



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESTUDIO DE CASO:

RECIÉN NACIDA PRETÉRMINO CON DÉFICIT EN EL APORTE  
SUFICIENTE DE AIRE

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA:

E. E. P. BLANCA MIRIAM QUINTANAR SALGADO

ASESORADO POR:

E. E. I. NORA CLARISSA CASTRO ESCUDERO



México D. F. 2010



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.

## AGRADECIMIENTO

A todo el personal del Instituto Nacional de Pediatría durante mi formación como Enfermera Especialista del Neonato. Les agradezco infinitamente su apoyo!

Lic. Nora Clarissa Castro Escudero como Coordinadora de la Primera Generación de Especialistas en Enfermería del Neonato con Sede en el Instituto Nacional de Pediatría te agradezco cada día que compartimos, todo el apoyo para mi aprendizaje, tu maravillosa risa, tu enorme compromiso por la profesión que amamos, la autenticidad que expresas en tus acciones, tus enojos que entiendo necesarios para alcanzar la excelencia y respetar los acuerdos. Mil gracias por todo maestra!

Lic. Rocío Bernal Ramírez como Jefa de Servicio de la Unidad Tocoquirúrgica del Hospital Juárez de México te agradezco la confianza en mi desarrollo profesional y personal, tu lealtad, tu compromiso para el nacimiento de mexicanos sanos, tu enorme capacidad y empeño en ser mejores y aprender con las experiencias de cada día, tu valiosa amistad que Dios bendiga por siempre. Te quiero amiga Ro!

A mi querida madre Ernestina que siempre motivas mi superación y me apoyas a pesar de cometer tantos errores, hago tuya la satisfacción que tengo de vivir, luchar y amar la profesión que desde hace quince años procuraste para mi. Te amo Tina!

A mi padre y hermanos por apoyarme diariamente, como familia, unidos, respetando nuestros caracteres. Los amo!

A mi pequeña Metzi por ayudarme en las tareas, acompañarme en todo momento, y darme la fuerza para vivir y ser mejor cada día. Te amo Luna!

A mi pequeño Joma que me enseñas la alegría de estar vivo, sin enfermedad, con la energía necesaria para vencer todo. Te amo Sol!

A mi Ángel Moisés "del seno de Dios viniste para calmar nuestro anhelo y al seno de Dios volviste porque tu hogar es el cielo" q.d.e.p.

A Miguel Ángel que compartiste conmigo este logro tan importante en mi vivir. Mil gracias amor por tu apoyo!

*"TRANSFORMARME CADA DÍA EN MEJOR SER HUMANO Y TRASCENDER" MIRIAM QUINTANAR*

# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO</b>	<b>3</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>4</b>
<b>IV. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO</b>	<b>5</b>
4.1 Ficha de identificación	5
4.2 Motivo de la consulta	5
4.3 Descripción del caso	5
4.4 Antecedentes familiares no patológicos	8
4.5 Antecedentes familiares patológicos	8
4.6 Antecedentes personales no patológicos	9
4.7 Antecedentes personales patológicos	9
4.8 Mapa familiar	9
4.9 Dinámica familiar	10
<b>V. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO</b>	<b>11</b>
5.1 Antecedentes (estudios relacionados)	11
5.2 Paradigmas	17
5.3 Teoría de Dorothea Orem	19
5.4 Método enfermero	38
5.5 Relación del método enfermero con la teoría de Dorothea Orem	44
5.6 Daños a la salud (fisiopatología)	47
5.7 Consideraciones éticas	52
<b>VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO</b>	<b>66</b>
6.1 Valoración de enfermería	66
6.2 Jerarquización de los requisitos universales de autocuidado	76



6.3 Esquema metodológico	77
6.4 Método enfermero	78
<b>VII. PLAN DE ALTA</b>	<b>86</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES</b>	<b>88</b>
<b>IX. SUGERENCIAS</b>	<b>89</b>
<b>X. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>90</b>
<b>XI. ANEXOS</b>	<b>92</b>

## I. INTRODUCCIÓN

El estudio de caso es una metodología con la cual el estudiante de la especialidad, incorpora los métodos, técnicas e instrumentos propios de su formación y práctica profesional. De acuerdo con el Plan Único de Especialización en Enfermería (PUEE) de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México, el estudio de caso constituye una de las opciones para obtener el diploma que acredita a la enfermera como especialista.

Por su estructura el estudio de caso en Enfermería tiene clara correspondencia con los elementos del método enfermero en sus etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, así como la relación que tiene con la Teoría de Dorothea Orem aplicables en la práctica especializada de Enfermería del Neonato.

El estudio de caso comprende un análisis cualitativo, desde el cual se puede encontrar significado a un conjunto de datos recopilados sistemáticamente (instrumento de valoración neonatal) y a su vez el alumno de posgrado sistematiza sus actividades académicas, en la medida que es capaz de utilizar una teoría de Enfermería la cual sustenta conceptualmente su caso.

El estudio se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Pediatría. Primero se obtuvo el consentimiento informado del padre de la recién nacida, después se hace la descripción del caso, la fundamentación teórica que comprende el análisis de cinco estudios relacionados con la sepsis neonatal, se definen los paradigmas de acuerdo a Dorothea Orem y su teoría; el método enfermero y su relación con la teoría de Orem; la fisiopatología de la sepsis neonatal, las consideraciones éticas para los profesionales de Enfermería, la aplicación del método enfermero: valoración de enfermería,

jerarquización de los requisitos universales de autocuidado, esquema metodológico y método enfermero del estudio de caso (requisito universal, diagnóstico, objetivo, tratamiento de enfermería y evaluación), por último se elaboró un plan de alta y las conclusiones del estudio.

## II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

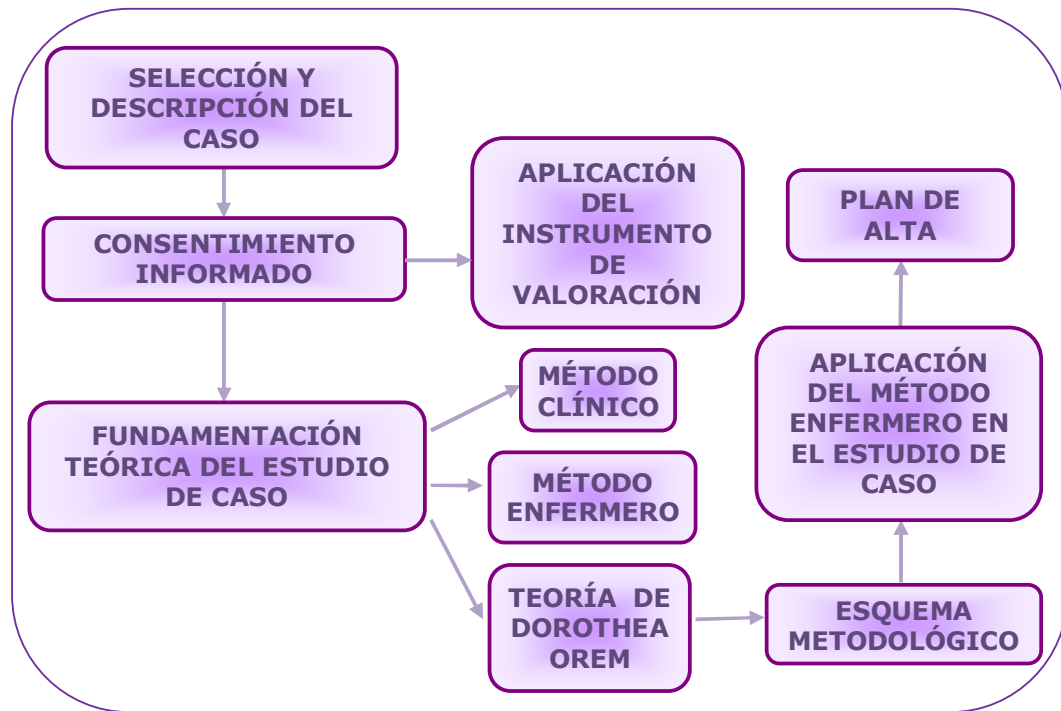
### GENERAL:

Seleccionar a una recién nacida para estudio de caso en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Pediatría, durante la práctica clínica de la especialidad en Enfermería del Neonato.

### ESPECÍFICOS:

- a) Solicitar la autorización al responsable de la recién nacida para el estudio de caso mediante el consentimiento informado.
- b) Aplicar el método enfermero y la teoría del déficit de autocuidado en el estudio de caso.
- c) Fundamentar teóricamente el estudio de caso con la teoría del déficit del autocuidado, el método enfermero, los daños a la salud y las consideraciones éticas.
- d) Realizar un esquema metodológico empleando la teoría de Dorothea Orem en una recién nacida con déficit en el aporte suficiente de aire.
- e) Realizar la valoración integral de la recién nacida empleando el instrumento creado por la primera generación de especialistas en Enfermería del Neonato con sede en el Instituto Nacional de Pediatría.
- f) Realizar los diagnósticos de enfermería con el formato PES (problema, etiología y sintomatología) de acuerdo a los requisitos alterados en la recién nacida.
- g) Planear, realizar y evaluar los cuidados de enfermería para la recién nacida, de acuerdo a la jerarquización de los requerimientos de autocuidado.
- h) Realizar un plan de alta para la recién nacida del estudio de caso conforme al formato creado en el instrumento de valoración neonatal.

### III. METODOLOGÍA



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

Para el estudio de caso se seleccionó a una recién nacida en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Pediatría y se obtiene el consentimiento informado de su padre. **Ver anexo.**

Se emplea el Instrumento de Valoración Neonatal creado por los estudiantes de la primera generación en Enfermería del Neonato para recabar sistemáticamente todos los datos de la unidad de observación.

Se realiza la fundamentación teórica del estudio de caso y se procede a la valoración empleando el método clínico (inspección, palpación, auscultación y percusión), el método enfermero y la teoría del déficit de autocuidado, así como la fisiopatología de la sepsis neonatal además del aspecto ético y legal para el profesional de enfermería.

Se realiza la aplicación del método enfermero para el cuidado de la recién nacida y un plan de alta dirigido a los agentes de autocuidado (familia) para ser implementado en su hogar.

## IV. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

### 4.1 Ficha de identificación

Nombre: Natalia Fabiola H. J.

Expediente: 460220

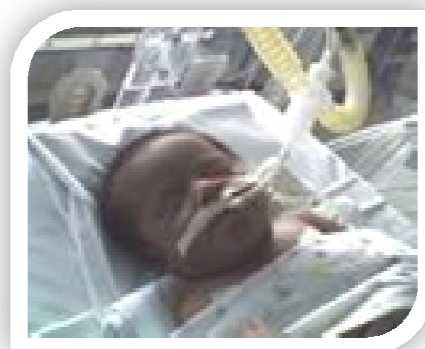
Sexo: femenino

Edad: 14 días de vida

Fecha nacimiento: 12/noviembre/08

Procedencia: D. F.

Fuente de información: padre y tía materna



### 4.2 Motivo de la consulta

Se traslada del Hospital Infantil Privado al Instituto Nacional de Pediatría porque su padre ya no contaba con recurso económico para la hospitalización.

Ingresa el 18/nov/08 con diagnósticos de sepsis neonatal, persistencia de conducto arterioso, hipertensión pulmonar, insuficiencia tricuspídea severa, insuficiencia mitral y pulmonar leve.

El día 26/nov/08 realicé la valoración de la recién nacida que se encontraba hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales con tratamiento para sepsis que presentaba al momento de su ingreso.

### 4.3 Descripción del caso

Recién nacida mediante cesárea, gesta tres, planeada y deseada, la mamá de 29 años, tuvo control prenatal en sector privado, presentó sangrado transvaginal en la semana 35 de gestación. Hospitalización (Sanatorio VISA) por diagnóstico (USG) de acretismo placentario. Nace a las 3:40 horas del **12/nov/08**, peso 2500 gr, talla 46 cm, Apgar 8/8, Silverman Andersen (SA) 0/1 (aleteo nasal).

Se traslada el **13/nov/08** al Hospital Infantil Privado con apoyo ventilatorio en fase I O<sub>2</sub> 8 lt x'. Ingresa con Silverman de 5 y desaturación, requiere 2 ciclos de presión positiva intermitente e intubación. Con tendencia a hipotensión se emplean aminos y cargas de solución Hartman. Inicia tratamiento con óxido nítrico. En la noche presenta paro cardiaco y se realizan maniobras de reanimación avanzada.

El **14/nov/08** presenta acidosis respiratoria persistente, saturación 70%, se incrementan parámetros al ventilador y aporte de aminos.

El **15/nov/08** inestable, bajo sedación. Se cambia esquema cefotaxima + dicloxacilina previo hemocultivo. Cuenta leucocitaria con incremento, se cambia esquema a cefotaxima + teicoplanina.

El **16/nov/08** dx. Sepsis. RN icterica con fototerapia continua. Gasometría en equilibrio ácido-base se disminuye el óxido nítrico hasta suspender.

El **17/nov/08** estable con aporte de dobutamina y epinefrina, bajo sedación. Hipoventilación hemitórax izquierdo.

El **18/nov/08** presenta desaturación hasta 50%, Rx con atelectasia basal derecha y congestión pulmonar. Con broncoespasmo, se administra dexametasona y aminofilina, nebulizaciones, se incrementó parámetros ventilatorios y se decide su traslado al Instituto Nacional de Pediatría.

El **19/nov/08** con diagnósticos de RNp, sepsis neonatal, persistencia de conducto arterioso (PCA), insuficiencia tricuspídea severa, hipertensión arterial pulmonar (HAP), insuficiencia pulmonar y mitral leve. Con ventilador de presión en modo CMV, ciclado 40, volumen de 10.3, presión inspiratoria de 19, PEEP de 4 y FiO<sub>2</sub> 60%, con automatismo respiratorio. Tratamiento con dopamina, milrinona y soluciones parenterales, se solicita nutrición parenteral total (NPT), esquema de antibióticos cefotaxime/vancomicina. Transfusión de plasma fresco congelado (PFC) cada 12 horas.

El **20/nov/08** continua con apoyo mecánico en modo asistido, ciclado de 34, volumen de 10.8, presión inspiratoria de 17, PEEP de 4 y FiO<sub>2</sub> 50%, saturación O<sub>2</sub> arriba de 92%. Se suspende dopamina.

El **21/nov/08** con apoyo mecánico en modo CMV, ciclado 45, volumen 10, PIP 18, PEEP 5 y FiO<sub>2</sub> 40%, saturación de O<sub>2</sub> entre 90-97%. Se suspende

milrinona. Continúa con fentanyl y midazolam. NPT 9.2 ml/hr. Se coloca catéter central en MSI.

El **22/nov/08** con apoyo ventilatorio: volumen de 8.7, PIP 15, PEEP 6, ciclados de 45 y FiO2 35%, saturación O2 92%. Sin apoyo de aminas con frecuencias cardiacas y cifras tensionales dentro de parámetros para la edad.

El **23/nov/08** tiene 11 días de vida, continúa con apoyo ventilatorio: ciclados de 35, PIP 17, PEEP 5, FiO2 35%. Tratamiento farmacológico el mismo. Neurológicamente activa, reactiva sin sedación ni relajación.

El **24/nov/08** Natalia con diagnóstico de HAP remitida, antecedente de hipoxia perinatal severa, conducto arterioso permeable, insuficiencia tricuspídea severa e insuficiencia mitral y pulmonar leves. Con apoyo ventilatorio en modo SIMV, ciclado de 40, PIP de 17, PEEP de 5, FiO2 35% y saturación de O2 de 93%. Esquema de antibióticos con cefotaxime día 12 y vancomicina día 9. Ultrasonido transfontanelar con edema cerebral moderado/severo, sin datos de hemorragia.

