfermedades previas de la madre.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: La importancia de este estudio radica en que nos muestra un panorama real de la situación de los nacimientos prematuros y que se pueden presentar casos incluso a nivel mundial. El parto pretérmino constituye el evento de mayor importancia en medicina perinatal, por las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad que ocasiona, de este modo a pesar de los avances logrados tanto científicos como en la práctica clínica diaria la prevención será siempre incomparablemente mejor que tratar las complicaciones inherentes a la prematuridad.

FACTORES DE RIESGO PARA LA PREMATUREZ. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

AUTOR (ES): Rodríguez Coutiño SI, Ramos González R, Hernández Herrera RJ.

AÑO: 2013

REVISTA: Ginecol Obstet Mex

RESUMEN: De acuerdo con este artículo las principales causas de la mortalidad neonatal en América Latina son las infecciones (32%), asfixia (29%) y prematurez (24%); es decir, que una de cada cuatro muertes neonatales es consecuencia de la prematurez. Las principales complicaciones asociadas con la prematurez son: síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, displasia bronco-pulmonar, persistencia del conducto arterioso, retinopatía y sepsis. En relación a los estudios de casos y controles se tuvo que los factores de riesgo asociados con la prematurez fueron: la atención prenatal deficiente, los óvulos



placentarios e infecciosos, la infección urinaria y cervicovaginitis, así como dos o más factores, como las infecciones asociadas con amenaza de parto prematuro que favorece la grave consecuencia de tener un recién nacido prematuro.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Llevar un control prenatal reduce los factores de riesgo que se asocian a la prematuridad, ya que el pilar fundamental para evitar las complicaciones es prevenirlo, en este artículo se revisaron dichos factores que servirán de guía al realizar la valoración del neonato.

IMPACTO DEL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA EN RECIÉN NACIDOS DE MUY BAJO PESO DE NACIMIENTO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO SUDAMERICANO

AUTOR (ES): Fehlmanna E, Tapiab JL, Fernández R, Bancalarid A, Fabresb J, D'Apremontb I, García Zatterae MJ, Grandif C, Ceriani Cernadas JM.

AÑO: 2010

REVISTA: Arch Argent Pediatr

RESUMEN: Se realizó un estudio en 20 unidades de cuidado intensivo de la Red Sudamericana de Neonatología donde se obtuvo que la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria (SDR) fue de 74% y resultó inversamente proporcional a la edad gestacional, con valores que iban desde 85,4% en los ≤ 23 semanas a 44,1% en los ≥ 32 semanas. La incidencia también disminuyó al aumentar el peso de nacimiento, desde 89,0% en los < 750 g a 63,2% en los RN de 1250-1500 g. La edad gestacional fue el factor de riesgo más importante, en comparación con el peso de nacimiento en su asociación con el SDR, ya que la primera reflejaría más la fisiología de estos niños tan inmaduros. Por lo tanto, la primera medida preventiva sería lograr prolongar la edad gestacional ante una amenaza del parto prematuro con las medidas habituales (reposo, uteroinhibición, etc.) y controlar los factores de riesgo (infección urinaria, vaginitis, corioamnionitis clínica, hipertensión arterial, etc.).

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Destaca la relación que hay entre la edad gestacional y el riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria, ya que a mayor edad mayor es el riesgo, sin embargo en el presente trabajo se trata de una paciente de 32 SDG que en relación con el artículo pertenece al grupo de riesgo medio para el desarrollo de esta enfermedad.



DIFICULTAD RESPIRATORIA POR DEFICIENCIA DE SURFACTANTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE TERCER NIVEL SIN MATERNIDAD. FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD.

AUTOR (ES): López Candiani C, Santamaría Arza C, Macías Avilés HA, Cruz Galicia J

AÑO: 2010

REVISTA: Bol Med Hosp Infant Mex

RESUMEN: La deficiencia de surfactante causa frecuentemente dificultad respiratoria en prematuros; este artículo da a conocer los factores asociados a la mortalidad por esta causa. Se realizó una investigación retrospectiva, transversal, observacional y analítica correspondiente a una serie de casos. El estudio incluyó 257 pacientes, de enero de 1993 a diciembre de 2008. Los resultados obtenidos fueron una edad gestacional promedio fue de 31.4 semanas con media de 32; el inicio de la dificultad respiratoria en 54.5% de los casos fue al nacer. Requirieron ventilación mecánica 232 pacientes (90%), con una duración promedio de 9.9 días. Finalmente los pacientes atendidos por síndrome de dificultad respiratoria secundaria a deficiencia de surfactante muestran una variación amplia en la edad gestacional; donde sólo 10.9% fueron inmaduros (<28 semanas).

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: El seguimiento de los pacientes con dificultad respiratoria permite conocer los factores que son asociados al mayor índice de mortalidad, por ello en relación al estudio de caso proporciona un punto de partida para estudiar el principal factor de riesgo que es prematuridad para limitar el índice de mortalidad.

PROSTAGLANDINAS ANTES DE LA CESÁREA PARA PREVENIR DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL

AUTOR (ES): Motaze NV, Mbuagbaw L, Young T.

AÑO: 2013

REVISTA: Cochrane Library

RESUMEN: La dificultad respiratoria puede ocurrir tanto en neonatos prematuros como en recién nacidos a término nacidos por parto vaginal normal o cesárea. Representa aproximadamente el 30% de las muertes neonatales y puede ocurrir en cualquier momento después del nacimiento. El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), taquipnea transitoria del recién nacido e hipertensión pulmonar persistente del recién nacido son las presentaciones clínicas más frecuentes. Las prostaglandinas se utilizan en la práctica obstétrica de rutina para madurar el cuello del útero y desencadenar el trabajo de parto, siendo preferidos los de la serie E sobre otros debido a que son más útero selectivos. La administración de prostaglandinas a una mujer embarazada antes



del parto provoca la reabsorción del líquido pulmonar del feto y promueve la secreción de surfactante induciendo un aumento de catecolaminas.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Este artículo nos muestra una estrategia de tratamiento con lo cual podría sugerir disminución de riesgo para morbi-mortalidad neonatal. Sin embargo en relación al estudio de caso la madre, previo a la cesárea fue tratada con corticoides lo cual al igual que las prostaglandinas favorecen la función pulmonar y la secreción de surfactante en el neonato.

SURFACTANTE DERIVADO DE ANIMALES VERSUS SURFACTANTE SINTÉTICO DE PROTEÍNA LIBRE PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

AUTOR (ES): Ardell S, Pfister RH, Soll R

AÑO: 2015

REVISTA: Cochrane Library

RESUMEN: Se ha desarrollado y ensayado una amplia variedad de preparaciones tensioactivas que incluyen tensioactivos sintéticos y tensioactivos derivados de fuentes animales. Aunque los ensayos clínicos han demostrado que tanto el surfactante sintético como los preparados de tensioactivos derivados de animales son eficaces, la comparación en modelos animales ha sugerido que puede haber una mayor eficacia de los productos tensioactivos derivados de animales. El metanálisis demostró que el uso de surfactante derivado de animales en lugar de proteína libre de surfactante sintético dio lugar a una reducción significativa del riesgo de neumotórax y a una reducción marginal del riesgo de mortalidad. Sin embargo el uso de tensioactivo derivado de un animal puede ser asociado con un aumento de la enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular, aunque las hemorragias más graves no se incrementan. A pesar de estas preocupaciones, los extractos de tensioactivos derivados de animales parecen ser la opción más deseable cuando en comparación con los tensioactivos sintéticos libres de proteínas actualmente estén disponibles.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Como bien se describe el surfactante de origen animal es de primera elección para el tratamiento inicial del síndrome de dificultad respiratoria, esta evidencia demuestra que el tratamiento llevado a cabo con la paciente fue el idóneo para prevenir las complicaciones inmediatas que se pudieran derivar debido a la inmadurez pulmonar al nacimiento.



CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO CON SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

AUTOR (ES): Quiroga A.

AÑO: 2013

REVISTA: Enfermería Neonatal

RESUMEN: El plan de cuidados de enfermería debe ser integral, basado en las necesidades que presenta todo recién nacido prematuro y también teniendo en cuenta los riesgos de morbilidad, en relación directa a la patología, al tratamiento y a su condición de prematuridad. Desde el abordaje teórico, se puede dividir el tratamiento del SDR en dos aspectos fundamentales, los cuidados respiratorios centrados en la oxigenación, mantenimiento de la vía aérea y terapia de reemplazo de surfactante, y los cuidados no respiratorios que hacen a los cuidados integrales del pretérmino y que afectan directamente su condición respiratoria. El neonato con SDR significa un desafío para el cuidado integral de enfermería neonatal en la UCIN. El plan de cuidados a elaborar necesita evaluar prioridades en la atención, así como el resto de los cuidados que impactan en la evolución del problema respiratorio y que disminuyen la morbilidad asociada.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: El cuidado de enfermería juega un papel fundamental en la asistencia del recién nacido prematuro con síndrome de dificultad respiratoria, representando la mayor carga de responsabilidad en la recuperación del paciente. En este artículo nos destaca la importancia que se debe llevar en el cuidado neonatal y como lo podemos llevar a cabo; en relación con el estudio de caso suma el mayor peso ya que el personal de enfermería pone a prueba capacidades y habilidades para el cuidado con un fundamento científico.

ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE EXÓGENO

AUTOR (ES): Chattás G.

AÑO: 2013

REVISTA: Enfermería Neonatal

RESUMEN: La administración de surfactante en la historia de los recién nacidos, es un avance reciente, relevante e histórico en el cuidado intensivo neonatal. Se compara con la introducción de la insulina y la penicilina en sus respectivas especialidades. Si bien el descubrimiento del surfactante se asocia al tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros. El cuidado integral del recién nacido y los cuidados de enfermería son esenciales antes, durante y después de la administración para lograr su efectividad. Futuras investigaciones



clínicas y farmacológicas demostrarán la utilidad de nuevos surfactantes, formas de administración y nuevas indicaciones en beneficio de la salud de los neonatos.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Este artículo sirve de referencia para la práctica de enfermería durante la administración de surfactante ya que nos describe la técnica adecuada a seguir o bien en su caso la más recomendada para enfermería. Derivando de esto que en los recién nacidos prematuros con administración de surfactante requieren de una atención de enfermería cuidadosa y dedicada principalmente porque requerirán asistencia ventilatoria mecánica en la mayoría de los casos, ejemplo de ello la paciente de estudio, requiriendo de cuidados específicos que no prolonguen la dependencia al oxígeno.

SELECCIÓN DE SATURACIÓN DE OXÍGENO SEGURA Y SEGUIMIENTO DE BEBES PREMATUROS: ¿PODEMOS EVITAR LA HIPOXIA Y LA HIPEROXIA?

AUTOR (ES): Videla Balaguer ML.

AÑO: 2015

REVISTA: Enfermería Neonatal

RESUMEN: La saturación de oxígeno (SpO₂) óptima para recién nacidos prematuros atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) aún es un tema que no tiene una respuesta clara. Esta revisión brinda información acerca del tema, para mejorar la práctica clínica tanto de médicos como de enfermeras. Se recomiendan como 'intención de tratamiento' rangos de SpO₂ amplios, como ser por ejemplo 86-94%, ya que la utilización de intervalos más estrechos y en los extremos (85-89% y 91-95%) se asociaron a consecuencias deletéreas como aumento de la mortalidad, aumento de la retinopatía del prematuro y otros efectos propios de la exposición a una SpO₂ inapropiada.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Esta revisión permitirá servir de guía durante el tratamiento con oxígeno que la mayoría de los recién nacidos prematuros requieren dando una referencia ideal para prevenir complicaciones asociadas a las altas concentraciones de oxígeno. Principalmente el personal de enfermería es quien se encarga de vigilar las concentraciones de oxígeno que recibe el neonato así como los niveles de saturación de oxígeno que tienen por lo cual tener una fundamentación del cuidado evitará errores en el tratamiento.



DISTINTAS MODALIDADES VENTILATORIAS EN LA ASISTENCIA RESPIRATORIA NEONATAL

AUTOR (ES): Veizaga J.

AÑO: 2014

REVISTA: Enfermería Neonatal

RESUMEN: Este artículo nos describe las distintas modalidades de la ventilación mecánica con las que se puede proporcionar soporte respiratorio al paciente neonato, haciendo así mismo una descripción de la fisiología respiratoria para poder entender de manera más amplia el tema. A pesar de haber contribuido a un gran incremento en la supervivencia de los recién nacidos, aún persisten controversias sobre el uso y las distintas modalidades de la asistencia ventilatoria. Los cuidados de enfermería seguros y oportunos tienen como objetivo garantizar la correcta oxigenación, minimizando las complicaciones.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: El apoyo mecánico ventilatorio se utiliza como soporte respiratorio en la mayoría de los neonatos prematuros y en especial en aquellos con síndrome de dificultad respiratoria, por lo que la implementación de un plan de cuidados debe ser orientado en mejorar la monitorización clínica del paciente con este tipo de ventilación, para poder disminuir las complicaciones relacionadas a la misma.

EL ROL DE SER PADRES EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL

AUTOR (ES): Lopera Mejía FA, Giraldo Montoya DI, Duque Y, Londoño Gómez A, Gaviria Mejía C, Restrepo Garcés AY, Aguirre Deossa MF.

AÑO: 2014

REVISTA: Enfermería Neonatal

RESUMEN: Este artículo pretende sensibilizar a los profesionales de enfermería para reconocer la importancia de identificar qué desencadena el estrés en la UCIN y mostrar de qué manera los padres se pueden desempeñar adecuadamente frente a su hijo durante su hospitalización.

IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE CASO: Muestra un enfoque a utilizar por parte de enfermería para para fomentar el vínculo afectivo padres e hijo a pesar de la hospitalización, ya que ellos también pueden formar parte del cuidado integral del recién nacido, sin dejar a tras las repercusiones emocionales que esto deriva.



4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

En la conceptualización de Enfermería es importante establecer las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional. La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades del paciente.

Además el reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

El avance conceptual de Enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio.

De manera que el desarrollo de las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de pre-paradigma al de paradigma. En el área de ciencia enfermera, se tiene una terminología específica de paradigmas y a su vez en la práctica de Enfermería se observan características de diferentes paradigmas, que se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Estos paradigmas son el de categorización, de la integración y de la transformación, que han servido para orientar la disciplina de enfermería.

PARADIGMAS

Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión.

Para Thomas Kuhn “paradigma” se refiere a: “Realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica”.



"La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas"⁷.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Según este paradigma, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

En el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Estas manifestaciones pueden ser ordenadas, tienen entre sí secuencias definidas de aparición y de enlaces previsible.

A su vez en éste se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y la centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación.

Desde la línea que marca este paradigma podemos comprender el interés por el control del medio ambiente demostrado por F. Nightingale, de acuerdo con ella, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias.

Desde el punto de vista de este paradigma la consideración que tiene Nightingale de la persona, del entorno, de la salud y su concepción del significado de cuidar es la siguiente:

- ❖ La **persona**, según su criterio, es un compuesto de partes físicas, intelectuales, emocionales y espirituales.



- ❖ El **entorno** es una serie de factores tales como el aire, la luz, el agua, la limpieza, el calor y una dieta adecuada, que influyen de manera decisiva sobre la salud de la persona actuando también como agente en la prevención de las enfermedades.
- ❖ La **salud** la relaciona con la voluntad del paciente por utilizar sus capacidades. Sólo la naturaleza cura, y el paciente, por tanto, deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza para que ésta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación. Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud.
- ❖ El **cuidado** es a la vez un arte y una ciencia que exige de una formación formal. En el proceso de cuidar se empieza a hablar de incorporar el método de las ciencias.

La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios. Puesto que hay un progreso de los conocimientos en salud pública, se ha puesto de manifiesto la necesidad de programas educativos en salud, de prevención de las enfermedades infecciosas y de higiene industrial.

Orientación hacia la enfermedad

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.

La consideración de este paradigma permite explicar la orientación que durante la primera mitad del siglo XX ha tenido la formación de las enfermeras. Las escuelas tienen una dependencia de los hospitales y la formación que se imparte en ellas presenta un contenido orientado hacia los conocimientos médicos. Por tanto el significado de los elementos que forman el metaparadigma es:

- ❖ La **persona** es considerada como un todo, si bien ese todo se obtiene de la suma de sus partes. Como vemos, en esta definición está presente el criterio de división que caracteriza el paradigma.
- ❖ El **entorno** es un elemento separado de la persona y que parece no tener una relación significativa con su salud.



- ❖ La **salud** se percibe positivamente mientras que la enfermedad es negativa. Se conoce la enfermedad y su ausencia significa la salud.
- ❖ El **cuidado** está orientado a la resolución de problemas, déficits e incapacidades de la persona, quedando desplazado el cuidado como agente de prevención.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona tomándola como centro de la práctica de enfermería. El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica.

La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo.

Los trabajos de enfermería de Virginia Henderson, Hildegar Peplau y Dorothea Orem quedan inmersos dentro de este paradigma. En relación a esta orientación, los conceptos del metaparadigma de enfermería nos dicen que:

- ❖ La **persona** es considerada una unidad resultante de la suma de todas sus partes que están interrelacionadas; los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados; la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. La persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra.
- ❖ El **entorno** está constituido por los diversos contextos en los que vive la persona (histórico, social, político, etc.). La persona y el entorno interactúan resultando unos efectos de tipo positivo y otros negativos.
- ❖ La **salud** adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interactúan de manera dinámica. La salud se consigue influenciada por el contexto en el que la persona vive, de este modo será óptima cuando no haya enfermedad y estén presentes los elementos que constituyen la salud.



- ❖ El **cuidado** amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones. El mantenimiento de la salud significa que el cuidado se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso fomentar su salud. La enfermera aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona, considerando sus percepciones y su globalidad, en este caso planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades que no estén satisfechas.

La orientación hacia la persona, caracteriza la disciplina de enfermería distinta a la disciplina médica. Las investigaciones enfermeras se han elaborado alrededor del objeto del cuidado, es decir, el cliente y su entorno. Así mismo la organización de los cuidados refleja el reconocimiento de las competencias crecientes de la enfermera cuidadora y le da poder en la toma de decisiones.

El cuidado enfermero adopta un proceso sistemático (recogida de datos clínicos, análisis e interpretación de datos, intervención enfermera y evaluación) basado en un modelo conceptual que centra su interés en la persona como un todo integrando su entorno.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. De acuerdo a este paradigma los cuidados no son empíricos sino están basados en un conocimiento científico, que permite la búsqueda en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional. De aquí se parte para decir que la disciplina enfermera, al incorporar los principios de este paradigma en su desarrollo a través de los modelos y teorías, queda abierta al mundo de la ciencia.

Un hecho de reconocer dada la apertura de la ciencia hacia el mundo es que en 1978, la OMS autora de la declaración de Alma-Ata, adopta una nueva filosofía para los sistemas de salud en el que "los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitarias que les son destinadas"⁸.

La población se vuelve agente de su propia salud.



De este modo los conceptos del metaparadigma enfermero tienen, en relación al paradigma de transformación, un significado de la siguiente manera:

- ❖ La **persona** es considerada como un ser único, entendiendo que sus múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único es indisociable de su universo y es mayor y diferente que la suma de sus partes.
- ❖ El **entorno** es ilimitado, es el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella, el entorno y la persona están en constante cambio, mutuo y simultaneo.
- ❖ La **salud** es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad. Esta se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.
- ❖ El **cuidado** está orientado en el bienestar de la persona tal y como ella lo define. De este modo cuidar a la persona implica reconocer sus valores culturales, sus creencias y sus convicciones. La enfermera, con el conocimiento que haya adquirido, se adelanta a la manera de ver esta persona, acompañándola en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino.

Cuando evolucione enfermería en sus cuidados, poseerá un conjunto de conocimientos específicos sobre la misma disciplina.

De acuerdo con Gortner para proporcionar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo en constante evolución.

ESCUELAS

La disciplina enfermera ha evolucionado y con ella las necesidades de formación de las enfermeras, en el contexto de acontecimientos históricos y movimientos sociales. Por ello es necesario que debido a las diversas situaciones de salud, se orienten los cuidados reconociendo al ser humano en el seno de la sociedad y en todas sus dimensiones.



A su vez es característico de esta disciplina que las concepciones elaboradas para la profesión enfermera sean las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad. Cuando una concepción es completa y explícita, se denomina modelo conceptual para la profesión enfermera.

Según las bases filosóficas y científicas las distintas concepciones de la disciplina enfermera se pueden agrupar en seis escuelas: Escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados, de la promoción de la salud, del ser humano unitario y del caring.

La clasificación de los modelos y teorías en escuelas supone un nivel de concreción, en su análisis mayor al que le permite el paradigma.

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

La característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado. Maslow y Erikson han influenciado esta Escuela.

Maslow, psicólogo estableció su criterio de personalidad a partir del estudio de personas y creadores. Según su criterio en cada persona hay una voluntad activa hacia la salud, un impulso hacia el crecimiento o hacia la actualización de las potencialidades humanas.

Erikson también psicólogo presenta su teoría de la personalidad, centrada en el Yo, que es la herramienta de la persona para seleccionar y organizar la información del mundo exterior, sus percepciones y sus recuerdos y gobierna sus actos adaptativamente. Las teóricas de la Escuela de las Necesidades tratan de dar respuesta a la pregunta ¿Qué hacen las Enfermeras?

El autocuidado es la práctica de actividades que el individuo realiza a favor de sí mismo para mantener la vida, la salud, y el bienestar. Por otro lado, su agencia de cuidado dependerá de que la persona no sepa, no quiera, o no pueda realizar su autocuidado.

- ❖ El cuidado tenderá a cubrir las limitaciones y reforzar las capacidades. Los requisitos para el autocuidado son comunes a todos los individuos.



ESCUELA DE LA INTERACCIÓN.

La característica fundamental de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría es que coinciden en la descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera.

Las enfermeras de ésta Escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. El cuidado es una acción humanitaria y la enfermera debe poseer los conocimientos sistemáticos para evaluar las necesidades, acompañándose de una clarificación de los valores de la enfermera con el fin de ayudar, es decir, un proceso interactivo entre la persona que necesita ayuda y la otra persona capaz de ofrecérsela.

La pionera de esta escuela fue Hildegard Peplau, ella reconoce la Ciencia enfermera como una Ciencia Humana, centrando el cuidado en la relación interpersonal.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación.

Para esta Escuela, el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad o en preservar la energía. Se han inspirado en las teorías de la adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de sistemas. El modelo de Callista Roy basa el objetivo de los cuidados en promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación: fisiológico, el modo de autoimagen, el modo de función según roles, y el modo de interdependencia con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida, y a una muerte digna.

ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia.

Moyra Allen es la representante de esta escuela, para ella el primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La



enfermera desempeña un rol facilitador, estimulador del aprendizaje en el cuidado de los pacientes.

Según este modelo, la obtención de la información es un proceso explorador en el que el <<cliente - familia>> y la enfermera colaboran. La atención se centra sobre el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente y que está en relación con otras situaciones vividas en la familia.

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO.

La característica fundamental en esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. Se sitúa en el contexto del ser humano hacia el mundo y el paradigma de la transformación. En el cuidado, la enfermera y la persona actúan juntas en consenso. Esta escuela se basa en concepciones humanistas y fenomenológicas del ser humano, en donde la enfermera, suscita la participación. Dentro de esta escuela se sitúa Martha Rogers, Margaret Newman y Rosemarie Rizzo Parse.

ESCUELA DEL CARING.

La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denominan Caring. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas.

Según Jean Watson propone un caring que sea a la vez humanista y científico, considerando aspectos del ser humano como la espiritualidad, y la cultura. Dentro de este concepto también se encuentran los trabajos de Cari Rogers, que inspiran e influyen la visión de esta escuela en la que la relación transpersonal se impregna de coherencia, empatía y calor humano.

El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. La enfermera percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello de forma que le permite exteriorizar sus sentimientos.



ELEMENTOS CLAVES DE LAS ESCUELAS

ESCUELA	ELEMENTOS CLAVE
Escuela de las necesidades	<p>Virginia Henderson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integridad • Dependencia e independencia en la satisfacción de las necesidades. • Necesidades fundamentales y necesidades específicas <p>Dorothea Orem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocuidados • Agente de autocuidados • Déficit de autocuidados • Sistemas de cuidados enfermeros
Escuela de la interacción	<p>Hildegard Peplau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de ayuda • Relación interpersonal terapéutica <p>Ida Orlando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de ayuda • Angustia • Relación interpersonal <p>Josephine Paterson y Loretta Zderad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación intersubjetiva • Bienestar y superación <p>Ernestine Wiedenbach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidad de ayuda • Relación interpersonal significativa <p>Imogene King</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacción • Percepción • Comunicación • Transacción • Rol • Estrés • Crecimiento y desarrollo



Escuela de los efectos deseables

Callista Roy:

- Mecanismo reguladores y cognitivos
- Modos de adaptación
- Estímulos focales contextual, residual

Lydia Hall:

- Autoconciencia y reflexión
- Control de sus comportamientos
- Enseñanza aprendizaje

Dorothy Johnson:

- Subsistemas de comportamientos
- Equilibrio dinámico

Betty Neuman:

- Sistema abierto
- Estructura de base
- Agentes de estrés
- Líneas de defensa
- Líneas de resistencias
- Prevención
- Reconstitución
- Estabilidad

Myra Levine:

- Conservación de la energía
- Adaptación
- Integridad

Escuela de la promoción de la salud

Moyra Allen:

- Promoción de la salud
- Aprendizaje
- Familia
- Colaboración enfermera-cliente



<p>Escuela del ser humano unitario</p>	<p>Martha E. Rogers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campo de energía • Patterns • Pandimensional • Principios de hemodinámica <p>Rosemarie R. Parse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volverse constituido • Significación • Rítmico • Cotranscendencia <p>Margaret Newman:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud • Conciencia • Patterns • Movimiento, tiempo y espacio
<p>Escuela del caring</p>	<p>Jean Watson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caring • Relación transpersonal • Factores de cuidado <p>Madeleine Leininger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado • Cultura • Diversidad del cuidado • Universalidad del cuidado

Cuadro 1. Elementos claves de las escuelas. Elaborado por: Lic. Enf. Sánchez Quiroz Fernanda.



4.3 TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

DOROTHEA OREM

BIOGRAFÍA



Figura 1

Dorothea Elizabeth Orem, fue una de las enfermeras más destacadas de América, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930.

Durante su práctica profesional fue enfermera quirúrgica, supervisora y profesora de ciencias biológicas; fungió como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital; permaneció 8 años en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana, su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el

estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería. Posteriormente en 1959 publicó *Guidelines for developing curricula for the education of practical nurses* y en 1971 publicó el libro *Nursing: concepts of practice*.

Orem laboró como profesora colaboradora de educación enfermera en la Catholic University of America (CUA). Además, trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. La formalización de sus conceptos se daba a veces por sí sola y a veces de forma conjunta con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el Improvement in Nursing Group, que se convirtió más tarde 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.

Se retiró en 1984 pero continuó asistiendo a conferencias. Fallece en Savannah, Georgia el 22 de junio de 2007.



TEORÍA GENERAL DE OREM

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería.

METAPARADIGMAS SEGÚN OREM:

PERSONA: Es un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros. También tiene la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

ENTORNO: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

SALUD: Es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

ENFERMERÍA: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Por otra parte Orem también nos habla de **factores condicionantes básicos** que hacen referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Aplicando estos en conjunto con las sub-teorías siguientes se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.



- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

De este modo la teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto:

1. La **teoría de autocuidado**, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La **teoría de déficit de autocuidado**, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la persona.
3. La **teoría de los sistemas enfermeros**, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

De acuerdo a Orem el autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según ella, identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado:

I. Requisitos de autocuidado universal:

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital.



Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. 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.

II. Requisitos de autocuidado de desarrollo:

Los requisitos de autocuidado de desarrollo están separados de los requisitos de autocuidado universales.

Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

III. Requisitos de autocuidado de en caso de desviación a la salud:

Estos requisitos de autocuidado existen para las 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 siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de 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 ellos duran. La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o



fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente.