El **25/nov/08** continúa con apoyo mecánico en modo asistido: ciclado de 30, PIP 16, PEEP 4, FiO2 40% y saturación de O2 por arriba de 95%. Se toman exámenes de laboratorio de control. Ecocardiografía: foramen oval permeable, con corto circuito de izquierda a derecha, menor insuficiencia tricuspídea, insuficiencia mitral trivial y no existe insuficiencia pulmonar. Función sistólica ventricular adecuada. El arco aórtico es izquierdo. Se calcula presión de 30 mmHg por gradiente de insuficiencia tricuspídea.

El **26/nov/08** elijo a la recién nacida para estudio de caso. Con apoyo mecánico de ventilador de presión en modo asistido: ciclado de 17, PIP 15, PEEP de 4, FiO2 35% y saturación de O2 arriba de 90%. Ultrasonido transfontanelar negativo para lesiones focales y sistemas ventriculares colapsados por edema.



#### **4.4 Antecedentes familiares no patológicos**

La familia no cuenta con sistema de salud, la recién nacida tiene el Seguro Médico para una Nueva Generación. Es una familia desintegrada por la muerte de la madre, posterior al nacimiento de la Natalia. El padre de 47 años, estudió hasta el 6º semestre de arquitectura y se dedica a vender zapatos que él fabrica, con un aporte económico de \$5000 mensuales. El hermano mayor de 8 años estudia el 2º año de primaria. El hermano menor de 2 años al cuidado de familiares en casa. Su nivel socioeconómico es medio – bajo.

Viven en zona urbana, la vivienda no es propia, cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios, el techo es de concreto, las paredes de tabique y el piso de mosaico. No tienen fauna nociva.

#### **4.5 Antecedentes familiares patológicos**

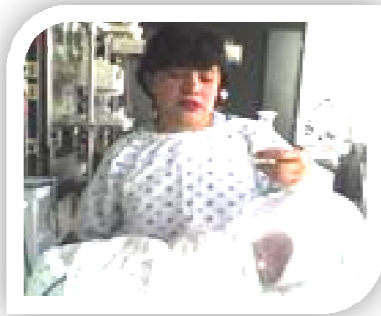
Madre de 29 años finada (complicación: acretismo placentario, shock hipovolémico, coagulación vascular diseminada).

Abuelo materno con enfisema pulmonar y abuela con cáncer cervicouterino (Histerectomía).

Tíos maternos son 10, tres finados (etapa neonatal) por causa desconocida. Padre de 47 años, antecedente de parálisis facial izquierda (hace 1 año con tratamiento en el Instituto Nacional de Neurología).

Abuelo paterno finado (diabetes mellitus) y abuela finada (cáncer pulmonar). Tíos paternos son 5, primero finado (cirrosis hepática) y quinto con obesidad que requirió cirugía del estómago.

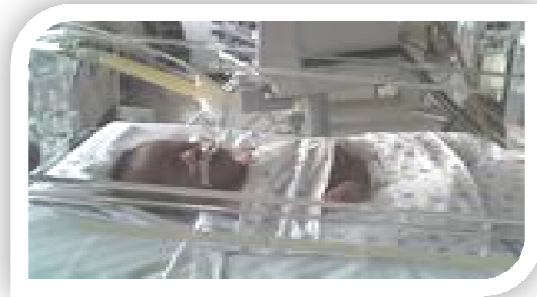
#### 4.6 Antecedentes personales no patológicos



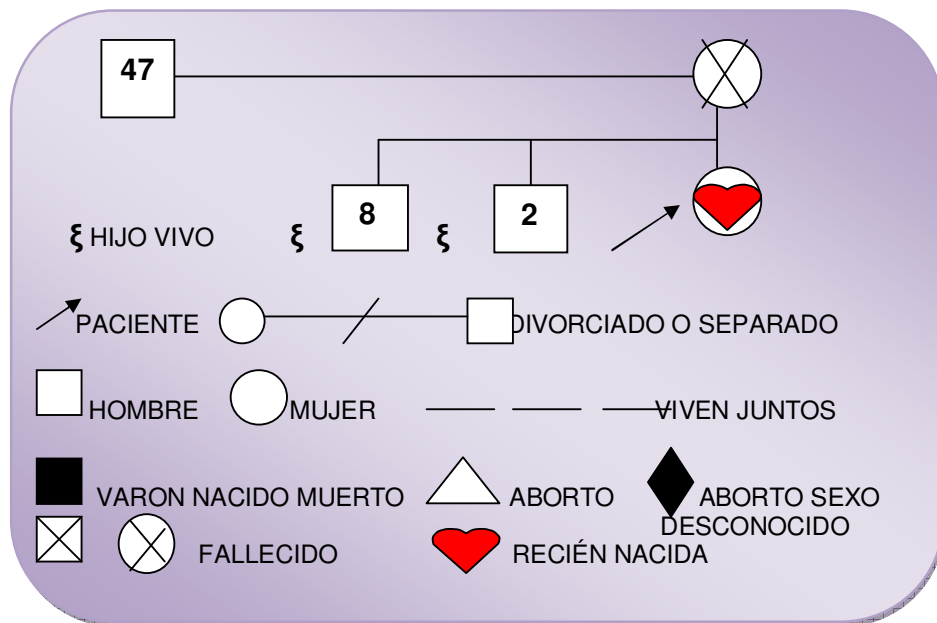
Alimentación: Leche de inicio al 13% 19 ml c/3 horas x sonda orogástrica a gravedad. Desarrollo psicomotor: no se valora porque se encuentra intubada la recién nacida. Esquema de vacunación: no se ha iniciado.

#### 4.7 Antecedentes personales patológicos

Antecedente de asfixia perinatal  
 Antecedente de hipertensión pulmonar severa  
 Conducto arterioso permeable  
 Insuficiencia tricuspídea severa  
 Sepsis neonatal



#### 4.8 Mapa familiar



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

Natalia es la recién nacida del estudio de caso, con el fallecimiento de su madre vivirá en una familia desintegrada y requerirá de redes de apoyo para su cuidado.

#### **4.9 Dinámica familiar**

La familia es nuclear y funcional, con buena comunicación entre sus integrantes y sana convivencia. Natalia fue planeada, deseada y aceptada.

## V. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

En la búsqueda de estudios relacionados con sepsis neonatal a través de medios electrónicos no se encontraron resultados de investigaciones mexicanas, por lo cual se analizan cinco que son extranjeras y que se resumen a continuación:

### 5.1 Antecedentes (estudios relacionados)

#### **Bacteriemias neonatales. Experiencia en la Maternidad Sardá – Recomendaciones para su manejo**

Dra. María Alda Sarubbi, infectóloga del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.

Incidencia de 1985 fue de 9.4 y en 1995 4.5 por 1000 recién nacidos vivos.

Los microorganismos prevalentes en 1985 bacilos gram (-) y en 1995 cocos gram (+).

La morbi-mortalidad es del 50% en la sepsis temprana y de 10-20% en la tardía.

Los factores de riesgo son: bajo peso, prematurez, asfixia, sexo masculino, síndrome de dificultad respiratoria, hipertensión pulmonar.

Prevención mediante el buen control prenatal y el manejo adecuado de complicaciones durante el embarazo que permitan disminuir la prematurez y el bajo peso al nacer. El cumplimiento de las medidas de control de infecciones para disminuir las sepsis hospitalarias. La alimentación con leche materna para el desarrollo de la integridad inmunológica del recién nacido y para la prevención de las infecciones. ( 1 )

---

1) SARUBBI, María Alda. (1995) "Bacteriemias neonatales". Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá XIV, No. 1. Buenos Aires Argentina. p. 37- 44.

**Protocolo diagnóstico-terapéutico de la sepsis neonatal**

Dr. Gil Daniel Coto Cotallo, neonatólogo del Hospital Central de Asturias.

Es una revisión bibliográfica del año 2006 y contiene el concepto de sepsis, incidencia, etiología, clínica, diagnóstico por clínica más estudios especiales, diagnóstico precoz, profilaxis, tratamiento con medidas generales, antibioterapia y terapia intensiva de soporte. ( 2 )

**Estrategias para el diagnóstico de sepsis neonatal tardía**

Dres. Eduardo Perotti, Carlos Cazales, Miguel Martell. Centro Uruguayo de Perinatología y Departamento de Neonatología del Hospital de Clínicas.

Es un estudio retrospectivo, se analizaron 228 historias clínicas de recién nacidos ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos del Centro Uruguayo de Perinatología por el período de un año, del 1º enero al 31 de diciembre de 1996. En 47 de ellos, después del quinto día de vida se planteó el diagnóstico clínico de sospecha de sepsis.

Las variables estudiadas fueron: antecedentes de cirugía, acidosis metabólica progresiva en pacientes bien ventilados, hepatomegalia, hiperglucemia, número de glóbulos blancos y plaquetas.

La prevalencia de sepsis en la unidad fue de 34%, las variables estudiadas mejoraban la probabilidad de sepsis. El antecedente quirúrgico, la acidosis y la leucopenia alcanzan una probabilidad de 62,6%, la hepatomegalia e hiperglucemia 57%, la leucocitosis y plaquetopenia 45%. Se concluye que frente a un neonato con clínica de sospecha de sepsis que presente alguna de las variables estudiadas, tiene 50% o más de probabilidades de tener una sepsis y se aconseja tomar una conducta activa. ( 3 )

- 
- 2) COTO C, Gil Daniel. (2006) "Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias". Vol. 46. SUPL. 1. Oviedo, España. p. 125 - 134.
  - 3) PEROTTI, Eduardo. (2005) "Estrategias para el diagnóstico de sepsis neonatal tardía. Revista médica del Uruguay. Vol. 21. No. 4. Montevideo, Uruguay.p.314-320.

**Sepsis Neonatal. Nuevas estrategias terapéuticas**

Dr. José Luis Orfali. Servicio de Neonatología, Hospital San José.

El estudio hace una revisión de las evidencias actuales respecto al uso de nuevas terapias en la sepsis del neonato.

El éxito del tratamiento de la sepsis neonatal requiere del reconocimiento precoz de la infección, de una terapia antimicrobiana apropiada y de un soporte respiratorio, quirúrgico y cardiovascular agresivo.

Contiene la importancia y epidemiología de la sepsis, definiciones, factores de riesgo en el recién nacido, fisiología de la inflamación, fisiopatología y shock séptico.

El uso de terapias inmunes refiere que no existen resultados de estudios clínicos con seres humanos (sólo en animales). Las estrategias para bloquear endotoxinas no se ha probado dicha terapia en recién nacidos. En las estrategias para bloquear citoquinas no hay ensayos publicados en recién nacidos. En los antiinflamatorios generales se concluye que los corticoides no reducen la mortalidad. La inmunoglobulina humana intravenosa en recién nacidos como profilaxis demostró una reducción del 6% en la incidencia de sepsis. Los factores estimulantes de colonias y transfusiones de granulocitos no mostraron reducción en la incidencia ni en la mortalidad por sepsis. La hemofiltración, plasmaféresis y exsanguineotransfusión en un recién nacido enfermo (séptico) tiene alta mortalidad y no debe intentarse hasta que se concluyan las investigaciones. Las estrategias de inmunomodulación en el órgano blanco no se han probado en recién nacidos, pero están en evaluación.

Se concluye que la casi total ausencia de estudios en recién nacidos y los desalentadores resultados en adultos hacen pensar que aún estamos lejos de una terapia potente y sustentable. ( 4 )

- 
- 4) ORFALI, José Luis. (2004) "Sepsis neonatal. Nuevas estrategias terapéuticas". Revista pediatría electrónica. Vol. 1. No. 1. Universidad de Chile. p. 25 - 31.

### **Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales**

Mtra. Blanca Cecilia Díaz Gutiérrez. Coordinadora de Enfermería Pediátrica, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.

Se describe el resultado de la gestión en el cuidado de enfermería en el área de pediatría, la implementación y seguimiento de algunos indicadores estadísticos institucionales, como el índice ocupacional, la incidencia y prevalencia en el perfil epidemiológico anual de los casos atendidos, el índice de mortalidad. Otros indicadores establecidos por la Dirección del departamento de Enfermería que pretenden mantener estrecha vigilancia y evaluación positiva sobre situaciones de debilidad en la calidad del cuidado de enfermería, como la confiabilidad de los registros de enfermería en la historia clínica, calidad y cumplimiento en el protocolo de entrega y recibo de turno e índice de flebitis, entre otros que inciden en la calidad del cuidado de enfermería en el área de pediatría.

El área pediátrica tiene una capacidad de 42 camas distribuidas así: 23 camas de hospitalización de pediatría, 8 unidades de cuidado básico e intermedio para neonatos y 6 unidades para el cuidado crítico, 3 unidades para el niño en estado crítico. Todas con un promedio de ocupación superior al 70%, excepto la Unidad de cuidado intermedio Neonatal con una ocupación promedio anual del 51%.

El personal de enfermería dispuesto para la atención y cuidado del paciente pediátrico está distribuido en número y formación académica de acuerdo con la complejidad del cuidado, con una relación equivalente a una enfermera por cada tres pacientes en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal.

Con relación al índice de mortalidad se encontró un aumento en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en pacientes con hernia diafragmática, prematuridad extrema y **sepsis neonatal**.

Las patologías con mayor incidencia en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal fue el síndrome de dificultad respiratoria,

incluyendo la enfermedad de membrana hialina y la taquipnea transitoria del recién nacido, así como algunas alteraciones de riesgo metabólico y **procesos de tipo infeccioso**.

En la Unidad de Cuidado Intermedio Neonatal además de la hiperbilirrubinemia se presentaron casos de prematurez y taquipnea transitoria del recién nacido.

Indicadores de calidad: administración de medicamentos, se logró identificar un 12% de error en el proceso general de la administración, el 8% corresponde a errores relacionados con sobrantes, dosis no administradas y dosis no registradas y el 4% relacionado con error en programación, rechazo del medicamento y doble formulación.

El seguimiento a los signos de infección por catéter venoso central que indican su retiro, demuestran un 1,4% de **infección** en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Es importante resaltar que todo catéter central de inserción periférica es insertado en el neonato por la enfermera profesional, evitando complicaciones derivadas de la multipunción y/o riesgos derivados de la punción por vía percutánea.

El Departamento de Enfermería cuenta con un Comité de Calidad de la Atención de Enfermería de carácter asesor en el análisis de los incidentes relacionados con la calidad del cuidado de enfermería, para ello se cumple con un proceso establecido que incluye el registro y reporte de incidentes en la atención de enfermería por la persona responsable. Este proceso permite identificar las debilidades en el cuidado de enfermería y establecer planes de mejoramiento continuo mediante diferentes estrategias de educación y actualización de procesos.

La educación continuada del personal de enfermería programada por el Departamento, la educación en servicio y la educación extramural fueron una herramienta fundamental para mantener un nivel de educación permanente y garantizar el cumplimiento de los diferentes estándares y protocolos del servicio.



Se dio información oportuna relacionada con los resultados de los indicadores mensuales por servicio, análisis de las posibles causas de ocurrencia, retroalimentación y planteamiento de nuevas metas y objetivos del área.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios (paciente y familia) el Hospital cuenta con un proceso establecido de evaluación en el nivel de satisfacción sobre la atención percibida y recibida por el cliente. Las Coordinadoras de las áreas diseñaron una evaluación de la calidad en los diferentes servicios para identificar tempranamente las situaciones de "no conformidad" relacionadas con el cuidado de enfermería. Es así como se alcanza una comunicación asertiva, cercana y continua con el paciente hospitalizado y su familia, para identificar sus necesidades, sus inquietudes, sugerencias y observaciones relacionadas con el proceso de hospitalización, tratamiento recibido y atención en general. La Dirección del Hospital trabaja por el respeto a los derechos y deberes de los usuarios, dándolos a conocer a los pacientes y al grupo humano asistencial y administrativo.

En conclusión se destaca que en el año 2005, los indicadores de calidad en los servicios demostraron un impacto positivo de la gestión en el cuidado de enfermería, mediante un seguimiento permanente de las estrategias formuladas, con el compromiso del equipo humano del área pediátrica y la proyección hacia la excelencia en la calidad como el mayor reto. ( 5 )

- 
- 5) DIAZ G., Blanca Cecilia. (1996) "Enfermería cuidados críticos pediátricos y neonatales". Revista de Enfermería. Bogotá, Colombia. p. 1 - 4.