En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

TEORÍA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y 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 existente o proyectada.

En esta teoría se definen tres conceptos claves para la aplicación del cuidado ante algún déficit en la persona:

AGENTE DE CUIDADO: 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 DE CUIDADO DEPENDIENTE: Una persona tiene la capacidad para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

AGENCIA DE ENFERMERÍA: 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 implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado.



TEORÍA DE LOS SISTEMAS ENFERMEROS

La teoría de los 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. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

Los sistemas enfermeros son los siguientes:

- **Sistema parcialmente compensador:** Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- **Sistema totalmente compensador:** Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo: 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto.
- **Sistema de apoyo educativo:** Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas.



4.4 MÉTODO ENFERMERO

En un inicio es importante destacar que el Método Enfermero también conocido como Proceso de Enfermería, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible.

Su origen se atribuye a Lydia E. Hall (1955), quien hablaba de la necesidad de un proceso particular de la disciplina enfermera, que fuera sistemático y que permitiera tomar decisiones de manera eficaz. Más adelante Dorothy Johnson (1959), Ida Jean Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963) desarrollaron un método enfermero de tres etapas: valoración, planeación y ejecución.

En 1967, Helen Yura y Mery Walsh crearon un primer texto que describía un método enfermero con cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más añadieron la etapa diagnóstica, resultando así un proceso de cinco etapas tal y como se conoce en la actualidad. La ANA (American Nurses Association) utilizó esta metodología de cuidados para el desarrollo de estándares en la asistencia, lo que propició una consolidación del método enfermero.

Así bien existen diferentes definiciones del Método Enfermero:

- ❖ **Alfaro** lo define como “una forma **dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros**. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse cómo pueden mejorarlos”⁹.
- ❖ **Marjory Gordon** lo define como “método de **identificación y resolución de problemas**”.
- ❖ **Berman y S. Synder** lo definen como “método racional y sistemático de planificación y **provisión de asistencia de enfermería individualizada**”.
- ❖ **Martha L. Rendon** lo define como “**método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados**, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del paciente a las alteraciones de salud reales o potenciales”.



- ❖ **P. Iyer, B. Taptich, y D. Bernocchi** lo definen como “el **sistema de la práctica de enfermería**, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”¹⁰.

OBJETIVOS

- ❖ Permite a la persona participar en su propio cuidado.
- ❖ Garantiza la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- ❖ Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- ❖ Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

CARACTERÍSTICAS DEL MÉTODO ENFERMERO

Según M. Phaneuf, tiene seis características fundamentales:

Sistemático: consta de un orden para conseguir el objetivo propuesto. Está formado por un conjunto de etapas establecidas y entrelazadas entre sí. En primer lugar se procede con la valoración, se continúa con el diagnóstico, se sigue con la planificación, ejecución, y por último, evaluación.

Dinámico: tiene la capacidad de modificarse en el tiempo, adecuándose a posibles cambios en las respuestas del paciente. Durante todo el proceso se lleva a cabo una reevaluación continua de la persona o comunidad, si su situación cambia, el método se adaptará modificándose en lo que se considere oportuno.

Dirigido a un objetivo: es útil, su aplicación tiene una finalidad concreta, cubrir las necesidades individuales de la persona, familia o comunidad a las que se procuran los cuidados enfermeros. Este método no es un fin en sí mismo, se trata de la herramienta que se utiliza para lograr el objetivo enfermero. A su vez dota a la enfermera de un sistema para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.

Flexible: tiene alta capacidad de adaptación a las necesidades particulares de la persona o comunidad a la que se dirige, aunque éste se produzca en diferentes ámbitos; puede ser utilizado en cualquier situación de atención de enfermería. La enfermera puede utilizar el método enfermero en su práctica hospitalaria, así como en Atención Primaria en centros educativos o en empresas. Normalmente sus etapas se siguen de forma consecutiva, sin embargo a favor de una mayor adaptación en ocasiones pueden utilizarse de manera simultánea.



Base teórica: toda aplicación del método enfermero deberá estar fundamentada en una base teórica. Aplicando los diferentes modelos y teorías de enfermería de acuerdo a las respuestas humanas de la persona.

Organización: estructura que tiene el método enfermero, en la que se puede ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases.

VENTAJAS DEL MÉTODO ENFERMERO

La utilización del método enfermero proporciona ventajas en cuanto a la práctica de la enfermería, las cuales son:

- ❖ Ayuda elaborar un diagnóstico de enfermería y a llevar a cabo el tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales de la persona aplicando el cuidado enfermero.
- ❖ Incrementa la eficiencia, ya que optimiza los recursos empleados para la resolución de problemas.
- ❖ Mejora la calidad de la prestación de los cuidados.
- ❖ Pauta unas normas de registro o documentación que aportan importantes beneficios:
 - a) Previene fallos (omisiones, repeticiones). En la administración de tratamientos, en la elaboración de informes clínicos, en la transmisión de información, en la aplicación de técnicas, etc.
 - b) Permite evaluar la evolución de los pacientes y por tanto un trabajo de investigación y un avance en el conocimiento científico de la disciplina.
- ❖ Ayuda a conseguir la autonomía profesional.
- ❖ Enfatiza la importancia del factor humano.
- ❖ Fomenta el pensamiento independiente y flexible.
- ❖ Adecua los cuidados al individuo (desde una concepción holística) y no a la enfermedad.
- ❖ Hace partícipes de forma clave a la persona y/o comunidad de sus cuidados.
- ❖ Al profesional de enfermería le permite cuantificar algunos resultados y crear evidencia científica.

ETAPAS DEL MÉTODO ENFERMERO

El Método Enfermero está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación¹¹, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.



I. VALORACIÓN

La valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta.

Esta valoración es el primer paso que debe realizar la enfermera; puesto que todo el plan de cuidados del proceso se basa en los datos recogidos, es muy importante que la información obtenida del paciente, su familia, historia clínica, etc., sea validada, completa y esté bien organizada.

Se pueden identificar cuatro tipos de valoración:

- ❖ **Valoración inicial:** se inicia en el primer contacto de la enfermera con el paciente. Su objetivo es establecer una base de datos completa, para ayudar a la identificación de problemas, referencias o futuras comparaciones.
- ❖ **Valoración focalizada:** centrada en el problema que se ha identificado o para identificar uno nuevo. Forma parte de un proceso continuo integrado en el proceso enfermero. Su objetivo es determinar el estado de un problema identificado en la primera valoración.
- ❖ **Valoración urgente:** se realiza durante una crisis fisiológica o psicológica del paciente. Su objetivo es identificar problemas que amenazan la vida.
- ❖ **Valoración al cabo de un tiempo:** se lleva a cabo un tiempo después de la valoración inicial. Compara el estado actual del paciente con los datos obtenidos en la valoración inicial.

FASES DE LA VALORACIÓN

1. Obtención/recogida de datos.

Es el proceso de adquisición de toda la información sobre el estado de salud del paciente, la familia o la comunidad. Hay que tener en cuenta, que la recogida de los datos se debe realizar en todas las fases del proceso enfermero; y comienza con el primer contacto con el paciente, hasta la resolución de su problema por recuperación, mejoría o muerte.



A. Tipos de datos

- ❖ **Datos subjetivos o síntomas:** sólo pueden describirlos y comprobarlos la persona afectada. Incluyen las sensaciones, sentimientos, actitudes, creencias, valores y percepción que el paciente tiene de su estado de salud.
- ❖ **Datos objetivos o signos:** se pueden medir por parámetros ya establecidos o identificados, y están validados. Se obtienen por la observación o la exploración física.
- ❖ **Datos históricos:** hechos del pasado que pueden tener relación con la salud del paciente.
- ❖ **Datos actuales:** hechos que suceden al paciente en ese momento.

B. Tipos de fuentes

- ❖ **Fuente directa o primaria:** el paciente es la mejor fuente de datos. A no ser que sea muy joven, esté demasiado enfermo o confundido, y sus capacidades de comunicación se encuentren comprometidas.
- ❖ **Fuente indirecta o secundaria:** todas las fuentes que no sean el propio paciente se consideran secundarias: las personas de apoyo, familiares, otros profesionales de la salud, historia clínica del paciente, etc.

C. Métodos de obtención de los datos

- ❖ **Observación:** detecta y asimila los rasgos de un elemento, utilizando los sentidos como instrumentos principales. La observación sistemática a través de los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) ayudará a realizar una hipótesis sobre el estado del paciente y orientarnos hacia el plan de acción más adecuado.



Vista	<ul style="list-style-type: none"> • Características físicas de la persona (expresión facial, mirada, postura, comportamiento, etc.) • Signos y síntomas de enfermedad (signos del dolor, color y lesiones en la piel)
Olfato	Datos sobre higiene de paciente o algunos fenómenos con posible origen patológico (orina, quemadura, mal aliento)
Tacto	<p>Por palpación de distintas zonas del cuerpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura y humedad de la piel • Fuerza muscular • Frecuencia y ritmo del pulso • Lesiones palpables
Oído	<ul style="list-style-type: none"> • Palabras del paciente (entonación de voz, suspiros, quejas, etc.) • Reconocer emociones

Tabla 1. Uso de los sentidos para recoger datos del paciente. (Berman y Snyder, 2013).

❖ **Entrevista:** proceso de comunicación dirigido hacia objetivos concretos. Es una manera de interacción verbal y no verbal entre enfermera y paciente, que permite al profesional recoger la máxima información específica del entrevistado.

La entrevista puede ser dirigida o no dirigida. Durante una entrevista para obtener información, suele ser más adecuado utilizar una combinación de ambas.

Entrevista dirigida: está estructurada y es específica. La enfermera marca el objetivo de la entrevista y la controla. El contenido de las respuestas del paciente es limitado. En este tipo de entrevista es complicado plantear cuestiones o comentar preocupaciones.

Se utiliza este tipo de entrevista cuando el tiempo es limitado, por ejemplo, en situaciones de urgencia o cuando se quiere centrar la entrevista en un aspecto concreto del paciente.

Entrevista no dirigida: el paciente es el que decide el objetivo, el ritmo y el tema. El paciente puede expresar abiertamente sus emociones y preocupaciones.

En cuanto a la planificación de la entrevista, antes de comenzar la entrevista al paciente, la enfermera debe leer y conocer algunos datos, como por ejemplo, cómo se llama, qué edad tiene, información sobre la enfermedad actual etc. Todos los datos que se pueden tener a través de la historia clínica, otros profesionales, etc., son ideales para establecer una entrevista personalizada y con una base previa de conocimientos sobre el paciente. Todo ello proporciona al paciente confianza y seguridad en el profesional.



Pautas para la práctica de una entrevista:

- Escuchar atentamente, usando todos los sentidos y hablando lenta y claramente.
 - Usar un lenguaje que el paciente comprenda y aclara los puntos que no entienda. Planear preguntas que sigan una secuencia lógica.
 - Plantear sólo una pregunta a la vez.
 - Reconocer el derecho del paciente a ver las cosas de forma que le parecen y no de la forma que le parecen al profesional.
 - No imponer nuestros valores al paciente.
 - Evitar usar ejemplos personales, como decir “Si yo fuera usted...”
 - Transmitir de forma no verbal respeto, preocupación, interés y aceptación.
 - Ser consciente del lenguaje corporal propio y del paciente.
 - Ser consciente de la inflexión, el tono y la afectación de la voz propia y del paciente.
 - Sentarse y hablar con el paciente (estar al mismo nivel).
 - Usar y aceptar el silencio para ayudar al paciente a buscar más ideas y organizarlas.
 - Usar el contacto visual y mostrar calma, simpatía y que se disponen de tiempo.
- ❖ **Exploración física:** método de recogida de datos que utiliza los sentidos (vista, oído, olfato y tacto) para detectar problemas de salud. Cada enfermera puede aplicar un sistema diferente; generalmente se utiliza el método céfalo-caudal (desde la cabeza a los pies), o el de sistemas corporales (aparato respiratorio, cardíaco, etc.). La exploración física debe incluir: Inspección, auscultación, palpación, percusión.

2. Validación/verificación de los datos.

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa porque los diagnósticos e intervenciones de enfermería se basan en esta información. La validación supone comprobar o verificar datos para confirmar que son precisos y objetivos¹².

Implica:

- ❖ Garantizar que la información es completa y evitar cometer errores en la identificación de los problemas.
- ❖ Obtener información adicional del paciente, evitando omitir información pertinente.
- ❖ Comprobar la congruencia de los datos objetivos y subjetivos.
- ❖ Evitar conclusiones precipitadas o centrarse en una dirección equivocada.



- ❖ Diferenciar entre un dato y una inferencia. El dato es objetivo o subjetivo que se observa (ver, oír, percibir, oler o medir) directamente por el profesional, Las inferencias son la interpretación o conclusiones del profesional de enfermería, basadas en los datos.

3. Organización de los datos.

Cuando ya se tienen todos los datos del paciente validados, el siguiente paso es agruparlos. Este proceso es definido por Alfaro como “agrupar los datos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad”. Los modelos teóricos de enfermería proponen diferentes formas para poder organizar los datos previamente recogidos y validados. Es conveniente utilizar modelos de valoración, ya que la aplicación de un esquema o patrón de organización de datos facilitará el posterior análisis de los mismos.

Así bien la organización de los datos será a través de instrumentos de valoración; en la mayoría de las instituciones de salud se disponen de instrumentos de valoración estandarizados, normalmente informatizados. Según Alfaro Lefevre hay tres factores principales que influyen en cómo son diseñados estos instrumentos y en el tipo de información que se requiere:

- ❖ Las necesidades y problemas más comunes en esa unidad específica. Por ejemplo, el instrumento de valoración debería ser diferente entre un adulto y un niño, entre una unidad de agudos y otra de larga estancia, etc.
- ❖ Estándares de cuidados para la valoración, como los definen las agencias o asociaciones profesionales como por ejemplo, la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*. En general, el instrumento debe:
 - Constituir un sistema de valoración global y fiable que esté estandarizado y sea reproducible.
 - Recoger un conjunto de datos mínimos de manera estandarizada.



II. DIAGNÓSTICO

Existen numerosas definiciones de diagnósticos de enfermería, pero una de las más importantes y relevantes fue la definición de Alfaro “un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta holística humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente”.

Por otra parte la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) describió el concepto de diagnóstico de enfermería en su 9ª Conferencia, corregido en 2009 como “un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultado de los que la enfermera es responsable”¹³.

COMPONENTES DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Formato NANDA-I:

- ❖ Etiqueta diagnóstica: frase o término conciso del problema identificado. Proporciona un nombre al diagnóstico.
- ❖ Definición: descripción de la situación del paciente para inducir dicha etiqueta. La explicación debe ser clara y precisa para diferenciarlo de diagnósticos similares.
- ❖ Características definitorias: manifestaciones clínicas (signos/síntomas) que confirman el problema. Las poseen todos los tipos de diagnóstico, excepto los de riesgo.
- ❖ Factores relacionados: elementos causales del problema. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, etc. Sólo los diagnósticos reales y los sindrómicos tienen factores relacionados.
- ❖ Factores de riesgo: factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad del individuo, familia, grupo o comunidad. Sólo los diagnósticos de riesgo tienen factores de riesgo.



Formato PES:

Este formato consta de tres partes, correspondientes a:

- ❖ P (Problema) = Etiqueta diagnóstica.
- ❖ E (Etiología) = Factores Relacionados o de Riesgo.
- ❖ S (Signos/Síntomas) = Características Definitorias.

Para un enunciado correcto, se debe unir cada parte del enunciado con unos nexos concretos. Para unir el problema y la etiología, se utiliza “relacionado con” (r/c) y entre la etiología y los signos y síntomas se emplea “manifestado por” (m/p):

Problema relacionado con (r/c) **Etiología** manifestado por (m/p) **Signos/Síntomas**.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

La estructura de un diagnóstico de enfermería (componentes) depende de su tipo: Real, de alto riesgo, posible, o de bienestar.

Diagnóstico de enfermería real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables.

Diagnóstico de enfermería con alto riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Diagnósticos de enfermería posibles: Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería. Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermera en la clínica.

Diagnósticos de enfermería de bienestar: Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla. En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente:

- ❖ Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
- ❖ Deseo de un mayor nivel de bienestar.



III. PLANIFICACIÓN

La planificación es la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado organizadas y registrándolas en un plan de cuidados enfatizando todas las intervenciones enfermeras que se van a llevar a cabo para conseguirlos, puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

CLASIFICACIÓN DE LOS OBJETIVOS

En función del tiempo

- ❖ Objetivo a corto plazo
- ❖ Objetivo a medio plazo
- ❖ Objetivo a largo plazo

En función del sujeto

- ❖ Objetivo de proceso o de enfermera
- ❖ Objetivo de resultado o del sujeto

En función real de incidencia

- ❖ Objetivo área cognitiva (conocimientos o habilidades que el cliente debe aprender)
- ❖ Objetivo área psicomotora (desarrollo habilidades, manejo)
- ❖ Objetivo área afectiva (cambios de actitudes, sentimientos o valores, cambio de vida)

La planificación tiene cuatro objetivos principales:

- ❖ Guiar y dirigir los cuidados y la documentación: marca pautas y obtiene información acerca de los cuidados que se realizan al paciente.
- ❖ Promover la comunicación entre todos los cuidadores, fomentando la continuidad de los cuidados enfermeros.
- ❖ Crear un registro para utilizar en la evaluación, investigación en enfermería, etc.
- ❖ Proporcionar documentación sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar su coste exacto.



La planificación es responsabilidad de la enfermera, pero para que el plan de cuidados sea correcto, completo y eficaz, es crucial la participación y colaboración del paciente y de las personas de apoyo.

El proceso de elaboración del plan de cuidados o planificación incluye las siguientes actividades:

- ❖ Fijar prioridades.
- ❖ Establecer los criterios de resultado/objetivos.
- ❖ Determinar las intervenciones enfermeras.
- ❖ Registrar el plan de cuidados.

Es importante tener en cuenta que en esta etapa se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

TIPOS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Las intervenciones de enfermería se identifican y redactan durante la etapa de planificación del proceso de enfermería; sin embargo, en realidad se llevan a cabo durante la fase de ejecución. Las intervenciones de enfermería incluyen los cuidados tanto directos como indirectos, así como las estrategias iniciadas por el profesional de enfermería, las estrategias iniciadas por el médico o las iniciadas por otro profesional de asistencia sanitaria. Estas intervenciones son:

Las **intervenciones independientes**, aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a emprender en función de sus conocimientos y habilidades. Comprenden los cuidados físicos, la valoración continuada, el apoyo y el soporte emocional, la educación, el asesoramiento, el control del entorno y la referencia a otros profesionales sanitarios.

Las **intervenciones dependientes**, aquellas que se llevan a cabo por prescripción o bajo la supervisión de un médico, o de acuerdo con procedimientos sistematizados. McCloskey y Bulechek (2000) llaman a estas intervenciones *tratamientos iniciados por el médico*. Las prescripciones del médico suelen consistir en medicamentos, tratamiento intravenoso, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. El profesional de enfermería es responsable de explicar las prescripciones médicas, valorar su necesidad y administrarlas.



Las **intervenciones interdependientes**, aquellas acciones que el profesional de enfermería lleva a cabo en colaboración con otros miembros del equipo de asistencia sanitaria, como fisioterapeutas, trabajadores sociales, especialistas en dietética, y médicos. Las actividades de enfermería interdependientes reflejan cómo se superponen las responsabilidades del personal sanitario y las relaciones profesionales entre ellos.

IV. EJECUCIÓN

Es la aplicación del plan de cuidado con el fin de cumplir los objetivos, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de enfermería.

El proceso de ejecución está compuesto por las siguientes actividades:

- ❖ Actualización de los datos: se repasan y se añaden otros.
- ❖ Revaloración del paciente/revisión del plan: el diagnóstico enfermero supone respuestas del paciente que pueden variar, por lo que antes de aplicar una intervención, la enfermera ha de volver a valorar al paciente para asegurarse de que la intervención sigue siendo necesaria.
- ❖ Información al paciente sobre las acciones a ejecutar: antes de comenzar la actividad, se debe informar al paciente sobre lo que se va a efectuar. Es importante utilizar un lenguaje claro y comprensible.
- ❖ Aplicación de las intervenciones enfermeras: es la auténtica puesta en marcha del plan de cuidados. Según A. Berman y S. Snyder, las enfermeras cuando ejecutan las intervenciones deben seguir estas pautas:
 - a) Basar las intervenciones de enfermería en el conocimiento científico, la investigación en enfermería y los modelos profesionales de asistencia.
 - b) Comprender claramente las intervenciones a tener en marcha y cuestionar las que no se entiendan.
 - c) Adaptar las actividades a cada paciente.
 - d) Ejecutar una asistencia segura.
 - e) Proporcionar educación, apoyo y bienestar.
 - f) Ver al paciente como un ser integral.



- g) Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima.
- h) Animar a los pacientes a participar activamente en la aplicación de las intervenciones de enfermería.
- ❖ Supervisión de la asistencia delegada: se puede delegar en otro profesional la asistencia al paciente, sin embargo, la enfermera es responsable de la asistencia global, se debe asegurar, por tanto, que las actividades delegadas se han ejecutado tomando como base el plan asistencial establecido.
- ❖ Valoración de la respuesta del paciente: requiere una recogida sistemática y precisa de los datos.
- ❖ Registro de la acción ejecutada y de la reacción del paciente: tras llevar a cabo las actividades enfermeras, se finaliza el proceso de ejecución registrando por escrito todas las actividades realizadas y las respuestas del paciente.

V. EVALUACIÓN

Se trata de la parte del método donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe destacar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso, verificando la relevancia y calidad de cada paso del método enfermero.

La evaluación es un proceso de identificación del progreso dirigido hacia la consecución de objetivos propuestos empleando los criterios de los resultados. Se inicia con la valoración del estado del paciente al comparar la situación real con los objetivos que se habían fijado previamente.

El proceso de evaluación consiste en valorar la situación actual del paciente y compararla con los objetivos marcados, o lo que es lo mismo, con los resultados esperados.

Al concluir es posible identificar tres situaciones diferentes:

- ❖ El objetivo se cumplió; el estado del paciente coincide con el resultado esperado.
- ❖ El objetivo se cumplió únicamente en parte, por ejemplo se ha conseguido el objetivo a corto plazo, pero todavía falta la consecución del mismo a largo plazo. También es posible que por diferentes motivos sólo se haya alcanzado el objetivo de manera parcial.
- ❖ El objetivo no se ha cumplido; no se cumplen los criterios descritos en los objetivos propuestos.



La evaluación (retroalimentación) permitirá cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones sobre la base de los datos que proporciona el sujeto de atención. Los datos de la revaloración pueden provenir de varias fuentes como: la observación, la historia y la entrevista; pero la mayor parte de los datos los reúne el profesional de enfermería mientras brinda, coordina y supervisa la atención. Esta nueva información será la prueba para evaluar el logro del objetivo e incluso, puede indicar la necesidad de revisión del plan de atención existente.

Al realizar la retroalimentación en un plan de cuidados, se pueden presentar las situaciones siguientes:

- ❖ Que las prioridades hayan cambiado su orden.
- ❖ Que haya surgido un nuevo diagnóstico.
- ❖ Que el diagnóstico haya sido resuelto.
- ❖ Que a pesar de haber logrado el objetivo, el diagnóstico exista.
- ❖ Que el objetivo no se logró o solo en forma parcial.



4.5 RELACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO Y LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El modelo del déficit de autocuidado compuesto por tres sub-teorías interrelacionadas, ayudan al profesional de enfermería a aplicar el método enfermero con la calidad requerida, además de aumentar el razonamiento por parte de los profesionales.

MODELO DE DOROTHEA OREM	PROCESO ENFERMERO
<p>Teoría de Autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Requisitos de Autocuidado Universal. ❖ Requisitos de autocuidado en el desarrollo. ❖ Requisitos de autocuidado ante la desviación de la salud. 	<p>Valoración</p> <p>Detecta los requisitos de autocuidado que estén alterados en la persona.</p> <p>Analiza la demanda de autocuidado terapéutico que requiere la persona.</p> <p>Evalúa la situación de autocuidado de la persona.</p> <p>Identifica los factores básicos condicionantes que influyen en el estado de salud de la persona.</p>
<p>Teoría de Déficit de Autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Agente de cuidado. ❖ Agente de cuidado de dependiente. ❖ Agencia de cuidado (enfermería). 	<p>Valoración</p> <p>Evalúa la agencia de autocuidado de la persona</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Se analiza la relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para determinar la existencia de déficit de autocuidado.</p> <p>Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.</p>



MODELO DE DOROTHEA OREM	PROCESO ENFERMERO
<p>Teoría de Sistemas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Agencia de enfermería ❖ Sistemas de enfermería 	<p>Planificación</p> <p>Planifica los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados y plantear objetivos, según corresponda.</p> <p>Ejecución</p> <p>En la ejecución la enfermera diseña y aplica un plan de acción para compensar las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado.</p> <p>Ejecuta las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda, usando las medidas adecuadas para satisfacer los requisitos de autocuidado del usuario, para asegurar su funcionamiento y desarrollo saludable.</p> <p>Evaluación</p> <p>Se asegura que el proceso de enfermería sea efectivo y dinámico, evaluando las acciones diseñadas para superar las limitaciones de autocuidado, proporcionando atención terapéutica y previniendo el desarrollo de nuevas limitaciones de autocuidado.</p> <p>También durante la evaluación se valora la necesidad del cambio en la agencia del autocuidado, la demanda del autocuidado y los requisitos del autocuidado.</p>

Cuadro 2. Relación del método enfermero y la teoría del déficit de autocuidado.

Elaborado por: Lic. Enf. Sánchez Quiroz Fernanda.



4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Actualmente el núcleo de la profesión de enfermería es el cuidado, que constituye una tarea fundamental en la vida humana y a su vez esto nos permite la supervivencia en ocasiones de dependencia debido causas muy variadas como la enfermedad, invalidez, niñez, la vejez o en el marco de cualquier proceso patológico que produzca incapacidad temporal o permanente.

En el acto del cuidado, como profesionales de enfermería, nos encontramos con la parte de la ética que se encuentra inmersa en nuestra práctica diaria, misma que nos hace destacar y por consiguiente asumir responsabilidades. La responsabilidad del profesional de enfermería en los cuidados es primordial, ya que está presente en los cuidados ante una enfermedad con capacidad de curación o bien en las enfermedades o procesos terminales.

Por consiguiente, enfermería es una profesión que puede hacer mucho bien o mucho mal, y esto puede ser cambiado según la disposición del sujeto. El cuidado del paciente es parte del tratamiento. Unos buenos cuidados de enfermería llevarán al paciente al restablecimiento de su salud o afrontar más dignamente su condición actual. Pero una mala práctica del cuidado puede llevar no sólo a no recuperar la salud, sino a lesionar la ya de por sí vulnerable situación de aquél que se confía a los cuidados del profesional de enfermería. De ahí la importancia de formar en la virtud a todo aquél que se dedique a esta profesión, de tal manera que no sólo desempeñe con excelencia sus tareas, sino que además se convierta en una buena persona que haga el bien. La ética de las virtudes es una manera de hacer bioética, y tiene su aporte específico en la formación del sujeto ético.

De este modo, la enfermería es una profesión en la que se aplica el arte y la ciencia al ayudar al neonato a conseguir restaurar su salud así como disminuir su estancia hospitalaria, el cual es el objetivo del cuidado de enfermería, infortunadamente las dificultades en la comunicación generan fallas ya que se observa que los mensajes emitidos por los neonatos no son comprendidos, es difícil detectar mensajes emitidos pero no imposible y con rol de educador el personal de enfermería empoderado, puede ir más allá de cualquier barrera, obstáculo que se presente ya que estos seres tan vulnerables nos hacen más sensibles, mostrando que se puede llegar a un cuidado individualizado. La seguridad del neonato se puede ver afectada por un erróneo proceso de comunicación, rompiendo el estado de bienestar y confort y así dificultando la continuidad de cuidado. Es por esto que siempre la ética debe estar presente y con ello se hacen uso de los recursos disponibles que hagan que la profesión de enfermería se ejerza de la manera más cálida y segura posible.



LEY GENERAL DE SALUD

La ley general de salud es aplicable para todos los servicios de salud así como al derecho a esta que tienen las personas ya que en Artículo 1° nos dice que la presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

En neonatología se hace referencia a los siguientes artículos y consideraciones que regirán nuestra práctica diaria:

CAPITULO I. Prestación de los Servicios de Salud

ARTÍCULO 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

- I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente;
- II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes;
- III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;
- IV. La atención materno-infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;
- VIII. La disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud;
- IX. La promoción del mejoramiento de la nutrición, y
- X. La asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.



CAPITULO IV. Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad

ARTÍCULO 50. Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTÍCULO 52. Los usuarios deberán ajustarse a las reglamentaciones internas de las instituciones prestadoras de servicios de salud y dispensar cuidado y diligencia en el uso y conservación de los materiales y equipos médicos que se pongan a su disposición.

ARTÍCULO 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes;
- II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud;
- III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;
- IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas;
- V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud;
- V bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos; y;
- VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y
- VII. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.



CAPITULO V. Atención Materno-Infantil

ARTÍCULO 61. La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual;
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.
- IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento, y
- V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.

ARTÍCULO 62. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

ARTÍCULO 63. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general.

ARTÍCULO 64. En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán:

- I. Procedimientos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los padecimientos de los usuarios;
- II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, fomento a la lactancia materna y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno-infantil, y
- III. Acciones para controlar las enfermedades prevenibles por vacunación, los procesos diarreicos y las infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.



PRINCIPIOS ÉTICOS

Enfermería es una profesión que exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros. De este modo, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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.



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 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.

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 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.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.



EXPEDIENTE CLÍNICO

El expediente clínico es el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables¹⁴.

El expediente clínico, ante una situación de conflicto en la atención médica, es fundamental para el análisis del acto médico y su trascendencia e importancia en los dictámenes técnico-médicos o de arbitraje médico lo convierte en la piedra angular en la cual se fundamenta la existencia o no de mala práctica.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, y deberán ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. Las instituciones en donde se prestan servicios de salud, son corresponsables con el profesionalista en el cumplimiento de esta obligación.

CARACTERÍSTICAS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

- 1. Confidencial:** Todos los datos de un paciente son considerados confidenciales, por lo tanto, se rigen por normas específicas, para el acceso a ellos.
- 2. Seguro:** Sólo el personal en Salud autorizado, tendrá acceso al expediente clínico.
- 3. Disponible:** Debe preservarse la confidencialidad de los datos del expediente, éste debe ser un documento disponible en el momento en que se requiera por el personal autorizado, de acuerdo a las normas Institucionales.
- 4. Intransferible:** El expediente clínico debe ser único para cada paciente, debido a la importancia de dar seguimiento en el proceso salud–enfermedad, por lo tanto, éste debe contener los datos necesarios, para identificar claramente al paciente.
- 5. Legible:** Las anotaciones en el expediente clínico tienen que ser con letra legible y clara, evitando abreviaturas y símbolos.



6. Veraz: El expediente clínico debe caracterizarse por ser un documento veraz y fidedigno porque, en él se concentra la atención que se otorgó al paciente.

7. Exactitud: El expediente clínico debe ser preciso y claro, ya que contiene información relacionada con el paciente.

8. Con Rigor Técnico: Los datos contenidos deben ser realizados con criterios objetivos y científicos, debiendo ser respetuosos para el propio enfermo, otros profesionales o bien para la Institución.

9. Completo: Debe contener datos necesarios sobre la patología del paciente, reflejar todas las fases médico–legales que comprenden todo acto clínico-asistencial. Así mismo, debe contener todos los documentos integrantes del expediente clínico de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico.

10. Identidad de sus usuarios: Todo facultativo o personal de salud que intervenga en la asistencia del paciente y en el manejo médico, debe anotar su participación con nombre completo, firma autógrafa y Cédula Profesional.

INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

DATOS GENERALES:

- ❖ Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- ❖ En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.
- ❖ Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente.
- ❖ Tiene un número único de identificación.
- ❖ Se incorpora un índice guía en las carpetas.
- ❖ Los documentos están secuencialmente ordenados y completos.
- ❖ Escrito con letra legible en lenguaje técnico médico.
- ❖ Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras.

HISTORIA CLÍNICA

- ❖ Ficha de Identificación



- ❖ Antecedentes heredo familiares
- ❖ Antecedentes personales no patológicos
- ❖ Antecedentes personales patológicos
- ❖ Padecimiento actual
- ❖ Interrogatorio por aparatos y sistemas
- ❖ Exploración física (hábitus exterior, signos vitales, datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades y genitales)
- ❖ Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros
- ❖ Terapéutica empleada y resultados obtenidos (medicamento, vía, dosis, periodicidad)
- ❖ Diagnóstico(s) o problemas clínicos
- ❖ Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

HOJA DE ENFERMERIA

- ❖ Identificación del paciente
- ❖ Hábitus exterior
- ❖ Gráfica de signos vitales
- ❖ Ministración de medicamentos (fecha, hora, vía, dosis, nombre de quien aplica el medicamento)
- ❖ Procedimientos realizados
- ❖ Valoración del dolor (localización y escala)
- ❖ Nivel de riesgo de caídas
- ❖ Observaciones
- ❖ Nombre completo y firma de quien elabora



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un documento informativo en donde se invita a las personas a participar en una investigación. El aceptar y firmar los lineamientos que establece el consentimiento informado autoriza a una persona a participar en un estudio así como también permite que la información recolectada durante dicho estudio, pueda ser utilizada por el o los investigadores del proyecto en la elaboración de análisis y comunicación de esos resultados.

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no debe ser visto solo como un documento, sino como un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

El consentimiento informado consta de dos partes:

1. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.

El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas *competentes* en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas *incompetentes* por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.



2. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

El consentimiento informado debe contener al menos los siguientes apartados:

- ❖ Nombre del proyecto de investigación en el que participará.
- ❖ Objetivos del estudio, es decir, qué se pretende obtener con la investigación.
- ❖ Procedimientos y maniobras que se le realizarán a las personas en ese estudio.
- ❖ Riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio así como las molestias que pudieran generar.
- ❖ Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio.
- ❖ Compensaciones o retribuciones que podría recibir por participar en la investigación.
- ❖ Aprobación del proyecto de investigación por un Comité de Ética de investigación en humanos.
- ❖ Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma.
- ❖ Retiro voluntario de participar en el estudio (aunque al principio haya dicho que sí) sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

Y deberá contener como mínimo:

- ❖ Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico.
- ❖ Nombre o razón social del establecimiento médico.
- ❖ Título del documento.
- ❖ Lugar y fecha.
- ❖ Acto autorizado.
- ❖ Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.



- ❖ Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
- ❖ Nombre y firma de la persona que otorga la autorización (En caso de incapacidad transitoria o permanente y ante la imposibilidad de que el familiar tutor o representante legal firme el consentimiento, se procederá bajo acuerdo de por lo menos dos de los médicos autorizados por el hospital dejando por escrito constancia en el expediente clínico).
- ❖ Nombre y firma de los testigos (en caso de amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente)
- ❖ Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado.
- ❖ Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameritan. Los eventos mínimos que requieren de cartas de consentimiento informado serán:
 - Ingreso hospitalario;
 - Procedimientos de cirugía mayor;
 - Procedimientos que requieren anestesia general o regional;
 - Salpingoclasia y vasectomía;
 - Donación de órganos, tejidos y trasplantes;
 - Investigación clínica en seres humanos;
 - Necropsia hospitalaria;
 - Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo;
 - Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

El documento del Consentimiento informado debe tener fecha y firmas de la persona que va a participar en la investigación o de su representante legal, así como de dos testigos y se debe especificar la relación que tienen éstos con el participante en el estudio. Además, debe estar marcado el nombre y la firma del investigador que obtiene el Consentimiento informado. También deben de haber en ese documento datos para el contacto de las personas responsables y autoras del protocolo de investigación, tales como un teléfono o correo electrónico, por si requieren comunicarse para cualquier asunto relacionado con el proyecto de investigación.



CODIGO DE ÉTICA

El profesional de enfermería tiene el compromiso de conocer las normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

De este modo, la **ética** como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal. Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último del todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético. La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar. El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente.

El profesional de enfermería debe contar con un código de ética que sirva como base sólida para la aplicación adecuada de los principios éticos en la práctica profesional diaria. Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad;



A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;

A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive;

A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- ❖ La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- ❖ La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- ❖ El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional, y
- ❖ La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Así bien el código de ética es aplicable en cualquier institución de salud así como en cualquier circunstancia dentro de la atención en salud. Al aplicarse al recién nacido se toma pauta a un compromiso mayor, en donde el cuidado que se le realice tendrá implícito la parte ética ya que se trata de un ser humano que no se comunica de manera verbal totalmente y por tanto se encuentran en las manos del personal de enfermería de manera integral y debiendo ser visto como un ser bio-psico-social a pesar de su edad.

El código de ética mantiene implícito el deber del profesional de enfermería para con las personas, como profesionistas, para con sus colegas, para con su profesión y para con la sociedad, rigiendo la práctica diaria.

De este modo, la profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión.

Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.



DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS

Es importante destacar que los derechos del recién nacido toman suma importancia en Barcelona en el V Congreso mundial de Medicina Perinatal, donde se hizo una Declaración Institucional denominada «**Declaración de Barcelona sobre los Derechos de la Madre y el Recién Nacido**». En esta un equipo de expertos de diferentes especialidades y miembros de la Comisión Organizadora del Congreso tomó la iniciativa de redactar y difundir un documento en el que se recogen los principales derechos de la madre y del recién nacido, basándose en criterios de salud reproductiva.

El primer borrador fue redactado por un grupo de especialistas en Perinatología (pediatras y ginecólogos), así como también matronas, especialistas en Bioética y miembros de ONGs para el desarrollo. El texto, revisado y modificado por el Board de la *World Association of Perinatal Medicine*, se envió a más de 200 sociedades científicas, ONGS, asociaciones profesionales, etc. para que dieran su opinión y realizaran sugerencias y, una vez finalizado, se remitió a las organizaciones políticas y sanitarias supranacionales, a los gobiernos de todos los países del mundo, a las instituciones públicas y privadas relacionadas con el cuidado de la salud reproductiva, así como a los legisladores de los parlamentos democráticos, exhortándoles a que tengan en cuenta, respeten, fomenten y hagan realidad los derechos de la madre y del recién nacido.

Por tanto 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.

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 poderes públicos de todos los países deben haber cumplido. Declaración sobre los derechos del recién nacido:

1) 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.

2) 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 Estados deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.



3) 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.

4) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

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 cumplen todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de las 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. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.

6) 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.

7) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica. Los neonatos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos 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 adecuada atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.

8) La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país. En el caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas feticidas tras el nacimiento.

9) No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos los padres deberán estar informados y participar



en las decisiones prenatales, siempre que ello sea posible. Se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar de nacimiento.

10) 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.

11) El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Sin embargo, 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 legales 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.

12) Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles. En los países 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.

13) 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 estas situaciones.

14) 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 poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir.



DERECHOS DEL RECIÉN NACIO PREMATURO

La prematuridad es una de las primeras causas de ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales y tiene un elevado impacto en lo que respecta a la mortalidad infantil.

Es una condición biológica con prevalencia en aumento a nivel mundial cuyo origen es multifactorial (biológico, ambiental y social). Implica, para la mayoría de las personas que nacen con esta condición, largos períodos de hospitalización, recuperación y plazos de seguimiento muy extensos. Además de que se requieren de recursos humanos especializados y servicios especializados que den respuesta a las distintas necesidades en las etapas de la vida que van atravesando. De acuerdo a la UNICEF los derechos del recién nacido prematuro son¹⁵:

1) La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.

- ❖ Los controles antes y durante el embarazo (preconcepcional y prenatal) permiten conocer si existen factores de riesgo o si la mujer es portadora de enfermedades infecciosas (como VIH/SIDA, hepatitis, sífilis y otras) para indicar tratamientos y profilaxis recomendados. El riesgo de tener un hijo prematuro es mayor si la madre es adolescente, ha tenido muchos partos (multiparidad), no come bien, tiene anemia, desnutrición, fuma, consume drogas o alcohol, exceso de actividad física y trabajo con esfuerzo.
- ❖ Los controles del embarazo posibilitan el diagnóstico de gemelos o mellizos y la detección temprana de complicaciones, como la hipertensión arterial o los problemas de crecimiento del feto, que pueden hacer que el bebé nazca antes. Además, cuando existen posibilidades de prematuridad, la madre debe recibir prescripción de corticoides antes del parto para ayudar a que el bebé se adapte mejor a la vida fuera del útero en caso de que nazca antes de término.
- ❖ Se estima que las familias que ya tuvieron un parto antes del término tienen entre 5 y 7 veces más posibilidades de volver a tener un bebé prematuro que aquellas que tuvieron sus niños en término. Es conveniente que estas familias esperen al menos dos años antes de planificar el próximo embarazo.

Los controles sirven para orientar las decisiones clínicas y para informar a la mujer y a su familia sobre cómo prevenir los posibles riesgos.



2) Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.

- ❖ Todo nacimiento prematuro debería ocurrir en el lugar adecuado. Esto implica que, ante la eventualidad de un parto prematuro, se debe apoyar a la madre para que, el nacimiento se produzca en una institución que cuente con el personal entrenado y con disponibilidad de recursos de diagnóstico y tratamiento para la atención de los recién nacidos prematuros.
- ❖ Cada centro de salud debe trabajar en forma coordinada con centros de mayor complejidad, dispuestos a recibir a una embarazada con trabajo de parto prematuro.
- ❖ El mejor medio de transporte de un bebé es el útero materno, por eso es mejor trasladar a una mujer embarazada que derivar al recién nacido luego del parto.
- ❖ El Estado debe establecer un sistema de regionalización, de tal manera que la derivación de la madre y/o del recién nacido, sean efectuados con la mayor celeridad y eficiencia, sin importar la zona del país donde el nacimiento prematuro ocurre.

Si se sabe que un bebé nacerá antes del término del embarazo, es aconsejable que los padres se pregunten si el lugar que eligen para que nazca cuenta con todo lo necesario para su asistencia y está preparado para resolver una emergencia.

3) El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

- ❖ La atención de un recién nacido prematuro debe ser individualizada teniendo en cuenta sus riesgos y todos los factores que rodean su nacimiento en particular.
- ❖ Existen diferencias entre los recién nacidos de parto prematuro dependiendo de la duración del embarazo: nacer a las 27 semanas de gestación no es lo mismo que nacer a las 34, y esto condiciona diferentes grados de madurez y de enfermedad. Con menos semanas de gestación o menor peso al nacer, es mayor el riesgo de vida, de enfermedad aguda, de complicaciones y/o de secuelas futuras. Se consideran “prematuros de alto riesgo” a aquéllos que nacen con menos de 32 semanas de gestación o menos de 1.500 gramos de peso.



- ❖ Los prematuros que nacen con corta edad de gestación suelen permanecer internados en neonatología por períodos de tiempos extensos: un trimestre, medio año, algunos aún más tiempo.

Cada recién nacido prematuro es único y requiere atención según sus necesidades.

4) Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

- ❖ El rol de las enfermeras y los enfermeros tiene un valor primordial en el cuidado de los recién nacidos prematuros. Por eso, el personal de enfermería de las unidades neonatales debe estar altamente capacitado en la atención de estos bebés.
- ❖ Los profesionales de enfermería que cuidan prematuros deben tener gran interés y vocación para atender a recién nacidos con graves problemas de salud, demostrando habilidades en las relaciones interpersonales, sensibilidad con la situación que atraviesan los padres y otros miembros de la familia y capacidad para trabajar en equipos multidisciplinarios. El equipo neonatal debe estar muy bien coordinado, ya que está formado por muchos integrantes que cumplen distintos roles.
- ❖ En nuestro país cada vez son más las enfermeras y enfermeros especializados en la atención neonatal, pero hay maternidades y hospitales que aún no cuentan con el número óptimo recomendado para atender a los prematuros. Desde distintos ámbitos se está trabajando para que esto se logre en un futuro lo más cercano posible. Todos debemos participar para que las autoridades sanitarias y las instituciones de salud garanticen el número y la capacitación adecuada del personal de enfermería en las unidades neonatales.

Los cuidados de enfermería son esenciales para la calidad de vida de los recién nacidos.

5) Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.

- ❖ Las sociedades científicas del mundo recomiendan la leche materna como el mejor alimento para el niño nacido de parto prematuro, ya que le da protección inmunológica,



favorece su crecimiento y neurodesarrollo y brinda bienestar emocional, tanto para el niño como para la madre, en la situación de alto estrés que ambos atraviesan.

- ❖ La presencia de la madre junto al niño y la posibilidad de acercamiento permanente favorecen notablemente el resultado.

La leche humana es el mejor alimento para los bebés, incluidos los prematuros. Si un niño nace prematuro, lo mejor es que la madre permanezca junto a él y lo alimente con su leche.

6) Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).

- ❖ Los exámenes periódicos (fondos de ojo) son esenciales para determinar la madurez de la retina y detectar la aparición de algún grado de ROP, aunque la enfermedad no es totalmente evitable. Los controles deben comenzar a las 32 semanas de gestación y continuar hasta que la retina complete su maduración. Luego de ese momento ya no hay riesgo de ROP.
- ❖ Todos los niños prematuros en riesgo de tener ROP deben ser controlados en tiempo y forma por oftalmólogos capacitados en esta enfermedad. Los padres deben ser informados sobre la evolución de su bebé y sobre la necesidad de controles de la retina durante la internación y luego del alta (cuándo y quién controlará a su hijo).
- ❖ Si en un control el oftalmólogo detecta una ROP grave, el bebé prematuro debe recibir tratamiento con láser, idealmente dentro de las 72 horas del diagnóstico. Un niño que padece ROP grave tiene necesidades especiales de atención en salud y educación que deben ser provistas tempranamente.

Un niño prematuro necesita controles oftalmológicos desde las primeras semanas de vida. Los padres deben ser informados sobre la retinopatía del prematuro y pueden cooperar solicitando este control.

7) Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

- ❖ La mayoría de los niños que fueron recién nacidos prematuros de alto riesgo podrán lograr una buena calidad de vida. Los programas de seguimiento tienen por finalidad prevenir y



atender problemas de salud vinculados a la prematurez, que pueden manifestarse a corto o a largo plazo, como dificultades en el crecimiento, en el desarrollo, en el aprendizaje, en el movimiento, en la visión o en la audición.

- ❖ Las reinternaciones, especialmente por causas respiratorias, son muy frecuentes. Pueden reducirse con programas de seguimiento, planes de vacunación, con profilaxis especiales y con el entrenamiento de las familias.
- ❖ Los programas de seguimiento también deben considerar las necesidades nutricionales de cada niño y llevar adelante las acciones que garanticen su cobertura. Los bebés prematuros que salen de las unidades de cuidados neonatales pueden tener grados variados de desnutrición. Lograr la recuperación nutricional durante el primer año de vida resulta clave para el neurodesarrollo y la salud general de estos niños.
- ❖ El seguimiento de los prematuros de alto riesgo debe realizarse al menos hasta los 3 años de vida o, idealmente, hasta la edad escolar. Si un prematuro presenta una condición crónica compleja que justifique una atención especializada, puede necesitar seguimiento hasta el final de su adolescencia, con derivación programada a un centro de adultos.

Los bebés prematuros necesitan un programa de seguimiento. Las familias deben recibir orientación para la crianza, nutrición y controles. Si el bebé necesita rehabilitación o ayuda educativa especial, debe ser derivado con orientaciones precisas.

8) La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

- ❖ La familia debe formar parte del equipo de salud que atiende a un bebé nacido antes de término. Los padres son excelentes prestadores de cuidado amoroso, contención, control y estimulación para el niño prematuro en todas las etapas del camino, desde las unidades neonatales hasta los consultorios de seguimiento.
- ❖ El concepto de equipo debe ser entendido desde el primer día. Ni los médicos ni las enfermeras son propietarios de los bebés y las decisiones que se tomen funcionarán mejor si los padres se mantienen oportunamente informados. Hay funciones de los padres y la familia que son irremplazables, y así debe ser sentido y transmitido por los encargados del cuidado médico.



- ❖ Médicos y enfermeras deben informar a los padres en forma personalizada todo lo relacionado con el estado del niño, los tratamientos que recibe, sus progresos y dificultades. Para que puedan acompañar mejor a su hijo prematuro la información debe ser brindada en forma amplia y generosa, en un idioma claro y comprensible, con disponibilidad de tiempo para aclarar las dudas, permitiendo que la familia reflexione y exprese sus propias emociones.

Los recién nacidos tienen derecho pleno a ser protegidos, y la familia tiene derecho a saber todo lo que le está ocurriendo, para participar en el cuidado y en las decisiones.

9) El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

- ❖ La Declaración de Derechos del Niño Hospitalizado establece que todo niño tiene derecho, mientras permanece en el hospital, a contar con la compañía permanente de al menos uno de sus padres.
- ❖ El cuidado de la relación entre el prematuro y sus padres es esencial para el futuro del niño. La permanencia de los padres junto a él favorece el crecimiento, el logro de la lactancia materna, aumenta el apego y da seguridad y confianza para el cuidado posterior al alta.
- ❖ La permanencia de la familia dentro de las unidades de cuidados intensivos neonatales requiere de un ambiente de mutuo respeto, colaboración, diálogo y acompañamiento. Los padres tienen derecho a estar junto al bebé todo el tiempo posible. En situaciones de procedimientos especiales o de emergencia que el bebé u otros bebés internados requieran, se recomienda llegar a un acuerdo con los profesionales sobre la permanencia de los padres.
- ❖ La integración del nuevo ser en la familia es fundamental, puesto que éste es el lugar donde crecerá y se desarrollará. La visita periódica a la unidad neonatal de los hermanos y abuelos brinda oportunidad a la familia de recorrer más unidos ese camino.

Para un bebé prematuro es muy importante sentir las caricias, la voz y el olor de sus padres. Para eso, debe estar junto a ellos el mayor tiempo posible.



10) Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.

- ❖ Algunos niños y adolescentes que nacieron de parto prematuro evolucionan con condiciones crónicas de salud o discapacidades que demandan mayor cantidad y calidad de recursos por parte de los sistemas de salud y educación que deben asistirlos. Pueden requerir centros de atención médica primaria y especializada, internación domiciliaria, servicios de salud mental, de trabajo social, de intervención temprana, terapias ocupacionales, fisioterapia, equipamiento tecnológico y educación especial, entre otros recursos.
- ❖ Reglamentaciones de organismos internacionales y leyes nacionales garantizan a estas personas el acceso permanente y continuado a programas multidisciplinarios para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de la discapacidad, pudiendo así prevenir, reducir o eliminar sus efectos. Estos programas deben asegurar, en su planeamiento y evaluación, la participación de la persona con discapacidad, de su familia y de organizaciones de personas con discapacidades.



4.7 DAÑOS A LA SALUD

RECIÉN NACIDO PREMATURO

Se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional:

- prematuros extremos (<28 semanas)
- muy prematuros (28 a <32 semanas)
- prematuros moderados a tardíos (32 a <37 semanas)

Los nacimientos prematuros pueden ser espontáneos o inducidos por la intervención médica. Aproximadamente el 20% de todos los nacimientos prematuros son por intervenciones médicas. En estos casos, es el facultativo el que decide que el bebé debe nacer pretérmino debido a complicaciones maternas o fetales graves, como preeclampsia grave o retraso del crecimiento intrauterino (RCI). Entonces, el parto se induce médicamente o se practica una cesárea.

EPIDEMIOLOGÍA

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 5 años. En casi todos los países 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 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.

ETIOLOGÍA

Factores médicos

- Enfermedades crónicas (diabetes materna, hipertensión materna, etc.)



- Abortos espontáneos previos.
- Polihidramnios.
- Gestación múltiple.
- Malformaciones uterinas.
- Traumatismo uterino.
- Patología fetal (fetopatía diabética, hidrops fetal, etc.)
- Placenta previa.
- Rotura prematura de membrana.
- Infección materna
- Cesárea electiva con estimación incorrecta de la edad gestacional.

Factores sociales

- Pobreza económica.
- Bajo nivel cultural.
- Hiperactividad materna.
- Tabaquismo y alcoholismo.
- Gestaciones muy frecuentes.
- Mala nutrición.
- Baja talla.
- Edad materna inferior a los 16 años o superior a los 35 años.
- Madres drogadictas.
- Falta de control prenatal.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- Crecimiento: frecuentemente el peso es inferior a 2 500 g.
- Longitud: es proporcional a su inmadurez y siempre inferior a 47 cm.
- Circunferencia torácica y craneana disminuida.
- Extremidades delgadas.
- Piel fina y lisa.
- Los relieves óseos son más prominentes.
- Escaso desarrollo muscular y disminución del tejido adiposo.



- Los huesos del cráneo son blandos.
- Mujeres: los labios menores protruyen.
- Hombre: los testículos no están descendidos totalmente.
- Reflejos primarios disminuidos, están en función de la edad gestacional.

CARACTERÍSTICAS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Comparado con el recién nacido a término, el prematuro presenta mayor índice de morbimortalidad, esto a causa de las características específicas limítrofes que presentan en los diferentes órganos, entre las que destacan¹⁷:

- **Inestabilidad térmica e hipoglucemia**

Los prematuros tardíos se encuentran en mayor riesgo de hipotermia e hipoglucemia temprana como resultado de su inmadurez y falla en su transición adecuada durante las primeras 12 horas de vida. La hipotermia e hipoglucemia pueden empeorar potencialmente la dificultad respiratoria preexistente.

- **Sistema cardiorrespiratorio**

La taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN) y el síndrome de dificultad respiratoria en prematuros se presenta, con mayor incidencia, a causa de alteraciones por inmadurez en relación al aclaramiento del líquido pulmonar y a la relativa deficiencia de surfactante pulmonar.

Los prematuros tardíos se encuentran dos veces más en riesgo de presentar apnea y síndrome de muerte súbita 1.4 casos por 1,000 de las 33 a 36 semanas de gestación, comparados con 0.7 de 1,000 en mayores de 37 semanas de gestación, aun cuando los mecanismos no son bien conocidos. Wang y cols¹ encontraron que cerca del 30% de los prematuros tardíos tuvieron evidencia de dificultad respiratoria y un tercio de éstos retrasó su egreso debido a que el 10% cursó con neumonía agregada a la TTRN.

- **Aparato gastrointestinal**

Con respecto al aparato gastrointestinal en prematuro, continúa todavía su desarrollo extrauterinamente, pero se adaptan rápidamente a la alimentación enteral, incluyendo los aspectos de digestión y absorción de lactosa, proteínas y lípidos. Sin embargo, la succión-deglución, así como las funciones peristálticas y el control de los esfínteres en esófago, estómago



e intestinos parecen ser menos maduras en estos pacientes, comparados con los recién nacidos a término, lo cual puede conllevar a la dificultad en la coordinación de la succión y deglución, un retardo en la lactancia materna exitosa, pobre ganancia ponderal y deshidratación durante las primeras semanas postnatales tempranas.

- **Sistema nervioso**

Los prematuros tienen cerebros más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término; se estima que a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso del cerebro es de tan sólo el 60% que el de los recién nacidos a término. A lo largo de las 4 semanas finales de gestación se observa un crecimiento dramático en los giros, surcos, sinapsis, dendritas, axones, oligodendrocitos, astrocitos y microglia. La Dra. Petrini y cols. estudiaron el desarrollo neurológico de más de 140,000 neonatos prematuros y a término, que nacieron entre 2000 y 2004. Encontraron que los prematuros tardíos eran más de tres veces propensos que los de término a ser diagnosticados con parálisis cerebral y con mayor riesgo de retraso mental o de retraso en el desarrollo.

“El pronóstico negativo de muchos prematuros tardíos ya no se puede describir como algo temporal o benigno”, apuntó Petrini en un comunicado de prensa. Agregó que el parto opcional mediante cesárea o la inducción del parto no se debería realizar antes de las 39 semanas, a menos que sea médicamente necesario. Petrini también sugirió que los prematuros tardíos se podrían beneficiar de las evaluaciones del neurodesarrollo.