## 5.2 Paradigmas

Dorothea Orem define el **cuidado** como el campo de conocimiento y servicio humano (**enfermería**) que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

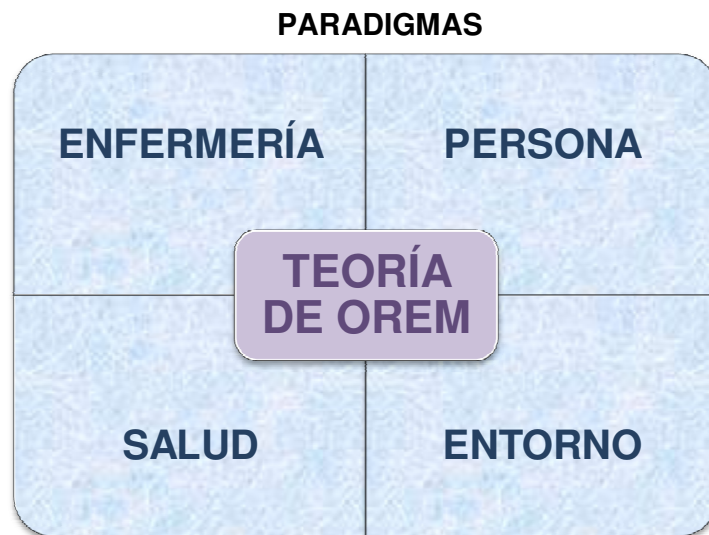
Concepto de **persona**: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de **salud**: es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Define al **entorno** como: todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

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

Los cuidados de enfermería se definen en cómo ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. ( 6 )



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

- 
- 6) CÁRDENAS J., Margarita. (2006) "Antología Teorías y Modelos de enfermería". Bases teóricas para el cuidado especializado. UNAM - Posgrado Enfermería. D. F., México. p. 90, 91, 107.

### 5.3 Teoría de Dorothea Orem



Dorothea Orem nació en Baltimore y se educó con las hijas de la caridad de San Vicente de Paul.

Orem inició su carrera como enfermera a comienzos de la década de 1930, después de obtener el diploma de Researching Nurse del Providence Hospital School of nursing en Washington, D. C.

En 1939 obtuvo su BS en enfermería y en 1945 su MS en docencia en enfermería por la Católica University of America en Washington, D. C.

En 1958 trabajó como asesora en la Office of Education, departamento of Health, Education and Welfare, en la mejora de la formación de enfermeras. Comienza su trabajo sobre la Teoría del Autocuidado.

Orem publicó por primera vez su concepto sobre la enfermería para proporcionar el autocuidado de un individuo en 1959 en “Guides for Developing Curricula for Education of Practical Nurses”, en una publicación del estado.

En 1971 desarrolló sus ideas centradas en el individuo en “Nursing: concepts of practice”.

En 1976 fue galardonada con un doctorado honorífico en Ciencias por la Georgetown University en Washington, D. C.

En 1979 se publicó en la revista de alumnos de la Escuela de Enfermería del John Hopkins su artículo “Levels of Nursing Education and Practice”, al año

siguiente Orem recibió el Alumni Association Award for Nursing Theory de The Catholic University of America.

Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de: Doctora en Ciencias del Incarnate Word College, 1980. Doctora en letras de la Universidad de Illinois Wesleyan, 1988. Premio Linda Richard, concedido por la Nacional League for Nursing en 1991. Miembro honorario de la America Academy of Nursing en 1992.

En 1980 y 1985 perfeccionó e incrementó sus ideas para incluir el Autocuidado en las familias, los grupos y las comunidades, el libro fue publicado en 1990.

Orem trabajó como enfermera hospitalaria, privada, docente, coordinadora y asesora.

Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, si no que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto y sus experiencias lo que le sirvió de fuente teórica.

La teoría de enfermería de Dorothea Orem es utilizada como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes.

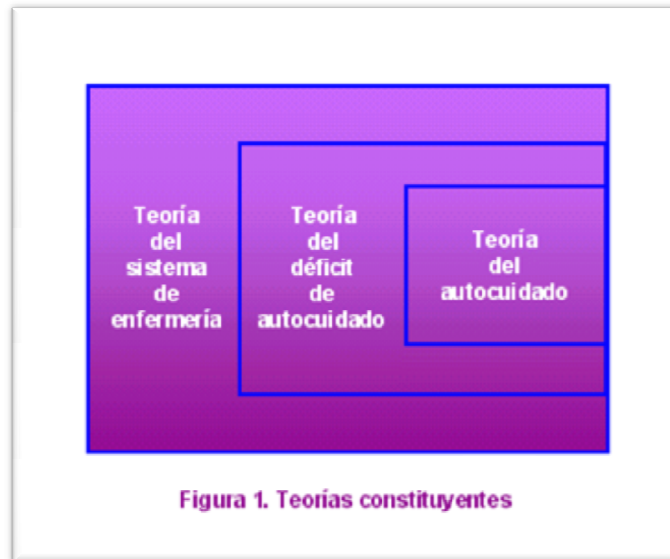
Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. Es cuestión de cada uno de los profesionales usar esta teoría para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería. ( 7 )

---

7) <http://www.buenastareas.com/ensayos/DoroteaOrem/586721.html>

Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una **teoría general** constituida por tres teorías relacionadas (figura 1):

1. Del autocuidado.
2. Del déficit de autocuidado.
3. Del sistema de enfermería.



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

La **teoría del autocuidado** muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.

La **teoría del déficit de autocuidado** postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

La **teoría de los sistemas de enfermería** proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe,

diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado. ( 8 )

### NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO

El **autocuidado** podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto **auto** como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto **cuidado** como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El **autocuidado** es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

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

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El **autocuidado** es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción.

---

8) QUINTANAR S., Blanca Miriam. (2000) "Fundamentación teórica. Modelo de Orem". New Age Connectivity Enterprises. D. F., México. p. 1.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Los requisitos de autocuidado son un componente principal de la teoría y constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

El término **requisito** se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, son los **requisitos de autocuidado universal**. Hay dos tipos más de autocuidado, los de **desarrollo** y los de **desviación de la salud**.

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

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

Estos requisitos de autocuidado universal (figura 2) abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano.





Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como **demandas de autocuidado** que se hacen al individuo. ( 9 )

### REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos.

El individuo tiene **demandas adicionales** de cuidados de la salud. La principal premisa es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es **incapaz** de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud (figura 3).

---

9) IBIDEM. p. 2-3.



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

Orem destaca la importancia de los ***cuidados preventivos de salud*** como un componente esencial de su teoría.

La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como ***prevención primaria***.

La ***prevención secundaria*** consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada.

La ***prevención terciaria*** ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. (10)

---

10) IBIDEM. p. 3-4.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

Estos requisitos se clasifican en: *etapas específicas de desarrollo y condiciones que afectan el desarrollo humano*.

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración.

Las **etapas de desarrollo** específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, en la adolescencia o en la edad adulta.

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la **provisión de cuidados** asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Tiene **dos subtipos**: el **primer subtipo** se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de las condiciones adversas. El **segundo subtipo** se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición particular.

La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano.

Las **consideraciones** relevantes incluyen:

1. Deprivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Estar sujeto a una de estas condiciones o una combinación de ellas podría representar una **demanda creciente** para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado.

### **FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

Son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidados requeridos.

Los **factores** son los siguientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado de desarrollo.
4. Estado de salud.
5. Orientación sociocultural.
6. Factores del sistema de cuidados de salud; por ejemplo, diagnóstico médico y modalidades de tratamiento.
7. Factores del sistema familiar.
8. Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.

## 9. Factores ambientales (figura 4).



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

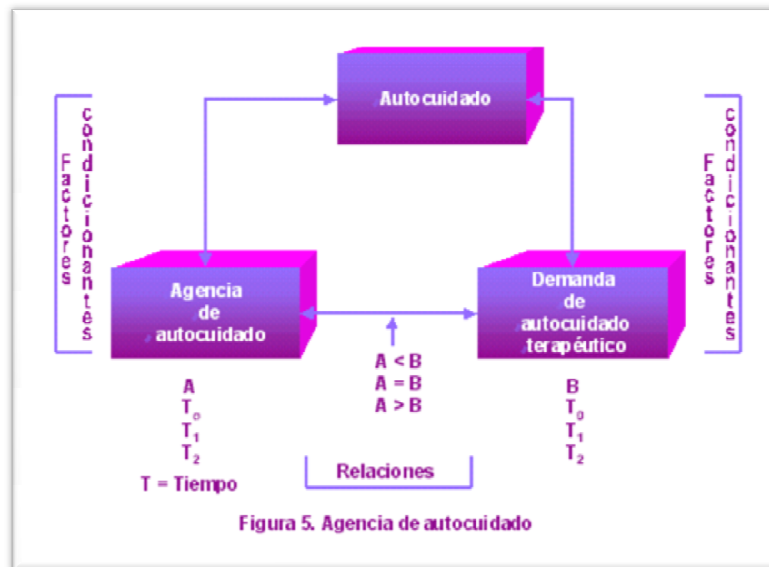
## 10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los factores identificados condicionan de diversa manera las demandas de autocuidado terapéutico.

### AGENCIA DE AUTOCUIDADO

La **agencia de autocuidado** es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar.

La **agencia de autocuidado** de los individuos (figura 5) varía dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad. Varía con el estado de salud, con factores influidos por la educación y con las experiencias vitales en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria.



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

La agencia de autocuidado de los individuos está condicionada por **factores** que afectan a su desarrollo y operatividad. Su adecuación se mide por comparación con las partes componentes de la demanda de autocuidado.

Orem usa la palabra **agente** para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera **agentes de autocuidado**.

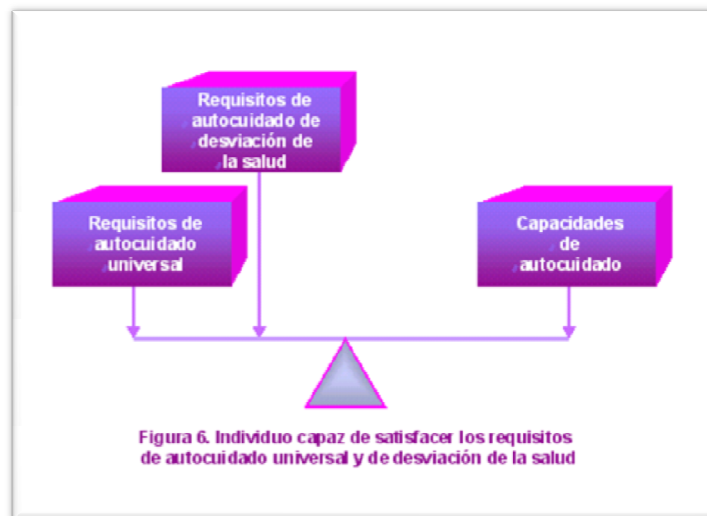
Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería y se denomina **agencia de cuidado dependiente**. Es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos y satisfacerlos total o parcialmente.

Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como **agente de cuidado dependiente**.

La **agencia de enfermería** se usa en las situaciones en que la enfermera proporciona los cuidados. ( 11 )

### CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir (figura 6).



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

Las personas que realizan su autocuidado son conocedoras de sí mismas, de sus estados funcionales y de los cuidados que necesitan. Quieren saber. Valoran, investigan, emiten juicios y toman decisiones. Se ocupan de cursos de acción para el logro de resultados y son capaces de autodirigirse en sus ambientes. ( 12 )

Las **habilidades de autocuidado** son expresiones de lo que las personas han aprendido a hacer y saben hacer en la fase de investigación y toma de decisiones del autocuidado, y en su fase de producción en las presentes condiciones humanas y ambientales.

11) IBIDEM. p. 4-7.

12) IBIDEM. p. 7.

Las **limitaciones de autocuidado** son expresiones de lo que impide a los individuos proporcionar la cantidad y clase de autocuidados que necesitan en las condiciones y circunstancias existentes y cambiantes.

Se expresan en términos de **influencias restrictivas** en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases: restricciones de **conocimiento**, restricciones de **juicio** y toma de decisiones y restricción de las **acciones** para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado.

### **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

El **déficit** debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen.

Los **déficits de autocuidado** son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos.

El **déficit de autocuidado** se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico (figura 7).





1. Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
2. Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
3. Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la de conducta.
4. Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas o externas.
5. Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
6. Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia. ( 13 )

### **SISTEMA DE ENFERMERÍA**

**Enfermería** es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos.

**Sistema de enfermería** se denomina a la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan.

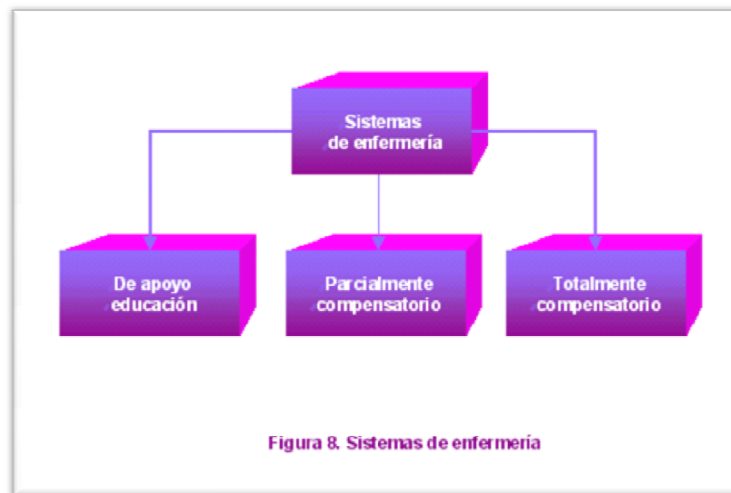
Los **elementos básicos** constituyentes de un sistema de enfermería son:

---

13) IBIDEM. p. 8-9.

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, las interacciones con los familiares y amigos.

Los **sistemas de enfermería** son: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación (figura 8).



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

**Totalmente compensatorio.** Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes **situaciones**:

1. El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, por ejemplo cuando está en coma.
2. El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca

de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulaci3n o movimientos de manipulaci3n.

3. El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular.

El **papel de la enfermera** en los sistemas de enfermer3a totalmente compensatorio es:

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
2. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Las enfermeras no s3lo deben ser las proveedoras de cuidados, sino tambi3n formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarias en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de la desviaci3n de la salud.

***Parcialmente compensatorio.*** La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente est3 mucho m3s implicado en su propio cuidado en t3rminos de toma de decisiones y acci3n.

Este sistema de enfermer3a es apropiado en las siguientes **situaciones**:

1. El paciente tiene una limitaci3n de la movilidad o de las habilidades de manipulaci3n, ya sean reales o por requerimientos m3dicos.

2. El paciente tiene un déficit de conocimientos o habilidades, o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
3. El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar, o aprender a realizar conductas de autocuidado.

El **papel de la enfermera** en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio incluye:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
2. Compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente.
3. Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas **responsabilidades al paciente**, incluyendo:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se impliquen en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).
2. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

**De apoyo/educación.** Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería.

El papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias.

El papel de la enfermera es principalmente el de regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado. ( 14 )

---

14) IBIDEM. p. 9-12.

#### 5.4 Método enfermero

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona -o grupo de personas- responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Las **etapas** del método enfermero son:

**Valoración.** Reunir información a fin de identificar los problemas de salud reales o potenciales. Hay dos tipos de valoración: *exhaustiva* que reúne datos sobre todos los aspectos de la salud del cliente y *focalizada* que reúne datos sobre un problema específico que ha sido identificado. Incluye las siguientes actividades: a) obtención de los datos, a través de la observación, entrevista y examen físico (método clínico: inspección, palpación, auscultación y percusión); b) validación de los datos, asegurar que la información reunida es verdadera; c) organización de los datos, agrupar los datos en categorías de información para identificar problemas de salud y d) identificación de los modelos, formar una impresión inicial de la presencia de problemas de salud y obtener datos adicionales.