- **Hiperbilirrubinemia**

Los prematuros tardíos tienen una mayor incidencia en la ictericia fisiológica prolongada y por lo tanto son más vulnerables al daño secundario a la ictericia que los recién nacidos a término, debido a que en los tardíos la vida media de los eritrocitos es menor que en los neonatos a término de 70 y 90 días, respectivamente, aunado a su inmadurez hepática.

- **Respuesta farmacológica**

Tanto la inmadurez hepática como renal de los prematuros tardíos complica el metabolismo de los medicamentos, porque disminuye la eliminación de los fármacos. Otros factores que afectan la eliminación de los fármacos y requieren ser estudiados incluyen la disfunción hepática y renal, resultantes de estados patológicos y colestasis asociados a la nutrición parenteral.



- **Sistema inmunológico**

Comparados con los recién nacidos a término y los prematuros extremos, los prematuros tardíos se encuentran en un nivel intermedio con respecto a su madurez inmunológica. Existen otros factores de riesgo identificados en estos recién nacidos prematuros como: ser el primer hijo, inicio de la alimentación al seno materno posterior al egreso, ser hijo de madre con patología asociada (preeclampsia, diabetes, hipertensión, cardiopatía (etc.)), nacer en un hospital público.

Con todo lo mencionado, podemos concluir que el prematuro tardío es fisiológica y metabólicamente inmaduro y por consecuencia presenta un riesgo más alto que el recién nacido a término para desarrollar complicaciones médicas que resultan en un aumento de la morbilidad al nacimiento y durante su estancia hospitalaria. Así mismo, el prematuro tardío tiene un alto índice de reingreso hospitalario durante el periodo neonatal comparado con el de término.

RELACIÓN CON PESO BAJO AL NACER

Un recién nacido de bajo peso (BP) es todo aquel que pesa menos de 2.500 gramos al nacer, independientemente de la edad gestacional. Esta afirmación implica que no todos los recién nacidos de bajo peso invariablemente son bebés prematuros, aunque existe una relación obvia entre el peso al nacer y la prematuridad. En los países desarrollados, la mayor parte de los recién nacidos de bajo peso son prematuros. En los países menos desarrollados, la proporción de bebés de bajo peso nacidos a término es superior debido al mayor índice de desnutrición. Los pesos bajos al nacer pueden dividirse a su vez en subcategorías: bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer y bajo peso extremo al nacer.

- Bajo peso al nacer: menos de 2.500 g
- Muy bajo peso al nacer: menos de 1.500 g
- Bajo peso extremo al nacer: menos de 1.000 g

Los recién nacidos de bajo peso engloban tanto a los bebés nacidos pretérmino como a los bebés cuyo crecimiento en el útero ha sido deficiente. Todo recién nacido cuyo peso al nacer es notablemente inferior a la norma de la población general se denomina recién nacido con peso bajo para la edad gestacional (PBEG). El nivel de corte normalmente se establece en un peso inferior al percentil 10 correspondiente a la edad gestacional. Por lo tanto, puede deducirse que



un recién nacido PBEG es más pequeño que el 90 por ciento de todos los bebés nacidos con la misma edad gestacional.

La causa de que un recién nacido tenga PBEG puede ser patológica o no patológica. El retraso del crecimiento uterino (RCI) es una deficiencia del crecimiento fetal normal. Lo causan diversos efectos adversos en el feto que impiden que éste desarrolle su potencial de crecimiento normal.

TRATAMIENTO

- Estabilización inicial: recomendaciones habituales de RCP.
- Implantación del protocolo de contacto piel con piel vigilado en la primera hora de vida de todos los neonatos estables, retrasando profilaxis ocular, vitamina K y somatometría.
- Confirmación de la edad gestacional: clínica (test de Ballard o Capurro), fecha de última regla y estimación ecográfica de la edad gestacional
- Valoraciones periódicas de temperatura y estado clínico en las primeras 24 h de vida. Se sugieren valoraciones más frecuentes: inicialmente, cada 30 min en las primeras 2 h de vida y cada 2-4 h después.
- Atención a ritmo cardíaco, perfusión tisular, trabajo respiratorio, tono muscular.
- Detección y tratamiento precoz de cualquier anomalía clínica que precise traslado del recién nacido a la Unidad Neonatal para terapia específica.
- Valoración de antecedentes perinatales que predispongan a problemas respiratorios.
- Preferible valoración de estabilidad clínica en las primeras 12-24 h de vida en la Unidad Neonatal para los pretérminos de 34 semanas.
- Evitar restricción de horarios en la entrada de padres en la Unidad Neonatal y aplicar modelos de atención y cuidados centrados en el desarrollo y en la familia.
- Evitar la separación de madre e hijo, siempre que las circunstancias clínicas lo permitan.
- Habilitar modelos asistenciales que faciliten la cohabitación madre/hijo en todo momento, sin que ello suponga que el recién nacido no reciba todas las atenciones clínicas y controles necesarios.
- Diferir el baño al menos hasta haber conseguido una adecuada estabilidad térmica.



SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Atención nutricional y seguimiento de su crecimiento, disponiendo de estudios longitudinales y tablas de referencia. El objetivo nutricional inmediato es obtener crecimiento semejante al intrauterino, pocas veces conseguido. Alteraciones nutricionales específicas evolutivas incluyen raquitismo, osteopenia y anemia.

Atención a la discapacidad motora, sensorial y dificultades para el aprendizaje. El riesgo de parálisis cerebral en los pretérminos de muy bajo peso es del 10%, distribuida en tercios iguales entre las formas leve, moderada y grave; Las alteraciones sensoriales incluyen el seguimiento oftalmológico y auditivo. Atención a los problemas del comportamiento y del aprendizaje cuya incidencia es mayor que en la población general.

Integración socio-familiar: a menudo en ambientes problemáticos desde el punto de vista social, económico o cultural, con conductas parentales variadas que frecuentemente tienden a la sobreprotección. En el otro extremo aparecen conductas negligentes que incluyen el maltrato y en una alta prevalencia accidentes, afectando a un 10% de los pretérminos.

Las infecciones respiratorias de vías altas repetidas condicionan frecuentes reingresos, en especial en los pacientes afectados de broncodisplasia. La administración de Palimizumab, ha reducido los ingresos por bronquiolitis por el virus sincitial respiratorio en la población de riesgo.

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNPT). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una ventilación y un intercambio gaseoso adecuados.

Los síntomas comienzan al poco de nacer, con dificultad respiratoria debida a las alteraciones de la función mecánica del pulmón y cianosis secundaria por anomalías del intercambio gaseoso. La dificultad respiratoria que lo caracteriza progresa durante las primeras horas de vida, alcanzando su máxima intensidad a las 24 - 48 horas de vida y, en los casos no complicados, comienza a mejorar a partir del tercer día de vida.



EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.

Se trata de una enfermedad respiratoria compleja caracterizada por atelectasias alveolares difusas en el pulmón, causada principalmente por la deficiencia de surfactante. Esto lleva a una mayor tensión superficial en el alveolo, que interfiere en el normal intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

FACTORES DE RIESGO

Los factores que afectan el grado de desarrollo del pulmón al nacer incluyen prematurez, diabetes materna y factores genéticos como etnia blanca, historia de SDR en hijos previos y sexo masculino. Las malformaciones torácicas que originan hipoplasia pulmonar, como la hernia diafragmática, pueden aumentar el riesgo de deficiencia de surfactante.

El déficit congénito de proteína B del surfactante, da origen a la proteinosis alveolar congénita que en sus primeras etapas simula una enfermedad de membrana hialina y es generalmente letal.

Otros factores que pueden afectar en forma aguda la producción, liberación o función del surfactante incluyen la asfixia perinatal en RNPT y el antecedente de cesárea sin trabajo de parto. Los RN que nacen antes del trabajo de parto, no se benefician de la liberación de hormonas adrenérgicas y esteroides que se liberan durante el trabajo de parto, las cuales aumentan la producción y liberación del surfactante.

En la siguiente tabla se muestran los factores que aumentan y los que disminuyen el riesgo de SDR:



Riesgo aumentado	Riesgo disminuido
Prematurez crónica	Hipertensión materna
Diabetes materna	Hipertensión materna inducida por embarazo
Gestación múltiple	Ruptura prematura de membranas prolongada
Parto por cesárea	Corticoides prenatales
Parto precipitado	Adicción materna a opioides
Asfixia	
Estrés por frío	
RN anteriores con EMH	
Sexo masculino	
Raza blanca	

FISIOPATOLOGÍA

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) o bien Enfermedad de la Membrana Hialina (EMH) se produce fundamentalmente por una cantidad insuficiente de surfactante en la superficie alveolar, debido a una síntesis disminuida, inactivación o destrucción, o bien por alteraciones cualitativas del surfactante.

El surfactante es el material de superficie activo producido por parte de las células epiteliales de las vías respiratorias llamadas neumocitos tipo II. Las células tipo dos son sensibles y disminuyen las agresiones de asfixia en el periodo perinatal. Los componentes principales del surfactante es en su mayoría de fosfolípidos (75%) y proteínas (10%), es producido y almacenado en cuerpos laminares característicos de los neumocitos tipo II. Esta lipoproteína se libera hacia las vías respiratorias, en donde funciona para disminuir la tensión superficial y mantener la expansión alveolar a presiones fisiológicas, evitando el colapso de los pequeños espacios aéreos al final de la espiración.

Las cantidades de surfactante producidas o liberadas pueden ser insuficientes para cubrir las demandas posnatales, debido a la inmadurez. El surfactante se encuentra en concentraciones altas en los pulmones fetales hacia la semana 20 de gestación, pero alcanza la madurez después de las 35 semanas de gestación. La síntesis de surfactante depende en parte del pH, de la temperatura y de la perfusión. La asfixia, la hipoxemia y la isquemia pulmonar, sobre todo si aparecen hipovolemia, hipotensión y estrés por frío, pueden inhibir dicha síntesis. Las altas



concentraciones de oxígeno y los efectos del tratamiento con respirador pueden lesionar el revestimiento epitelial de los pulmones, lo que disminuye todavía más la cantidad de surfactante.

La alteración funcional y patológica más relevante de esta enfermedad es la disminución del volumen pulmonar, causada por el progresivo colapso de gran parte de las unidades alveolares, debido al déficit de surfactante en las unidades alveolares. Al no haber una cantidad suficiente de surfactante, las fuerzas de tensión superficial no son contrarrestadas y se produce el colapso de los alvéolos y espacios aéreos al final de cada espiración, si no se instituye alguna medida terapéutica. La mayor tensión superficial exige una mayor presión de distensión para insuflar el alveolo. A medida que el radio alveolar disminuye (atelectasia) y la tensión superficial se incrementa, la cantidad de presión requerida para superar esta fuerza y distender el alvéolo es mayor.

En el SDR hay una marcada disminución de la capacidad funcional residual (CFR) debido al déficit de surfactante, y se produce un desplazamiento del volumen de gas del pulmón por una congestión vascular, un edema intersticial y vías aéreas con fluido proteináceo. Durante el curso del SDR, la CFR está influenciada por varios factores, entre los cuales se incluyen, el esfuerzo respiratorio espontáneo del neonato, la estabilidad de la parrilla costal y la capacidad del paciente para mantener un efectivo quejido respiratorio. Cuando los mecanismos propios del recién nacido no son capaces de mantener una adecuada CFR, esta puede recuperarse con la instalación de presión positiva continua (CPAP) o mediante la intubación endotraqueal y el uso de ventilación mecánica. También en estos recién nacidos la distensibilidad pulmonar está muy disminuida, fundamentalmente por la disminución de espacios aéreos ventilados y por un aumento de la presión de retracción del pulmón. Al observarse durante el curso del SDR una disminución de la retracción subcostal e intercostal, es un claro indicio de mejoría de la distensibilidad pulmonar, lo que indica que se requiere menor presión transpulmonar para expandir el pulmón.

La resistencia pulmonar, que es la suma de las resistencias de las vías aéreas y el tejido pulmonar, esta aumentada en los niños con esta enfermedad. La principal causa de este aumento se debe a la disminución del diámetro de las vías aéreas. Paralelamente, en el recién nacido prematuro de muy bajo peso, la parrilla costal es blanda y deformable, y la musculatura respiratoria débil, lo que favorece aún más la atelectasia pulmonar progresiva. El colapso alveolar determina una alteración en la relación ventilación-perfusión y un cortocircuito pulmonar de derecha a izquierda, con un descenso progresivo de la PaO₂ en la sangre arterial y acidosis metabólica secundaria a hipoxia. La atelectasia alveolar, la formación de la membrana hialina y



el edema intersticial disminuyen la distensibilidad de los pulmones, lo que se traduce en la necesidad de presiones más altas para expandir los alveolos y las vías aéreas más pequeñas. En esta entidad clínica hay un aumento de la permeabilidad vascular y de las vías aéreas terminales, que favorecen la producción de edema intersticial. Este edema es abundante en proteínas plasmáticas que inactivan el escaso surfactante presente, lo que permite un mayor colapso alveolar. Cabe destacar que no todos los alveolos están colapsados, por lo que al aplicar ventilación a presión positiva continua o intermitente pueden ocurrir sobredistensión y posterior rotura de los alveolos menos colapsados, que favorecen la aparición de aire extra pulmonar (enfisema intersticial, neumotórax). En los casos más severos, la acentuada disminución de la distensibilidad pulmonar, el volumen corriente pequeño, el aumento de espacio muerto fisiológico, el incremento del trabajo respiratorio y una ventilación alveolar insuficiente determinan hipercapnia (aumento PaCO₂) y acidosis respiratoria.

La combinación de hipoxemia, hipercapnia y acidosis desencadena una vasoconstricción en el territorio pulmonar con caída del flujo sanguíneo, lo que a su vez puede aumentar el daño de las células alveolares y limitar aún más la síntesis de surfactante. Además, la hipertensión en el territorio vascular pulmonar puede determinar un cortocircuito anatómico de derecha a izquierda a través del foramen oval y el ductus arterioso, y esto agrava la hipoxemia y facilita la salida de líquido y proteínas al espacio intersticial y alveolar.

ASPECTOS CLÍNICOS

Al realizar la valoración clínica de un recién nacido con sospecha de SDR, los profesionales de enfermería deben realizarla evaluando los siguientes aspectos:

- ▶ Historia perinatal completa.
- ▶ Evaluación de trabajo de parto y parto.
- ▶ Determinación de la edad gestacional.
- ▶ Examen físico completo.

EXAMEN FÍSICO



El neonato con Síndrome de Dificultad Respiratoria presenta:

- ▶ Disnea o respiración superficial.
- ▶ Aumento progresivo de la frecuencia respiratoria > 60 rpm. El recién nacido afectado aumenta la frecuencia respiratoria con rapidez al tratar de compensar el pequeño volumen corriente que tiene debido al colapso pulmonar. La taquipnea puede aumentar y sobrepasar las 100 rpm en casos más severos.
- ▶ Hipotermia
- ▶ Taquicardia.
- ▶ Retracción esternal e intercostal marcadas (a consecuencia de la disminución de la distensibilidad pulmonar). El recién nacido utiliza los músculos accesorios de la respiración, como los intercostales, para aumentar la presión requerida para distender los pulmones que tienden al colapso. La retracción refleja la pérdida de volumen pulmonar
- ▶ Aleteo nasal. Con esta maniobra se aumenta el diámetro nasal y se disminuye la resistencia de la vía aérea superior.
- ▶ Cianosis central. Este signo clínico se produce cuando la hemoglobina reducida es mayor de 5 g/dl, y refleja un deterioro de la oxigenación del niño.
- ▶ Gemido espiratorio, con el recién nacido en reposo (un reflejo del pasaje forzado del aire espirado por la glotis parcialmente cerrada). Se debe al cierre de la glotis durante la espiración, con la finalidad de evitar el colapso pulmonar y mantener una capacidad funcional residual funcional satisfactoria, lo que facilita la distensión alveolar durante la inspiración.
- ▶ Aumento progresivo de los requerimientos de oxígeno.
- ▶ Disminución de los ruidos respiratorios.
- ▶ Episodios de apnea.
- ▶ Acidosis respiratoria y metabólica, a causa de las alteraciones fisiopatológicas.
- ▶ Palidez causada por la vasoconstricción periférica.



- ▶ Edema intersticial y palpebral dentro de las primeras 24 horas (consecuencia de la alteración de la permeabilidad vascular).
- ▶ Alteraciones fisiopatológicas: distensibilidad pulmonar disminuida, reducción del flujo sanguíneo a nivel capilar pulmonar, desvío de la sangre de derecha a izquierda (30 a 60%), reducción del volumen pulmonar con disminución de la ventilación a nivel de los alveolos.

MORBILIDADES ASOCIADAS QUE PUEDEN COMPLICAR EL CURSO DEL SDR.
















- ▶ Neumonías.
- ▶ Problemas metabólicos: hipoglucemia e hipocalcemia.
- ▶ Problemas hematológicos: anemia y policitemia.
- ▶ Escapes de aire: neumotórax, enfisema intersticial, neumomediastino, neumopericardio; en este tipo de pacientes puede deberse a exceso de ventilación con presión positiva.
- ▶ Anomalías congénitas pulmonares y cardiacas que en raras ocasiones coexisten con el SDR.

DIAGNÓSTICO

A. VALORACIÓN CLÍNICA.

El diagnóstico de la enfermedad respiratoria en el periodo neonatal se realiza valorando la presentación clínica a través del examen físico con los signos mencionados anteriormente, además se puede utilizar el test Silverman-Anderson para determinar el grado de dificultad respiratoria que presenta el recién nacido:



Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Bamboleo

0 puntos: Sin dificultad respiratoria.

1-4 puntos: Dificultad respiratoria leve.

5-7 puntos: Dificultad respiratoria moderada.

8-10 puntos: Dificultad respiratoria severa.

B. ESTUDIOS DE LABORATORIO.

1. Muestreo de gases sanguíneos, es esencial en el tratamiento de SDR. Por lo general, se realiza un muestreo arterial intermitente. Los laboratorios ayudan a determinar hipoxemia (PaO_2 menor a 50 mm Hg) e hipercapnia ($PaCO_2$ mayor a 45 mm Hg).



Los gases en sangre muestran acidosis respiratoria por aumento de la CO_2 , debido a dificultad en el intercambio gaseoso por atelectasias y/o sobredistensión de las vías aéreas terminales. También puede haber acidosis metabólica por acidosis láctica, debido a la mala perfusión tisular por metabolismo anaeróbico.

Se puede presentar hipoxia por cortocircuito de derecha a izquierda a través de los vasos pulmonares, ductus arterioso permeable y/o foramen oval. La oximetría de pulso debe mantenerse para menores de 32 semanas en un rango de 88 a 95% no siendo un método confiable para determinar hiperoxia. Además los monitores continuos transcutáneos de oxígeno y los de dióxido de carbono o de la saturación de oxígeno, son invaluable en el monitoreo minuto a minuto de estos neonatos.

2. Análisis de septicemia. Debe considerarse un análisis parcial de septicemia, incluyendo un conteo completo de células sanguíneas y un cultivo de sangre para todo neonato con un diagnóstico de SDR debido a la septicemia de aparición temprana se puede distinguir del SDR con base en estudios clínicos por si solos.

3. Los niveles séricos de glucosa pueden ser inicialmente altos o bajos y se deben monitorear de cerca para valorar si es adecuada la infusión de dextrosa. La hipoglucemia por si sola puede generar taquipnea y disnea.

4. Los niveles séricos de electrolitos incluyendo el calcio, se deben monitorear cada 12 a 24 horas para el tratamiento de los líquidos parenterales. La hipocalcemia contribuye a más síntomas respiratorios y es común en neonatos enfermos, no alimentados, pretérmino o con asfixia.

C. RADIOGRAFIA TORÁCICA.



Imagen clásica con tórax en forma de campana debido a la hipoventilación generalizada. El volumen pulmonar está reducido, el parénquima pulmonar tiene un patrón reticulogranular difuso y broncograma aéreo.

Se debe obtener una radiografía torácica anteroposterior para todos los neonatos con disnea de cualquier duración. El hallazgo radiográfico típico del SDR es un patrón reticulogranular uniforme, denominado como apariencia de vidrio esmerilado (despulido), acompañado de broncogramas aéreos periféricos. Durante el curso clínico, las radiografías secuenciales pueden revelar fugas de aire secundarias a una intervención ventilatoria mecánica así como la aparición de cambios compatibles con la displasia broncopulmonar.



D. ECOGRAFÍA

Es una herramienta diagnóstica valiosa en la evaluación de un neonato con hipoxemia y disnea. El ecocardiograma se realiza para diagnosticar conducto arterioso permeable y determinar la dirección y grado de cortocircuito con un estudio de Doppler. También es útil, para el diagnóstico de hipertensión pulmonar, valorar la función cardíaca y descartar cardiopatías congénitas asociadas.

E. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el siguiente cuadro se muestran los datos principales además del examen físico a tener en cuenta para diagnosticar SDR y diferencial con la taquipnea transitoria y la neumonía.

	EMH	Mala adaptación pulmonar	Bronco neumoníasepsis temprana
Edad inicio	RN	RN	RN
FiO ₂ máxima (hipoxemia)	Hasta 1,0 (grave)	0,4-0,6 (leve)	Hasta 1,0 (grave)
Edad FiO ₂ máxima (mayor gravedad)	36-48 h (si no recibe surfactante)	0-6 h	Variable
Edad gestacional (más frecuente)	Temprana	Temprana	Variable
Estado general	Moderado-grave	Moderado-leve	Muy grave
Alteración hemodinámica	Frecuente	Rara	Shock habitual
Radiografía de tórax	Atelectasia difusa, broncograma aéreo	Volumen pulmonar, condensaciones, líquido en cisuras	Variable
Aire extraalveolar	Frecuente (casos graves)	No	Raro

TRATAMIENTO

El tratamiento que se recomienda incluye:

A. EL REEMPLAZO DE SURFACTANTE

Se considera un estándar de atención en el tratamiento de neonatos intubados con SDR. Se debe administrar surfactante exógeno profiláctico a todos los recién nacidos prematuros < 30 semanas de edad gestacional que requieran intubación traqueal en la sala de parto y/o cuyas madres no hayan recibido esteroides prenatales.

Los recién nacidos prematuros que necesitan surfactante exógeno por el riesgo de cursar con SDR son aquellos con:

Menos de 30 semanas de edad gestacional, que para mantener una oxemia normal requieran:



- ▶ PPC nasal profiláctica
- ▶ $FiO_2 > 40\%$

La administración de surfactante profiláctica, **temprana o precoz** es la aplicación de surfactante antes del minuto 30 de vida, sin evidencia de dificultad respiratoria. Se administra al RN con tubo endotraqueal sin control radiográfico y el paciente sin estabilizar. Este tipo de administración es frecuente en instituciones donde no se administran corticoides prenatales para la maduración pulmonar.

Se considera surfactante de **rescate o tardío** a la aplicación de surfactante cuando han aparecido signos de dificultad respiratoria. Normalmente se refiere a la aplicación de surfactante después del minuto 30 y antes de las 24 horas de vida. Se dice **rescate temprano** cuando se aplica antes de las 2 horas de vida y en cuanto aparecen signos de dificultad respiratoria. Se define **rescate tardío** cuando se aplica posteriormente. El RN se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) con control radiográfico del tubo endotraqueal, radiología de tórax compatible con SDR, y ya tiene instalado un plan de hidratación.

Como desventaja algunos autores refieren que el RN tiene posibilidades de tener atelectasias y daño pulmonar antes del tratamiento.

La administración temprana (rescate) de surfactante en comparación con la administración tardía disminuye el riesgo de:

- ▶ Muerte
- ▶ Neumotórax
- ▶ Enfisema pulmonar intersticial
- ▶ Displasia bronco pulmonar

Administrar surfactante exógeno temprano (rescate) dentro de las primeras 2 horas después del nacimiento en todo recién nacido prematuro con antecedentes de riesgo y signos clínicos sugestivos de SDR. Así como se administrara surfactante en una segunda y, hasta en una tercera dosis, en todo recién nacido prematuro con evidencia de SDR que tenga la siguiente condición:

- ▶ Una fracción de oxígeno mayor del 50%
- ▶ Presión media de vía aérea mayor de 7cm H₂O o una PPC > 6cm H₂O para mantener una PaO₂ > 50mm Hg.

El método clásico de administración de surfactante es a través de una instilación endotraqueal.



Debido a que por el momento no hay evidencia suficiente para recomendar el uso de algún surfactante exógeno tanto profiláctico como de rescate, se deberá administrar el que se encuentre disponible en la unidad donde se atiende al paciente y/o con el que se tenga experiencia en su uso.

Algunos surfactantes son:

Surfactante	Fosfolípido principal	Proteínas	Concentración de fosfolípidos	Dosis sugerida	Fosfolípidos por dosis
Derivado de animales					
- Beractant (Survanta)					
Extracto de pulmón de bovino picado	DPPC (4-65%)	SP-B y SP-C	25 mg/mL	4 mL/kg	100 mg/kg
- Calfactant (Infansurf)					
Lavado de pulmón de ternero	DPPC (45%) PG	SP-B y SP-C	35 mg/mL	3 mg/Kg	105 mg/kg
- Poractant (Curosurf)					
Extracto de pulmón porcino picado	DPPC (40%) PG	SP-B y SP-C	80 mg/mL	2,5 mL/kg y 1,25 mL/kg	200 mg/kg ó 100 mg/kg
Sintéticos sin proteínas					
- Colifosceril (Exosurf)	DPPC (100%)	Ninguna	13,5 mg/mL	5 mL/kg	67,5 mg/kg
Sintéticos, con análogos de proteínas					
- Lucinactant (Surfaxin)	DPPC (75%)	POPG	Péptido KL4 como SP-B	30 mg/mL	5,8 mL/kg 175 mg/kg

B. SOPORTE RESPIRATORIO.

1. Oxigenoterapia. Es la administración de oxígeno adicional al que normalmente existe en el aire ambiental, y como toda medida terapéutica debe estar indicada, dosificada y controlada. Además, debe administrarse húmedo y a temperatura corporal (37 °C). Es el método terapéutico más antiguo y generalizado en el tratamiento de la hipoxemia del recién nacido con dificultad respiratoria. Existen diferentes métodos de administración de oxígeno, pero el más utilizado en el neonato es a través de una campana de plástico. En general, aquellos niños con SDR leve a moderado que presentan una PaO₂ mayor de 50 mmHg con una concentración de oxígeno menor o igual a 30% se mantiene solamente con oxígeno en la campana siempre y cuando no tengan hipoventilación alveolar con retención de CO₂.



2. La intubación endotraqueal y la ventilación mecánica son los elementos principales del tratamiento para neonatos con SDR en quienes se desarrolla apnea o hipoxemia con acidosis respiratoria. La ventilación mecánica suele iniciar con frecuencias de 30 a 60 respiraciones/minuto y proporciones de 1:2 entre la inspiración y la espiración. Se utiliza una presión inicial positiva de inspiración de 18 a 30 cm H₂O, dependiendo del tamaño del neonato y la gravedad de la enfermedad. Una presión positiva de la terminal espiratoria de 4 a 5 cm H₂O produce una mejor oxigenación, presuntamente debido a que ayuda en el mantenimiento de una capacidad residual funcional efectiva. Se mantienen las presiones más bajas posibles y las concentraciones más bajas posibles del oxígeno inspirado en un intento por minimizar el daño al tejido parenquimatoso. Los ventiladores con la capacidad para sincronizar el esfuerzo respiratorio pueden generar menos presión inadvertida de vías respiratorias y menor barotrauma. El uso temprano de una ventilación oscilatoria de frecuencia alta se ha vuelto popular un modo del ventilador utilizado con frecuencia para neonatos con peso bajo al nacer.