**Diagnóstico.** Analizar los datos obtenidos en relación con los siguientes objetivos: identificar problemas y etiología, estilo de vida habitual del paciente y su forma de afrontar los problemas, determinar qué problemas pueden ser tratados de forma independiente por la enfermera y cuáles requieren asesoramiento de otros profesionales del cuidado de la salud.

**Planificación.** Elaborar un plan de acción tendiente a reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. El plan debe incluir: establecimiento de prioridades, fijación de objetivos, prescripción de actividades de enfermería y anotación del plan de cuidados.

**Ejecución.** Llevar a la práctica el plan. Esto supone las siguientes actividades: seguir recopilando información acerca del paciente para determinar si han aparecido nuevos problemas y cómo responde el enfermo

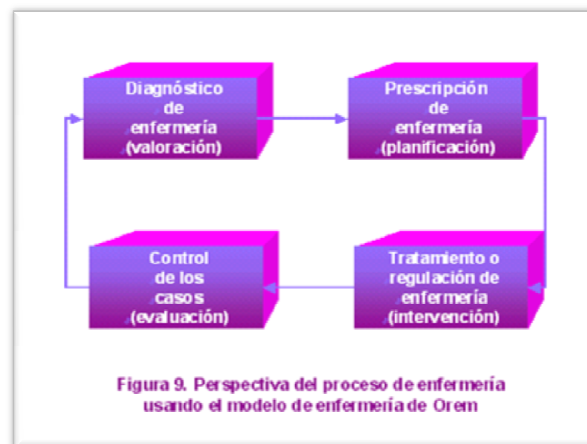
a sus acciones, llevar a cabo las acciones prefijadas durante la planificación, registrar y comunicar el estado de salud y la respuesta del paciente a las actividades de enfermería.

**Evaluación.** La enfermera y el paciente deben determinar cómo ha funcionado el plan de cuidados y si es necesaria alguna modificación.

Cuando todas las enfermeras utilizan el método enfermero aumenta la calidad de los cuidados, fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, representa un plan terapéutico que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo.

El uso del método enfermero y de los planes de cuidados permite mejorar la continuidad de éstos. El enfermo puede participar en el desarrollo de su propio plan de cuidados y en la toma de decisiones relativas a su cuidado de salud. En la medida en que se modifican las necesidades del paciente o se van resolviendo los problemas favorece el cuidado integral al enfermo. (15)

Orem aboga por el uso del método enfermero, pero de una forma más coherente con su teoría (figura 9).



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

15) ALFARO, Rosalinda. (2003) "Aplicación del proceso enfermero". Masson. España, Madrid. p. 132-155.



Contempla el método enfermero como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

Los **procesos interpersonales y sociales** implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias.

En particular las enfermeras deberían:

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

Las **operaciones tecnológico-profesionales** son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración.

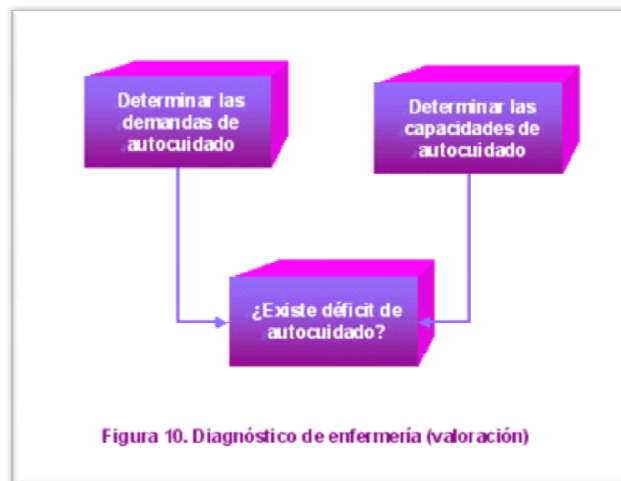
Las **operaciones de cuidados de casos** (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

La realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

### Diagnóstico de enfermería

Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.

El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del método enfermero (figura 10).



Elaboró: EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

El diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos:

- a) Demanda de autocuidado actual y futuro.
- b) Capacidad actual y futura para el autocuidado.

### Operaciones prescriptivas

Las operaciones prescriptivas son los **juicios** prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y que pueden equipararse con la fase de planificación del método enfermero.

Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. Considera lo que podría suceder en el futuro.

La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológicos-profesionales.

Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso global de prescripción.

### **Operaciones reguladoras o de tratamiento**

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente.

Es importante el desarrollo de un **sistema** apropiado para brindar cuidados.

Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de intervención y evaluación del método enfermero.

El diseño de un **sistema de enfermería** incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro.
2. Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.
3. Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.

### **Operaciones de cuidado (control) de casos**

Las operaciones de cuidado de casos se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo.

El **cuidado de casos** es importante dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios. Asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidados.

El aspecto de control del método enfermero implica no sólo la evaluación de los cuidados, sino también una **auditoría** de la utilización de los recursos.  
( 16 )

## **5.5 Relación del método enfermero con la teoría de Dorothea Orem**

Aunque Orem ha dado directrices sobre la forma en que pueden desarrollarse la enfermería y los cuidados del paciente, ha dejado a cada enfermera determinar cómo adoptar y trabajar con la teoría.

La enfermera debe usar las ideas de Orem de la manera que sea más apropiada para desarrollar un plan de cuidados que cubrirá las necesidades de cada paciente.

Las ideas de Orem requieren una considerable cantidad de trabajo para reunir los datos apropiados de la valoración y el diseño de un plan.

El modelo de Orem sigue estrechamente el método enfermero, con la valoración, planificación, intervención y evaluación. Los detalles teóricos de cómo entiende Orem cada uno de estos procesos necesitan vincularse con su aplicación práctica.

### **GUÍA EN LA PLANIFICACIÓN**

#### **Información previa:**

1. Evaluar las influencias biológica, social, psicológica y cultural en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

**Valoración:**

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Aprender el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en los déficit de autocuidado identificados.

**Planificación:**

1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.
3. Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar los déficit de autocuidado del paciente.

5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos por el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

**Ejecución:**

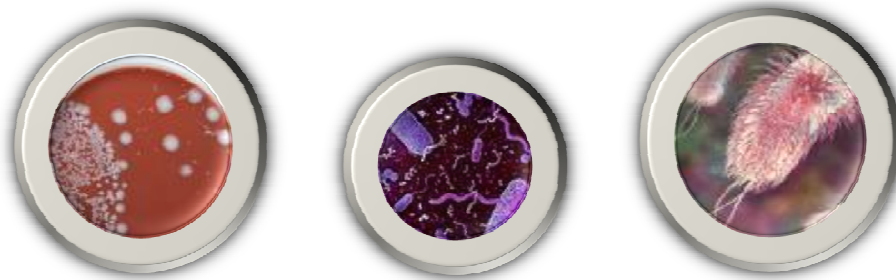
1. Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
2. Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
3. Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
4. Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
5. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería.

**Evaluación:**

1. Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
2. Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
3. Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
4. Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados. ( 17 )

## 5.6 Daños a la salud (fisiopatología)

**Sepsis neonatal.** Es la infección bacteriana generalizada que se presenta durante los primeros 28 días de edad, con datos clínicos que sugieren infección y hemocultivo positivo.



VISTA MICROSCOPICA DE LOS MICROORGANISMOS CAUSANTES DE LA SEPSIS

**Clasificación:** septicemia datos clínicos y de laboratorio sugerentes de infección y fiebre, taquicardia, taquipnea, alteración en el número de leucocitos, incremento de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva.

**Septicemia grave** es la presencia de septicemia asociada a falla orgánica, alteraciones en la perfusión, acidosis láctica, hipoxemia y alteraciones agudas del estado mental.

**Choque séptico** es la combinación de septicemia grave con hipoperfusión e hipotensión arterial.

**Síndrome de falla orgánica múltiple** es la presencia de alteraciones multiorgánicas en el neonato con septicemia.

**Epidemiología.** La incidencia varía entre 1 a 15 casos x 1000 nacidos vivos.

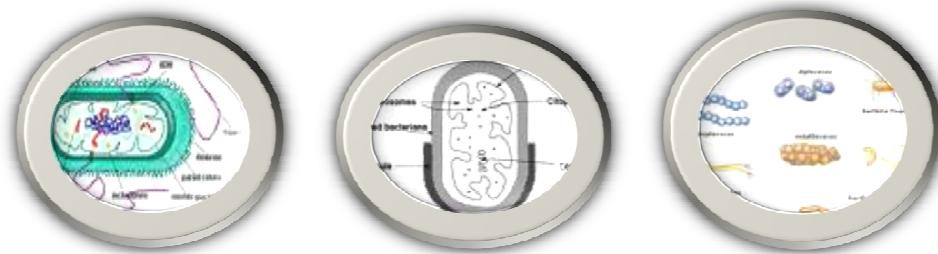
Aumenta en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y por la hospitalización prolongada.



La **mortalidad** varía entre el 15 y 50%, frecuencia mayor en países en desarrollo.

Las **causas** son prematuridad, ventilación asistida, intubación endotraqueal, alimentación parenteral, uso de catéteres vasculares, punciones capilares.

Los patógenos bacterianos más frecuentes son gramnegativos (Klebsiella y E. coli)



BACTERIAS CAUSANTES DE LA SEPSIS

**Clasificación.** En cuanto al tiempo de presentación:

- a) **Septicemia temprana** si los datos se presentan en las primeras 72 horas de VEU.
- b) **Septicemia tardía** la presentación posterior a las 72 horas de VEU.

**Cuadro clínico:** trastornos de la temperatura corporal, hipoglucemia, rechazo de alimentos, residuos gástricos, distensión abdominal, fenómenos vasculares periféricos, mala perfusión, vómito, evacuación diarreaica, alteraciones del ritmo y FR o FC, hepato y esplenomegalia, alteraciones de la coagulación, sangrado a nivel de tubo digestivo. Choque en todas sus formas, rápido y progresivo. Crisis convulsivas y alteraciones del estado neurológico. Manifestaciones de focalización de la infección.

**Diagnóstico.** Por lo general se complica en el recién nacido, puesto que suele presentarse sobre una base de afección subyacente grave que requiere terapéutica intensiva, y casi siempre durante la aplicación de esquemas de terapia antimicrobiana de amplio espectro. Especialmente en los prematuros de muy bajo peso y los sometidos a ventilación mecánica, cateterismo, nutrición parenteral, etc.

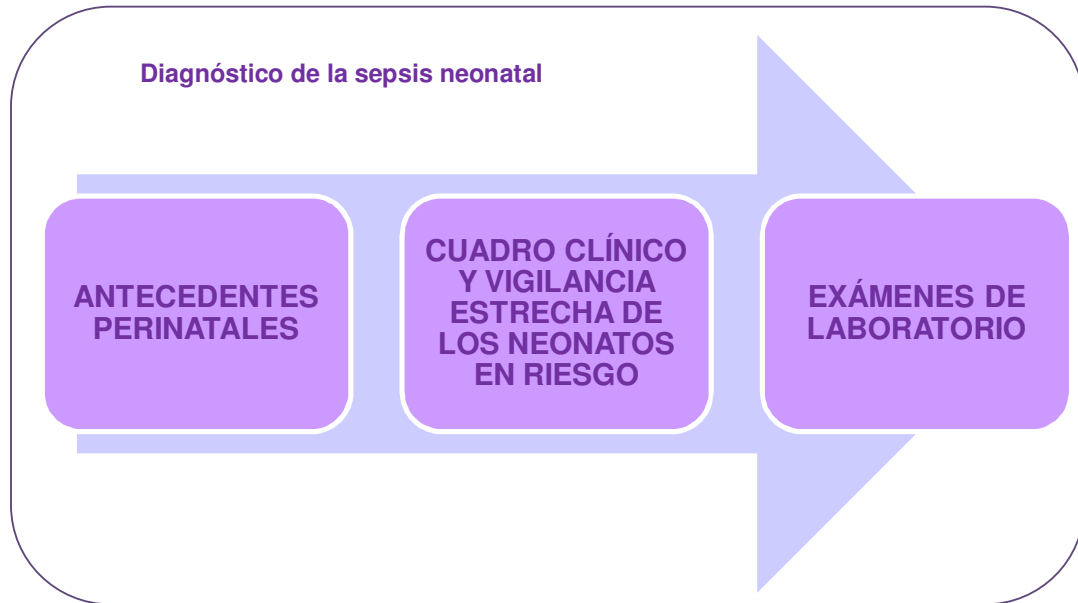
El **estudio de laboratorio** más útil para el diagnóstico es la biometría hemática, sobre todo el recuento de glóbulos blancos. Las cifras normales para el neonato son de 5000 a 35000 leucocitos, cifras menores o mayores pueden sugerir reacción a un proceso infeccioso. Presencia de plaquetopenia (menos de 50000).

Otros estudios de laboratorio son: velocidad de sedimentación, proteína C reactiva, examen del líquido cefalorraquídeo, examen general de orina, pruebas de coagulación, determinación de factores y productos de degradación de la fibrina. Química sanguínea, electrolitos séricos en casos específicos, pues ayudan en decisiones generales de manejo.

Exámenes de tipo bacteriológico, como cultivos de sangre, orina, LCR, secreciones de tipo purulento en caso de existir.

A menudo son útiles en el diagnóstico y manejo de estos pacientes las radiografías de tórax, abdomen, huesos y articulaciones. La ultrasonografía y la tomografía axial computarizada son de utilidad en pacientes con probable ventriculitis u otras alteraciones del sistema nervioso central.

Ruta clínica para el diagnóstico de la septicemia neonatal:



Elaboró. EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado

**Tratamiento general.** Control de la temperatura corporal, hidratación, aspectos de equilibrio electrolítico y acidobásico, ventilación y oxigenación, perfusión, volumen y gastos cardiacos, nutrición, etc.

**Tratamiento antimicrobiano.** Éste será lo más específico posible, sin embargo no siempre se cuenta con el diagnóstico etiológico en el momento del diagnóstico clínico. Se comienza con un tratamiento antimicrobiano mixto para cubrir microorganismos grampositivos y gramnegativos (se recomienda usar aminoglucósido en combinación con una penicilina semisintética). ( 18 )

**Tratamiento** de la recién nacida (26/nov/08) el día de la selección del caso clínico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Instituto Nacional de Pediatría:

1. Fórmula de inicio al 13% 19 ml cada 3 horas por SOG.

**18)** RODRIGUEZ W., Miguel Ángel. (2004) "Neonatología Clínica". Editorial McGraw-Hill Interamericana. Querétaro, México. p. 400 – 405.

2. Soluciones parenterales: gda. 5% .5 ml y NPT 9.2 ml x hora y NPT 9.2 ml x hora (disminuye a 8.5 ml a las 9 horas y a 7.4 a las 19 horas).
3. Antibiótico – terapia: cefotaxima 56 mg IV c/ 12 horas (14/14) y vancomicina 22 mg IV c/12 horas (11/14).
4. Analgésico – antipirético: metamizol 25 mg IV c/8 horas.
5. Ventilación mecánica asistida en parámetros mínimos, se pasa a CPAP nasal a las 11 horas con FiO<sub>2</sub> al 60%. Transcurre estable hasta las 14 horas.
6. Monitorización continua.