3. Presión positiva continua de vías respiratorias (CPAP) y ventilación obligatoria intermitente sincronizada (SIMV). La CPAP nasal o nasofaringe se pueden utilizar de forma temprana para retrasar o prevenir la necesidad de intubación endotraqueal. Para minimizar la lesión pulmonar relacionada con la intubación y la ventilación mecánica, ha habido un reciente interés en el uso de CPAP como la estrategia inicial e tratamiento para el SDR incluso e neonatos con muy bajo peso al nacer. El tratamiento de reemplazo con surfactante con extubación para CPAP nasal se relaciona con una menor necesidad de tratamiento en ventilador, una incidencia más baja de displasia broncopulmonar y menos síndromes por fuga de aire en comparación con un reemplazo selectivo con surfactantes posterior y una continuación de la ventilación mecánica, con extubación del soporte ventilatorio bajo.

La CPAP nasal y nasofaringe se pueden utilizar después de la extubación y pueden disminuir la probabilidad de reintubación. La SIMV nasal es una forma potencialmente útil de aumentar la CPAP nasal. La capacidad relativamente reciente para sincronizar las respiraciones del ventilador con el propio ciclo respiratorio del neonato ha hecho posible este modo de ventilación.

4. Complicaciones. Pueden presentarse fugas de aire pulmonar, como neumotórax, neumomediastino, neumopericardio y enfisema intersticial pulmonar. Las complicaciones crónicas incluyen problemas respiratorios como la displasia broncopulmonar y la estenosis traqueal.

Dentro del más común se encuentra el **neumotórax** que depende de la extensión del colapso pulmonar, grado de presión intrapleural, rapidez de instauración, edad y reserva respiratoria. Los



síntomas más frecuentes son el dolor súbito pleurítico (90 %) junto con la disnea y la taquipnea. A la exploración se constata expansión asimétrica del hemitórax, timpanismo, disminución del murmullo vesicular y de la transmisión de las vibraciones vocales. El latido cardíaco se encuentra desplazado hacia el lado contralateral.

El tipo de neumotórax ocasionado por el SDR es el tensional Neumotórax que constituye una urgencia vital. La existencia de un mecanismo valvular permite la entrada de aire en la cavidad pleural pero no su salida. La presión en la cavidad pleural aumenta progresivamente. Provoca un colapso del hemitórax afectado con aparición de hipoventilación e hipoxemia y un compromiso circulatorio con disminución del retorno venoso y en consecuencia del gasto cardíaco.

C. SOPORTE NUTRICIONAL.

En el neonato muy enfermo, es posible mantener un soporte nutricional con nutricio parenteral por un periodo prolongado de tiempo.

El aporte de líquidos debe ser el suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas. Evitar la deshidratación y pérdidas de peso mayores al 10%. Esto reduce los riesgos de:

- ▶ Persistencia de conducto arterioso y la repercusión hemodinámica
- ▶ Enterocolitis necrosante
- ▶ Displasia broncopulmonar
- ▶ Hemorragia intraventricular

El aporte de líquidos debe ser suficiente para permitir contracción del volumen extracelular $< 10\%$, permitir balance negativo de sodio $2 - 4 \text{ mmol/kg/día}$ y mantener concentraciones normales de electrólitos séricos con gasto urinario $> 1 \text{ ml/kg/h}$.

En los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, los periodos prolongados con deficiente aporte nutricional ocasionan trastornos metabólicos graves, por lo que se debe iniciar Nutrición parenteral total (NPT) cuando las condiciones hemodinámicas y metabólicas estén bajo control preferentemente dentro de las primeras 24 a 48 horas de vida.

Por tanto se debe iniciar aporte nutricional parenteral lo más pronto posible. Se recomienda que el aporte por NPT sea al inicio:

- ▶ Líquidos no menores de 100 ml/kg/día
- ▶ Carbohidratos 10 g/kg/día



- ▶ Proteínas 2.0–2.5 g/kg/día
- ▶ Lípidos 0.5–1.0 g/kg/día

Se realizarán ajustes progresivos para alcanzar un aporte completo entre el 5 – 7 días.

Por otro lado se debe realizar la estimulación enteral temprana o alimentación trófica puesto que:

- ▶ Favorece el desarrollo gastrointestinal
- ▶ Reduce el tiempo en alcanzar una alimentación enteral completa
- ▶ Reduce el tiempo de uso de NPT

Iniciar el aporte enteral cuando el paciente se encuentre:

- ▶ Hemodinámicamente estable
- ▶ Sin datos de compromiso abdominal
- ▶ Aún en presencia de catéteres umbilicales Se recomienda iniciar con:
 - ▶ Aporte total ≤ 20 ml/kg/día repartido en “mini bolos” en intervalos de 1–3 horas durante 72 horas para posteriormente pasar a volúmenes mayores
 - ▶ Siempre es recomendable iniciar con leche humana, en caso de no contar con esta, las fórmulas lácteas para prematuros son una alternativa aceptable.

Finalmente la administración de líquidos, para la expansión temprana del volumen intravascular, en neonatos prematuros sólo se usará si existe alteración hemodinámica. En recién nacidos prematuros en quienes hay evidencia de pérdida de volumen secundaria a pérdidas insensibles, pérdidas externas o formación de tercer espacio y presencia de hipotensión arterial sistémica, la administración de líquidos debe preceder al inicio de inotrópicos.

Los episodios de hipotensión arterial sistémica, con evidencia de pobre perfusión tisular, inicialmente se manejarán con cargas rápidas a razón 20 ml/kg en 1 a 3 ocasiones con solución salina 0.9%.



D. TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Los antibióticos que cubren las infecciones neonatales más comunes suelen iniciarse desde un principio. Se aumentan los intervalos de dosis de aminoglucósidos para el neonato prematuro.

F. SEDACIÓN.

Se usa con frecuencia para controlar la ventilación en estos neonatos enfermos. El fenobarbital se ha utilizado para disminuir el nivel de actividad del neonato. Se puede utilizar morfina, fentanilo o lorazepam para analgesia así como para sedación. Las ventajas reportadas del tratamiento incluyen una mejor sincronía del ventilador y de la función pulmonar. Se ha sugerido una disminución de secuelas neurológicas adversas a largo plazo.

Las respuestas neuroendócrinas a la ventilación mecánica se alivian por medio del tratamiento con opiáceos, el cual puede ser benéfico a largo plazo. Sin embargo se deben considerar los efectos adversos de los medicamentos, especialmente los opiáceos, incluyendo la hipotensión como la morfina y la rigidez de la pared torácica con el fentanilo. Ocurre una tolerancia, dependencia y abstinencia con todos los opiáceos y las benzodiacepinas. Además, el tratamiento farmacológico no disminuye las secuelas adversas, por lo menos a corto plazo.

Es importante una manipulación mínima para evitar el dolor como medio para disminuir la necesidad del tratamiento del dolor en neonatos ventilados.

La sedación puede indicarse en neonatos que rechazan el ventilador y exhalan durante el ciclo de inspiración de la ventilación mecánica. Este patrón respiratorio puede aumentar la probabilidad de complicaciones como la fuga de aire y, por tanto, debe evitarse.

La sedación de neonatos con una velocidad fluctuante del flujo sanguíneo cerebral teóricamente disminuye el riesgo de hemorragia intraventricular.



V. ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

ELABORADO POR: Lic. en Enfermería Sánchez Quiroz Fernanda.			
UNIDAD HOSPITALARIA: Hospital General Ajusco Medio.		FECHA DE ELABORACIÓN: 15,16, 18 de noviembre de 2016.	
NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: Betancourt Cisneros		SEXO: (F) (M)	HORA DE NACIMIENTO: 13:43 horas.
LUGAR DE NACIMIENTO: Ciudad de México, Hospital General Ajusco Medio.		FECHA DE NACIMIENTO: 12 de noviembre de 2016	
EDAD GESTACIONAL: Al nacimiento 32 SDG. Actualmente 32.6 SDG corregidas	PESO AL NACER: 1,240 gr.	TALLA: 37 cm	TIPO DE PARTO: Cesárea
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (SI) (NO) AVANZADAS (SI) (NO)		FECHA DE INGRESO: 12 de noviembre 2016 a UCIN	
DÍAS DE ESTANCIA: 6		GRUPO Y RH Se desconoce	
FUENTE DE INFORMACIÓN: Expediente clínico e interrogatorio a la madre durante la visita dentro de la UCIN.			

5.2 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente neonato, será identificada como BC, fenotípicamente del sexo femenino que es ingresada al servicio de UCIN del Hospital General Ajusco Medio por presentar dificultad respiratoria secundaria a inmadurez pulmonar por prematuridad de 32 SDG.

5.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Neonato prematuro, femenina de 32 SDG, con el diagnóstico médico de Síndrome de Dificultad Respiratoria que requirió maniobras avanzadas de reanimación junto con administración de surfactante por lo que ingresa a UCIN, portadora de drenaje pleural consecuente a neumotórax que es asociado a antecedente de ventilación con presión positiva durante la reanimación.



5.4. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

1. ESTADO DE SALUD

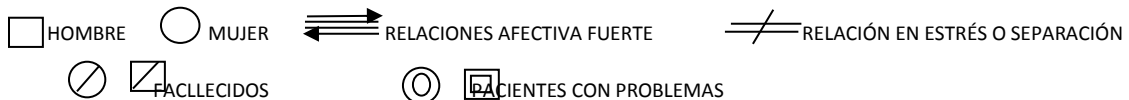
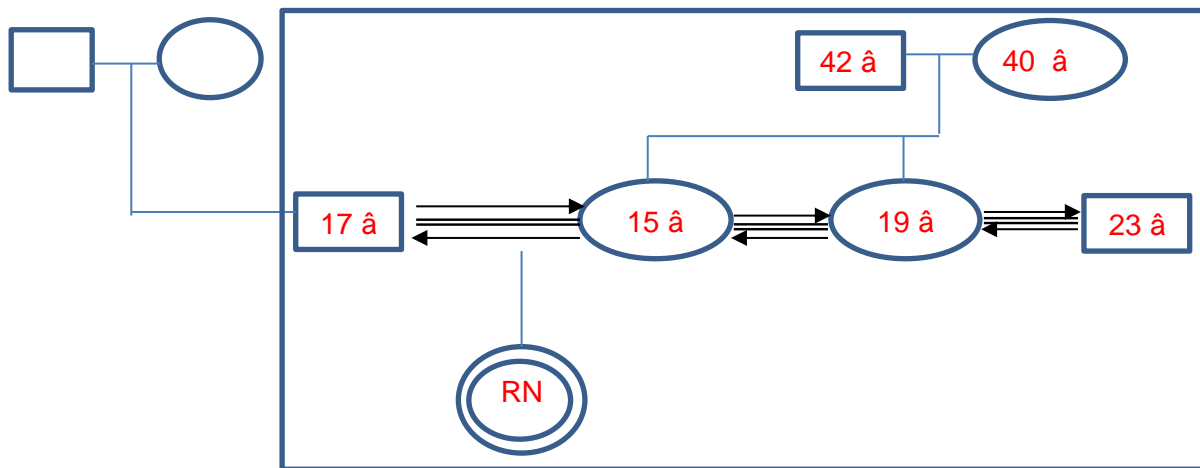
Neonato femenina hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), con 6 días de estancia.

2. FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

Cuenta con una familia extensa, con 8 integrantes que habitan en el mismo domicilio, sin contar al paciente, sus familiares son los siguientes:

NOMBRE	EDAD	Parentesco con el paciente	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Brígida Cisneros	---	Bisabuela Materna	No refiere	No refiere
Raúl Betancourt	---	Bisabuelo Materno	No refiere	No refiere
Lizeth Betancourt	40 años	Abuela materna	No refiere	No refiere
Pedro Bautista	42 años	Abuelo Materno	No refiere	No refiere
Escarlet Betancourt	19 años	Tía	No refiere	No refiere
Marco Gutiérrez	23 años	Tío	No refiere	No refiere
Iker Villanueva	17 años	Padre	Secundaria	Empleado de fábrica
Andrea Betancourt	15 años -	Madre	Secundaria	Ama de casa

FAMILIOGRAMA



3. FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS

Betancourt Cisneros Andrea, madre de 15 años de edad, tiene un peso aproximado de 58 kg., reside en Unidad Habitacional Fovisste Fuentes Brotantes Edificio M6 Departamento 2d, CP. 14250, Colonia Ampliación Miguel Hidalgo, Delegación Tlalpan, CDMX, actualmente no trabaja, se dedica al hogar, su estado civil es en unión libre, de religión cristiana, su escolaridad es secundaria terminada.

Villanueva Iker, padre de 17 años de edad, reside en Unidad Habitacional Fovisste Fuentes Brotantes Edificio M6 Departamento 2d, CP. 14250, Colonia Ampliación Miguel Hidalgo, Delegación Tlalpan, CDMX, es empleado en una fábrica, su estado civil es en unión libre, de religión cristiana, su escolaridad es secundaria terminada.

4. DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE RECURSOS

Su familia cuenta con una vivienda construida con techo de concreto, con paredes de tabique y piso de cemento con lozeta. En esta habitan 8 personas (bisabuelos, abuelos, tíos, madre y padre), en esta tienen los servicios intradomiciliarios indispensables de agua, luz, drenaje, alumbrado público y pavimentación.

5. FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

Cuenta con afiliación al Seguro Popular, perteneciente a la Secretaría de Salud.

6. PATRÓN DE VIDA

Los bisabuelos maternos del neonato padecen de Diabetes Mellitus tipo 2, refiere la madre que llevan control sin mencionar medicación.

Ninguno de los padres padece de toxicomanías aparentemente.

El patrón de alimentación de los padres es de 4 comidas al día en casa, se refiere de buena calidad con un consumo de carnes de rojas y blancas, y verduras principalmente sin mencionar frecuencia. En cuanto a su higiene es con baño diario, aseo dental 3 veces al día.

La madre refiere que en conjunto de su padre tienen un esquema de vacunación completo, sin mostrar cartilla. Sin embargo durante su embarazo no se aplicó la dosis correspondiente a tétanos.



7. FACTORES AMBIENTALES

El área donde reside la familia es urbana, no cuentan con fauna nociva.

5.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO-

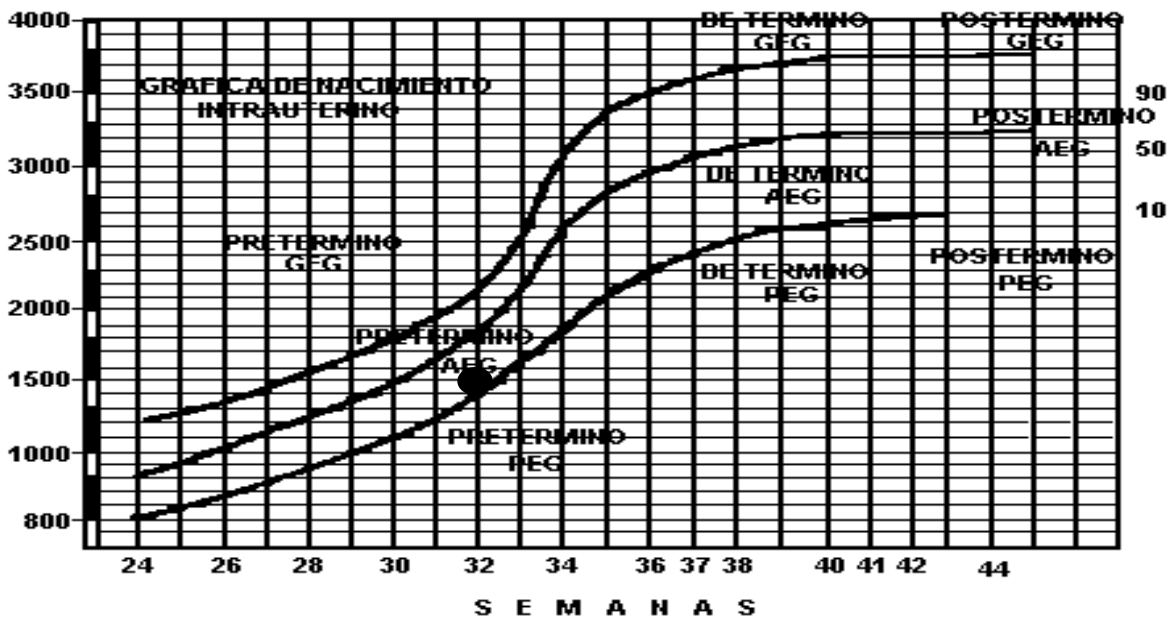
VALORACIÓN DEL NEONATO.

De acuerdo a la valoración Apgar obtuvo una calificación de 7/9 con lo cual lloró y respiró al nacer pero precisó de maniobras de reanimación avanzada con intubación endotraqueal para mejorar el patrón respiratorio.

De acuerdo a la gráfica del Dr. Jurado García, se encuentra en un peso adecuado para la edad gestacional dentro del percentil 10.

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



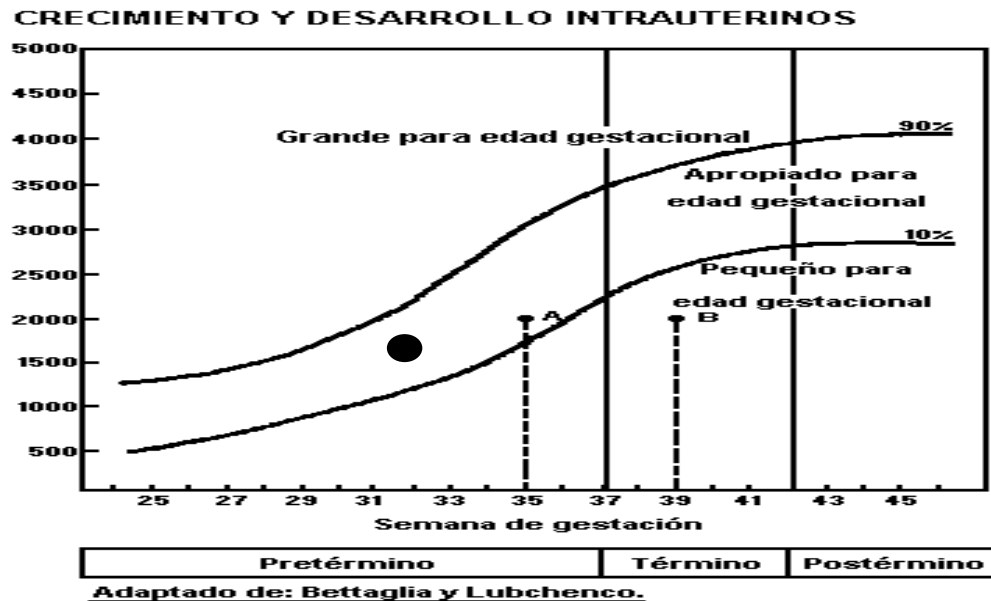
PRETERMINO
PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

TERMINO POSTERMINO

Dr. Jurado García



Por otra parte en relación a la gráfica de Bettaglia y Lubchenco de crecimiento y desarrollo intrauterino se trata de un recién nacido pretérmino apropiado para edad gestacional.



Por método Capurro y Ballard para valorar la edad gestacional al momento del nacimiento, se encuentra con 32 SDG.

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

Forma de la OREJA	Aplanada, informe, incurvación <small>escasa o nula del Pabellón</small> 0	Pabellón parcialmente incurvado en el borde Superior 8	Pabellón Incurvado todo el borde superior 16	Pabellón Totalmente Incurvado 24	Puntuación <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> $\frac{204 + 23}{7} = 32 \text{ SDG}$ </div>	8	
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	No Palpable 0	Palpable menor de 5 mm. 5	Palpable entre 5 y 10 mm. 10	Palpable mayor de 10 mm. 15		5	
Formación del PEZON	Apenas visible sin areola 0	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 10	Diámetro mayor de 7.5mm. Areola punteada 15		0	
TEXTURA de la PIEL	Muy fina gelatinosa 0	Fina lisa 5	Mas gruesa discreta descamación superficial 10	Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15		Gruesa grietas profundas apergamina-das 20	5
PLIEGUES PLANTARES	Sin pliegues 0	Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	Marcas bien definidas en la 1/2 anterior. Surcos en 1/2 anterior 10	Surcos en la mitad anterior 15		Surcos en mas de la mitad anterior 20	5
					23	Puntaje Parcial =	



5.6 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

1. ANTECEDENTES HEREDO – FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (MADRE)

Madre sin transfusiones previas, sin intervenciones quirúrgica, negando alergias. Única hospitalización durante el parto actual.

ANTECEDENTES PERINATALES

Gesta 1, Para 0, Abortos 0, Cesáreas 0, con control prenatal en 9 consultas a partir del 1er. mes de embarazo en el centro de salud y 1 USG aparentemente sin anomalías en la 21 SDG. Aparentemente cursó un embarazo normoevolutivo, sin patologías durante el embarazo.

Durante su embarazo sólo se aplicó la vacuna de influenza sin aplicarse la inmunización correspondiente a tétanos necesaria durante el embarazo, consumió ácido fólico y sulfato ferroso desde los dos meses y medio de embarazo.

Parto asistido por cesárea por ruptura prematura de membranas a las 32 SDG, la madre refiere que se encontraba realizando el lavado de su ropa cuando notó la ruptura de membranas e inmediatamente acudió a facultativo, sin embargo debido a la condición de parto pretérmino se le aplicó dos dosis de Betametasona para maduración pulmonar evolucionando a 89 horas de ruptura de membranas, la cesárea fue programada y se llevó a cabo con anestesia por bloqueo epidural para intervenir y se obtuvo un producto único vivo.

ANTECEDENTES NEONATALES

Neonato que al nacimiento presentó prematuridad de 32 SDG con Síndrome de Dificultad Respiratoria más afectación por ruptura prematura de membranas de 89 horas de evolución, con antecedente de madre adolescente.

Actualmente se trata de paciente hospitalizado en el servicio de UCIN, con los siguientes diagnósticos médicos.

- Recién nacido pretérmino de 32 SDG con peso adecuado a edad gestacional.
- Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido.
- Neumotórax izquierdo en tratamiento.



2. FACTORES DE RIESGO

VALORACIÓN PRENATAL

El neonato se encuentra en un **riesgo bajo** ya que dentro de sus antecedentes heredofamiliares sólo bisabuelos maternos cuentan con carga genética para enfermedades crónico-degenerativas de diabetes Mellitus tipo 2 , dentro de los antecedentes obstétricos se trata de madre primigesta sin abortos o cesáreas previas. En cuanto a toxicomanías, farmacodependencia, exposición a radiaciones, desnutrición y anemia no se encontró la madre expuesta. Cuenta con un nivel socioeconómico medio.

VALORACIÓN PERINATAL

Etapa perinatal:

Madre de grupo y RH O positivo (O+), que llevó 9 consultas prenatales y 1 USG sin alteraciones aparentes, desde el 1er mes de embarazo, sin hospitalizaciones ni patologías durante el mismo. En la semana 32 de gestación presenta ruptura de membranas espontánea por lo que es hospitalizada y se administran dos dosis de madurador pulmonar. El producto se encontraba en una presentación cefálica, con tamaño acorde para la edad. El término del embarazo fue por cesárea con ligadura de cordón umbilical sin complicaciones, placenta completa y la medicación administrada a la madre fue correspondiente a corticoides prenatales y anestesia por bloqueo epidural para intervención de cesárea.

Recién nacido:

Recién nacido de sexo femenino con un peso al nacer de 1240 gr., perímetro cefálico de 29 cm, talla de 37 cm al nacimiento con peso adecuado para edad gestacional que requirió maniobras de reanimación básica y avanzada con administración de una dosis de surfactante, sin defectos congénitos al nacimiento. Por tanto se clasifica en un riesgo medio al nacimiento dentro de la etapa perinatal.



VALORACIÓN DE RIESGO NEONATAL

Con la valoración de la escala NEO-MOD (Mods Multiple Organ Dysfunction Score) el riesgo neonatal se encuentra con ICU de mortalidad del 1 al 2 % considerado bajo, en cuanto a la hospitalización un índice de mortalidad del 7% y el ICU de 3 días.

Por factor neonatal se encuentra en alto riesgo con un peso inferior a 2500 gr; actualmente con 32 SDG, producto de 1er embarazo con un Apgar de 7/9, Silverman de 2/2, con peso adecuado para edad gestacional, sin malformaciones visibles ni lesión por trauma obstétrico.

De acuerdo a los cuidados que recibió al momento de nacer se clasifica en un riesgo medio, se le brindó atención inmediata con pasos iniciales de reanimación así como reanimación avanzada también fueron brindados cuidados mediatos con profilaxis oftálmica, hemorrágica, valoración de signos vitales, cuidados de cordón umbilical educación a la madre sobre la hospitalización.



VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

6.1 EXPLORACION FÍSICA

(15 –nov-2016)

SIGNOS VITALES:

FC 145 x' FR 61x' T/A 80 / 57 (68) TEMP. 36.9 °C

ANTROPOMETRIA

PESO: 1305 gr TALLA: 37 cm PC: 28 cm PT: 24 cm PA: 24.5 cm SI: 17 cm PIE: 6 cm

HABITUS EXTERIOR

Neonato prematuro femenina, en cuna de calor radiante cursa su tercer día de vida extrauterina, aparentemente con peso adecuado para edad gestacional, palidez generalizada de tegumentos con monitorización de signos vitales y pulsioximetría, continua manteniendo SpO2 >90%; en Fase III de ventilación, con respuesta a estímulos externos, irritabilidad y facies de dolor al manejo, con apoyo hidroelectrolítico vía parenteral, cuna en posición semi fowler y vestimenta sólo con pañal grande a su edad.

PIEL

Piel integra, delgada y fina con adecuada hidratación, palidez generalizada de tegumentos, presenta equimosis en dorso de mano izquierda por venopunción para toma de muestras así como equimosis en talón de ambos pies por toma de glicemia capilar y gasometría capilar.

CABEZA Y CARA

Cráneo normocéfalo con adecuada implantación de cabello, color café oscuro, fontanela bregmática normotensa, fontanela posterior puntiforme; suturas bien afrontadas, palpables con coronarias ligeramente separadas.

OJOS

Simétricos con escasa implantación de cejas y pestañas en párpados, sin alteraciones. Reflejo pupilar y fotomotor muy disminuido, esclerótica con hematoma alrededor de pupila con mínima ruptura de capilares se asocia a trauma obstétrico. Reflejo glabellar aún no desarrollado.



OIDOS

Íntegros, orejas pequeñas con curvatura delgada y pabellón auricular adecuadamente implantado, sin lesiones aparentes.

NARIZ

Simétrica, pequeña, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones, mucosa hidratada.

BOCA

Integra, simétrica con presencia de ambos labios rosados, paladar íntegro, lengua pequeña rosada, frenillos íntegros. Ausencia del reflejo búsqueda, succión débil y deglución ausente hasta el momento asociado a presencia de sonda orogástrica e intubación orotraqueal.

CUELLO Y HOMBROS

Cuello simétrico, íntegro sin adenomegalias movimientos de flexión y extensión presentes pero limitados por presencia de cánula orotraqueal, tráquea en línea media correspondiente, a la palpación presencia de discos íntegros, sin alteraciones, hombros simétricos, con clavículas íntegras.

TORAX

Normolíneo, simétrico, adecuada implantación de mamas, costillas adecuadamente implantadas con tiraje intercostal, ritmo respiratorio apoyado por ventilación mecánica con disminución en la profundidad de tórax durante la inspiración y espiración, disminución expansión torácica bilateral espontánea, a la auscultación campos pulmonares ventilados, hipoventilación en base pulmonar izquierda asociado a neumotórax y portador de sonda pleural 2 Fr con sello de agua a succión continua, quejido respiratorio y estertores gruesos bilaterales, con secreciones en ambos campos pulmonares.

CARDIOVASCULAR

Ruidos cardíacos rítmicos sin presencia de soplos con una frecuencia cardíaca de 145 x', con presencia de pulsos distales rítmicos de buena intensidad.



A la auscultación cardiaca focos cardiacos presentes:

Aórtico: 146 x´

Pulmonar: 145x´

Mitral: 152x´

Tricúspide: 152 x´

ABDOMEN

Ligeramente distendido con perímetro abdominal de 24.5 cm, luce lustroso con leve dibujo de asas intestinales, peristalsis ausente, sin visceromegalias palpables. Muñón umbilical en proceso de momificación sin datos de infección.