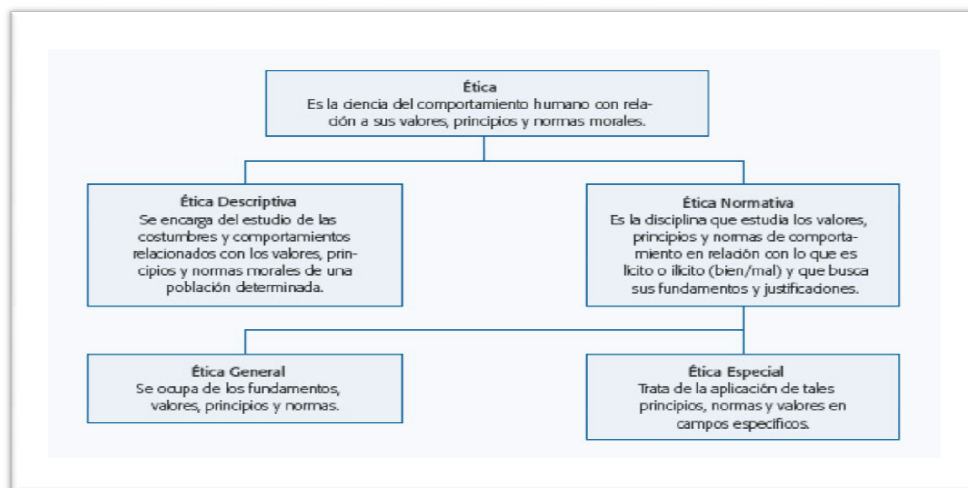


## 5.7 Consideraciones éticas

Desde épocas remotas el **comportamiento ético** de los prestadores de servicios de salud ha representado un aspecto de interés para la población. Particularmente en el caso de enfermería, por siglos la sociedad le exigió poco en el campo intelectual, pero mucho en el terreno de la ética. Justo es reconocer que hubo una respuesta favorable al respecto.

Un marcado énfasis en los aspectos humanísticos y éticos son una constante histórica, fácilmente identificable en la formación (escuela), en la literatura de enfermería y consecuentemente, la práctica profesional, la cual ha mostrado un alto grado de afinidad y compromiso con valores éticos, universalmente aceptados. Es por ello especialmente importante que el profesional de enfermería tenga claros los conceptos y principios éticos generales que rigen el comportamiento del hombre en la sociedad, ya que ello le permitirá fundamentar este aspecto tan importante en una profesión que es un servicio de humanos, para humanos. ( 19 )

Elio Sgreccia clasifica la ética de la siguiente manera:



19) PISA, Farmacéutica Mexicana. (2003) "Principales procesos asistenciales de enfermería. Vocación y servicio al cuidado del paciente". Thomson PLM. México, D. F.

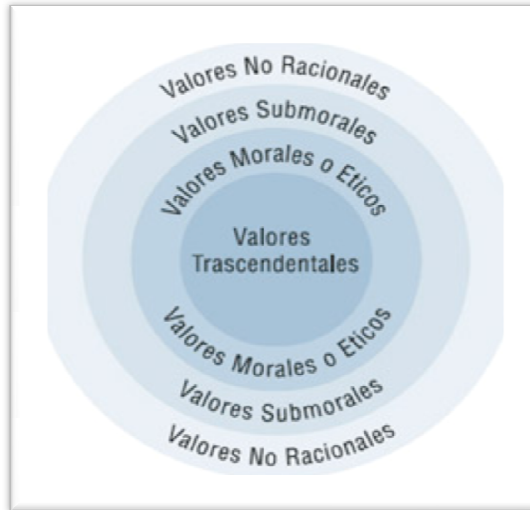
## VALORES ÉTICOS EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Los **valores** son cualidades que le atribuimos a las cosas, a los hechos o a diferentes aspectos de la vida que los hacen ser importantes, valiosos, necesarios y permiten elevar el espíritu humano. Existen múltiples formas de enunciarlos, sin embargo el concepto es el mismo. Elio Sgreccia considera que este concepto es todo aquello que permite darle significado a la vida humana, lo que produce estima o admiración. Stephen Robins lo define como la convicción básica de que un modo específico de conducta es preferible dentro de otras posibles formas de comportamiento. Kast y Rosenzweig sintetizan al decir que son supuestos o estándares normativos que influyen en las preferencias y acciones de los seres humanos. Por otro lado la axiología es la disciplina que se encarga del estudio de los valores, y la manera de clasificarlos es parte de su contenido. Se trata de una ciencia nueva, que pertenece al campo de la filosofía y el núcleo de su reflexión se centra en la siguiente cuestión: ¿Tienen las cosas valor porque las deseamos, o las deseamos porque tienen valor?.

### Clasificación de los valores

Al igual que sucede con su concepto, los valores no tienen una forma única de clasificación. Raúl Gutiérrez Sáenz los categoriza en: Intrahumanos o internos, en humanos o sociales, en morales o virtudes humanas y en religiosos o espirituales. Sgreccia los considera sólo de tres tipos: valores tradicionales, valores emergentes (nuevos) y valores de transición (producto de cambios en la sociedad). Robins los clasifica en: teóricos (enfocados al conocimiento científico), económicos, estéticos, sociales, políticos y religiosos.

**Marx Sheller**, uno de los axiólogos más reconocidos, los clasifica de la siguiente manera:



Esta clasificación lleva implícita una jerarquización, Sheller coloca a los valores trascendentales en el centro, porque los considera más profundos, los valores biológicos o no racionales los coloca en el círculo más externo por ser elementales para él (menos trascendentes).

### Fuentes de valores en Enfermería

Si bien algunos autores sostienen la predeterminación genética, de manera tradicional se ha aceptado que la fuente principal para adquirir valores (en general), es el medio ambiente en el que se desenvuelve la persona: la familia, amistades, escuela y cultura nacional, entre otros. Una parte muy significativa de los valores se establece durante los primeros años de vida, siendo los padres la influencia más determinante al respecto. Los valores profesionales de las enfermeras (os), por lo tanto, tienen el referente que aportan los antecedentes individuales o personales. El componente deontológico (o de valores gremiales) se crea mediante un proceso formativo que cuenta, por lo menos, con las siguientes influencias para su desarrollo:

- a) La escuela de enfermería
- b) La institución donde se ejerce
- c) El sistema de salud
- d) Las asociaciones y órganos colegiados, nacionales e internacionales

- e) La literatura de enfermería disponible (libros, revistas, etc.)

Los valores gremiales de enfermería (Deontología de enfermería) están formalizados en documentos (como códigos y declaraciones) emitidos por instancias nacionales e internacionales.

A continuación se relacionan algunos **códigos de ética** específicos de **enfermería** a manera de ejemplo:

- a) El Código de ética del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE o ICN).
- b) El Código de ética del Colegio Nacional de Enfermeras (México).
- c) El Código de ética del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería.
- d) El Código de ética de la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud (México).

No importa tanto con cuál definición o clasificación nos identifiquemos, lo relevante es señalar que los valores morales son importantes y deben estar implícitos en la práctica profesional de las enfermeras (os). Por lo tanto, es necesario contar con información amplia sobre los que imperan en el gremio y que han sido establecidos mediante largos procesos de reflexión entre colegas. Así podrán estar presentes en forma deliberada en cada acto profesional. (20)

## LA BIOÉTICA

La bioética es una disciplina de reciente aparición, en 1970 el Oncólogo Van Rensselaer Potter la mencionó por primera vez, sin embargo, su difusión ha sido muy rápida en todo el mundo.

---

20) IBIDEM. PISA. Capítulo I.



Actualmente, es un tema de gran importancia en las organizaciones de Servicios de Salud gubernamentales y en las no gubernamentales, así como en el ámbito universitario. La reflexión ética en el campo de la atención de la salud tiene un largo recorrido evolutivo; se identifican **cuatro etapas** históricas significativas:

- a) La ética médica hipocrática.
- b) La ética médica de inspiración teológica.
- c) La ética médica basada en la filosofía moderna.
- d) La ética médica basada en los Derechos Humanos.

La bioética actual “es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, analizando esta conducta a la luz de los valores y principios morales”. Es un producto del proceso evolutivo del pensamiento filosófico humanista occidental. Integra en una sola cosmovisión los principios de beneficencia, autonomía y justicia.

La bioética se desarrolla en tres grandes campos:

- a) La bioética general: estudia los fundamentos éticos (valores y principios), así como sus fuentes documentales (legislación, derecho internacional, deontología) relacionados con la práctica profesional de los prestadores de servicios de salud. Pertenece a la ética normativa general.
- b) La bioética especial: analiza problemas sociales de tipo médico y biológico como la ingeniería genética, aborto, eutanasia y experimentación clínica, entre otros. Pertenece a la ética normativa especial.
- c) La bioética clínica: examina en sí, la práctica de los profesionales de la salud y en qué medida sus decisiones se ajustan a los valores y principios de la ética normativa.

**Modelos bioéticos para el análisis y/o resolución de problemas:**

- a) El modelo sociobiológico: Coincide con la teoría evolucionista de Darwin, la cual plantea que las sociedades evolucionan, y que dentro de ese crecimiento biológico y social, también los valores morales deben cambiar.
- b) Desde esta perspectiva, los valores no son eternos y la ética es la encargada de mantener el equilibrio para que el hombre encuentre nuevas fórmulas de adaptación a un sistema social en permanente cambio.
- c) El modelo liberal radical: Asegura que la moral únicamente se debe fundamentar en la opción autónoma de cada persona, no en principios ni en valores trascendentales. Bajo esta óptica, el único principio central y relevante es el de autonomía, y la libertad es el valor supremo cuyo único límite es la libertad ajena (la de las demás personas).
- d) El modelo pragmático-utilitarista: Analiza los problemas éticos con base en la relación costo-beneficio, esto es, ponderando los riesgos y beneficios previsibles, como factores decisivos de la intervención terapéutica, en la asignación de recursos o toma de decisiones en el campo de la salud.
- e) El modelo personalista: Considera que la persona humana es una unidad, un todo, el fin y el origen de la sociedad, que es el punto de referencia entre lo lícito y lo ilícito. En síntesis, este modelo resalta el valor de la persona sobre cualquier otro aspecto, desde el momento de la fecundación, hasta la muerte, independientemente de cualquier otra situación. El modelo personalista es el fundamento de los Derechos Humanos, es altamente reconocido y aceptado como marco ético normativo del comportamiento moral de los profesionales de la salud. ( 21 )

## **LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS PACIENTES**

La gran diversidad de cambios que ha tenido la sociedad mexicana en las últimas décadas ha ocasionado, en el ámbito de la salud, usuarios más informados y exigentes de sus derechos. Particularmente en el medio urbano, la población percibe cada vez con mayor claridad que el “Derecho a la Salud” es un derecho humano inalienable, cuyo cumplimiento debe ser óptimo en términos de acceso, equidad y calidad de los servicios.

Los Derechos Humanos son valores fundamentales, derivados de la convivencia del hombre en sociedad, con el objetivo de proteger las condiciones mínimas que el hombre necesita para vivir con dignidad (L. Müller).

La legislación en materia de Derechos Humanos es en la actualidad, uno de los grandes temas de interés nacional e internacional. Los Derechos Humanos de los pacientes hospitalizados, son derechos específicos que derivan de los Derechos Humanos generales. Éstos son el resultado del esfuerzo de la sociedad para proteger a las personas que la constituyen, de posibles actos indebidos que pueden ser objeto durante su estancia en un hospital.

### **Marco Teórico de los Derechos Humanos**

- a) Teoría Jusnatural: esta teoría considera que el hombre nace con derechos, y que éstos son superiores a cualquier legislación.
- b) Teoría Jurídica: considera que el hombre no nace con derechos, sino que es la legislación (ley) la que se los debe reconocer.

### **Evolución Doctrinal de los Derechos Humanos**

- a) Primera generación: Los Derechos Individuales son derechos relacionados con la libertad, emanan de la Revolución Francesa,

en la Legislación Mexicana se llaman “Garantías Individuales Constitucionales” y se reconocen desde 1917.

- b) Segunda generación: Los Derechos Sociales en México conforman el “Constitucionalismo Social”, instituido en 1917.
- c) Tercera generación: Los Derechos de Solidaridad se refieren a la cooperación entre las naciones. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) los llama “Derechos de los Pueblos”, y fueron reconocidos desde 1966.

El **Derecho a la Salud** forma parte del derecho al desarrollo humano y tiene una doble dimensión: Es un derecho del constitucionalismo social para la protección de la salud, y un derecho de solidaridad, porque actualmente, la salud es vista como un problema internacional.

Los **Derechos Humanos** de los pacientes hospitalizados abordan los siguientes **10** puntos:

1. Derecho a la vida.
2. Derecho a la salud.
3. Derecho a la autodeterminación.
4. Derecho a la información.
5. Derecho a la verdad.
6. Derecho a la confidencialidad.
7. Derecho a la libertad.
8. Derecho a la intimidad.
9. Derecho a un trato digno.
10. Derecho a la mejor atención posible.

Los principales órganos encargados de proteger los derechos de los pacientes en México son:

- a) Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH): es el órgano oficial con competencia para vigilar los derechos de los pacientes.

- b) Comisión Nacional de Arbitraje Médico: creada en 1996. Su función principal es la de “conciliar”, mediante el diálogo entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud.
- c) Comités de Bioética: son órganos consultivos internos de los hospitales que, aplicando un enfoque multidisciplinario, analizan problemas relacionados con los aspectos éticos de la atención, asimismo, asesoran y emiten recomendaciones a la Dirección del Hospital para la mejor solución de los mismos.

La CNDH, con fundamento en la “**Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes**” hecha por la Asamblea Médica Mundial (1981), desglosó los derechos de los pacientes en 21 puntos y los adaptó al medio ambiente mexicano:

1. Todo paciente tiene derecho a recibir atención hospitalaria, de así ameritarlo su padecimiento.
2. Tiene derecho a que, a su ingreso al hospital, se le informe de las normas que rigen dentro del mismo y de saber quiénes serán los miembros del personal de salud encargados de su atención.
3. Tiene derecho a que se le brinden todos los recursos con que cuenta el hospital para lograr un diagnóstico correcto y oportuno, así como un tratamiento eficaz.
4. El paciente hospitalizado en una institución privada tiene derecho a recibir información sobre honorarios médicos y costos de los servicios y, en caso de no cubrirlos, no podrá ser retenido contra su voluntad.
5. Tiene derecho a recibir información sobre alternativas terapéuticas o de procedimientos diagnósticos, con el fin de determinar, conjuntamente con el médico, lo más conveniente para él, tomando en cuenta su ideología y sus creencias religiosas.
6. Tiene derecho a que se solicite su autorización antes de que se le apliquen tratamientos o procedimientos que impliquen riesgos para él.
7. Tiene derecho a que la información contenida en su expediente clínico se maneje confidencialmente.

8. Tiene derecho, si sus condiciones lo permiten, a nombrar un representante que reciba información o que tome decisiones por él en lo concerniente a su salud, si las circunstancias así lo exigen.
9. Tiene derecho a recibir un trato digno y humano por parte del personal que labora en el hospital, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.
10. Tiene derecho a recibir información veraz, concreta, respetuosa y en términos que pueda entender, en relación con su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y sobre los procedimientos a los que se le pretenda someter.
11. Tiene derecho a solicitar su egreso voluntario del hospital, sin que esto afecte su futura atención por la misma institución.
12. Tiene derecho a participar voluntariamente como sujeto de investigación, sin que en su decisión influyan presiones de ningún tipo, siempre y cuando conozca los objetivos, riesgos y beneficios de la investigación, así como a desligarse de ella en el momento en que lo decida, sin que ello afecte la calidad de su atención.
13. Tiene derecho a negarse a participar como sujeto de investigación, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.
14. Tiene derecho a que sus órganos o especímenes quirúrgicos sean tratados digna y humanitariamente.
15. Tiene derecho a una muerte digna y a un trato humanitario de sus restos mortales.
16. Tiene derecho a ser transferido de un hospital a otro, en caso de ameritarlo su padecimiento, siempre que se le indique el objetivo de dicha transferencia.
17. Tiene derecho a participar en forma activa en su tratamiento y restablecimiento.
18. Tiene derecho a recibir visita de sus familiares y amigos, si ésta no va en perjuicio de la evolución de su padecimiento.
19. Tiene derecho a atención espiritual por parte de ministros de la religión que profese.