GENITALES

Íntegros de acuerdo a edad y fenotípicamente de sexo femenino con labios mayores prominentes sin llegar a cubrir labios menores, sin lesiones aparentes.

DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL

Íntegro, no es valorable la simetría debido a disminución en la movilidad por apoyo mecánico ventilatorio sin embargo son palpables cervicales, no valorable reflejo de incurvación.

EXTREMIDADES

Integras simétricas con longitud de acuerdo a talla. Ortejos bien implantados sin aumento en cantidad, pliegues palmares y plantares tenues por edad, con adecuado tono muscular. Pulsos periféricos presentes, llenado capilar de 2". Reflejos de prensión palmar y plantar ausentes. Portador de PICC 2Fr en MSD y Catéter Periférico 24 Fr en MID, ambos funcionales.

CADERA

Simétrica e integra, Barlow y Ortolani negativo, con adecuado movimiento de flexión y extensión en coordinación con extremidades inferiores.



ESTADO NEUROLÓGICO

Neonato reactivo a estímulos externos que presenta irritabilidad al manejo y fascies de dolor con escala PIPP de 4 puntos bajo analgesia continua con Fentanyl 0.2ml/h.

Valoración de reflejos:

- Reflejos de succión débil, deglución y búsqueda ausente.
- Reflejo de puntos cardinales y fijación de la mirada ausentes.
- Reflejo de Moro ausente.
- Reflejo de Babinski positivo.

6.2 REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

FECHA DE VALORACIÓN: 15,16, 18 de noviembre de 2016

1.-MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Neonato que presenta datos de dificultad respiratoria con una valoración de Silverman-Andersen de 3 puntos presentando tiraje intercostal acentuado y quejido respiratorio leve. Se encuentra en fase III de la ventilación en modalidad BIPAP en parámetros establecidos PIP 20, PEEP 4, Fr 65, T Insp 0.36, FiO₂ 100%, sin embargo progresa a una disminución de FiO₂ 60% y Fr 25 con demás parámetros sin modificación.

Su última gasometría fue capilar correspondiente al día 13 de noviembre de 2016 con resultados de pH 7.30, pCO₂ 39 mmHg, pO₂ 39 mmHg, HCO₃ 19.20 mmol/L y SpO₂ 67%; se determina dentro de valores normales pese a una SpO₂ disminuida ya que no es parámetro fiable dentro de una gasometría capilar.

Al momento se encuentran signos vitales dentro de parámetros normales; la auscultación de ritmo cardiaco es regular de buena intensidad sin presencia de soplos, manteniendo saturación de oxígeno >90 %; presenta llenado capilar de 2"; en auscultación de campos pulmonares presenta estertores bilaterales gruesos, quejido respiratorio y abundantes secreciones por lo que durante la aspiración de secreciones por cánula y orofaringe se obtienen hialinas. Es portador de sonda pleural con sello de agua a succión continua por neumotórax izquierdo, se ausculta burbujeo e hipoventilación, sin embargo no se logra observar radiografía de tórax.



2.-MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS

Neonato con boca simétrica e íntegra con presencia de sialorrea, no visible úvula central por cánula orotraqueal, con mucosas hidratadas y rosadas; lengua íntegra, hidratada con frenillos íntegros; paladar íntegro con encías rosadas sin presencia de dientes.

Abdomen distendido que luce lustroso con perímetro abdominal de 24.5 cm con leve dibujo de asas intestinales y peristalsis ausente por lo que se mantiene en ayuno con sonda orogástrica a derivación con escaso contenido gástrico sin embargo en la primera valoración equivalía a 20 ml. (>100%) sin agregados. Muñón umbilical limpio en proceso de momificación.

Piel hidratada, fina y delgada, con fontanela bregmática normotensa y posterior puntiforme. Aporte calórico por vía parenteral con NPT 64.8 Kcal/kg/día, con líquidos totales de 130 -150 ml/kg/día. En relación al peso tuvo una ganancia de 20 en 3 días (15/11/16: 1,305 g.; 16/11/16: 1,315 g.; 18 /11/16: 1, 325 g.), sin incremento de la talla, con glicemia capilar de 71-87 mg/dl.

4. PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

Neonato con genitales íntegros de acuerdo a edad, ano permeable y central; glúteos íntegros, simétricos con pliegues levemente definidos.

Presenta eliminación urinaria espontánea con un índice urinario de 3.2 ml/hr, uresis amarilla sin olor fétido, no es posible medir densidad urinaria. En cuanto a eliminación fecal no presenta evacuaciones; con presencia de asas intestinales y abdomen distendido.

Sus pérdidas insensibles calculadas fueron de 20.3 ml por turno con 2.9 ml por hora.

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

En cuanto a los reflejos primarios, el paciente presenta reflejo de succión débil, reflejo de deglución y búsqueda ausentes.

Reflejo de Moro ausente y tónico de cuello ausente; reflejo de enderezamiento e inervación del tronco no valorables ya que no es factible la movilización por presencia de sello de agua y ventilación mecánica, reflejo de puntos cardinales ausente, reflejo de moro ausente, presión palmar y plantar ausentes, adecuado tono muscular y Babinsky positivo.



ESTADO DE CONCIENCIA

De acuerdo a la escala Brazelton el neonato se encontró en una estado de conciencia I, con sueño profundo, respiración regular con asistencia mecánica ventilatoria, ojos cerrados la mayor parte del tiempo, sin actividad espontánea a excepción de los sobresaltos e irritabilidad en el manejo, esto se asocia a la prematuridad del neonato y agravamiento en su estado de salud.

TEORÍA SINACTIVA

Valorando la teoría sinactiva, la recién nacida se mostró en el sistema autonómico con signos de estrés ya que se encuentra en fase III de la ventilación por lo que durante la aspiración de secreciones muestra irritabilidad y en el sistema motor se encontró con signos de estabilidad durante el curso de sueño ya que a la manipulación se alteraba este sistema presentando flexión de extremidades (desorganización corporal).

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE A SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

Neonato que es visitada por su madre, no fue planeado, hija de madre y padre adolescentes y que durante la visita ambos padres establecen poco contacto físico con el neonato, se observa miedo por la hospitalización.

No es posible establecer aún el contacto piel a piel con el método mamá canguro debido a la gravedad del estado de salud del neonato.

A su vez los padres quienes son los únicos que pueden entrar durante la visita son orientados acerca del servicio y son aclaradas sus dudas así como también reciben informes por parte del médico; se brinda información a la madre sobre cuidados en el recién nacido prematuro a pesar de la hospitalización del neonato.

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

Debido a la hospitalización el neonato se encuentra expuesto a los peligros medio ambientales, como el ruido, afección de la iluminación, incluyendo riesgo de infección por procedimientos invasivos y riesgo de caídas por la edad.

Además debido al tratamiento que lleva se encuentra expuesto a riesgos de infección por medios invasivos así como a neumonías asociadas a la ventilación mecánica por lo que se hace énfasis en utilizar las precauciones universales para la transmisión de infecciones asociadas a la atención en salud.



La madre de la recién nacida es primigesta en etapa de desarrollo de la adolescencia sin conocimientos sobre los cuidados que se deben brindar a la recién nacida durante y fuera de la hospitalización, y en este caso con mayor complejidad por la condición de prematuridad, pese a esto se brinda información limitando a la condición de gravedad que tiene la paciente, se explican generalidades de los cuidados ya que se estima una estancia prolongada de la paciente con pronóstico reservado a evolución, por tanto no se sería aplicable un plan de alta para el hogar, sin embargo se hace participó a la madre.

La higiene del neonato se realiza por parte del personal de enfermería sólo a través de toallas húmedas para prevenir cambios bruscos de temperatura y evitar la pérdida de calor manteniendo la eutermia en la cuna de calor radiante así como evitar una manipulación excesiva que provoquen una pérdida de peso; posteriormente se realiza cambio de ropa de cama y se mantiene eutérmico con “nido” de ropa.

En cuanto a los riesgos a los que está expuesto el neonato se obtuvo con la valoración de la escala Macdems un riesgo de caídas medio con una puntuación de 8, el riesgo de úlceras por presión fue alto con 11 puntos (NSRAS) y en la valoración del dolor se encontró mínimo con 4 pts. de la escala PIPP con facies de dolor, además cuenta con infusión de Fentanyl como analgesia continua a 0.2 mL/h (4 mcg/Kg/h), la presencia de dolor puede ser asociado a la manipulación y procedimientos realizados.

8. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

La adaptación del neonato a la vida extrauterina no es favorable debido a la prematuridad ya que durante la valoración se encontró dificultad en el patrón respiratorio con necesidad de apoyo mecánico en la ventilación.

Se encuentra con respuesta a estímulos externos con irritabilidad al manejo; adecuado tono muscular en extremidades, reflejos primitivos ausentes e incapacidad para iniciar una alimentación trófica, por tanto se mantiene con aporte calórico vía parenteral.



6.3 ESQUEMA METODOLÒGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM



JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

REQUISITO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN
<p>1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p>	<p>Incapacidad para mantener una respiración espontánea r/c inmadurez pulmonar m/p disnea y dependencia a apoyo mecánico ventilatorio en modalidad BIPAP.</p> <p>Incapacidad para eliminar secreciones de la vía aérea r/c retención de las secreciones m/p estertores gruesos bilaterales y abundantes secreciones por cánula orotraqueal y orofaríngea.</p> <p>Déficit de la función respiratoria r/c aumento en la tensión a nivel alveolar m/p hipoventilación de base pulmonar izquierda por neumotórax y Silverman de 3 puntos por presencia de tiraje intercostal acentuado y quejido respiratorio leve.</p>	<p>15-11-16</p>
<p>2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.</p>	<p>Incapacidad para absorber nutrientes r/c prematuridad m/p distensión abdominal, dibujo de asas intestinales y residuo gástrico >100% (20 ml).</p> <p>Incapacidad para iniciar la alimentación enteral r/c prematuridad m/p succión débil y alteración de la función respiratoria que requiere ventilación mecánica.</p> <p>Riesgo de deterioro en la mucosa oral r/c instalación de cánula orotraqueal y sonda orogástrica.</p>	<p>15/16 -11 - 16</p>



<p>4. Procesos de eliminación y excretas.</p>	<p>Estreñimiento r/c motilidad gastrointestinal ausente m/p distención abdominal, peristalsis ausente e incapacidad para eliminar heces.</p> <p>Bienestar del proceso de eliminación urinaria m/p índice urinario de 3.2 ml/Kg/h dentro de parámetros normales.</p>	<p>15/16 -11 - 16</p>
<p>5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.</p>	<p>Alteración del estado de sueño r/c factores ambientales hospitalarios m/p desorganización corporal con flexión de extremidades en W e irritabilidad al manejo.</p>	<p>15/16 -11 - 16</p>
<p>6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.</p>	<p>Desequilibrio del vínculo madre-hijo r/c hospitalización del neonato m/p ausencia de contacto.</p>	<p>18-11-16</p>
<p>7. Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano.</p>	<p>Dolor r/c procedimientos y manipulación excesiva m/p facies de dolor y escala PIPP de 4 puntos.</p> <p>Riesgo de infección r/c dispositivos invasivos instalados (Catéter PICC, ventilación mecánica).</p>	<p>18-11-16</p>
<p>8. Promoción de la normalidad</p>	<p>Desequilibrio del bienestar humano r/c déficit de conocimientos de los padres sobre el cuidado de recién nacido m/p miedo de los padres para tener contacto con la recién nacida.</p>	<p>18-11-16</p>



6.4 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros		FECHA: 15-11-16	
DIAGNÓSTICO: Incapacidad mantener una respiración espontánea r/c inmadurez pulmonar m/p disnea y dependencia a apoyo mecánico ventilatorio en modalidad BIPAP.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.	
OBJETIVO: Mantener un soporte ventilatorio efectivo.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Parámetros del ventilador.</p> <p>Datos de Dificultad respiratoria.</p>	<p>1. Manejo de la ventilación mecánica.</p> <p>2. Manejo de vía aérea artificial.</p>	<p>1.1 Registrar y evaluar la frecuencia respiratoria, diferenciando presencia de respiraciones espontáneas y del ventilador.</p> <p>1.2 Auscultar periódicamente el tórax determinando la presencia de sonidos respiratorios adventicios como estertores o sibilancias principalmente.</p> <p>1.3 Comparar la frecuencia respiratoria del paciente con la del parámetro del ventilador.</p> <p>1.4 Mantener permeable la cánula orotraqueal para favorecer la ventilación mecánica.</p> <p>1.5 Vigila la respuesta del paciente ante los parámetros del ventilador.</p> <p>2.1 Verificar que el aire inspirado llegue humidificado al neonato.</p>	<p>Los recién nacidos prematuros que requieran maniobras de reanimación neonatal avanzadas sin respuesta deben ser tratados con asistencia mecánica a la ventilación.</p> <p>El uso de asistencia mecánica a la ventilación reduce la mortalidad.</p> <p>La asistencia mecánica a la ventilación al inicio debe ser:</p> <p>Lo más moderada posible</p> <p>Con tiempos inspiratorios cortos por que disminuyen el riesgo de fuga de aire y de mortalidad.</p> <p>Los tiempos inspiratorios largos (> 0.45 s), se asocian con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor incidencia de fuga de aire. • Mayor riesgo de mortalidad



		<p>2.2 Vigilar que el tubo endotraqueal se encuentre fijo.</p> <p>2.3 Proporcionar cuidados bucales y aspirar orofaringe.</p> <p>2.4 Vigilar los parámetros del ventilador evaluando el patrón de respiración del neonato.</p> <p>2.5 Evaluar el nivel de oxigenación de acuerdo al suministro de oxígeno a través del ventilador mecánico</p>	<p>La asistencia mecánica a la ventilación se iniciará con tiempos inspiratorios cortos entre 0.30 y 0.40 segundos.</p> <p>Fuente: Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. Ciudad de México: CENETEC; 2009.</p> <p>Disponible en:</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html</p> <p>Grado de Evidencia: I</p>
--	--	--	--

CONTROL DEL CASO:

Se mantiene neonato con apoyo mecánico ventilatorio en parámetros establecidos evaluando efectividad en la ventilación para poder disminuir los parámetros continuamente.



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 15-11-16
DIAGNÓSTICO: Incapacidad para eliminar secreciones de la vía aérea r/c retención de las secreciones m/p estertores gruesos bilaterales y abundantes secreciones por cánula orotraqueal y orofarínge.			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Mantener una vía aérea permeable en la paciente durante el tiempo que permanezca en Fase III de ventilación, de esta forma evitar una ventilación inefectiva.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Estertores Frecuencia respiratoria Presencia de secreciones	1. Aspiración de secreciones 2. Fisioterapia pulmonar	1.1 Colocar el oxímetro de pulso y evaluar los niveles de SpO ₂ . 1.2 Mantener en posición semifowler para favorecer la respiración. 1.3 Auscultar campos pulmonares y evaluar la presencia de sonidos agregados. 1.4 Determinar la necesidad de aspiración orotraqueal y por orofarínge. 1.5 Realizar la aspiración de secreciones además de monitorizar la oxigenación y los parámetros ventilatorios. 2.1 Mantener la cuna del neonato en posición semi fowler y el drenaje postural para favorecer la movilización de las secreciones.	Mantener una vía aérea permeable favorece la ventilación de todos los segmentos pulmonares y mantienen un drenaje de las secreciones. A su vez permite la relajación del musculo liso pulmonar disminuyendo el esfuerzo respiratorio y el broncoespasmo. Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2013.



		<p>2.2 Apoyar con digitovibración en tórax para eliminar las secreciones si no es posible la movilización del neonato.</p> <p>2.3 Valorar la mecánica de la respiración durante la fisioterapia.</p> <p>2.4 Auscultar campos pulmonares determinando el lugar de acumulación de secreciones.</p> <p>2.5 Evaluar si la fisioterapia fue efectiva posterior a la aspiración de secreciones.</p>	<p>El tratamiento de la fisioterapia pulmonar está basado fundamentalmente en técnicas de estimulación y relajación.</p> <p>Tenemos que tener en cuenta siempre las siguientes premisas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extremada fragilidad de árbol bronquial. • Semana de gestación y peso del RN. • Contexto de la ventilación mecánica, respetando los tiempos de ventilación impuestos por el niño o por el respirador. • Vigilancia y técnica adecuada en la aspiración. <p>Fuente: Torés E, De Frutos R, Sánchez MJ. Fisioterapia respiratoria en neonatos. Madrid: XV Jornadas Sociedad Española de Rehabilitación Infantil, 2010.</p> <p>Grado de Evidencia: III</p>
--	--	---	---

CONTROL DEL CASO:

Paciente que se mantiene en Fase III de ventilación, con disminución de los parámetros de FiO2 hasta 60% y ciclado de 25 rpm, lo cual indica que hay una mejora en el patrón respiratorio, continua con signos vitales en parámetros normales y adecuada oxigenación evaluada a través de oximetría de pulso, también mediante la aspiración de secreciones y la fisioterapia pulmonar proporcionada con digitovibración en tórax, se eliminaron las secreciones orofaríngeas lo que contribuyó a mejorar el patrón respiratorio y la saturación de oxígeno.



		<p>2.2 Comprobar la funcionalidad de la cámara de control de aspiración, para una aspiración correcta en el drenaje pleural.</p> <p>2.3 Revisar el nivel de líquido en la cámara de agua sellada; mantener a nivel menor a 12 cmH₂O.</p> <p>2.4 Evitar una presión de aire excesiva que agrave el problema.</p> <p>2.5 Observar burbujas en la cámara de agua sellada de lo contrario comprobar succión y nivel de agua.</p> <p>2.6 Verificar que no haya escape de aire y que la sonda pleural se encuentre fija; evaluar características del drenado.</p>	<p>La colocación de un tubo de drenaje pleural es el tratamiento de elección para el neumotórax debiéndose llevar un adecuado control en el nivel de succión y sello de agua. También es necesario evaluar la funcionalidad respiratoria para determinar la posibilidad de retirar el drenaje lo más antes posible, ya que los objetivos del drenaje pleural son la evacuación de aire, la re insuflación del pulmón y la prevención de recaídas en cuanto a neumotórax.</p> <p>Fuente: Martín-Torres F, Martín-Sánchez JM. Toracocentesis y drenaje pleural. An. pediatr. contin. 2013; 1(3): 159-65.</p> <p>Grado de evidencia: II</p>
--	--	--	---

CONTROL DEL CASO:

Se colabora en el retiro de la sonda pleural por remisión de neumotórax, sin embargo, a la auscultación continúa con hipoventilación en base pulmonar izquierda y estertores bilaterales.



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 15/16-11-16
DIAGNÓSTICO: Incapacidad para absorber nutrientes r/c prematuridad m/p distensión abdominal, dibujo de asas intestinales y residuo gástrico > 100% (20 ml).			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Evitar la desnutrición por periodo prolongado de ayuno, a través de un adecuado aporte calórico que limite el déficit durante el tiempo que se mantenga el ayuno.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Ausencia de la alimentación enteral. Ayuno.	1. Administración de nutrición parenteral total.	1.1 Vigilar el aporte calórico necesario por día del neonato. 1.2 Comprobar que el neonato tenga un catéter central instalado correctamente. 1.3 Mantener una técnica estéril al preparar y colocar la NPT. 1.4 Utilizar una bomba de infusión para el aporte por NPT. 1.5 Peso diario para evaluar si hay ganancia de peso por NPT. 1.6 Vigilar la glucemia durante el aporte nutricio por NPT.	El aporte de líquidos en el prematuro con SDR debe ser el suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas, evitar la deshidratación y pérdidas de peso mayores al 10%. Esto reduce los riesgos de: <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de conducto arterioso y la repercusión hemodinámica • Enterocolitis necrosante • Displasia broncopulmonar • Hemorragia intraventricular • Muerte <p>Fuente: Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Manejo de líquidos y electrolitos en el recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Ciudad de México: CENETEC; 2010.</p> Grado de evidencia: I



			<p>En los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, los períodos prolongados con deficiente aporte nutricional ocasionan trastornos metabólicos graves, por lo que se debe iniciar Nutrición parenteral total (NPT) cuando las condiciones hemodinámicas y metabólicas estén bajo control preferentemente dentro de las primeras 24 a 48 horas de vida.</p> <p>Grado de evidencia: IV</p> <p>Fuente: Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. Ciudad de México: CENETEC; 2009.</p> <p>Disponible en:</p> <p>http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html</p>
--	--	--	--

CONTROL DEL CASO:

En cuanto al estado nutricional la persona recién nacida se mantiene en ayuno con un aporte calórico de 64.5 Kcal/kg/día por medio de NPT, con una ganancia de peso de 20 gr. en tres días (1305 a 1325gr), con sonda orogástrica a derivación para drenar contenido gástrico con vigilancia constante de sus características y evaluar si disminuye el vaciado gástrico.



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 15/16-11-16
DIAGNÓSTICO: Incapacidad para iniciar la alimentación enteral r/c prematuridad m/p succión débil y alteración de la función respiratoria que requiere ventilación mecánica.			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Mantener un soporte nutricional alternativo a la vía enteral hasta mejorar la función respiratoria.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Alteración de la función respiratoria	Soporte nutricional	<p>1.1 Vigilar el aporte nutricional vía parenteral hasta iniciar una vía enteral.</p> <p>1.2 Valorar el progreso de la función respiratoria para iniciar un estímulo enteral.</p> <p>1.3 Evaluar la función digestiva y respiratoria de manera continua hasta progresar la vía de alimentación.</p> <p>1.4 Evaluar continuamente el estado nutricional, llevando un control del peso en comparación desde su ingreso.</p> <p>1.5 Vigilar que el aporte nutricional parenteral sea a través de infusión continua hasta complementar con una vía enteral.</p>	<p>Llevar un control continuo del aporte nutricional en el paciente ofrece la oportunidad de observar desviaciones en el proceso de crecimiento y desarrollo. Cuando la función respiratoria se ve comprometida se deben establecer valores de referencia como la comparación de peso a fin de evitar una pérdida grave de peso que contribuya a problemas agregados. Así mismo las prescripciones de soporte nutricional se basan en requerimientos calóricos y proteínicos individuales. Una terapia de infusión constante de administración de nutrientes asegura la utilización correcta con menos efectos secundarios como hiper o hipoglucemia.</p> <p>Grado de evidencia: III</p> <p>Fuente: Doenges M, Frances M. Planes de cuidado de enfermería. 7ª ed. Mc Graw Hill; 2010.</p>



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros		FECHA: 15/16-11-16	
DIAGNÓSTICO: Riesgo de deterioro en la mucosa oral r/c instalación de cánula orotraqueal y sonda orogástrica.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.	
OBJETIVO: Prevenir las lesiones en la mucosa oral que se puedan ocasionar durante la presencia de dispositivos invasivos.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Integridad de la piel Integridad de la mucosa oral	1. Vigilancia de la piel. 2. Cuidados de la piel peribucal.	1.1 Evaluar la integridad de la piel de labios. 1.2 Evaluar si hay discontinuidad de la mucosa oral. 1.3 Mantener hidratada la piel de la comisura de labios así como de las mucosas. 1.4 Realizar aseo bucal que para prevenir la acumulación de bacterias. 1.5 Valorar el riesgo de úlceras por presión en el neonato. 2.1 Si es posible cambiar la fijación de las sondas instaladas y evaluar las características de la piel. 2.2 Rotar la cánula orotraqueal para evitar lesiones en la piel de los labios teniendo cuidado de no extubar al paciente.	La aparición de complicaciones de piel por presión como es el caso de dispositivos como cánulas o sondas tiene importancia por su morbilidad, pero también por ser causa de disconfort y alteración de los patrones habituales del cuidado del paciente, lo cual genera un aumento de la estancia hospitalaria y un mayor empleo de recursos humanos y materiales con el consiguiente aumento del costo económico.



		<p>2.3 Colocar un protector cutáneo si es posible antes colocar las fijaciones de la cánula y la sonda.</p> <p>2.4 Evitar estirar excesivamente la piel durante los cambios de fijación.</p> <p>2.5. Valorar continuamente la integridad mucosa.</p>	<p>Fuente: Alborta V. Cuidados en recién nacidos con traqueostomía. Rev Enfermería Neonatal. 2013.</p>
--	--	--	---

CONTROL DEL CASO:

Se mantiene hidratación de mucosas, hasta el momento sin lesiones en la mucosa o en la piel de la comisura de labios.



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 4 Procesos de eliminación y excreción.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 15/16-11-16
DIAGNÓSTICO: Estreñimiento r/c motilidad gastrointestinal ausente m/p distensión abdominal, peristalsis ausente e incapacidad para eliminar heces.			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Vigilar y contribuir en mejorar el patrón de eliminación de excretas durante el periodo de hospitalización.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Patrón de eliminación.</p> <p>Valoración abdominal.</p>	<p>1. Manejo del estreñimiento.</p> <p>2. Estimulación rectal.</p> <p>3. Drenaje de SOG.</p>	<p>1.1 Comprobar los movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, e intensidad.</p> <p>1.2 Vigilar la existencia de peristaltismo.</p> <p>1.3 Medir perímetro abdominal al menos dos veces por turno.</p> <p>1.4 Evaluar la presencia de dolor a la palpación abdominal</p> <p>2.1 Realizar estimulación rectal para favorecer la evacuación si es necesario.</p> <p>2.2 Realizar ejercicios con masaje abdominal suave para favorecer la eliminación fecal.</p> <p>3.1 Evaluar las características del drenaje de la sonda orogástrica.</p> <p>3.2 Determinar si hay problemas intestinales que presise tratamiento inmediato debido a las características del contenido gástrico.</p> <p>3.3 Cuantificar el gasto obtenido de la SOG a derivación.</p>	<p>La falta de alimentación enteral favorece la disminución de la motilidad gastrointestinal sin embargo se deben de descartar patologías intestinales previamente. Deben vigilarse las condiciones abdominales registrando el perímetro abdominal, presencia de evacuaciones, presencia de residuos gástricos, vómitos o presencia de sangre en las evacuaciones en todos los pretérmino con SDR en quienes se haya iniciado la alimentación.</p> <p>Fuente: Bautista-Casasnovas AL. Estreñimiento. An. pediatr. contin. 2011; 9(4): 201-8.</p>
CONTROL DEL CASO: La eliminación persistió comprometida ya que no se ausculta peristalsis durante el tiempo de valoración, pero se vigila énfasis en la eliminación fecal así como características abdominales anormales.			



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 4 Procesos de eliminación y excreción.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros		FECHA: 15/16-11-16	
DIAGNÓSTICO: Bienestar del proceso de eliminación urinaria m/p índice urinario de 3.2 ml/Kg/h dentro de parámetros normales.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.	
OBJETIVO: Mantener un adecuado patrón de eliminación.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Patrón de eliminación.	<p>1. Vigilancia del patrón de eliminación.</p> <p>2. Balance hídrico.</p>	<p>1.1 Evaluar las características de la micción del neonato.</p> <p>1.2 Determinar la frecuencia en las eliminaciones.</p> <p>1.3 Llevar un control de líquidos.</p> <p>1.4 Considerar un índice urinario normal.</p> <p>2.1 Llevar un control de ingresos y egresos del neonato.</p> <p>2.2 Determinar el tipo de balance de líquidos.</p> <p>2.3 Evaluar que no haya retención de líquidos.</p>	<p>La diuresis mínima de cualquier RN a término (RNT) es 1 ml/kg/hora (0,5 ml/kg/hora en RNPT durante las primeras 48 horas), definiendo la oliguria por debajo de estas cifras. Por otra parte, los límites de la poliuria son más difíciles de establecer, pudiendo establecerse con volúmenes de diuresis mayor de 6 o que provoquen un balance negativo. El número de micciones en las primeras semanas de vida es de aproximadamente 10-20 al día, con un volumen por micción de 4-6 ml/kg.</p> <p>Fuente: Pérez González E, Marín Serra J. Evaluación de la función renal en el recién nacido. Protoc diagn ter pediatr. 2014; 1:37-51.</p>
CONTROL DEL CASO: La paciente mantiene un adecuado balance hídrico con micciones espontáneas presentes.			