20. Tiene derecho a gozar de actividades recreativas, siempre que el hospital cuente con áreas específicas para tal fin.

21. Tiene derecho a la comunicación telefónica, siempre que el hospital cuente con este servicio y no exista contraindicación médica para ello.

( 22 )

### **CARTA DE DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO**

- a) Los niños serán internados en el hospital solo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.
- b) Los niños en el hospital tienen derecho a estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.
- c) Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos y deben ser informados acerca de la rutina de sala.
- d) Los niños y los padres deben tener derechos de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.
- e) Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.
- f) Los niños y sus padres tienen derecho de estar informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.
- g) Cada niño debe ser protegido de dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.
- h) En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado).
- i) El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

22) IBIDEM. PISA. Capítulo I.

- j) Los niños deben tener la oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital. ( 23)

## PRINCIPIOS ÉTICOS

La **beneficencia no maleficencia** es promover el bien y evitar el mal.

La **justicia** se logra mediante la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico.

La **privacidad** se mantiene mediante la discreción con la información que se recibe del paciente.

La **fidelidad** es mantener las promesas hechas a las personas, las familias y los profesionales, evita el abandono de las personas, incluso cuando los objetivos de la persona difieren de los objetivos del profesional sanitario.( 24 )

El **principio de autonomía** en un recién nacido, consiste en permitir a los padres ejercer su derecho y responsabilidad para tomar decisiones acerca de los cuidados que desean se dé a su hijo. El médico se concentra en apoyarlas reforzando esa autonomía, dándoles toda la información para facilitar sus decisiones, y haciéndoles notar que lo que ellos seleccionen no necesariamente tiene que ser lo que el médico les recomendaría. ( 25 )

El profesional de enfermería por su parte respeta este principio e interactúa con los padres y el equipo multidisciplinario de salud para el cuidado integral del neonato.

---

23) IBIDEM. PISA. Capítulo I.

24) POTTER, A. Patricia. (1990) "Fundamentos de Enfermería". Ed. Harcourt. Madrid, España. p. 413-421.

25) RODRIGUEZ W., Miguel Ángel. (2004) "Neonatología Clínica". Editorial McGraw-Hill Interamericana. Querétaro, México. p. 16 – 17.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La **Ley General de Salud** en el Título Quinto sobre la investigación para la salud, capítulo único, aborda lo referente al consentimiento por escrito para todo tipo de investigación que se realice con seres humanos. A continuación se presenta:

**Artículo 96.-** La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

**Artículo 97.-** La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

**Artículo 98.-** En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y

una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética.

El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

**Artículo 99.-** La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

**Artículo 100.-** La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el **consentimiento por escrito** del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

**Artículo 101.-** Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

**Artículo 102.-** La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I. Solicitud por escrito;
- II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;
- III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- IV. Protocolo de investigación, y
- V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

**Artículo 103.-** En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el **consentimiento por escrito** de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables. ( 26 )

**VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO**

**6.1 Valoración de enfermería**

Se realizó con el instrumento de valoración especializada en Enfermería del Neonato que a continuación se presenta:

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

**1. DATOS GENERALES**

Recién nacido **H. J. N. F. RN** fecha y hora nacimiento **12/XI/08** a las **3:40** horas Sexo **(F)**  
 Lugar de nacimiento **Sanatorio VISA** lugar de valoración **INP** expediente **460220**  
 Enfermera **EEP. Blanca Miriam Quintanar Salgado**  
 Fuente de información **padre y tía materna RN** lugar de residencia **D.F.**

**2. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS**

2.1 Sistema de salud: IMSS ( ) ISSSTE ( ) SS ( ) otro **(ninguno)** privado ( )

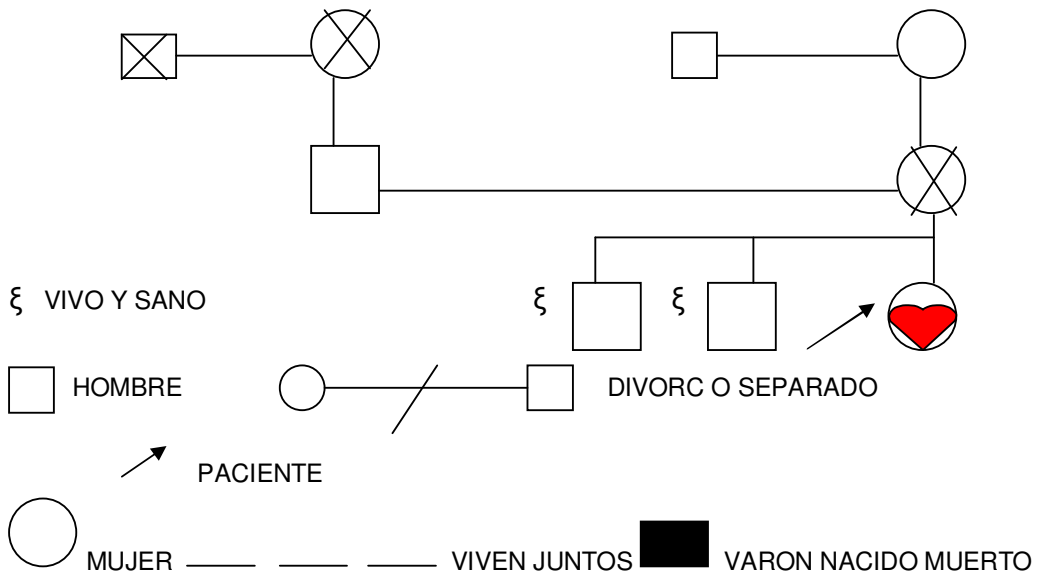
2.2 Factores del sistema familiar

Tipo de familia: integrada( ) desintegrada ( **x** )

No. de integrantes de la familia **4**

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	APORTE ECONÓMICO
H. C. E.	47a	6º semestre arquitectura	VENDEDOR ZAPATOS	\$5000 MENSUAL
H. J. J. E.	8a	2º primaria	ESTUDIANTE	-
H. J. D.	2a	-	-	-
H. J. N. F.	RN	-	-	-

**2.3 FAMILIOGRAMA**





FALLECIDO

ABORTO

ABORTO SEXO

DESCONOCIDO

RECIÉN NACIDO

**3. FACTORES AMBIENTALES:**

3.1 Área geográfica: urbana (x) suburbana ( ) rural ( )

3.2 Características de la vivienda:

Techo: lámina ( ) carton ( ) concreto (x) otros

Paredes: tabique (x) madera ( ) otros

Piso: cemento ( ) mosaico (x) tierra ( ) otros

No. Habitantes: 4

3.3 Ventilación e iluminación: buena (x) regular ( ) deficiente ( )

3.4 Servicios intradomiciliarios:

Agua (x) luz (x) drenaje (x) alumbrado público (x) pavimentación (x) cuenta con jardín ( )

3.5 Fauna nociva:

Perros ( ) No. ( ) vacunados ( )

Gatos ( ) No. ( ) vacunados ( )

Aves ( ) No. ( )

Otros ( )

**II. TEORÍA DOROTHEA OREM****A) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO****1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE**Signos vitales: **26/x/08 8 horas** FC **164x'** FR **60x'** TA **69/36 (48) mmHg** Temp **36.8°C**

¿Presenta alguna dificultad para respirar? si ( ) no (x)

Aleteo nasal ( ) ruidos respiratorios (x)

Disociación toracoabdominal ( ) retracción xifoidea ( )

Ministración de oxígeno (x)

Fase de ventilación:

Ambiental ( )

Fase I O<sub>2</sub> indirecto ( ) puntas nasales ( ) CC ( )

Fase II CPAP nasal ( ) CPAP traqueal ( )

Fase III (x) FiO<sub>2</sub> (45%)Sat O<sub>2</sub> **95%****2 Y 3. MANTENIMIENTO DE EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACIÓN**Perímetro abdominal **31cm** Destrostix **136 mg/dl**Característica de las mucosas: **color rosa e hidratadas**Tipo de alimentación: **fórmula de inicio x SOG**

Vía enteral

TIPO DE LECHE	CANTIDAD	TIEMPO
<b>FI 13 %</b>	<b>19 ml</b>	<b>c/ 3 horas</b>

Vía parenteral

TIPO	CANTIDAD	TIEMPO
<b>SOL. GDA. 5%</b>	<b>12 ml</b>	<b>24 horas</b>
<b>NPT</b>	<b>220.8 ml</b>	<b>24 horas</b>

Hora inicio: 18 horas Vel. inf. 9.2ml x hr

↓ 8.5 ml x hr (9 hr)

Ingresos **113.9 ml** egresos **31 ml (8-14 horas)**  
Balance parcial ( + ) **82.9 ml**

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

Valoración neurológica (x) **Reflejos presentes en el neonato:**

##### Reflejos primarios:

Succión ( x ) Deglución ( x ) Búsqueda ( x ) Moro ( x ) Tónico cuello ( - ) Enderezamiento del tronco ( - ) Puntos cardinales ( - ) Arrastre ( - ) Inervación del tronco ( - ) Presión plantar ( x ) Presión palmar ( x ) Babinsky ( x ) **no se valoran todos los reflejos por la condición de la recién nacida.**

##### Estados de conciencia del neonato:

Estado I. Sueño profundo: respiración regular, ojos cerrados sin movimientos, sin actividad espontánea 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. ( x )

##### Estados de vigilia:

Estado III. Somnoliento: nivel de actividad variable, ojos abiertos o cerrados con aleteo de los párpados, expresión aturdida. ( x )

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 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 neonato. ( )

#### 5. PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

Pañal ( X )

Sonda vesical ( )

Estoma ( )

Evacuación en 24 hrs ( 2 ) Estimulación rectal: si ( ) no ( x )

Formada ( ) pastosa ( x ) blanda ( ) líquida ( ) s/ líquida ( )

Código de evacuaciones: amarilla ( x ) verde ( ) café ( ) meconial ( ) blanca ( )

Orina en 24 horas ( 10 )

Olor **inolora** color **inolora** labstix **no se realiza**

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

Neonato: planeado ( x ) deseado ( x ) aceptado ( x )

Recibe visita materna. **No (fallecida). La visita su padre y tía materna.**

Presencia de contacto físico y verbal con el neonato. **La tía materna y el padre tienen contacto físico con Natalia durante la hora de visita y platican con ella para que se recupere pronto y la lleven a casa con sus hermanos.**

Apego materno. **La mamá fallece después del nacimiento de Natalia.**

Técnica canguro. **No se realiza**

Método de comunicación de la madre con el hijo. **No hubo comunicación.**

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

Existe algún factor que ponga en peligro la estabilidad del neonato: si ( **x** ) no ( )  
 ¿Porqué? **La recién nacida se encuentra hospitalizado con Dx. actual de sepsis y puede presentar cambios desfavorables que la pongan en peligro.**

La madre tiene conocimiento previo sobre los cuidados al neonato:  
 si ( ) no ( **x** ) **El padre conoce los cuidados básicos para la recién nacida.**  
 Especifica si pone en peligro al neonato: **no**

**8. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD**

Se realiza aseo de cavidades o baño. **Si** Especifique. **Aseo en la cuna.**  
 Piel íntegra. **Se observa lesión por presión en región occipital y coccígea cubiertas con duoderm.**  
 Llenado capilar. **2 segundos**

**B) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO****B1) ANTECEDENTES PERINATALES**

Gesta III Para 0 Aborto 0 Cesárea 3 FUM? Tipo sanguíneo A Rh ( + )  
 Isoinmunización previa. No

**VALORACIÓN DE RIESGO**

Factor de riesgo	<b>BAJO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>ALTO</b>
Edad de la madre	20-35 <b>X</b>	15-19	<14 O >36
Enfermedad materna (diabetes, toxemia) anemia, inserción baja de placenta, APP, <b>acretismo placentario</b> Especificar	NO		SI <b>X</b>
RPM	Artificial o espontánea < 6hrs <b>X</b>		6 horas
Monitorización fetal	FC 120-160 <b>X</b>		<110 >160
Anestesia	BPD	Analgesia	Anestesia general <b>X</b>

**RIESGO ALTO**

**CUIDADOS INMEDIATOS****CUIDADOS MEDIATOS**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. CONTROL TÉRMICO	X		10. PROFILAXIS OFTÁLMICA	X	
2. SECAR Y ESTIMULAR	X		11. ADMINISTRACIÓN DE VIT K	X	
3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES (PERMEABILIDAD ESOFÁGICA Y COANAS)	X		12. VALORAR SIGNOS VITALES	X	
4. APGAR	X		13. VALORAR ICTERICIA	X	
5. PERMEABILIDAD DEL ANO	X		14. CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL	X	
6. CORTE Y LIGAMENTO DE CORDÓN	X		15. EVACUACIÓN Y MICCIÓN	X	
7. IDENTIFICACIÓN	X		16. EDUCACIÓN A LA MADRE	X	
8. SILVERMAN	X		17. TOMA DE TAMIZ		X
9. SOMATOMETRIA	X				

**RIESGO ALTO****VALORACIÓN DE APGAR**

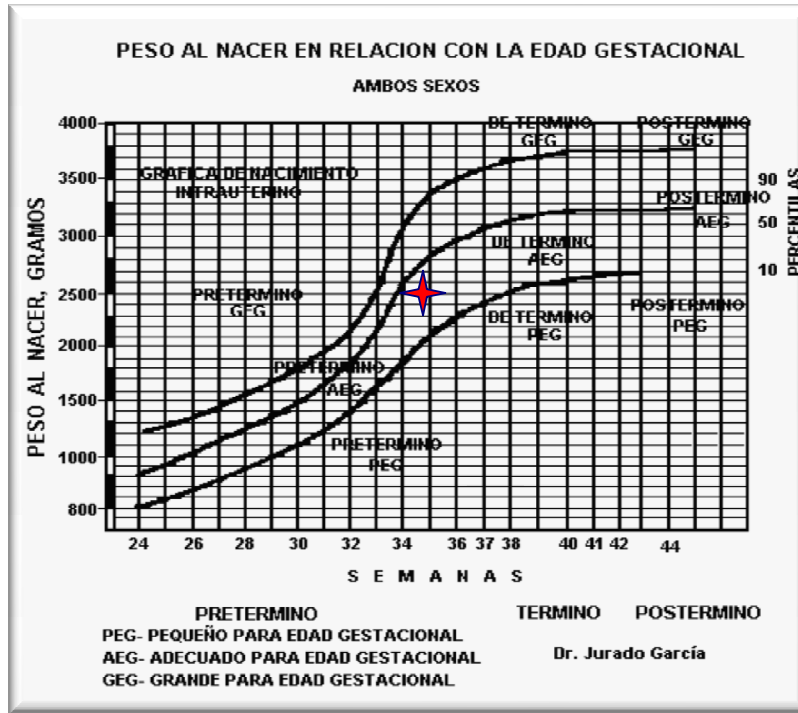
SIGNO	PUNTAJE 0	PUNTAJE 1	PUNTAJE 2
<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	AUSENTE	<A 100 LT/MIN	>A 100 LT/MIN <b>X</b>
<b>ESFUERZO RESPIRATORIO</b>	AUSENTE	RESP LENTA E IRREGULAR	RESP NORMAL <b>X</b>
<b>TONO MUSCULAR</b>	NINGUNO FLACIDEZ	LIGERA FLEXION	MOVIMIENTO ACTIVO <b>X</b>
<b>IRRITABILIDAD REFLEJA</b>	AUSENTE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

**CALIFICACIÓN: 8/8****VALORACIÓN DE SILVERMAN**

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

**CALIFICACIÓN: 1**





**Peso 2500g  
35 SDG x FUM**

**RN pretérmino  
con peso  
adecuado para  
la edad  
gestacional**

**VALORACIÓN DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIÉN NACIDO**

<b>FORMA DE LA OREJA</b>	Chata-deforme pabellón no incurvado <b>0</b>	Pabellón parcialmente incurvado en la parte superior <b>8</b>	Pabellón incurvado en toda la parte superior <b>16</b>	Pabellón totalmente incurvado <b>24</b> ☺	
<b>TAMAÑO DE LA GLÁNDULA MAMARIA</b>	No palpable <b>0</b>	Palpable menor de 5 mm <b>5</b>	Palpable entre 5 y 10 mm <b>10</b> ☺	Palpable mayor de 10 mm <b>15</b>	
<b>FORMACIÓN DEL PEZÓN</b>	Apenas visible, sin areola <b>0</b>	Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata <b>5</b>	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde no levantado <b>10</b> ☺	Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada. Borde levantado <b>15</b>	
<b>TEXTURA DE LA PIEL</b>	Muy fina y gelatinosa <b>0</b>	Fina, lisa <b>5</b>	Más gruesa. Descamación superficial discreta <b>10</b> ☺	Gruesa. Grietas superficiales. Descamación en manos y pies <b>15</b>	Grietas gruesas, profundas, apergaminadas <b>20</b>
<b>PLIEGUES PLANTARES Surcos Líneas bien y mal definidas</b>	Sin pliegues <b>0</b>	Marcas mal definidas en la mitad anterior <b>5</b>	Marcas bien definidas en la mitad anterior. Surcos en la mitad anterior <b>10</b>	Surcos en la mitad anterior <b>15</b> ☺	Surcos en más de la mitad anterior <b>20</b>

**PUNTAJE PARCIAL + 204 ÷ 7 = SEMANAS DE GESTACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**  
**69 + 204 ÷ 7 = 39 SDG**

**Nota. Esta valoración se toma del expediente clínico al ingreso de Natalia en la UCIN**

### CÉDULA DE VALORACIÓN DE RIESGO EN EL NEONATO

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

#### B2) DIMENSIONES DE LA HISTORIA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

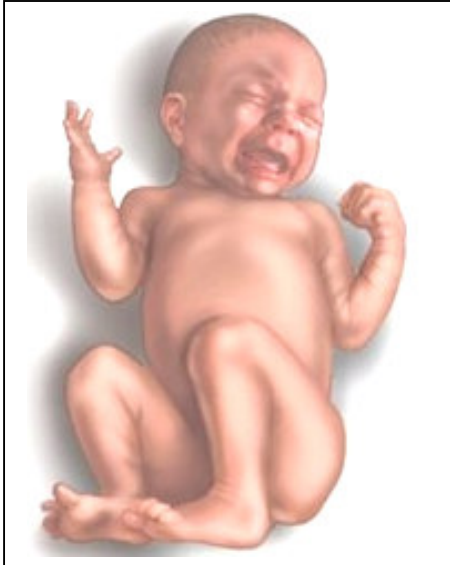
**A) PREPARACIÓN DEL ENTORNO.** En la UCIN se cambia la ropa de la cuna de calor radiante. Aire acondicionado bajo, se eliminan corrientes de aire manteniendo las puertas cerradas. Se evita el ruido excesivo que interfiera con la auscultación.

**B) PREPARACIÓN DEL EQUIPO.** Se debe contar con estetoscopio neonatal, termómetro digital, cinta métrica, monitor para signos vitales y oxímetro de pulso, mango para tensión arterial neonatal, báscula digital, guantes, estuche de diagnóstico, martillo de percusión, reloj con segundero e instrumento para la valoración sistemática del neonato. Antes del examen comprobar que todo el equipo funcione y se debe calentar las manos y el equipo que tenga contacto con la piel de la recién nacida.

**C) SISTEMA TEGUMENTARIO.** Con palidez generalizada. En las uñas se observa adecuada coloración y llenado capilar; el pelo se observa con adecuada distribución, de color negro en moderada cantidad. En cóccix se observa lesión por presión cubierta con duoderm.

**D) INSPECCIÓN GENERAL.** Se toman los signos vitales y se realiza una valoración general de cabeza a pies, para establecer prioridades y dar una atención oportuna al

neonato. Se observa a la recién nacida somnolienta, hiporeactiva a estímulos externos, irritable al manejo, sin datos de dificultad respiratoria.



**1. CABEZA Y CUELLO.** Cabeza con fontanela anterior plana 2 x 2 cm, blanda y pulsátil, fontanela posterior puntiforme. Perímetro cefálico de 33 cm, con lesión en región occipital cubierta con duoderm. Cuello corto, cilíndrico, no se palpan masas, tráquea centrada, no se palpa glándula tiroides. Clavículas íntegras.

**2. OÍDOS.** El oído externo con implantación del pabellón auricular a nivel de la línea temporal, canal auditivo permeable, con respuesta (+) al estímulo auditivo.

**3. OJOS.** Cejas y ojos simétricos, conjuntivas rosadas y brillantes, esclerótica blanca, iris de color café oscuro, pupilas con respuesta rápida a la luz. Agudeza visual no valorable en la recién nacida.

**4. CARA, NARIZ Y CAVIDAD ORAL.** Cara pequeña (acorde a edad gestacional). Nariz simétrica y centrada en la cara, con narinas permeables sin aleteo nasal. Cavidad oral

íntegra, con cánula de rusch, presenta sialorrea abundante, con labio y paladar íntegros, membrana oral rosa, firme, lisa y húmeda, encías íntegras, lengua con tamaño normal; no se valora úvula y amígdalas.

**5. TÓRAX Y PULMONES.** Tórax normolíneo, redondo, con movimiento simétrico, respiraciones regulares, perímetro torácico de 31.5 cm. A la auscultación campos pulmonares ventilados con estertores bilaterales en región apical.

**6. SISTEMA CARDIOVASCULAR.** Se auscultan ruidos cardiacos rítmicos, con adecuada frecuencia e intensidad, con soplo sistólico. Sistema vascular con pulsos palpables (radial, femoral, poplíteo y pedal dorsal), de igual intensidad y ritmo.

**7. ABDOMEN.** Semigloboso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, con muñón umbilical momificado sin datos de infección, pared abdominal íntegra, sin masas ni visceromegalias, movimientos intestinales presentes, perímetro abdominal de 31cm. movimiento toraco-abdominal sincrónico. Ano permeable, sin fisuras, con rápido reflejo anal.

**8. SISTEMA LINFÁTICO.** A la palpación no se detectan nódulos linfáticos aumentados de tamaño (área anterior y posterior del músculo esternocleidomastoideo, cabeza, cuello, axilas y zona inguinal).

**9. SISTEMA REPRODUCTOR.** Genitales externos acorde a sexo y edad.

**10. SISTEMA MÚSCULO ESQUELETICO.** Extremidades superiores e inferiores eutróficas, con tono muscular disminuido, perímetro braquial de 9 cm, pie 7 cm, movimientos mínimos. Signos de Barlow y Ortolani negativos. Columna vertebral íntegra, sin defectos de cierre en línea media dorsal.

**11. SISTEMA NERVIOSO.** La recién nacida presenta reflejos primarios (moro, succión y deglución, asimiento palmar, sobresalto, Babinsky).

**12. DOLOR.** Al momento de la valoración integral la recién nacida no presenta dolor. No se aplica por lo tanto el instrumento de valoración del dolor.

Además de la valoración física se revisaron los estudios de laboratorio desde su ingreso al Instituto. A continuación se presentan:

Fecha	Hb	Ht	Leu	Lin	Mon	Seg	Eos	Bas	VCM	CMHb	Plaq	TP	TPT	NT	LT
181108	16.5	48	11900	28	3	68			90.7	30.8	87 mil	15.4 72%	107%		
261108	10.8 C	32	22000	29	3	68			92.3	31	511 mil			15000	6400
011208	16.6	51.3	14300	32	10	49	9	0	96.6	31.4	424 mil				

En los resultados anteriores ya no hay evidencia del proceso infeccioso que presentaba la recién nacida, debido a que estaba por terminar el esquema de antibioticoterapia.

## 6.2 Jerarquización de los requisitos universales de autocuidado

Al momento de la valoración de la recién nacida los requisitos universales que tenían déficit fueron los siguientes:

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano

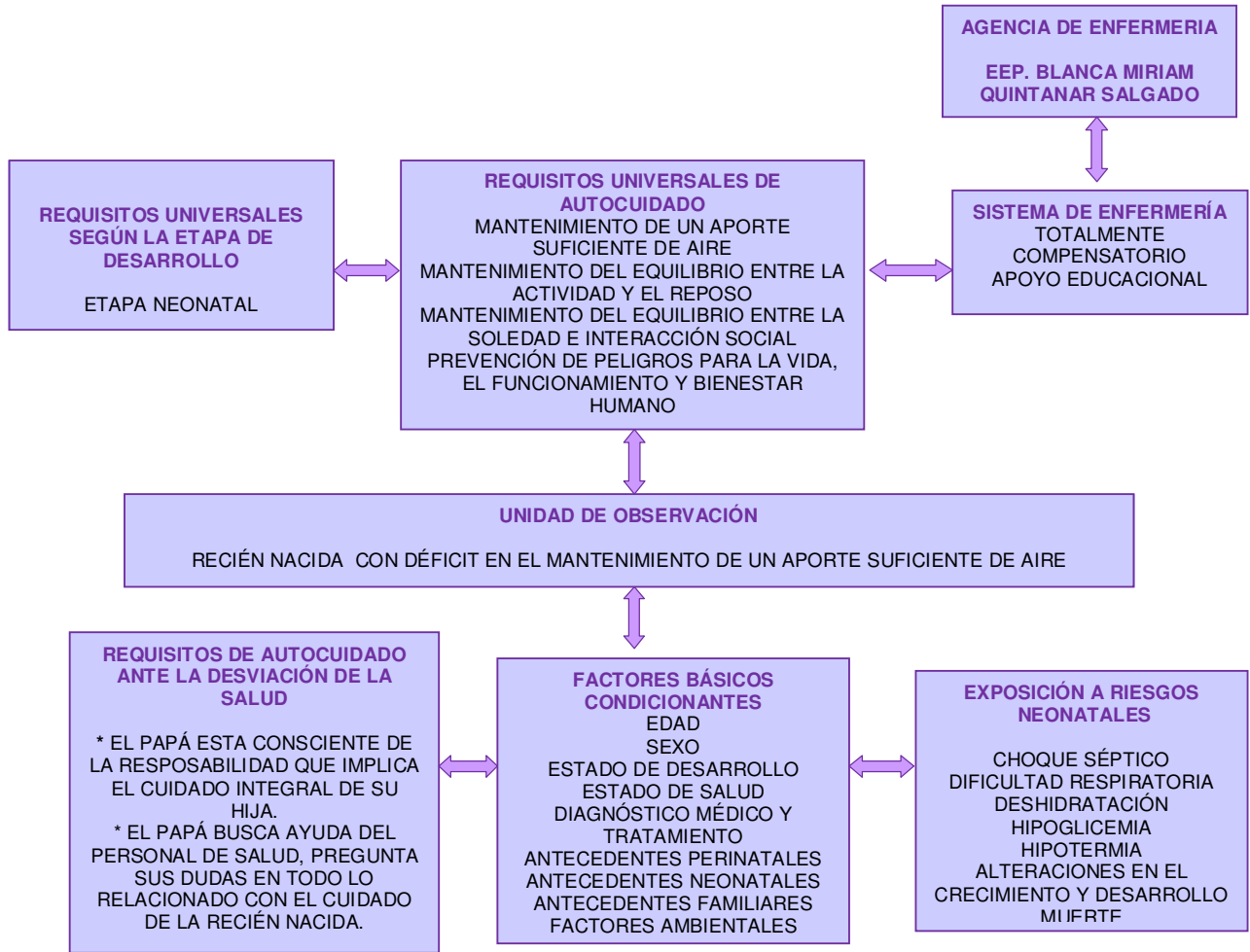
La recién nacida no tiene desarrollada la capacidad de autocuidado (agente de cuidado), por lo que requiere de un **sistema de enfermería totalmente compensatorio**.

La **agencia de enfermería** son todas las profesionistas que le proporcionan el cuidado durante la hospitalización.

El **agente de cuidado dependiente** es el padre de la recién nacida. Las **redes de apoyo** son todos los integrantes del Equipo Multidisciplinario de Atención a la Salud en el Instituto y en su familia la tía materna.

La **teoría de Dorothea Orem** en su aplicación al estudio de caso de la recién nacida permite a la autora jerarquizar los requerimientos de autocuidado universal ya valorados, elaborar los diagnósticos reales o potenciales, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados de la agencia de enfermería.

### 6.3 Esquema metodológico



## 6.4 Método enfermero

### REQUISITO UNIVERSAL

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

### DIAGNÓSTICO

Déficit en el aporte suficiente de aire relacionado con sepsis manifestado por palidez generalizada, acúmulo de secreciones y estertores bilaterales en región apical.

### OBJETIVO

Mantener un aporte suficiente de oxígeno para Natalia mediante intervenciones específicas de enfermería.

### TRATAMIENTO DE ENFERMERIA

1. Lavarse las manos antes y después de estar en contacto con la recién nacida y colocarse la bata que de la cuna para su cuidado. Fundamentación: el lavado de manos por parte del personal hospitalario es la práctica más importante en el control de infecciones para minimizar la transmisión de la infección entre pacientes. Es esencial antes y después de todo contacto con el paciente como precaución estándar para disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos. El usar una bata protege la piel y la ropa durante procedimientos en los que haya salpicadura de sangre, fluidos corporales, secreciones o excreciones, además durante el cuidado de pacientes infectados lo cual reduce la probabilidad de su transmisión. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
2. Tomar y registrar las constantes vitales cada hora. Fundamentación: el chequeo de signos vitales permite evaluar el estado hemodinámico en la recién nacida antes de realizar una valoración integral, la presencia de alteraciones puede sugerir complicaciones. Los mecanismos corporales que regulan estas funciones son

extremadamente sensibles y responden de inmediato a los cambios experimentados por la salud. Su obtención representa una tarea de suma seriedad. El registro depende de los procedimientos ordenados por las instituciones hospitalarias y la enfermera está obligada a anotarlas. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**

3. Mantener monitorizada a la recién nacida. Fundamentación: es útil para conocer inmediatamente los signos de inestabilidad en la condición de salud y prevenir complicaciones con un tratamiento oportuno. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
4. Dar fisioterapia pulmonar y aspirar secreciones de cánula, orofaringe y narinas preprandial con técnica estéril. Aspirar la secreción de boca cada vez que lo requiera. Registrar las características de las secreciones. Fundamentación: la fisioterapia en combinación con el drenaje postural, la percusión y vibración torácica ayuda a movilizar y eliminar las secreciones mediante aspiración, reexpande el tejido pulmonar y favorece la utilización eficiente de los músculos respiratorios. La permeabilidad de la vía aérea es importante para la oxigenación adecuada de Natalia y evita la presencia de datos de dificultad respiratoria. El registro de las características de las secreciones permite valorar el restablecimiento de la función pulmonar y planificar la cantidad de veces que se realizará el procedimiento. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
5. Colocar una almohadilla por debajo de los hombros para posicionar la cabeza con ligera extensión de cervicales y dar cambios de posición cada dos horas. Fundamentación: el colocar a Natalia en una posición adecuada elimina la obstrucción de la vía aérea, promueve una ventilación óptima y facilita la oxigenación celular de todo el organismo. Los cambios de posición en la recién nacida son vitales para prevenir el debilitamiento de los músculos, la atonía, la atrofia por la inhabilitación de las células musculares, así como evitar la presión y lesión de diversas partes del cuerpo. Es importante que el cuerpo conserve una alineación y postura apropiadas que la



enfermera promueve con el uso de nidos o rollos de tela. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**

6. Disminuir FiO<sub>2</sub> de 45%, cada media hora hasta 30% para proceder a la asistencia del médico durante la extubación programada a Natalia. Fundamentación: el disminuir el aporte de oxígeno gradualmente es importante antes de proceder a la extubación, para valorar la capacidad de oxigenación autónoma y evitar el riesgo de neumotórax por el uso excesivo de O<sub>2</sub> y presiones elevadas en los pulmones. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
7. Asistir al médico durante la colocación del CPAP nasal. Fundamentación: la asistencia durante el procedimiento permite valorar la condición de la recién nacida, además de minimizar el tiempo de manipulación cuando se tiene el material necesario para el procedimiento en la unidad. **Sistema de enfermería parcialmente compensatorio.**
8. Fijar adecuadamente las puntas nasales del equipo previa protección de la piel con parche hidrocoloide. Fundamentación: la fijación adecuada evita el escape de aire y reducción de la presión, lo cual dificultaría una adecuada oxigenación. El uso de parche hidrocoloide evita lesiones en la piel por la presión que ejerce el equipo en las narinas. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
9. Registrar en la hoja de cuidados intensivos todas las acciones realizadas, así como la respuesta de Natalia al tratamiento integral. Fundamentación: el registro de enfermería es importante para conocer la evolución del estado de salud de la recién nacida durante las 24 horas y a su vez el neonatólogo modifica o continua la prescripción del tratamiento específico. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**

## EVALUACION

En cuanto al déficit en el aporte de aire en Natalia se disminuye

gradualmente la FiO<sub>2</sub> hasta el 30% y se extuba sin complicaciones, se deja con CPAP nasal y después con campana cefálica. Al 6º día de cuidados requería de O<sub>2</sub> por puntas nasales .5 lt x'.