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 15/16-11-16
DIAGNÓSTICO: Alteración del estado de sueño r/c factores ambientales hospitalarios m/p desorganización corporal con flexión de extremidades en W e irritabilidad al manejo.			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Mejorar el patrón del sueño del neonato durante la hospitalización.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Signos de estrés	1. Cuidados centrados en el neurodesarrollo.	1.1 Evaluar las características del ambiente. 1.2 Minimizar el ruido de alarmas. 1.3 Evitar corrientes de aire. 1.4 Evitar que la iluminación llegue directamente al neonato. 1,5 Mantener un aislamiento visual y auditivo.	El control del ambiente en la Unidad de Cuidados Intensivos minimiza los signos de estrés en el paciente promoviendo su recuperación y evaluando su estado de desarrollo. Los recién nacidos hospitalizados reciben estímulos sonoros continuos. Los avances tecnológicos han reducido significativamente la mortalidad en recién nacidos pretérmino (RNPT), pero a su vez, el manejo habitual de estos pacientes es el responsable de numerosas morbilidades que se detectan cerca del alta y después de ella, especialmente en el área neurológica. Fuente: Villoldo ME. Impacto del ruido ambiental en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Enfermería Neonatal. 2011; 4(11): 27-30.
	2. Medidas de confort.	2.1 Mantener una posición cómoda para el neonato. 2.2 Evitar la manipulación excesiva. 2.3 Mantener un soporte en que minimice esfuerzos de movilización. 2.4 Proporcionar un “nido” de contención cómodo para mejorar el sueño.	
CONTROL DEL CASO: La paciente se encuentra en cuna de calor radiante con manejo del ruido con manipulación mínima y se logra mejorar el estado de sueño.			



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros		FECHA: 18-11-16	
DIAGNÓSTICO: Desequilibrio del vínculo madre-hijo r/c hospitalización del neonato m/p ausencia de contacto.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.	
OBJETIVO: Evitar el deterioro parental durante la hospitalización.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Adaptación a la hospitalización.	1. Visitas hospitalarias.	<p>1.1 Favorecer que la madre visite frecuentemente al neonato.</p> <p>1.2 Permitir que la madre acaricie a la pequeña sin sobre-estimularlo.</p> <p>1.3 Fomentar que la madre le hable al neonato para iniciar el vínculo madre-hijo.</p> <p>1.4 Favorecer la inclusión de la madre en el cuidado.</p> <p>1.5 Aclarar dudas acerca de la hospitalización del neonato.</p>	<p>El apego madre-recién nacido es una relación que tiene efectos profundos en el desarrollo físico, psicológico e intelectual del recién nacido. Sin embargo, dicha relación suele verse afectada debido a las exigencias y barreras que impone el soporte tecnológico complejo en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La cultura juega un papel fundamental para facilitar dicha relación de apego.</p> <p>De igual forma la inclusión de los padres en el cuidado no es sencilla. Es tarea de todos los días. La influencia de la tecnología, a veces, juega en contra. Es una cuestión de actitud ante cada situación en la unidad de cuidados intensivos.</p> <p>Fuente: Thomas L. El cambio de rol de los padres en el cuidado neonatal: una revisión histórica. 2010; 2 (27).</p>
CONTROL DEL CASO: La madre visita en las mañanas al neonato permitiéndole hablarle y acariciarlo, respetando la estimulación mínima de la paciente.			



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 7 Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 18-11-16
DIAGNÓSTICO: Dolor r/c procedimientos y manipulación excesiva m/p facies de dolor y escala PIPP de 4 puntos.			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Limitar en lo posible la manipulación y mejorar la respuesta al dolor en el neonato durante el tiempo de hospitalización.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Escala del dolor. Facies de dolor.	1. Valoración del dolor. 2. Manejo del dolor.	1.1 Utilizar escalas para valorar el dolor en el neonato. 1.2 Observar las claves no verbales del dolor. 1.3 Determinar la necesidad de tratamiento farmacológico para el manejo del dolor. 2.1 Ministrarl fentanyl en infusión continua a 0.2 ml/h. 2.2 Valorar el efecto del tratamiento farmacológico para el manejo del dolor. 2.3 Establecer medidas de confort que minimicen la presencia de dolor.	Los recién nacidos hospitalizados experimentan una gran cantidad de manipulaciones y procedimientos diarios, frecuentemente dolorosos o al menos estresantes, entre otros aspectos, por la perturbación de sus ciclos sueño-vigilia. Por tanto el manejo del dolor es fundamental para la estabilización del neonato y para mejorar su estado de sueño y descanso. La evidencia para el uso rutinario de opioides en el recién nacido bajo asistencia mecánica a la ventilación es insuficiente, por lo que deben ser usados selectivamente conforme al juicio clínico y la posible presencia de dolor. Se administrara analgesia durante la realización de procedimientos que causen dolor; Fentanilo a dosis de 2-3 mcg/kg/dosis. Grado de evidencia: I Fuente: Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. Ciudad de México: CENETEC; 2009.
CONTROL DEL CASO: El control del dolor fue constante, en el cual se mantuvo en tiempo la infusión continua de analgésico opioide y con una medición a través de escalas de valoración para mejorar la respuesta de la paciente.			



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 7 Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 18-11-16
DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección r/c dispositivos invasivos instalados (Catéter PICC, ventilación mecánica).			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Minimizar el riesgo de infección nosocomial derivado de los dispositivos invasivos durante su permanencia en la UCIN.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Control de riesgo.	1. Control del riesgo de infección.	<p>1.1 Determinar los antecedentes prenatales que sugieran un compromiso del sistema inmunitario.</p> <p>1.2 Identificar a la paciente con riesgo y establecer medidas preventivas para limitar el riesgo de infección.</p> <p>1.3 Realizar el lavado de manos en sus cinco momentos y con la técnica correcta.</p> <p>1.4 Derivado de la edad gestacional se realizara un aislamiento protector durante el cuidado de la paciente.</p> <p>1.5 Realizar los procedimientos invasivos que se requieran con medidas de asepsia y antisepsia.</p> <p>1.6 Identificar de manera oportuna signos y síntomas que sugieran comienzo de infección.</p>	<p>Las infecciones nosocomiales son una de las patologías más frecuentes a nivel mundial; cerca de 2 millones de personas las adquieren durante su hospitalización, El impacto mayor de las infecciones nosocomiales se da en los extremos de la vida, es decir, en los pacientes menores de 5 años y en los mayores de 60 a 65 años. El bajo peso al nacer y la menor edad gestacional están asociados con el mayor riesgo de infección nosocomial. Por ello la importancia de las innumerables medidas utilizadas para mejorar la sobrevivencia de los neonatos prematuros y de muy bajo peso al nacer, ya que hay un alto riesgo de infección en esta población.</p> <p>Grado de evidencia: I</p> <p>Fuente: Coronell W, Rojas J, Escamilla M. Infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales. 2013; 9(3).</p>
CONTROL DEL CASO: Se llevaron a cabo todas las medidas asépticas durante la manipulación de la paciente en UCIN.			



PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 8 Promoción de la normalidad.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Betancourt Cisneros			FECHA: 18-11-16
DIAGNÓSTICO: Desequilibrio del bienestar humano r/c déficit de conocimientos de los padres sobre el cuidado del recién nacido m/p miedo de los padres para tener contacto con la recién nacida.			SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio.
OBJETIVO: Orientar a la madre sobre los cuidados que requiere la paciente durante la hospitalización en la UCIN.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Nivel de conocimientos.	1. Enseñanza: Cuidados del recién nacido.	<p>1.1 Determinar el nivel de conocimientos de la madre acerca de los cuidados del recién nacido.</p> <p>1.2 Proporcionar información acerca de las premisas de operación en la UCIN.</p> <p>1.3 Definir el cuidado parental como parte del desarrollo de la paciente y explicarlo.</p> <p>1.4 Permitir que la madre asuma su rol durante los cuidados en la hospitalización con apoyo del profesional; por ejemplo en el cambio de pañal y aseo de cavidades.</p> <p>1.5 Explicar los cuidados que se realizaran posterior a la mejora de la paciente y su egreso, como alimentación, baño, neurodesarrollo.</p>	<p>Se sabe que la participación de los padres para el cuidado del hijo prematuro en la UCIN favorece su evolución y preparación para su egreso temprano. Sin embargo, debería desarrollarse bajo ciertas premisas como la visita irrestricta, basarse en relaciones de igualdad con la familia, trabajar bajo conceptos de cooperación, colaboración, y cambio en los valores y actitudes de los profesionales y de los padres, el personal de enfermería asumir un rol consultivo en tanto que los padres se involucrarían en el cuidado del hijo</p> <p>Grado de evidencia: I</p> <p>Fuente: Gallegos J, Reyes J, Scochi C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(6):1360-6.</p>
CONTROL DEL CASO: La orientación a la hospitalización y cuidados el recién nacido propicio seguridad a la madre para realizarlos.			



VII. PLAN DE ALTA

La persona recién nacida permanece en el servicio de UCIN con un estado de salud grave, su mayor problema es en cuanto a la función respiratoria por lo que continua en fase III de ventilación sin embargo disminuyen los parámetros de FiO_2 hasta 60 % y FR de 25 lo cual indica que hay una mejora en el patrón respiratorio, también para el día 18 de noviembre se retira sonda pleural por remisión de neumotórax, sin embargo a la auscultación continúa con hipoventilación en base pulmonar izquierda, estertores bilaterales, y abundantes secreciones, se continua la prescripción del cuidado en espera de un mejor pronóstico.

A pesar de la hospitalización en UCIN se da orientación a la madre sobre la especial atención que va a requerir el paciente posterior al alta con información pertinente que no de falsas esperanzas en cuanto al estado de salud del neonato, enfatizando que la calidad de los cuidados en el hogar serán de mayor importancia para preservar el óptimo desarrollo y recuperación del neonato, se aclaran dudas ya que se trata de madre adolescente que no tiene noción del cuidado de un recién nacido tan amplia hasta la fecha.



VIII. CONCLUSIONES

La asistencia al prematuro debe ser inmediata para la detección precoz y manejo de patologías frecuentes, de este modo se lograron intervenciones independientes; aún así el neonato permaneció en UCIN.

En conclusión el cuidado de enfermería dentro de la UCIN constituye el pilar fundamental en la recuperación del paciente. A través de este estudio de caso se demostró que la aplicación del método enfermero se realiza como parte de la práctica diaria de enfermería, esto permite colaborar en la mejora de los tratamientos y del cuidado individualizado e integral en el neonato; ya que su atención es compleja y requiere personal capacitado con conocimientos y habilidades fundamentadas para el cuidado.

Con base en la evidencia científica disponible, el cuidado es brindado con calidad y eficacia dentro de las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal, al realizar intervenciones que impacten en la recuperación del paciente, como lo fue en el caso presentado, a través de estas se logró cumplir con los objetivos planteados en cada plan de cuidados de acuerdo a la condición clínica de la paciente.

IX. SUGERENCIAS

Se sugiere que se permita establecer mayor tiempo para la elaboración del estudio ya que es fundamental darle un seguimiento al paciente para poder determinar si las acciones de enfermería son las adecuadas para el paciente y detectar el impacto que tienen hacia él.

Finalmente también se sugiere que el personal de enfermería que se encuentra laborando en las Unidades de Cuidado Intensivo tome conciencia acerca de las repercusiones en el estado de salud del neonato si no se lleva a cabo un cuidado integral y basado en la evidencia ya que se trata de una población de mayor riesgo en cuanto a índices de morbi-mortalidad en la población pediátrica.



X. CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PerkinElmer. Nacimiento Prematuro-retos y oportunidades de la predicción y la prevención. Turku; PerkinElmer; 2009.
2. Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva: Nacimientos prematuros. Ginebra: OMS; 2016. <https://bit.ly/2voykug>
3. Pérez-Zamudio R, López-Terrones CR, Rodríguez-Barboza A. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2013; 70(4): 299-303.
4. Prado-Solar LA, González-Reguera M, Paz-Gómez N, et al. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; 36(6): 835-45.
5. Ballesteros-del Olmo JC, Udaeta-Mora E, Villegas-Silva R, et al. Guía de práctica clínica: Tratamiento del síndrome de dificultad respiratoria neonatal. Rev. mex. pediatr. 2011; 78(Supl.1); S3-S25.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud neonatal: proyecto de plan de acción. Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible. Ginebra: OMS: 2014.
7. Tazon Ansola M, García Campayo J. Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
8. Organización Mundial de la Salud. Los cuidados primarios de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra, 1978.
9. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración, 5ª ed. Barcelona: Elsevier Doyma; 2003.
10. P. Iyer, B. Taptich, D. Bernocchi. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ª ed. Mc Graw –Hill; 1997.



11. Jiménez de Esquenazi T, Gutiérrez De Reales E. El proceso de Enfermería. Una metodología para la práctica. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Orion; 1997.
12. Berman A, Snyder SJ, Kozier B, Erb G. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8ª ed. Pearson Educación; 2008.
13. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación. Madrid: Elsevier; 2012-2014.
14. Norma Oficial Mexicana NOM004SSA32012, Del expediente clínico.
15. https://www.unicef.org/argentina/spanish/Prematuros_Decalogo2013_web.pdf
16. OMS (Organización Mundial de la Salud). Nota descriptiva, 2015.
17. Romero Maldonado S, Arroyo Cabrales LM, Reyna Ríos ER. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum 2010; 24 (2): 124-130

XI. BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- ❖ Alborta V. Cuidados en recién nacidos con traqueostomía. Rev Enfermería Neonatal. 2013.
- ❖ Ardell S, Pfister RH, Soll R. Surfactante derivado de animales versus surfactante sintético de proteína libre para la prevención y el tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria. Cochrane Library 2015.
- ❖ Bautista-Casasnovas AL. Estreñimiento. An. pediatr. contin. 2011; 9(4): 201-8.
- ❖ Benavent Garcés MA, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Desde el origen de la enfermería a la disciplina enfermera: Los modelos de cuidados. 2010.
- ❖ Cabal E. VE, Guarnizo T. M. Enfermería como disciplina. Rev Colombiana Enf: 2011; 6 (6); 73-81.
- ❖ Chattás G. Administración de surfactante exógeno. Rev Enfermería Neonatal 2013.
- ❖ Coronell W, Rojas J, Escamilla M. Infección nosocomial en unidades de cuidados intensivos neonatales. 2013; 9(3).



- ❖ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y los Enfermeros de México: 2001. Ley General de Salud. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- ❖ Couto Núñez D, Nápoles Méndez CD, Montes de Oca Santiago P. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. Santiago Cuba. MEDISAN 2014; 18(6):852.
- ❖ Derechos del recién nacido prematuro. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>
- ❖ Doenges M, Frances M. Planes de cuidado de enfermería. 7ª ed. Mc Graw Hill; 2010.
- ❖ Fehlmann E, Tapiab JL, Fernández R, Bancalarid A, Fabresb J, et al. Impacto del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: estudio multicéntrico sudamericano. Arch Argent Pediatr 2010; 108(5):393-400.
- ❖ Gallegos J, Reyes J, Scochi C. El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(6):1360-6.
- ❖ Gutiérrez-Muñoz F. Ventilación mecánica. Acta méd. peruana. 2011; 28(2): 87-104.
- ❖ Hurtado Suazo JA, García Reymundo M, Calvo Aguilar MJ, Ginovart Galiana G, Jiménez Moya A, et al. Recomendaciones para el manejo perinatal y seguimiento del recién nacido prematuro tardío. Anales de Pediatría. 2014.
- ❖ Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Grandes Corrientes de Pensamiento. España: Editorial Masson; 2005; 1-21.
- ❖ Lopera Mejía FA, Giraldo Montoya DI, Duque Duque Y, Londoño Gómez A, Gaviria Mejía C, et al. El rol de ser padres en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Rev Enfermería Neonatal 2014; 6 (17).
- ❖ López Candiani C, Santamaría Arza C, Macías Avilés HA, Cruz Galicia J. Dificultad respiratoria por deficiencia de surfactante en un hospital público de tercer nivel sin maternidad. Factores asociados a mortalidad. Bol Med Hosp Infant Mex. 2010; (67).
- ❖ Martínez González L, Olvera Villanueva G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc: 2011; 19 (2): 105-108.



- ❖ Martín-Torres F, Martín-Sánchez JM. Toracocentesis y drenaje pleural. An. pediatr. contin. 2013; 1(3): 159-65.
- ❖ Mata Méndez M, Salazar Barajas ME, Herrera Pérez LR. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2009; 17(1): 45-54.
- ❖ Ministerio de Salud de Chile. Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2013.
- ❖ Morán Peña L, Guillén Velasco RC. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería: Antología. México: UNAM-ENEO; 2015: 31-35.
- ❖ Motaze NV, Mbuagbaw L, Young T. Prostaglandinas antes de la cesárea para prevenir dificultad respiratoria neonatal. Cochrane Library 2013.
- ❖ Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. 2010; (10). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eq/n19/clinica3.pdf>
- ❖ Pereda Acosta M. Existe la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurol (Mex). 2011; 10 (3): 163-167. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/enfermerianeurologica>
- ❖ Pérez González E, Marín Serra J. Evaluación de la función renal en el recién nacido. Protoc diagn ter pediatr. 2014; 1:37-51.
- ❖ Petrini JR, Dias T, McCormick MC, Massolo ML, Green NS, Escobar GJ. Increased risk of adverse neurological development for late preterm infants. J Pediatr 2009; 154: 169-76.
- ❖ Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; 36 (6): 835-845.
- ❖ Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. Rev Enfermería Neonatal. 2013; 7 (19).
- ❖ Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7a. ed. España: Elsevier. 2011; 265-27.
- ❖ Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral científico. 2010; (17): 18-23.



- ❖ Rodríguez Coutiño SI, Ramos González R, Hernández Herrera RJ. Factores de riesgo para la prematuridad. Estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2013;81: 499-503.
- ❖ Romero Maldonado S, Arroyo Cabrales LM, Reyna Ríos ER. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum 2010; 24 (2): 124-130.
- ❖ Salazar Hernández YI. Proceso de Atención de Enfermería. México: UNAM-ENEO; 2010.
- ❖ Sanabria Triana L, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super: 2002; 16(4).
- ❖ Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. Ciudad de México: CENETEC; 2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- ❖ Secretaría de Salud México. Guía de Práctica Clínica. Manejo de líquidos y electrolitos en el recién nacido prematuro en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Ciudad de México: CENETEC; 2010.
- ❖ Secretaría de Salud. Hospital Juárez de México. Lineamientos para el manejo de expediente clínico. 2014.
- ❖ Sola A. Cuidados Neonatales: Descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Tomo II. 1ª ed. Editorial Edimed-Ediciones Médicas. Buenos Aire: 2011.
- ❖ Tazon Ansola M, García Campayo J, Asequinolaza Chopitea L. Relación y comunicación. La relación interpersonal: fundamento de la ciencia y disciplina de la enfermería. Madrid: Editorial Difusión Avances de Enfermería; 2000:48-50.
- ❖ Thomas L. El cambio de rol de los padres en el cuidado neonatal: una revisión histórica. 2010; 2 (27).
- ❖ Torés E, De Frutos R, Sánchez MJ. Fisioterapia respiratoria en neonatos. Madrid: XV Jornadas Sociedad Española de Rehabilitación Infantil, 2010.
- ❖ Veizaga J. Distintas modalidades ventilatorias en la asistencia respiratoria neonatal. Rev Enfermería Neonatal 2014; 6 (17).
- ❖ Vega Angarita OM, González Escobar DS. Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y Cuidado. 2007; 4(4): 28-35.



- ❖ Videla Balaguer ML. Selección de saturación de oxígeno segura y seguimiento de bebés prematuros: ¿podemos evitar la hipoxia y la hiperoxia? Rev Enfermería Neonatal 2015.
- ❖ Villanueva-García D, Ávila-Reyes R, Dies-Suárez P, et al. PAC Neonatología-4/Libro 2/Insuficiencia respiratoria neonatal. Revisión revisada y actualizada. México: Intersistemas; 2016.
- ❖ Villoldo ME. Impacto del ruido ambiental en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Enfermería Neonatal. 2011; 4(11): 27-30.



XII. ANEXOS





**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

ESPECIALIDAD

ENFERMERÍA DEL NEONATO

FORMATO DE VALORACIÓN NEONATAL

ELABORADO POR:

ALVAREZ GALLARDO LAURA

HERNÁNDEZ ROJAS CAROLINA

MARTÍNEZ CLEMENTE ARACELI

SEPTIEMBRE 2011

Actualizado 2015 Romana Alarcón Borjas, 8va. Generación Enfermería del Neonato

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

I.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

1.1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

ELABORADO POR:			
UNIDAD HOSPITALARIA:		FECHA DE ELABORACIÓN:	
NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO:		SEXO:(F) (M)	HORA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO:		FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD GESTACIONAL:	PESO AL NACER:	TALLA:	TIPO DE PARTO:
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (SI) (NO) AVANZADAS (SI) (NO)			FECHA DE INGRESO:
DÍAS DE ESTANCIA:		GRUPO Y RH	
FUENTE DE INFORMACIÓN:			

1.2 ESTADO DE SALUD

1.2.1.- SANO () ENFERMO ()

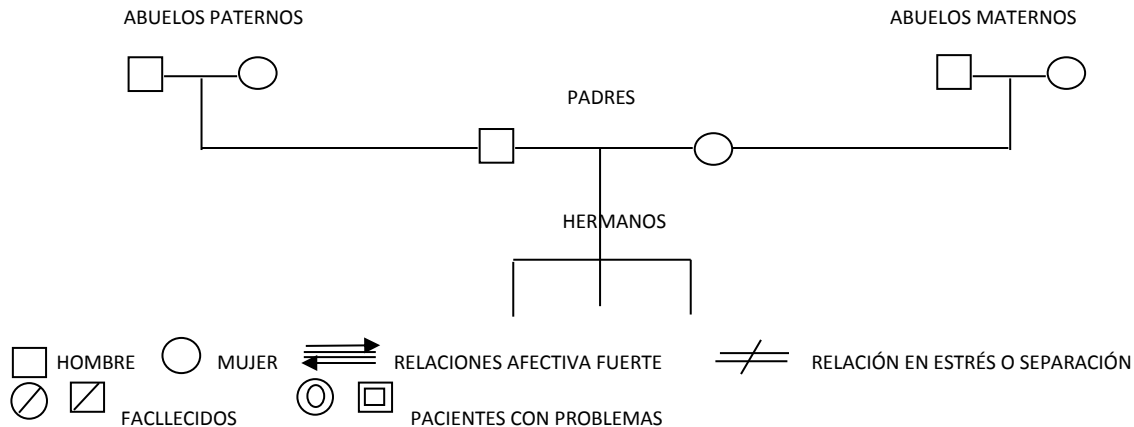
1.3.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

1.3.1. TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA () DESINTEGRADA () NUCLEAR () EXTENSA ()

1.3.2. NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: _____

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

1.3.3.- FAMILIOGRAMA



1.4.-FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS:

NOMBRE DE LA MADRE _____ EDAD _____ PESO _____
TALLA _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____ OCUPACIÓN _____
EDO CIVIL _____ RELIGIÓN _____ ESCOLARIDAD _____
NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD _____ PESO _____
TALLA _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____ OCUPACIÓN _____
EDO CIVIL _____ RELIGIÓN _____ ESCOLARIDAD _____

1.5.- DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE RECURSOS

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO LÁMINA () CARTÓN () CONCRETO () OTROS:

PAREDES: TABIQUE () MADERA () OTROS _____ PISO: CEMENTO () TIERRA () OTROS: _____

No. HABITANTES: _____

VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN: BUENA () REGULAR () DEFICIENTE ()

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA () LUZ () DRENAJE () ALUMBRADO PÚBLICO () PAVIMENTACIÓN ()
CUENTA CON JARDÍN ()

1.6.- FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD:

SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS: _____

1.7.- PATRON DE VIDA:

PADRES:

CARGA GENÉTICA: HIPERTENSIÓN () DIABETES () CARDIOPATÍAS () CÁNCER ()

OTROS _____ QUIEN LO PADECE _____

TABAQUISMO () ALCOHOLISMO () TOXICOMANÍAS ()

ALIMENTACIÓN: CANTIDAD _____ CALIDAD _____

BAÑO _____ ASEO DENTAL _____ ESQUEMA DE VACUNACIÓN: COMPLETA ()

DESCONOCE ()

1.8.- FACTORES AMBIENTALES

ÁREA GEOGRÁFICA: URBANA () SUBURBANA () RURAL () _____

FAUNA NOCIVA:

PERROS: () No. () VACUNADOS () GATOS: () No. () VACUNADOS () AVES: () No. () OTROS:

2.- REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

2.1 ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES

2.1.3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (MADRE)

TRANSFUSIONES () INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS () ALERGIAS _____
 HOSPITALIZACIONES ()

2.1.4 ANTECEDENTES PERINATALES

G _____ P _____ A _____ C _____ CONTROL PRENATAL _____ N° DE CONSULTAS _____ USG _____
 PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO _____

TRATAMIENTO MEDICO _____

INMUNIZACIONES _____ MICRONUTRIENTES _____

ISOINMUNIZACIÓN PREVIA _____

TIPO DE PARTO: ESPONTANEO () FÓRCEPS () INDUCIDO () CONDUcido () FORTUITO ()
 DISTÓCICO () EUTÓCICO ()

RM: ESPONTANEAS () ARTIFICIAL () LIQUIDO AMNIOTICO _____

ANALGESIA: NINGUNA () BDP () GENERAL () LOCAL () SEDACIÓN ()

PRODUCTO: ÚNICO () GEMELAR () MÚLTIPLE ()

OTROS _____

2.1.5 ANTECEDENTES DEL NEONATO

LESIONES Y DEFECTOS AL NACIMIENTO _____

SUFRIMIENTO FETAL _____

PADECIMIENTO ACTUAL _____

DX MEDICO _____

2.2.- FACTOR DE RIESGO

VALORACIÓN PRENATAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Peso: ___ kg
 c

Edad: _____

Talla: ___ m

Edad gestacional: _____

IMC: ___

No visitas: _____

T/A: ___

BAJO	MEDIO	ALTO
------	-------	------

Antecedentes Heredofamiliares

	No	Controlada	Sin control
Diabetes			
Hipertensión			
Cardiopatías			
Enfermedades Renales			
Epilepsia			
Enfermedad de Tiroides			

Vacunas: _____

Otras	No	Sopecha/tuvo	Si
Toxoplasmosis			
Rubéola			
Citomegalovirus			
Herpes			
Sifilis			
S.I.D.A.			

Antecedentes Obstétricos	No	1 a 2	Más
Gestas:			
Abortos previos :			
Partos:			
Abortos previos :			
Cesareas:			
Nacidos vivos:			
Nacidos muertos:			
Muertes Neonatales			
Intervalos Intergenésicos	1-2 años	<1 año	
Peso <2500g	No		Si
Peso >4000g	No		Si
Hijos con malformaciones	No		Si
Hijos prematuros	No		Si

Factores de riesgo para la salud	No	Si	
Alcoholismo			
Drogadicción			
Otras farmacodependencias			Especifique: _____
Exposición a radiaciones			Especifique: _____
Desnutrición			
Anemia			Hb: _____ mg/dl

Nivel Socioeconómicos	Medio y alto	Bajo	Muy bajo

Valoración modificada CIMIGEN.