#### **REQUISITO UNIVERSAL**

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

#### **DIAGNÓSTICO**

Déficit en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo relacionado con el manejo excesivo de la recién nacida hospitalizada, manifestado por hiporeactividad, somnolencia e irritabilidad al manejo.

#### **OBJETIVO**

Mantener el equilibrio entre la actividad y reposo de Natalia durante su hospitalización.

#### **TRATAMIENTO DE ENFERMERIA**

1. Emplear el manejo mínimo en Natalia al organizar las acciones de enfermería y del Equipo Multidisciplinario de Salud, con horarios establecidos o antes en caso de urgencia. Fundamentación: la sobrecarga de estimulación del ambiente y las manipulaciones relacionadas al cuidado en neonatos hospitalizados en la UCIN les genera conductas manifiestas de estrés, pueden corresponder a señales físicas o cambios fisiológicos. Estas conductas tienen por objetivo calmar al recién nacido y ayudarlo a recuperarse del estrés, sin embargo los esfuerzos de autorregulación pueden agotar sus energías, por ello se recomienda el empleo de la intervención mínima en el neonato pretérmino al favorecer la reducción de la estimulación e implementar estrategias que le ofrecen un ambiente extrauterino adecuado para el crecimiento y desarrollo cerebral. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**

2. Mantener un ambiente con mínimo de estímulos negativos como el ruido y la luz, para el adecuado crecimiento y desarrollo de Natalia. Fundamentación: los altos niveles de ruido en la UCIN corresponden a la mayor fuente de estrés para los neonatos, resultado de las alarmas, movimiento de equipos médicos, radios, conversaciones y teléfonos, lo que afecta la presión intracraneana, la saturación de oxígeno, incrementa la frecuencia cardíaca y cambios en el ciclo sueño – vigilia, incluso producir sordera sensorineural. La luz continua produce alteraciones del ritmo biológico y de la función endócrina, efectos físicos y bioquímicos negativos, retardo en el crecimiento e induce a estados de privación del sueño. El personal de enfermería debe hacer una adaptación ambiental para modular el ruido y la luz en la UCIN así como fortalecer un ambiente emocional positivo para el neonato y sus padres. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
3. Favorecer el sueño de Natalia después de la alimentación, durante su hospitalización en los tres turnos laborables. Fundamentación: el sueño en la recién nacida permite que se asimilen los nutrientes en el organismo y elimina la irritabilidad, somnolencia e hiporeactividad. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
4. Orientar a los familiares sobre la importancia de iniciar un programa de estimulación temprana para Natalia. Fundamentación: la estimulación temprana en la recién nacida es importante para su desarrollo neurológico adecuado, para lograr una adaptación familiar, fomentar la autonomía en un nivel socioeducativo y su independencia en las distintas áreas del desarrollo. **Sistema de enfermería de apoyo educacional.**

## **EVALUACION**

En cuanto al equilibrio entre la actividad y el reposo se logró implementar el manejo mínimo y mejoró la actividad de Natalia, se eliminó la irritabilidad y somnolencia al favorecer períodos de sueño. Referente al programa de

neurodesarrollo el padre de Natalia está dispuesto a agendar cita para iniciarlo.

### **REQUISITO UNIVERSAL**

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

### **DIAGNÓSTICO**

Riesgo potencial de alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social relacionado con la ausencia materna y falta de comunicación familiar por la hospitalización.

### **OBJETIVO**

Favorecer la interacción social de Natalia con su padre y tía materna para su desarrollo óptimo e integración al medio familiar al egreso del Instituto.

### **TRATAMIENTO DE ENFERMERIA**

1. Motivar al padre y tía de Natalia a que interactúen con ella durante la visita a través de sus 5 sentidos (vista, olfato, gusto, tacto y audición) para favorecer su desarrollo. Fundamentación: el interactuar con la recién nacida durante la estancia hospitalaria es importante para el desarrollo de su capacidad cognitiva, para evitar carencias sensoriales y afectivas, previene y mejora posibles déficit del desarrollo, enriquece el medio en el que se desenvuelve la recién nacida, desarrolla su autoestima y favorece su integración al medio familiar. **Sistema de enfermería de apoyo educacional.**
2. Orientar a los familiares sobre la importancia de la neuroestimulación en Natalia y las actividades que la favorecen. Fundamentación: la explicación de las ventajas y actividades de la neuroestimulación para la recién nacida favorece la cooperación en la terapia y permite a los familiares interactuar con Natalia para su desarrollo integral, a través de estímulos sonoros y visuales e intervención sociocomunicativa al conocer el padre y la tía los estados de

conducta de la recién nacida, además de la intervención motora, cognitiva y en la adquisición de hábitos de autonomía. Otra actividad del neurodesarrollo es el masaje que estimula la capacidad natural del organismo para sanarse a sí mismo. **Sistema de enfermería de apoyo educativo.**

### **EVALUACION**

En cuanto a la interacción social el padre y la tía de Natalia se relacionan mejor con ella, la cargan, le proporcionan masaje corporal, platican de su familia que la espera al egreso. Se observa pronta mejoría en su condición de salud.

### **REQUISITO UNIVERSAL**

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.

### **DIAGNÓSTICO**

Riesgo potencial de alteración en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano relacionado a los factores básicos condicionantes en Natalia.

### **OBJETIVO**

Detectar oportunamente signos de deterioro hemodinámico en Natalia para prevenir complicaciones y/o daño durante la hospitalización en el Instituto Nacional de Pediatría.

### **TRATAMIENTO DE ENFERMERIA**

1. Mantener en observación estrecha a Natalia para detectar oportunamente complicaciones que pongan en peligro su vida. Fundamentación: la vigilancia continua de la recién nacida permite la detección de complicaciones, el tratamiento oportuno y limitación del daño. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**

2. Proporcionar cuidado integral a Natalia durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Fundamentación: el cuidado integral de la recién nacida favorece la pronta recuperación al satisfacer totalmente los requerimientos universales. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
3. Administrar los medicamentos prescritos por el neonatólogo, con el horario y dosis establecidos. Fundamentación: un aspecto muy importante del cuidado integral es la administración de medicamentos para eliminar el proceso infeccioso en la recién nacida hospitalizada. **Sistema de enfermería totalmente compensatorio.**
4. Orientar al padre de Natalia y tía sobre los cuidados como: alimentación, eliminación, descanso, higiene, vacunación, seguimiento pediátrico, estimulación temprana y signos de alarma. Fundamentación: la educación para la salud a las redes de apoyo mediante un plan de alta es importante para el óptimo crecimiento y desarrollo de la recién nacida, así como para la atención oportuna en caso de urgencia. **Sistema de enfermería de apoyo educacional.**

#### **EVALUACION**

En cuanto a la prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano se logra mantener libre de riesgos a Natalia con la intervención oportuna y adecuada para su etapa de desarrollo.

## VII. PLAN DE ALTA

- Alimentación: se orienta al padre sobre la técnica de vaso o cuchara, no utilizar biberón, la frecuencia (8 veces por día), duración de cada ingesta, tipo de fórmula, preparación, la posición de Natalia durante la ingesta y posterior a esta, posibles complicaciones (vómito, regurgitación, distensión abdominal, cólicos), acudir con el pediatra ante cualquier signo de alarma.
  
- Eliminación: se orienta al padre sobre la importancia de observar el tipo y frecuencia de la micción y evacuación (mínimo de 6 pañales con orina y 4 con evacuación) y registrarlo de ser posible para informar al pediatra en la consulta externa. Mantener limpia a Natalia con cambio frecuente del pañal.
  
- Higiene: se orienta al padre sobre la importancia del baño diario de Natalia, precauciones en cuanto a la temperatura de la recién nacida antes del baño y del agua que se va a emplear, el material que puede emplear, la humectación de la piel posterior a este, la ropa que se recomienda sea de algodón; cuidados al cordón umbilical (limpieza y mantenerlo afuera del pañal), signos de alarma ante una posible infección (rubor, calor, salida de secreción fétida). Se le explica la importancia del lavado de manos antes y después de estar en contacto con su hija para prevenir infecciones cruzadas.
  
- Aspiración de secreciones: se recomienda el uso de perilla de hule cuando Natalia presente secreción espesa por la boca o en las narinas para evitar lesionarla con el uso de otro tipo de material no propio para las mucosas. Cómo utilizarla y lavarla después para tenerla limpia y lista al volver a usarla.

- Medidas de seguridad: se orienta al padre sobre el peligro de caídas, evitar el uso de objetos pequeños y puntiagudos con Natalia, evitar aglomeraciones, tener a la mano los números telefónicos para atención de emergencia.
- Actualización de cartilla de vacunación: se recomienda iniciar el esquema de vacunación y tener las inmunizaciones al día, llevar la cartilla en cada consulta con el pediatra para evitar omisiones de vacunas.
- Otros: se recomienda al padre anotar todas sus dudas con respecto al cuidado de su hija, para que en las consultas con el pediatra las aborde y garantice un óptimo crecimiento y desarrollo de Natalia. Además se aborda la posibilidad de llevarla a estimulación temprana con visitas programadas a algún centro especializado.





## VIII. CONCLUSIONES

La realización del presente estudio de caso en una recién nacida con déficit en el aporte suficiente de aire permite a la autora emplear la teoría de Dorothea Orem, así como el método enfermero para proporcionar un tratamiento de enfermería especializado.

Los objetivos para la recién nacida se lograron cumplir en su totalidad durante la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

La sepsis neonatal es una de las principales causas de morbi-mortalidad en México y la enfermera es uno de los elementos fundamentales en el desarrollo de un Programa de Control de Infecciones y su participación abarca la vigilancia, la educación y el entrenamiento del personal para prevenir y controlar las infecciones, la orientación del equipo y supervisión de la ejecución de actividades y medidas pertinentes.

El lavado de manos por parte del personal hospitalario es la práctica más importante en el control de infecciones entre pacientes.

En promedio en las unidades de cuidado intensivo sólo un 40% del personal cumple con la recomendación del lavado de manos.

La enfermera especialista neonatal tiene la gran oportunidad de emplear este indicador de calidad (lavado de manos) como un procedimiento estandarizado para el tratamiento de todo recién nacido hospitalizado, además de que contribuye en la reducción y control de las infecciones nosocomiales.

Al elegir el estudio de caso de la recién nacida se planifica el cuidado que elimina el problema de salud por el cual estuvo hospitalizada y en lo personal obtener el grado de especialista en Enfermería del Neonato.

## **IX. SUGERENCIAS**

Los estudios de especialización en Enfermería del Neonato tienen como propósito formar enfermeras capaces de proporcionar atención integral desde el nacimiento hasta el primer mes de vida del recién nacido, aplicando las tecnologías que se utilizan para el diagnóstico y tratamiento médico y/o quirúrgico, por lo cual sugiero que se amplíe el tiempo de dichos estudios o bien que sea una subespecialización, posterior a Enfermería Perinatal o Pediatría.

El estudio de caso como opción de diplomación permite la integración de los conocimientos a través del método enfermero y la teoría del autocuidado para la atención neonatal, por ello es una excelente opción para obtener el grado como especialista.

Un aspecto importante para la atención correcta de los neonatos es la estandarización del cuidado especializado a través de guías clínicas que incluyan la identificación de factores de riesgo para prevenir la infección intrahospitalaria, los cuidados específicos para el tratamiento de la sepsis neonatal temprana o tardía y la evaluación de dichos cuidados.

## X. BIBLIOGRAFÍA

**ALFARO**, Rosalinda. (1998) "Aplicación del proceso de enfermería". Editorial Doyma. Barcelona, España.

**ALFARO**, Rosalinda. (2003) "Aplicación del proceso enfermero". Editorial Masson. Madrid, España.

**CÁRDENAS** J., Margarita. (2006) "Antología Teorías y Modelos de Enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado". División de Estudios de Posgrado, ENEO-UNAM. México, D. F.

**CAVANAGH**, S. (1993) "Modelo De Orem". Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona, España.

**COTO** C., Gil Daniel. (2006) "Boletín de la Sociedad de Pediatría de Asturias". Vol. 46. SUPL. 1. Oviedo, España .

**DÍAZ** G., Blanca Cecilia. (1996) "Enfermería Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales". Revista de Enfermería. Bogotá, Colombia.

**ESCOBAR**, Gustavo. (2005) "Ética". Editorial Porrúa. México D. F.

**ORFALI**, José Luis. (2004) " Sepsis Neonatal. Nuevas estrategias terapéuticas". Revista Pediatría Electrónica. Vol. 1. No. 1. Universidad de Chile.

**ORTEGA** V., Ma. Carolina. (2006) "Manual de Evaluación del Servicio de Calidad en Enfermería". Editorial Médica Panamericana. México D. F.

**OSTIGUÍN** M., Rosa María. (2001)"Teoría general del déficit del autocuidado". Editorial Manual Moderno. México, D. F.

**PEROTTI**, Eduardo. (2005) "Estrategias para el diagnóstico de sepsis neonatal tardía". Revista Médica del Uruguay. Vol. 21. No. 4. Montevideo, Uruguay.

**PISA**, Farmacéutica Mexicana. (2003) "Principales procesos asistenciales de enfermería. Vocación y servicio al cuidado del paciente" (DVD). Thomson PLM. México, D. F.

**POTTER** A., Patricia. (1990) "Fundamentos de Enfermería". Editorial Harcourt. 5ª edición. Madrid, España.

- QUINTANAR S.**, Blanca Miriam. (2000) "Valoración inicial de la embarazada desde la perspectiva del autocuidado en un primer nivel de atención a la salud" (CD). New Age Connectivity Enterprises. México, D. F.
- RODRIGUEZ W.**, Miguel Ángel. (2004) "Neonatología Clínica". Editorial McGraw-Hill Interamericana. Querétaro, México.
- SARUBBI**, María Alda. (1995) "Bacteriemias Neonatales". Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá XIV, No 1. Buenos Aires, Argentina.
- SISTA**, Editorial. (2009) "Ley General de Salud". México, D. F.
- WENZEL**, R. (2000) " Guía para el control de infecciones en el Hospital". Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- WOLFF**, L. (1992) "Fundamentos de Enfermería". Editorial Harla. 4ª edición. México, D. F.
- ZUÑIGA**, Miriam. (2008) "Programa de intervención temprana e intervención mínima en neonatos con alto riesgo de daño neurológico hospitalizados en la C. E. M. – SEDENA". México D. F.

## X. ANEXOS. Consentimiento informado



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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

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

AUTORIZO: ELADIO HUERTA CAMACHO

TESTIGO: Mérida GARCÍA Valenzuela M.L.

MÉXICO D.F. A 26 DE NOVIEMBRE DE 2009.

EEP. BMOS