VALORACIÓN DE RIESGO PERINATAL

ETAPA PERINATAL

Fecha de ingreso			
Grupo y rh materno	_____		
Consultas prenatales	Total _____		
Madre con insoimmunizacion previa	No	Si	
Hospitalización durante el embarazo	Si	No	Especificar _____
Corticoides prenatales	Si	No	
Trabajo de parto	Cesárea	espontáneo	inducido
RPM	Si	No	
Presentación	Pelvica	Transversa	Cefalica
Embarazo múltiple	Si	No	
Tamaño fetal acorde	No	SI	
Terminación	Cesárea	Forceps	Espontánea
Ligadura de cordón umbilical	No	Si	Especificar _____
Placenta completa	No	Si	
Presencia de meconio	Si	No	
Medicación recibida de la madre	Si	No	Especificar _____

RECIÉN NACIDO

Sexo	No diferido	Masculino	Femenino
Peso _____	<2500	>4000	
Perimetro cefalico _____			
Longitud supina _____			
Peso para edad gestacional	PBEG	PAEG	
Reanimación	Si	No	Especificar _____
Referido	Neonatologia	Alojamiento	
Tamiz neonatal	No	No	
Defectos congénitos	Si	No	Especificar _____

A mayor número mayor riesgo

VALORACIÓN DE RIESGO NEONATAL

NEO-MOD (Mods Multiple Organ Dysfunction Score)

Sistema	2 puntos	1 punto	0
Sistema nervioso central (presencia de Hemorragia intraventricular o leucomalacia)	Sangre intraparenquimatosa o con hidrocefalia, leucomalacia con conformación quística o atrofia cerebral	Sangre en uno o ambos ventrículos	No hemorragia o solo en matriz germinal subependimaria
Hemocoagulación (Conteo de plaquetas)	Conteo de plaquetas menor de $30 \times 10^9/l$	Conteo de plaquetas entre $30-100 \times 10^9/l$	Conteo de plaquetas mayor de $100 \times 10^9/l$
Respiratorio (necesidad de soporte ventilatorio)	Ventilación mecánica en paciente intubado	Ventilación con presión positiva continua o requiere más de 21% de FiO_2 para saturación entre 85-95% en respiración espontanea	Respiración espontanea sin soporte ventilatorio con saturación entre 85-95%.
Sistema Gastrointestinal	Signos de enterocolitis necrotizante o perforación intestinal o presencia de colostomía, ileostomía u otro drenaje	Nutrición parenteral total	Alimentación enteral o combinada enteral y parenteral
Sistema cardiovascular (capacidad de mantener adecuada tensión arterial sanguínea)	No se logra adecuada tensión arterial en paciente a pesar del soporte farmacológico.	Soporte farmacológico continuo para mantener adecuada tensión arterial	Adecuada presión sanguínea dentro del rango establecido para la edad
Sistema renal (ritmo urinario)	Ritmo urinario menor de 0.2ml/kg/hora o diálisis peritoneal, hemodiálisis o hemofiltración.	Ritmo urinario entre 0.2 – 1 ml/kg /hora	Ritmo urinario mayor de 1ml/kg/hora
Exceso de Bases	Menor de -15meq/l	Entre 7-15 meq/l	Mayor de -7 meq/l

MODS Score

0 points:	ICU Mort 0%, Hosp Mort 0%, ICU Stay 2 Days
1-4 points:	ICU Mort 1-2%, Hosp Mort 7%, ICU Stay 3 Days
5-8 points:	ICU Mort 3-5%, Hosp Mort 16%, ICU Stay 6 Days
9-12 points:	ICU Mort 25%, Hosp Mort 50%, ICU Stay 10 Days
13-16 points:	ICU Mort 50%, Hosp Mort 70%, ICU Stay 17 Days
17-20 points:	ICU Mort 75%, Hosp Mort 82%, ICU Stay 21 Days
21-24 points:	ICU Mort 100%, Hospital Mortality 100%

POR FACTOR NEONATAL

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
PESO		2500g – 3999g		<2500g >4000g
SEMANAS DE GESTACIÓN (CAPURRO)		261 – 295 días 37 – 42 SDG		<37 SDG ó >42 SDG <260 días ó >295 días
GESTACIÓN		ÚNICO		GEMELAR
APGAR A LOS 5'		7 A 10	4 A 6	<3
SILVERMAN		<3	4 – 6	>7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO		AEG PORCENTILA DENTRO DE 10 Y 90		GEG ARRIBA DE PORCENTILA 90 Y

RELACIÓN PESO-EDAD (GRAFICA JURADO GARCÍA)				BEG DEBAJO DE PORCENTILA 10
MALFORMACIONES PRESENTES O VISIBLES		NO		SI
LESIÓN POR TRAUMA OBSTETRICO		NO		SI
PROBLEMA DE SALUD ACTUAL		NO		SI

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

NOTA: Todos los rubros valorados se encuentran en nivel bajo este será el resultado, si un factor del nivel medio es afectado el riesgo será medio y si 2 o más factores detectados de cualquier nivel el riesgo es alto.

CUIDADOS INMEDIATOS

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

CUIDADO MEDIATOS

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

RIESGO;

NOTA: RIESGO BAJO (SI) RIESGO ALTO (NO)

3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

3.1.- VALORACION DEL NEONATO

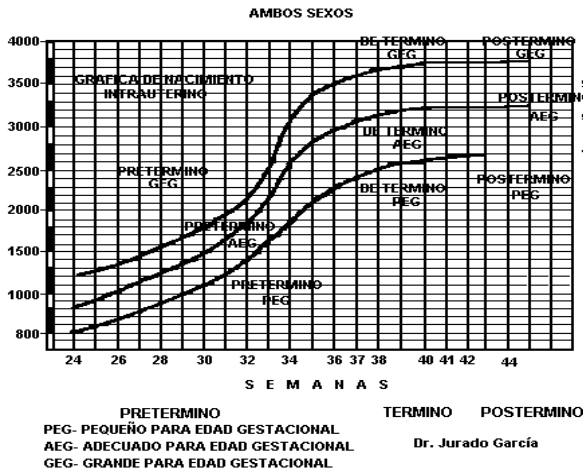
SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

VALORACIÓN APGAR

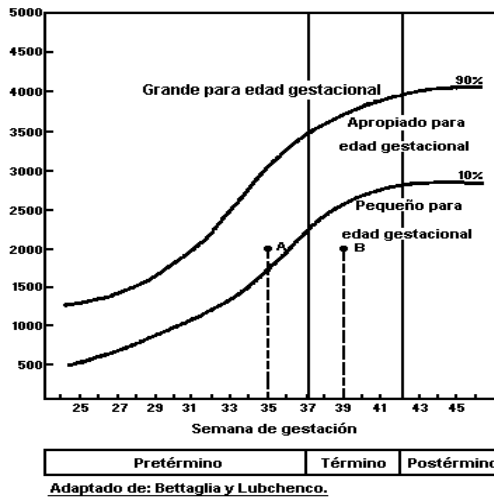
INTERPRETACIÓN:

_____ / _____

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL



CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



INTERPRETACIÓN: _____

INTERPRETACIÓN: _____

MÉTODO CAPURRO PARA VALORACIÓN DE EDAD GESTACIONAL

A	B	Variables	0	5	10	15	20	
Somático y neurológico K = 200 días	Somático K = 204 días	Textura de la piel	Gelatinosa	Fina y lisa	Algo más gruesa: leve descamación superficial	Gruesa con grietas superficiales, descamación en manos y pies	Gruesa, apergaminada, con grietas profundas	
		Forma de la oreja	Aplanada sin forma, curvatura escasa o nula	Curvatura de una parte del borde del pabellón	Pabellón parcialmente curvado en toda la parte superior	Pabellón totalmente curvado		
		Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable, menor de 5 mm de diámetro	Diámetro entre 5 y 10 mm	Diámetro mayor de 10 mm		
		Pliegues plantares	Sin pliegues	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior	Pliegues bien definidos sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior	Surcos en la mitad anterior de la planta	Surcos en más de la mitad anterior	
		Maniobra de la bufanda						
		Posición de la cabeza						

INTERPRETACIÓN: _____

METODO BALLRD (Evaluación de madurez neurológica y física)

Madurez neuromuscular						
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Angulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote del brazo	180°		100-180°	90-100°	<90°	
Angulo poplíteo	180°	160°	130°	110°	90°	<90°
Signo de la bufanda						
Talón-oreja						

Madurez física								
Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Levemente rosada, venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Descamación de áreas palúdicas, venas escasas	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa rugosa		
Lanugo	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso		Escala de madurez	
Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transversal único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta		Puntos	Sem.
Mamas	Levemente perceptibles	Aréola plana sin pezón	Aréola levantada 1 a 2 mm del pezón	Aréola levantada 3 a 4 mm de pezón	Aréola completa, 5 a 10 mm de pezón		5	26
Oído	Aplanado, permanente, doblado	Borde levemente curvo y suave, recuperación lenta	Borde curvo suave, de fácil recuperación	Formado, firme, recuperación instantánea	Cartilago grueso firme		10	28
Genitales ♂	Escroto vacío sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo, rugosidades completas		15	30
Genitales ♀	Clítoris prominente y labios menores		Labios mayores y menores iguales	Labios mayores más grandes	Clítoris y labios menores cubiertos		20	32
							25	34
							30	36
							35	38
							40	40
							45	42
							50	44

INTERPRETACIÓN: _____

3.3 EXPLORACION FISICA

SIGNOS VITALES:

FC _____ FR _____ T/A _____ TEMP. _____

ANTROPOMETRIA

PESO _____ TALLA _____ PC _____ PT _____ PA _____ SI _____ PIE _____

HABITUS EXTERIOR
PIEL
CABEZA Y CARA
OJOS
OIDOS
NARIZ
BOCA
CUELLO Y HOMBROS
TORAX

CARDIOVASCULAR

ABDOMEN

GENITALES

DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL

EXTREMIDADES

CADERA

ESTADO NEUROLÓGICO

4. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

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

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

RESULTADOS

PARÀMETROS	CERO	UNO	DOS
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO
RETRACCIÓN XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA
ALETEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ADECUADO Y CONSTANTE

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

SILVERMAN-ANDERSON	DIFICULTAD RESPIRATORIA
1 A 2	LEVE
3 A 4	MODERADA
> 5	GRAVE

1.2.- FASE DE VENTILACIÓN

FASE VENTILATORIA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
FASE 1 ESPECIFICA _____	FIO ₂ _____% O ₂ _____ Lt. X'				
FASE 2 ESPECIFICA _____	FIO ₂ _____% O ₂ _____ Lt. X'				
FASE 3 ESPECIFICA _____	MODALIDAD CMV IMV PSV	PARAMETROS PIP PEEP FR CPM			

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

PARÀMETROS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PH					
PCO ₂					
PO ₂					
HCO ₃					
% SATURACIÓN O ₂					
INTERPRETACIÓN					

1.4 ESTUDIOS DE GABINETE

1.4 VALORACION CARDIOVASCULAR

SIGNOS VITALES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
----------------	-------	--------	-----------	--------	---------

T.	R.	F.C.	T/A M.																	
	120	200	90																	
41	100	180	80																	
40	90	160	70																	
39	80	140	60																	
38	70	120	50																	
37	68	100	40																	
36	50	80	30																	
35	40	60	20																	
34	30	40	10																	
33	20	20	00																	

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
RITMO CARDIACO -REGULAR -IRREGULAR -ARRITMIA					
LLENADO CAPILAR -MEDIATO -INMEDIATO -TERDIO					
SOPLO -AUDIBLE -NO AUDIBLE					
PRECORDIO -AUDIBLE -NO AUDIBLE					
OXIMETRIA DE PULSO %					

<p>LABORATORIOS BIOMETRIA HEMATICA:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

1.5.- CON BASE EN LA VALORACION ESTABLECE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

2. Y 3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÉTRICA			
	INTEGRA			
	ÚVULA CENTRAL			
MUCOSAS	HIDRATADAS			
	ROSADAS			
	SECAS			
	INTEGRAS			
LENGUA	HIDRATADA			
	INTEGRA			
	ROSADA			
	FRENILLO			

PALADAR	INTEGRO			
	ROSADO			
	PERLAS DE EPSTEIN			
ENCIAS	INTREGRA			
	ROSADA			
	DIENTES			
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL			
	BLANDO/DEPRESIBLE			
	DISTENDIDO/DURO			
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES			
	PERISTALSIS			
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO			
	ARETIAS 2			
	VENAS 1			
	MONIFICADO			
	ERITEMATOSO			
	HERNIADO			
PIEL	TURGENTE HIDRATADA HUMEDA			
FONTANELAS	NORMOTENSA ABOMBADA DEPRIMIDA TENSA			

A) INGRESOS

INGRESOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
VIA ENTERAL 1) SENO MATERNO 2) FORMULA (ESPECIFICAR)					
VIA DE ADMON 1) SUCCIÓN 2) SOG 3) OTROS (ESPECIFICAR)					
VIA PARENTERAL 1) NPT 2) SOLUCION BASE 3) SOLUCION PARA MANTENER VIA PERMEABLE					
Kcal POR DÍA					
LIQUIDOS TOTALES					
LIQUIDOS REALES					
BALANCE					

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PESO					
TALLA					
INCREMENTO PONDERAL					
GLICEMIA CAPILAR					
GLICEMIA CENTRAL					

B) TERAPIA TRANSFUNCIONAL

FECHA	TIPO UNIDAD	CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÒN	EFFECTOS ADVERSOS

C) CON BASE EN LA VALORACIÒN ESTABLECE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERIÀ

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- PROCESOS DE ELIMINACIÒN Y EXCRETAS

PARAMETRO		SI	NO	COMENTARIO
GENITALES FEMENINOS	INTEGRO			
	LABIOS MAYORE			
	LABIOS MENORES			
	MEATO URINARIO			
	PRESENCIA DE SECRECIÒN			
GENITALES MASCULINOS	ESCROTO			
	PREPUCIO			
	TESTICULOS			
	MEATO URETRAL			
ANO	PERMEABLE			
	CENTRAL			
	FISTULAS			
GLUTEOS	INTEGROS			
	SIMETRICOS			
	PLIEGUES PRESENTES			

4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES)

ELIMINACIÒN URINARIA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA					
FORZADA (ESPECIFICAR)					
CANTIDAD ml/hr					
COLOR					
OLOR					
DENSIDAD					

ELIMINACION FECAL

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA					
FORZADA (ESPECIFICAR)					
ESTOMAS					

CANTIDAD grs/ turno					
OLOR					
CARACTERISTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)					

DRENES

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
SONDA OROGASTRICA					
VÓMITOS					
FISTULAS					
SONDA PLEURAL					
OTROS(ESPECIFICA)					

PERDIDAS INSENSIBLES:

FORMULA:

SUPERFICIE CORPORAL X CONSTANTE/24 X HRS LABORADAS

S.C. = PESO X 4 + 9 / 100

CONSTANTES:

INCUBADORA – BACINETE = 400

CUNA RADIANTE = 600

AUMENTAN PERDIDAS INSENSIBLES:
Lesiones en piel, defectos de pared abdominal y/o de tubo neural, hipertermia = **+30%**
Fototerapia, aumento de actividad motora o llanto = **+ 50%**

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

EXAMENES DE LABORATORIO _____

4.2.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- _____

2.- _____

3.- _____

5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

5.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión () deglución () búsqueda () moro () tónico cuello ()

Enderezamiento del tronco () puntos cardinales () Arrastre ()

Inervación del tronco () presión plantar () presión palma r () babinsky ()

5.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos					
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión					
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 fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO					
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 / NEONATO					
REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO					

5.3.- TEORÍA SINACTIVA

SISTEMA	CONCEPTO	SIGNOS DE ESTABILIDAD	SIGNOS DE ESTRÉS
Autonómico	Es el funcionamiento básico de nuestro cuerpo necesario para nuestra supervivencia. Los indicadores son el color de la piel, frecuencia cardiaca y patrón respiratorio.	Respiración tranquila y regular, coloración normal. Reducción de temores y signos viscerales.	Pausas respiratorias, taquipnea, cambios de color a cianótico, marmóreo o pálido. Temores, hipo, bostezar, vómito. Regurgitación.
Motor	Valora el tono muscular, movimiento, actividad y postura.	Modulación de postura y tono. Actividad mano boca.	Flacidez, hipertono e hiperextensión brazos y piernas, manos abiertas, mano en cara.
Estados	Categoriza el nivel del sistema nervioso central en cuanto a vigilia-sueño-despertar-llanto.	Alerta e interactúa, acepta consuelo, duerme tranquilo, sonríe.	Despierto, cambios bruscos de dormido a despierto, irritable. Difícil consuelo.
Atención/interacción	Capacidad del niño para interactuar con el medio.	Acepta estimulación visual, estabilidad de los otros subsistemas.	Aversión a la mirada. somnolencia e inestabilidad de los estados motor o autonómico
Autorregulación	Valora los esfuerzos del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas.	Acepta estimulación e interactúa, estabilidad de los subsistemas.	Inestabilidad de los subsistemas.

INTERPRTACIÓN

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA ESTABILIDAD ESTRÉS					

5.4.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

- 6.1.- NEONATO: PLANEADO SI () NO () DESEADO () ACEPTADO ()
- 6.2.- RECIBE VISITA FAMILIAR: _____
- 6.3.- PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO: _____
- 6.4.- APEGO MATERNO: _____
- 6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: _____
- 6.6.- RECIBEN LOS FAMILIARES ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: _____

REGISTRO DE METODO DE MÀMA CANGURO

INICIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
FECHA Y HORA					
EDAD DVE					
PESO					
METODO DE ALIMENTACIÓN					
DURACIÓN DE CONTACTO PIEL A PIEL					
COMENTARIO U OBSERVACIÓN					

ELABORO: E.E.N ARACELI MARTINEZ CLEMENTE

6.7.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

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

- 7.1.- EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO
SI () NO ()
¿POR QUE? _____
- 7.2.- LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO
SI () NO () Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: _____

- 7.3.- CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES: _____
- 7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: _____

7.5.-SEGURIDAD Y PROTECCION

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BARRERA PRIMARIA: CATETERES: TIPO LOCALIZACIÓN					
BARRERA SECUNDARIA: LABORATORIOS BH INMUNOGLOBULINAS					
FACTORES AMBIENTALES: LUZ RUIDO					
RIESGO DE CAIDAS					
RIESGO DE INFECCION					

7.6 HIGIENE

INTERVENCIÓN	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BAÑO DE ESPONJA					
BAÑO PARCIAL					
ASEO DE CAVIDADES					
ADICTAMENTOS UTILIZADOS PARA POSICIONAMIENTO					

7.7 Escala Macdems modificada y complementada del instrumento del Hospital gral "Dr Manuel Gea González"

VARIABLES		PUNTUAJE
EDAD	RECIÉN NACIDO	2
	LACTANTE MENOR	2
	LACTANTE MAYOR	3
	PRE-ESCOLAR	3
	ESCOLAR	1
ANTECEDENTES DE CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
ANTECEDENTES	HIPERACTIVIDAD	1
	PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	1
	SINDROME CONVULSIVO	1
	DAÑO ORGANICO CEREBRAL	1
	OTROS	1
COMPROMISO DE CONCIENCIA	SIN ANTECEDENTES	0
	SI	1
EQUIPO	NO	0
	INCUBADORA CERRADA	0
	CUNA DE CALOR RADIANTE	1
	INCUBADORA TRASLADO	1
	BACINETE	2

MEDICAMENTOS	RELAJANTES	0
	OTROS	0
	NINGUNO	1
INTERVENCIONES	TOMA DE PESO	1
	CAMBIO DE ROPA	1
	TRASLADO A ESTUDIOS	1
	TRASLADO A OTRA AREA	1
	INHALOTERAPIA	1
	INTERCONSULTAS	1
	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	1
	FAMILIA	1
	BAÑO	2

RIESGO ALTO: 14 A 21

RIESGO MEDIO: 7 A 14

RIESGO BAJO: 0 A 7

7.8 VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOLOGÍA

NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (NSRAS)				
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	1. Muy pobre (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	2. Edad gestacional > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	3. Edad gestacional > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	4. Edad gestacional > 38 semanas hasta postérmino.
ESTADO MENTAL	1. Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. Muy limitado. Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	3. Ligeramente limitado. Letárgico.	4. Sin limitaciones. Alerta y activo.
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil. No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	2. Muy limitada. Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	3. Ligeramente limitada. Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4. Sin limitaciones. Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
ACTIVIDAD	1. Completamente encamado/a. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	2. Encamado/a. En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones. En una cuna abierta.

NUTRICIÓN	1. Muy deficiente. En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	2. Inadecuada. Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	3. Adecuada. Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente. Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
HUMEDAD	1. Piel constantemente húmeda. La piel está mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	2. Piel húmeda. La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda. La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	4. Piel rara vez húmeda. La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.

RIESGO ALTO <12 RIESGO MEDIO 13-14 RIESGO BAJO 15-16

7.9 VALORACIÓN DEL DOLOR

VALORACIÓN EL DOLOR. ESCALA PIPP

Proceso	Parámetro	0	1	2	3
Gráfica	Edad gestacional	>=36sem	32 a <36 sem	28 32	<=28sem
Observar al niño 15 segundos	Comportamiento	Activo/desperto	Quieto/desperto	Activo/dormido	Quieto/dormido
		Ojos abiertos	Ojos abiertos no movimientos faciales	Ojos cerrados	Ojos cerrados no
		Movimientos faciales		Movimientos faciales	Movimientos faciales
Observar al niño 30 segundos	Frecuencia cardiaca máxima	0-4lat/min	5-14 lat/min	15-24 lat/min	>=25 lat/min
	Saturación de oxígeno minuto	0-2,4%	2, 5-4, 9%	5-7, 4%	>=7,5%
	Entrecejo fruncido	Ninguna 0-9% tiempo	Mínimo 10-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo >=70% tiempo
	Ojos apretados	Ninguna 0-9% tiempo	Mínimo 10-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo >=70% tiempo
	Surco nasolabial	No	Mínimo 0-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo >=70% tiempo

Fuente. Dolor en neonatos, 2005. Revista de la Sociedad Española del Dolor.

Es una escala de 7 reactivos y cada ítems se estimara del 0 al 3 para valorar el dolor. Puntuación de 6 ó menor, el dolor es mínimo o no existe, si este es moderado la puntuación será de 7 a 12 y si es mayor de 12 es moderado o grave.

7.10.- CON BASE A LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. _____

2. _____

3. _____

8-. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

8.1 COMO ES LA ADAPTACION DEL NEONATO A LA VIDA EXTRAUTERINA:

FAVORABLE _____ DESFAVORABLE _____

POR QUE? _____

	De 7 días hasta un mes	SI	NO
--	------------------------	----	----

Motor grueso	Hipertonía flexora fisiológica		
	En prono: postura fetal (rodillas debajo del abdomen) al mes de vida levanta momentáneamente la cabeza		
	En supino: posición asimétrica (reflejo tónico asimétrico del cuello)		
	Mueve todas las extremidades		
	En tracción asentado incapaz de sostener la cabeza por si solo		
	Reflejo de presión		
	Reflejo del moro		
Lenguaje	Gemidos		
	Reacciona al sonido		
Motor fino-oculomotor	Manos cerradas a menudo con los pulgares aducidos		
	Es capaz de fijar la mirada en la cara pero la visión es confusa (al mes la fija en la cara y la sigue)		
Socialización	Responde a la cara y voz de los padres		
	Cuando llora se calma al hablarle o al cogerlo		
	Pseudosonrisa (la sonrisa social aparece entre las 4 y 6 semanas)		
Signos de alerta	Falta de succion en los primeros 3 días de vida		
	¿Gime?		
	¿Reacciona al sonido?		

Preguntas a los padres	¿Fija su mirada en la cara de la madre de vez en cuando con mirada confusa?		
	¿Responde a la cara y voz de los padres?		
	¿Cuándo llora se calma al hablarle o cogerlo?		
	¿Sonríe sin dirección? ¿Succiona bien?		

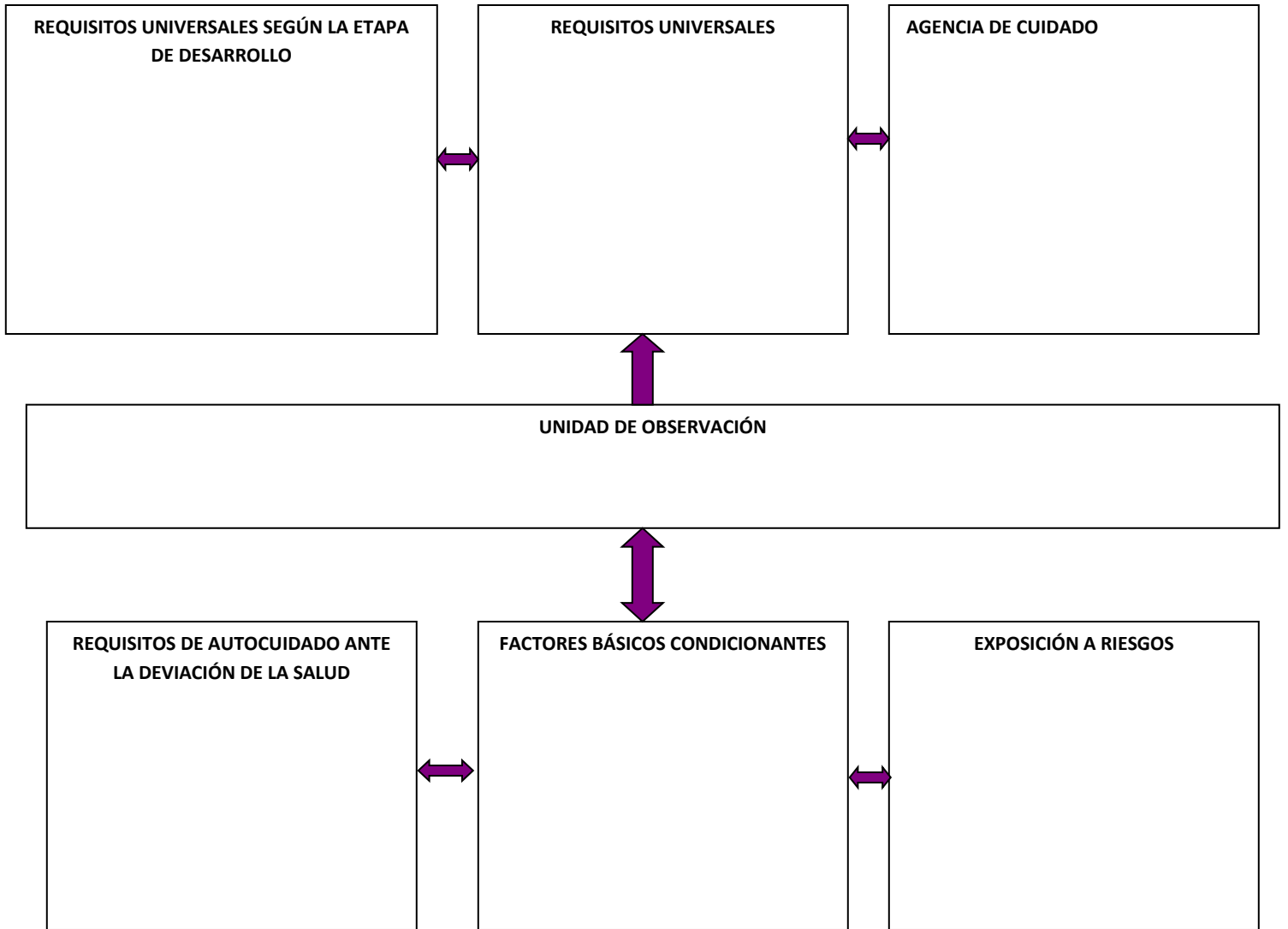
8.4.- CON BASE A LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. _____

2. _____

3. _____

ESQUEMA METODOLÒGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
CICLO ESCOLAR 2014 – 1
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO



NOMBRE:

FECHA:

REQUISITO:

NOMBRE DEL PACIENTE:

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

HABITUS EXTERIOR:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

OBSERVACIÓN, PALPACIÓN, AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN

JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

REQUISITO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

PLAN DE ALTA

NOMBRE:	REGISTRO:	DVEU:	PESO:
----------------	------------------	--------------	--------------

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA:

ORIENTACIÓN MATERNA:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO:

ORIENTACIÓN MATERNA:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO:

ORIENTACIÓN MATERNA:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

4.- PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS

CAMBIO DE PAÑAL:

MANEJO DE ERITEMA PERIANAL:

MANEJO DE ESTOMAS:

OBSERVACIONES:

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

POSICIÓN PARA DORMIR:

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

OBSERVACIONES:

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

APEGO MATERNO:

TÉCNICA DE MAMA CANGURO:

OBSERVACIONES:

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

VACUNAS:

TAMIZAJE:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA:

OBSERVACIONES: