



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



## **ESTUDIO DE CASO:**

**Recién nacido de 30 semanas de gestación con déficit del  
requisito:**

**Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos  
secundario a prematuridad.**

**Que para obtener el grado de especialista en:**

**Enfermería Neonatal presenta**

Lic Enf. María Rosalba Reyes Arteaga

**Asesorado por:**

EEI. Laura Álvarez Gallardo



México D. F.

Septiembre del 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

# Contenido

I. Introducción	1
II. Objetivos: general y específico	3
III. Metodología	4
3.1 Cronograma de actividades.	5
IV. Selección y descripción del paciente	6
4.1 Descripción del caso	6
4.2 Motivo de consulta	6
4.3 Antecedentes familiares no patológicos	6
4.4 Antecedentes familiares patológicos	6
4.5 Antecedentes no personales patológicos	7
4.6 Antecedentes personales patológicos	7
4.7 Mapa familiar	8
4.8 Dinámica familiar	8
V. Fundamentación teórica del caso	9
5.1 Antecedentes de estudios relacionados	9
5.2 Conceptualización de enfermería	13
5.3 Teoría del Déficit del Autocuidado	27
5.4 Método enfermero	43
5.5 Relación del proceso enfermero y teoría de Dorotea E. Orem	70
5.6 Consideraciones éticas y legales del ejercicio profesional de enfermería	75
5.7 Daños a la salud	91
VI. Aplicación del método enfermero	98
6.1 Esquema metodológico	99
6.2 Valoración de enfermería	100
6.2.1 Ficha de identificación	100
6.2.2 Exploración física	100
6.3 Valoraciones focalizadas	101
6.4 Requisitos universales	106

6.5 Jerarquización de los requisitos de autocuidado	107
6.6 Prescripción del cuidado	114
VII. Plan de alta	126
VIII. Conclusiones	136
IX. Sugerencias	137
X. Referencias	138
XI. Anexos	143
10.1 Formato de valoración neonatal	143
10.2 Formato PES por requisito universal, para la elaboración de diagnósticos de enfermería	158
10.3 Grafica	161
10.4 Consentimiento informado	162
10.5 Trípticos	163

## I. INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un proceso sistemático, dinámico, interactivo y flexible en el cual se manifiesta el pensamiento crítico de quien lo aborda; es un elemento esencial para la enfermera, sobre la historia de salud de los sujetos de cuidado, en este caso del neonato en estudio. Sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación están interrelacionados de tal manera que si se detecta alguna anormalidad en alguna de ellas se puede volver sobre sí misma y hacer los ajustes necesarios para que el plan de cuidados dé los resultados deseados en la salud del agente de cuidado dependiente.

Orem menciona en su Teoría del Autocuidado que las personas maduras realizan acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas para cubrir requisitos que promueven, afectan o interfieren la regulación de su propio funcionamiento o desarrollo, acciones que también realizan para los miembros de su familia o personas dependientes. El autocuidado es pues una conducta aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación y el cual se ve afectado entre otras cosas por el nivel de madurez del individuo, por las prácticas derivadas de la cultura y por el conocimiento sobre salud que la persona posee.

El estado de desarrollo en la cual se encuentra el neonato hacen que el autocuidado sea una acción que él no puede desarrollar para sí mismo, él requiere de un agente de cuidado dependiente que le brinde los cuidados que le permita adquirir la habilidad para autorregularse, por lo que se puede decir que el neonato tiene un déficit de autocuidado completo que demanda un autocuidado terapéutico, el cual debe ser cubierto de acuerdo a los requisitos universales y a los factores básicos condicionante alterados. Por tal motivo el neonato requiere de un sistema de enfermería ya que demanda de un cuidado totalmente compensatorio por requerir de un cuidado especializado y que sólo la enfermera puede realizar por él. Se requiere también de un apoyo/educación en donde se involucre a la familia para que sea ella la encarada de brindar el cuidado especializado posterior al alta hospitalaria.

Como parte del programa del Plan Único de Especialización en Enfermería del Neonato con sede en el Instituto Nacional de Pediatría, se presenta el estudio de caso que a continuación se muestra. Es la elección de un neonato que nació a las 30 semanas de edad gestacional, el que a la fecha de la recolección de datos tiene 10 días de vida extrauterina. Nació por vía cesárea y se le abordó en la sala de prematuros del Hospital de la Mujer, institución de la Secretaría de Salud e institución en la cual se realiza la práctica de enfermería correspondiente al primer semestre de la especialidad.

Se trata de un neonato que tiene déficit de los requisitos universales: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos (débil succión y ausencia del reflejo de búsqueda), Requisito universal prevención de peligros para la vida (uso de medios invasivos, estancia hospitalaria prolongada y prematurez), Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo y Mantenimiento del

equilibrio entre la soledad y la interacción humana. El plan de cuidados de enfermería está encaminado principalmente a fortalecer los reflejos primarios que son los que le permitirá la ingesta alimenticia, para obtener por sí mismo el aporte nutricional y calórico que requiere para su incremento ponderal. Abarca medidas universales dirigidas hacia el personal médico, de enfermería y padres, que eviten la transmisión de infecciones nosocomiales y medidas encaminadas al confort que favorezcan el sueño y el descanso del neonato.

Se le llevó seguimiento de enfermería por cerca de cinco días, y se le aplicó una guía completa de valoración neonatal para la obtención de los datos que permite el desarrollo del proceso de enfermería en sus cinco etapas, guiado éste por el Modelo de Enfermería de Dorothea E. Orem: Teoría del Déficit del Autocuidado. Hasta el día en que se trabaja con el neonato los reflejos primarios presentes le han permitido la ingesta alimenticia de manera eficaz, sin datos de infección sistémica, y sin datos de estrés dados por falta de sueño o descanso eficaz.

Sustentan este estudio de caso: información científica referente a la prematurez, epidemiología mundial y de América Latina, conceptualización de enfermería, la Teoría del Déficit del Autocuidado y su relación con el proceso enfermero y consideraciones éticas de la práctica médica y de enfermería.

Se presenta además la aplicación del proceso enfermero mediante un esquema metodológico, la aplicación de valoraciones focalizadas y la jerarquización de los requisitos universales que emplea Orem, así como la elaboración de diagnósticos de enfermería utilizando el formato PES y un plan de alta que favorezca la continuidad del cuidado en casa.

## II. OBJETIVOS

### **Objetivo General**

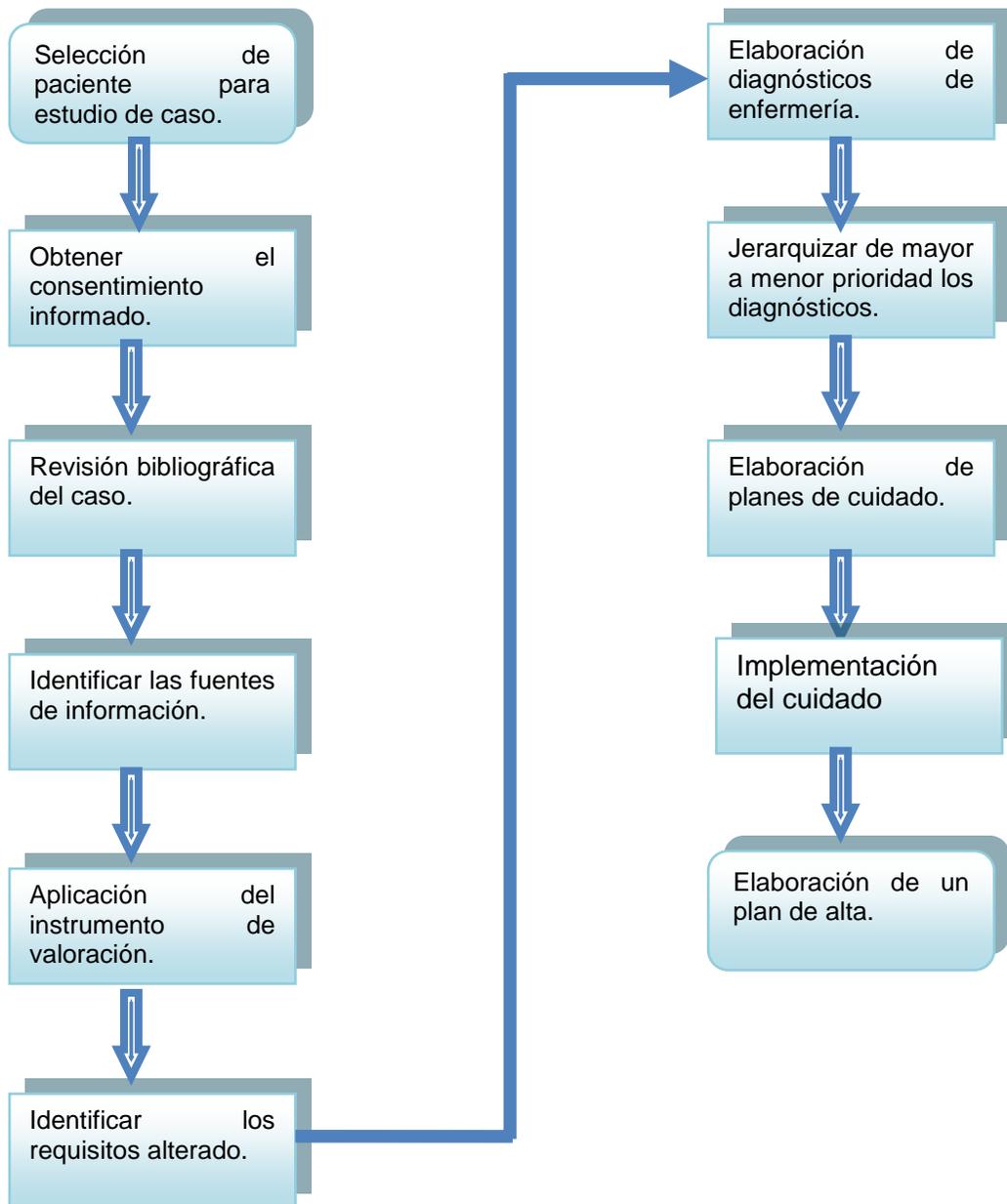
Presentar el estudio de caso de un prematuro de 10 días de vida extrauterina, al que se le lleva seguimiento enfermero y se le aplica una guía de valoración basada en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, la que incluye las 5 etapas del proceso enfermero; valoración que comprende del 5 al 9 de diciembre del 2011, en el Hospital de la Mujer, específicamente en el servicio de prematuros. La finalidad es elaborar diagnósticos de enfermería que guíen el plan de cuidado acorde a las necesidades de autocuidado del neonato, en su sistema totalmente compensatorio y de apoyo/ educación, al igual que elaborar un plan de alta para dar la continuidad del cuidado del neonato en casa.

### **Objetivos específicos.**

- ⊗ Obtener y analizar la información requerida para la realizar la etapa de valoración del neonato.
- ⊗ Elaborar los diagnósticos de enfermería correspondientes a cada requisito universal con o sin déficit.
- ⊗ Elaborar planes de cuidado de manera que la agencia de autocuidado terapéutico del paciente se desarrolle al máximo.
- ⊗ Ejecutar el plan de cuidados considerando los tiempos de sueño y descanso del agente de cuidado dependiente.
- ⊗ Asegurar que el proceso de enfermería es efectivo y dinámico mediante la evaluación continua del neonato junto con el plan de cuidados.
- ⊗ Elaborar un plan de alta para el cuidado del neonato prematuro.

### III. METODOLOGÍA

Cursando la especialización de enfermería del neonato, y estando en la práctica clínica del primer semestre, en el Hospital de la Mujer. De una población de 17 prematuros, hago la selección de un recién nacido prematuro, del sexo masculino, que se encuentra en incubadora, en el servicio de prematuros. A la fecha de la selección del neonato éste tiene 10 días de vida extrauterina, el que en sus primeros días requirió, por su condición crítica, manejo en el servicio de cuidados intensivos neonatales.



### 3.1 Cronograma de actividades

Actividad	Fecha 2011 - 2012							
	05 Dic	06 Dic	07 Dic	05-09 Dic	06-09 Dic	12-16 Dic	12 Ene	Julio
Elección y descripción de paciente para estudio de caso.								
Obtención del consentimiento informado								
Obtención de información de parte del padre								
Obtención de información de parte de la madre								
Aplicación de guía de valoración neonatal								
Aplicación de guías de valoración focalizada								
Elaboración de diagnósticos de enfermería								
Obtención de información del expediente clínico								
Elaboración del plan de intervenciones especializadas de enfermería								
Implementación del plan de cuidados de enfermería								
Elaboración de un plan de alta del recién nacido prematuro.								
Presentación en grupo del estudio de caso y correcciones del mismo.								
Entrega del estudio de caso								

Actividad realizada



## IV. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO

### 4.1 Descripción del caso

Se trata de un recién nacido prematuro de 30 SEG, del sexo masculino, con peso adecuado para su edad gestacional (1720 g) que se encuentra dentro de la percentila 90 y 50. Nace por vía cesárea tipo Kerr, a la madre se le administró bloqueo peridural. Al nacimiento le fue brindado cuidados inmediatos y mediatos del recién nacido, presentó problemas de tipo cardio-respiratorio dada su prematuridad, fue necesario dar PPI y masaje cardiaco por FC < 60 lpm la cual recupera antes del minuto de vida, requirió intubación endotraqueal, la administración de surfactante y pasar a fase III de ventilación. Recibió una calificación de Apgar 6-9 al minuto y a los 5 minutos de vida, y un Silverman de 3. Su diagnóstico al nacimiento: RNPT 30 SEG por Capurro con PAEG. SDR tipo I secundaria a EMH.

### 4.2 Motivo de consulta

**Madre:** Acude la madre se Z. M. S. a su consulta prenatal el día 25 de noviembre del año 2011, cuando el médico detecta que ya se encuentra en trabajo de parto y con 4 – 5 cm de dilatación, amenaza de trabajo de parto prematuro que no es posible inhibir por lo que se ingresa y se prepara para cesárea.

**Neonato:** Se trata de un recién nacido prematuro de 10 días de vida extrauterina, del sexo masculino, que se encuentra en la sala de prematuros, en una incubadora con temperatura de 33.8 °C y humedad de 30 %. En los días de valoración se detectó alteración en varios requisitos universales encontrando lo siguiente: débil succión y ausencia de reflejo de búsqueda; catéter umbilical por el que se infunde NPT a través de bomba de infusión; tratamiento farmacológico (antibióticos); neonato expuesto a factores ambientales como luz, ruido, y alteración del vínculo familiar a causa de la estancia hospitalaria.

### 4.3 Antecedentes familiares no patológicos

Proviene de una familia nuclear: padre de 46 años, que es ejecutivo de ventas, madre de 34 años ama de casa y es estilista, una hermana de 15 años que es estudiante de secundaria. Se considera que la familia tiene un nivel socioeconómico medio; el sistema de salud con el que cuentan es seguro popular por parte de la mamá, la familia vive en un área urbana que cuenta con todos los servicios básicos como son luz, agua, drenaje, saneamiento público; la vivienda es de materiales duraderos como paredes prefabricadas de concreto, techo prefabricado, y piso laminado; se considera que tiene iluminación regular y buena ventilación, la calle cuenta con alumbrado público, está pavimentada. La familia no convive con mascotas.

### 4.4 Antecedentes familiares patológicos

Abuelas paterna y materna con hipertensión arterial, padre y hermana aparentemente sanas sin enfermedades conocidas, madre aparentemente sin

enfermedades existentes previas al embarazo, como antecedentes maternos de gran importancia tenemos que es una mujer de 34 años de edad que desconocía sobre su embarazo hasta que le fue detectado hasta la semana 29 aproximadamente, ella comenta que desde el principio del embarazo no tuvo la sintomatología propia del mismo, dice que padecía malestares abdominales y que en varias ocasiones estuvo en tratamiento farmacológico para colecistitis, colitis y gastritis, no recuerda el nombre de los medicamentos que estuvo tomando, y justamente una semana antes del nacimiento de Z. M. S. por ultrasonido detectaron el embarazo, razón por la cual no llevo un cuidado o alimentación propia de una mujer gestante ni control prenatal.

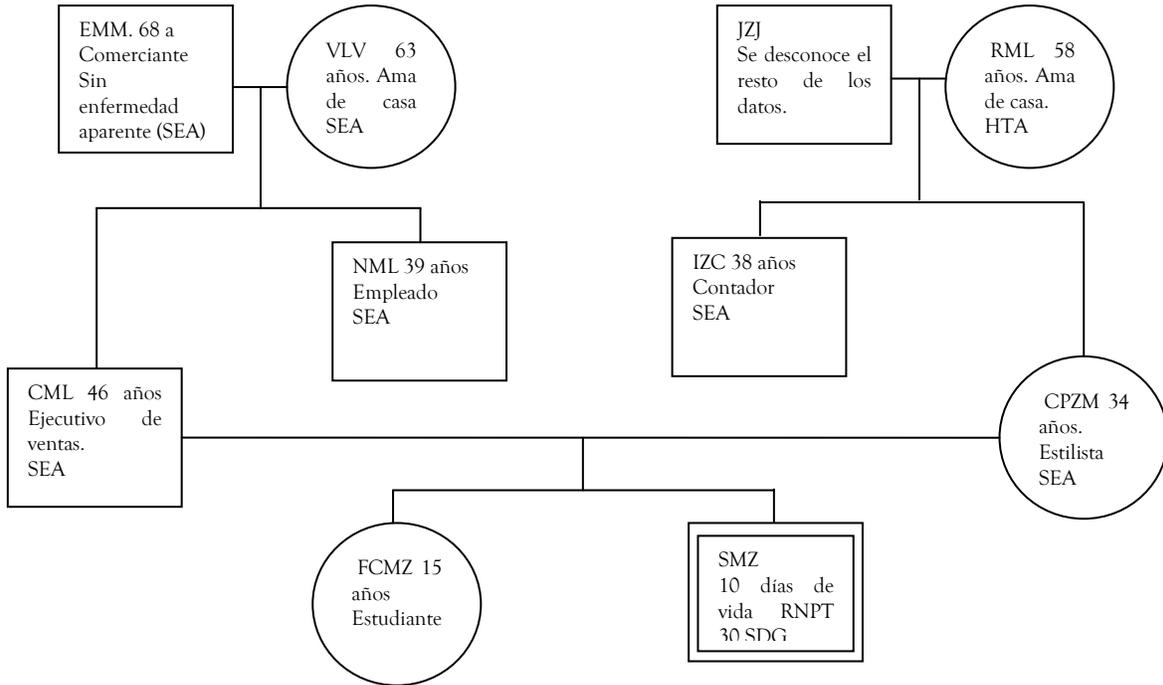
#### **4.5 Antecedentes personales no patológicos**

Es producto de la segunda gesta, madre con antecedentes de abortos: cero, cesárea: una; parto uno, grupo sanguíneo: "O negativo", sin datos de isoimmunización previa, con restricciones en su alimentación por considerar que cursaba enfermedad gastrointestinal; sin consumo de sustancias como alcohol, tabaco o toxicomanías. Al parecer no presentó enfermedades propias del embarazo. La frecuencia cardíaca fetal previo a la cesárea fue de 148 lpm; de presentación cefálica. Se realiza cesárea porque se desencadenó el trabajo parto que no pudo ser inhibido. Por la premura del trabajo de parto no se fue posible administrar terapia de maduración pulmonar.

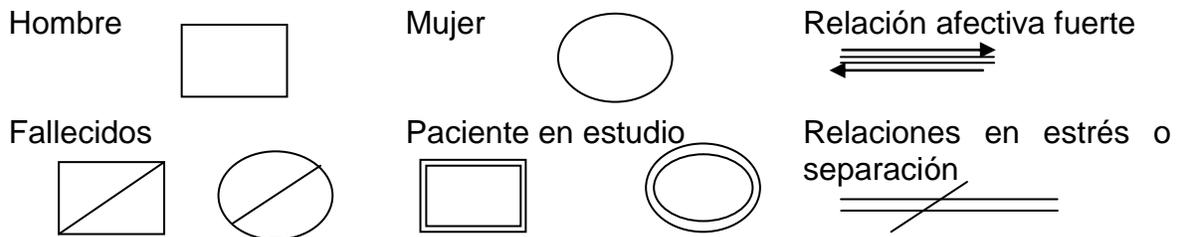
#### **4.6 Antecedentes personales patológicos**

Presentó síndrome de dificultad respiratoria por enfermedad de membrana hialina, fue necesaria la colocación de un tubo endotraqueal administración de surfactante e iniciar fase III de ventilación, pese a esto el neonato presentaba tiros intercostales. Presentó hiperbilirrubinemia multifactorial y sepsis. Los diagnósticos médicos a la fecha de la toma de datos son: RNPT con 11 días de vida extrauterina. Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. SDR modificada por surfactante.

## 4.7 Mapa familiar



### Simbología:



HTA: hipertensión arterial  
SEA: sin enfermedad aparente

## 4.9 Dinámica familiar

Se trata de una familia nuclear conformada con papá, mamá y dos hijos (incluido el neonato en estudio de caso), con una buena relación de pareja. La familia en conjunto quiere y aceptan al nuevo miembro de la familia. El padre es ejecutivo de ventas y su horario de trabajo no le da la facilidad para acudir a la visita vespertina con el bebé, la madre es ama de casa y estilista. El tiempo de ambos fuera del trabajo lo dedican a la familia.

Comentan que la relación con la familia materna es cordial pero poco frecuente y la relación con la familia paterna es mejor y de mayor apego.

## V. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

### 5.1 Antecedentes de estudios relacionados

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son Bireme, Cochrane, Scielo, y Redalyc, de los cuales se extrajeron varios artículos científicos y de investigación cuya relación con el neonato prematuro sustentan parte del cuidado neonatal al que está enfocado el presente estudio de caso. De entre los diferentes artículos se seleccionaron los siguientes:

**Título:** Preterm Birth – why does it occur?  
**Autor:** March of Dimes, PMNCH, Save the children, World Health Organisation. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn.  
**Lugar:** Geneva,  
**Año:** 2012  
**Contenido:**

El contenido muestra los factores de riesgo que se presentan para el desarrollo de un parto prematuro tanto maternas como fetales; factores como edad materna, infecciones, principalmente de vías urinarias o vaginales, estilos de vida, consumo de sustancias tóxicas entre otras, el sexo masculino (del producto), el origen étnico; condiciones subyacentes del parto prematuro y condiciones maternas ajenas al embarazo.<sup>1</sup>

**Relación con el estudio de caso:**

El neonato al que se le llevo seguimiento es un prematuro y una de las condiciones que originó el parto prematuro fue la falta de control prenatal. El conocimiento sobre lo que origina el parto prematuro da una vista panorámica de las posibles complicaciones que puede presentar el neonato dadas por el origen del parto y da la pauta para el tratamiento que llevará.

**Título:** Desarrollo de niño prematuro.  
**Autor:** Isabel Chaure López, María Rosa Martínez Barellas.  
**Lugar:** Barcelona España.  
**Año:** 2007.  
**Contenido:**

El cambio de un entorno intrauterino a uno extrauterino expone al neonato prematuro a una serie de cambios bruscos que de no ser controlados adecuadamente van a afectar su neurodesarrollo y a tener repercusiones desde la edad temprana. El programa NIDCAP consiste en una serie de intervenciones encaminadas a minimizar el estrés en el recién nacido como: modificación del ambiente, cuidados

---

<sup>1</sup> March of Dimes, PMNCH, Save the children, WHO. Born Too Soon: The global action report on preterm birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. [en línea]. Geneva, 2012; [accesado 10 Mayo 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_bornতোসুন-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_bornতোসুন-report.pdf)

posturales, concentración de actividades, participación de los padres y la familia, manejo del dolor, lactancia materna y el método mamá canguro (técnica piel con piel).<sup>2</sup>

**Relación con el estudio de caso:**

El neonato ZMS es un prematuro expuesto varios factores que lo pueden predisponer a alteraciones del neurodesarrollo, tales como luz y ruido principalmente, poca participación en la concentración de actividades por parte del personal de salud, la falta de la participación de los padres dada el poco tiempo de visita y falta de la aplicación de la técnica mamá canguro entre otros.

**Título:** Los cuidados centrados en la familia en UCIN y su relación con el manejo del estrés.

**Autor:** Rosa María Mendizabal Espinosa

**Lugar:** México

**Año:** 2011

**Contenido:**

La filosofía de Cuidados Centrados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) considera a los padres del niño como la primera fuente de fortaleza y apoyo, e incluye para ellos respeto, información, capacidad de decisión, flexibilidad, colaboración y apoyo. Lo que se ha asociado con numerosos beneficios incluyendo una estancia menos prolongada en UCIN, el logro de un mejor vínculo afectivo y mejores resultados de salud mental adaptativa. Entre lo que se conoce como la neuroquímica del apego la existencia de ciertos mensajeros químicos como la oxitocina, vasopresina, prolactina, opioides y norepinefrina se ven involucrados en numerosos beneficios para el neonato, el papá y la mamá.<sup>3</sup>

**Relación con el estudio de caso:**

La falta de los padres en el cuidado neonatal puede obstaculizar todo este proceso de vinculación y beneficios padres e hijo; y está dado por el poco tiempo que visita que la institución otorga. Aunque se observa bastante disposición por parte de los padres para el cuidado de ZMS, el tiempo entre ellos es una debilidad que se observa para el mayor conocimiento de las necesidades del neonato.

**Título:** The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributes by the health team

**Autor:** Josefina Gallegos Martínez, Luciana Mara Monti Fonseca, Carmen Gracinda Silvan Scochi.

---

<sup>2</sup> Chaure I, Martínez MR. Desarrollo del niño prematuro. *Matronas Prof.* [en línea]. 2007. [accesado 13 septiembre 2011]. 8(2): [3 p]. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6244/173/desarrollo-del-nino-prematuro>

<sup>3</sup> Mendizabal R. Nacer temprano... VIVIR EN GRANDE. México. Introducción a las estrategias para la prevención y el manejo del estrés en el neonato pretérmino en UCIN 2011.

**Lugar:** México

**Año:** 2007

**Contenido:**

Es un estudio descriptivo y cualitativo en el que se analiza la participación de los padres en el cuidado neonatal, los beneficios de éste principalmente en el neonato, pero también deja ver algunas barreras que interfiere en la participación de los padres.<sup>4</sup>

**Relación con el estudio de caso:**

En realidad el acceso de los padres tiene que ver principalmente con reglas institucionales el poco tiempo de permanencia impide obtener todos los beneficios que este programa aporta.

**Objetivo:**

Identificar y analizar los significados atribuidos por el equipo de salud con relación a la participación de la madre/padre en el cuidado del niño prematuro hospitalizado en un hospital público.

**Resultados:**

- ⊗ Los profesionales de salud consideran la importancia de la participación de la madre en el cuidado del prematuro, y de igual manera debería de participar el padre.
- ⊗ La presencia de los padres favorece la estabilidad del neonato prematuro, su crecimiento y su proceso de desarrollo.
- ⊗ Con el acercamiento de los padres se reduce el tiempo de hospitalización, se reduce el riesgo de nuevas hospitalizaciones y disminuye costos.
- ⊗ Permite mayor interacción y apego afectivo madre-hijo.
- ⊗ Algunos efectos negativos de una mala relación de apego madre-padre/hijo son maltrato infantil y privación emocional.
- ⊗ Los padres desean cuidar de sus pequeños pero a la vez están temerosos por el tamaño del bebé y por la tecnología que le rodea.
- ⊗ Cuando los padres desean información sobre la condición de su hijo se dirigen principalmente al personal de enfermería, cuando quien da la información es el médico.
- ⊗ El cuidado que la madre le provee al neonato en la unidad de cuidados neonatales es un entrenamiento que ella recibe, aprenden principalmente a alimentarlos o dependiendo de la condición del neonato aprenden el cuidado especializado. Este entrenamiento es dado por el personal de enfermería.
- ⊗ Las trabajadoras sociales localizan a las madres que asisten a la unidad neonatal y les apoyan con alimentos, alojamiento y ayuda de transporte si es necesario.
- ⊗ La madre ayuda a la enfermera con el cuidado del neonato hospitalizado y con esto le reduce la carga de trabajo.

---

<sup>4</sup> Gallegos J, Monti LM, Silvan CG. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. Rev Latino-am Enfermagem [en línea] 2007 marzo-abril. [accesado 19 Agosto 2011]; 15 (2): [8 p]. Disponible en : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a08.pdf>

- ⊗ La presencia materna en la unidad neonatal modifica el ambiente de la misma ya que interfieren con el trabajo dinámico.
- ⊗ Esta situación crea inseguridad acerca de la realización de procedimientos frente a los padres, incluso ocasionan temor sobre posibles interrogatorios o acusaciones.
- ⊗ El nivel educativo de los padres afecta la relación que se da con la enfermera, los de mayor nivel educativo corren el riesgo de que les nieguen la entrada a la unidad neonatal. Por el contrario los padres con un menor nivel educativo no entienden la orientación que se les da.
- ⊗ Algunos profesionales aún están preocupados por las infecciones generadas por permitir la entrada de visitantes a la unidad.

**Titulo:** Efectos del ruido en ambiente hospitalario neonatal  
**Autor:** Patricia Fernández D, Nivia Cruz J.  
**Lugar:** Santiago  
**Año:** 2006  
**Contenido:**

En el ambiente de la UCIN expone a los niños a estímulos nocivos tales como alta exposición a ruido provocado por alarmas, voz alta, sonido de teléfono, arrastre de mobiliario etc., ruidos que están presentes tanto de día como de noche. La exposición a este ruido ambiental puede ocasionar daño coclear y alterar el crecimiento y desarrollo normales, ya que las estructuras auditivas inmaduras pueden ser más susceptibles al daño por la combinación de ruido y otros factores de riesgo como la inmadurez, medicamentos ototóxicos, hiperbilirrubinemia, ventilación mecánica, entre otros.<sup>5</sup>

**Relación con el estudio de caso:**

El neonato en estudio de caso es un prematuro de 30 semanas que presentó hiperbilirrubinemia multifactorial, que desde su nacimiento se encuentra en una incubadora (las cuales aíslan el sonido de la voz pero actúan como cajas de resonancia ante el ruido de metales). En la sala donde fue abordado es un lugar en el cual hay ruido de alarmas, de voces del personal y de arrastre de material principalmente. Por lo que tiene riesgo para presentar hipoacusia y por lo tanto puede presentar alteraciones en su desarrollo.

---

<sup>5</sup> Fernández P, Cruz N. Efectos del ruido en ambiente hospitalario neonatal. Ciencia & trabajo. [en línea]. 2006 May. [accesado 06 de julio 2012]. 20(65-73). Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/20/pagina%2065.pdf>

## **5.2 Conceptualización de enfermería**

### **Disciplina de Enfermería**

Enfermería se ha descrito como una serie de tareas y técnicas (subordinadas al a la medicina); como un servicio humano, compasivo y de apoyo, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina. La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, social y cultural que tiene influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud.

Hoy se reconoce que enfermería es una disciplina profesional porque su desarrollo se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

#### **Ciencia**

Es un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y falible, que se alcanza por medio de la investigación científica. La ciencia es a la vez una empresa humana que refleja los diferentes intereses del hombre y la complejidad de sus motivaciones y de desarrollo histórico que refleja las consecuencias de las interrelaciones de la ciencia.

Es propósito básico de la ciencia es comprender la conexión entre las perspectivas objetivas y subjetivas de nuestros sentidos, utilizando un mínimo de conceptos y relaciones o sea el descubrimiento de conocimientos nuevos, la expansión de los ya existentes o la reafirmación o redefinición de aquel conocimiento puesto en cuestionamiento ya que sin un cuerpo de conocimientos de calidad científica que sustente la práctica, el participante no puede funcionar en un nivel profesional.

#### **Enfermería como disciplina profesional**

Enfermería es una disciplina profesional constituida esencialmente de dos componentes: uno disciplinar y uno profesional. Enfermería es profesión porque toma aparte de los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro; y como disciplina es un terreno del conocimiento que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud.

Enfermería como disciplina está sujeta a cambios que tiene como raíz la modificación de su estructura conceptual, esas disciplinas académicas incluyen ciencias tales como física, biología sociología, filosofía, matemáticas e historia. La meta de las disciplinas académicas es conocer, y sus teorías son de naturaleza descriptiva. Pero enfermería no puede sustentar sus bases científicas únicamente en el conocimiento derivado de las leyes y procesos de las disciplinas académicas, es necesario que generen y prueben el conocimiento teórico necesario para desarrollar su propia tecnología.

La ciencia de enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos acumulativo y único derivado de las ciencias físicas, biológicas,

humanísticas, del comportamiento, y sociales que hace pertinencia enfermería, por lo que la ciencia de enfermería debe retarse y probarse permanentemente. Dicha ciencia está constituida por una estructura sustantiva compuesta por las conceptualizaciones propias o redefinidas de una disciplina y por una estructura sintáctica que se refiere a los criterios y metodologías científicas que se utilizan para justificar la aceptación de las conceptualizaciones y postulados de la disciplina.

### **Meta de la profesión de enfermería**

Esta meta fue inicialmente definida por Nightingale

- 1- Adaptación de los clientes al bienestar y a la enfermedad.
- 2- Aspectos biológicos, psicosociales, culturales y ambientales que afectan el desarrollo y el mantenimiento de la salud y bienestar de los seres humanos.
- 3- Intervenciones físicas e interpersonales para asistir a los clientes y reducir las consecuencias adversas de la enfermedad.

### **Patrones de conocimiento de enfermería**

Carper identificó cuatro patrones de conocimiento derivados del análisis y de la estructura del conocimiento de enfermería y que se distinguen de acuerdo al tipo lógico de su significado: 1) Empírico, la ciencia de enfermería 2) Estético, el arte de enfermería, 3) De comportamiento personal y, 4) Ético, el conocimiento moral de enfermería.

#### **P. Empírico**

El trabajo empírico significa descripción y clasificación de aquellos fenómenos que están abiertos a la observación e inspección. Es táctico, descriptivo, deductivo/inductivo y generador de teorías, su meta se enfoca al desarrollo de explicaciones teóricas abstractas.

#### **P. Estético**

El componente estético está relacionado con el arte de enfermería, su creación estética se hace visible a través de sus acciones, el cuidado, las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a las demás personas. Para Orem el arte de enfermería se “expresa individualmente por cada enfermera a través de su creatividad y estilo al diseñar y proveer el cuidado que es efectivo y satisfactorio”.

#### **P. Personal**

A través del conocimiento de sí mismo la persona es capaz de relacionarse con otro ser humano, con apreciación total de la experiencia. Sin este componente no es posible manejar la idea del uso terapéutico personal, o de la relación transpersonal. Este conocimiento se refiere al enfrentamiento y a la actualización personal.

#### **P. Ético**

Este componente sugiere problemas fundamentales relacionados con lo moralmente correcto o erróneo en conexión con el cuidado, el tratamiento de las enfermedades y la promoción de la salud. Este patrón requiere la comprensión de

diferentes posiciones filosóficas en términos de lo correcto, lo deseable, lo bueno y de varias orientaciones sobre la noción de obligación.

Cada patrón de conocimiento debe concebirse como necesario para el dominio de la disciplina, pero ninguno por separado. Así el patrón ético se expresa en forma de estándares, códigos, teoría ética y normativa; el patrón estético se expresa como acto artístico; el personal se expresa a través del ser y de sí mismo y el empírico a través de la teoría científica, modelos y descripción de hechos. El análisis de los patrones de conocimiento y su utilización en enfermería pone de presente que por algunos años el énfasis filosófico se ha hecho en la epistemología. A medida que el mundo se vuelve más complejo las enfermeras se preguntan sobre aspectos ontológicos relacionados con la naturaleza, el significado y las razones de ser de sus acciones y la de sus clientes. La aparente falta del *ontos* ha conducido a una disonancia filosófica entre la teoría y la investigación de enfermería. En cuanto al conocimiento del patrón personal es el más importante para comprender el significado de la salud y el que más se acerca al significado ontológico.

### **Evolución de las definiciones de enfermería**

Mucho se ha discutido y escrito sobre la conceptualización de enfermería y su definición. Algunos han llegado a definirla por sus acciones o por el área de especialidad, otros a definen por lo que creen debería ser y otros no la definen. Después de que F. Nightingale la definiera como una profesión independiente de la medicina, con metas propias; enfermería duro casi setenta años en el oscurantismo conceptual, definición que asimilo una imagen materna, colocando a la enfermaría como algo sumiso a la medicina, sin identidad propia y con un cuerpo de conocimientos no estructurado.

Las subsiguientes definiciones de enfermería se deben de interpretar y analizar a través de su periodo histórico y de desarrollo por el que atraviesan. Así Nightingale señala “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad a vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad”. Así cada teórica va conceptualizando a la enfermería notándose en cada definición características específicas.

La definición de Virginia Henderson (1960) tiene semejanzas con la de Nightingale sólo que incluye elementos como educación en salud, la capacidad u el conocimiento de aspectos de desarrollo físico u emocional del paciente.

Orlando, requiere para su definición la ejecución de determinaciones causales, que son las necesidades satisfechas que se requieren para el bienestar físico y mental.

Donalson y Crowley (1978) sugieren que no es necesario definirla, pero que si es necesario colocar la enfermería en un terreno que le permita definir su esencia.

Meleis, pone aspectos como la transición, interacción, el proceso de enfermería, el contexto, la terapéutica de enfermería y la salud.

Watson (1988), Leininger (1988) y Benner (1994) introducen una serie de aspectos humanísticos, éticos y artísticos que cambian las características de las conceptualizaciones anteriores.

M. Rogers define enfermería como la ciencia del hombre unitario. Y Margaret Newman la conceptualiza como la experiencia del cuidado de la salud de los humanos.

Con cada una de estas definiciones se puede observar la esencia que cada una de las teoristas ha querido imprimir a su conceptualización de enfermería.

### **Influencia del modelo médico**

La dificultad que ha tenido la enfermería para afianzar los cambios curriculares de acuerdo con sus conceptualizaciones, quizás se debe al modelo médico: acciones de salud con enfoque curativo, programas de atención basados en una patología específica, énfasis en la especialización y atención institucionalizada entre otros.

### **Desarrollo investigativo y teórico de enfermería**

Si se compara la evolución de las definiciones con la de los aspectos investigativos y teóricos se hace claridad con relación a los planteamientos en momentos especiales de la evolución profesional y disciplinar.

### **Etapa de la práctica: siglo XIX – 1938**

En sus comienzos enfermería se desarrollo y evoluciono en respuesta a la necesidad de cuidados de los seres humanos y se basó en la práctica. Fue en la guerra de Crimea que F. Nightingale sentó las bases teóricas, prácticas, educativas y aún investigativas de enfermería.

La educación era hospitalaria con bases de conocimientos teóricos muy escasos, enseñanza que era impartida por médicos sin un currículo preestablecido. En esta época se empezó a elaborar estudios de caso de enfermería, lo mismo que planes de cuidado basados en las necesidades. En 1909 se creó la primera escuela de enfermería dentro de un contexto universitario.

### **Etapa de la educación y administración 1938 – 1950**

Sucede un cambio enfocado a dos hechos: al cambio curricular y la situación administrativa de los servicios de enfermería. Recolección y utilización de múltiples datos sobre enfermería para la toma de decisiones. Surge la necesidad de investigar y perfeccionar los métodos y habilidades para dar cuidados de enfermería. Utilización de teorías administrativas, educativas y psicológicas para el manejo de la educación. Surgimiento de facultades de enfermería

### **Etapa del desarrollo de la investigación: 1950-1965/1970**

Enfermería centro sus esfuerzos en investigación curricular y gerencial. Sus temas fueron como enseñar, como administrar y como ser líder entre otras. Por lo que hubo cambios curriculares de fondo en los planes de estudios. Aparición de la primera serie periódica de investigación en enfermería. Aparición de los primeros programas académicos de posgrado de maestría y doctorado.

### **Etapa del desarrollo teórico: 1965/1970**

Aceptación de la teoría como un instrumento útil para el desarrollo del conocimiento de enfermería.

El desarrollo teórico de enfermería se ha visto afectado por importantes motivos humanos, profesionales, de género y de conocimientos.

### **Barreras de formación, sociales, profesionales y de conocimiento.**

En la actualidad los estudiantes seleccionan enfermería por su potencial financiero y por una rápida ubicación en el mercado de trabajo.

Tradicionalmente la mujer aún en muchas culturas, es educada y socializada de manera diferente al hombre. Estas diferencias provocan juicios valorativos hacia su desempeño profesional y científico en el sentido de tomar sus actividades de manera superficial o adjudicar a ellas poca credibilidad.

Las enfermeras teóricas han actuado, muchas veces, como barrera para el desarrollo teórico; el lenguaje utilizado por ellas las separa de sus colegas por ser un lenguaje nuevo y difícilmente entendible.

Rechazo a la utilización de la teoría de enfermería.

Enfermería tiene la meta de desarrollar un estatus disciplinar basado en fundamentación científica. Ello requiere la existencia de teorías. Entonces parece ser que este es el medio para que enfermería se establezca como disciplina, merecedora del estatus profesional que le corresponde. La meta central de enfermería es el cuidado a la sociedad, enfermería debe darse cuenta de ello y redefinir sus metas.

## **Grandes Corrientes del Pensamiento**

Las grandes corrientes del pensamiento, o manera de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas. En enfermería los autores han puesto una terminología específica de estos paradigmas: paradigma de la categorización, integración, y de la transformación con sus cuatro orientaciones generales de la disciplina: orientación hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo.

### **Paradigma de la Categorización**

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio es un fenómeno, así los elementos y las manifestaciones conservan entre sí relaciones lineales y causales, de este modo el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal, responsable de la enfermedad y genera dos orientaciones de enfermería:

**Orientación centrada en la salud pública:** siglo XIII al XIX. Las motivaciones espirituales y humanistas influyen en los cuidados enfermeros de la época, que de acuerdo a Nightingale estos cuidados se deben basar en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas.

**Persona:** Nightingale la considera según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, y su capacidad para cambiar la situación existente.

**Entorno:** Aire fresco, luz, calor, limpieza, agua pura, tranquilidad y dieta adecuada que permiten a la persona movilizar sus energías hacia la curación.

**Salud:** Voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos

**Orientación hacia la enfermedad:** finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, aparece la formulación de los diagnósticos médicos. Las enfermedades físicas son consideradas como una realidad independiente del entorno, de la sociedad y de la cultura. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad de acuerdo a esto:

**Cuidado:** Está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona. *Intervenir* significa “hacer para” las personas.

**Persona:** Es un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente.

**Salud:** Es un equilibrio altamente deseable.

**Entorno:** Es un elemento separado de la persona.

A principios del siglo XX aparecen en EU escuelas de enfermería cuya enseñanza formal está orientada hacia los conocimientos médicos. La enfermera recibe una formación técnica junto con un entrenamiento para la obediencia y el orden. Por otra parte las enfermeras se interesan cada vez más por la investigación como medio de desarrollo de conocimientos.

### **Paradigma de la Integración**

**Orientado hacia la persona:** está marcada por dos hechos importantes la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. De acuerdo a esta orientación:

**Cuidado:** Va dirigido a mantener la salud en todas las dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones. *Intervenir* significa “actuar con” la persona a fin de responder a sus necesidades.

**Persona:** en un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

**Salud:** y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica, la salud es un ideal que se ha de conseguir.

**Entorno:** Constituido por los diversos contextos (histórico, social, político etc.) en el que la persona vive y cuya interrelación se hace en forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

### **Paradigma de la Transformación**

**Apertura hacia el mundo:** a mitad de los 70s se abren las fronteras en los aspectos culturales, en la economía y finalmente en la política. La OMS reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. Desde esta óptica:

**Persona:** Es un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad, este ser es indisociable de su universo. Está en relación con su entorno. La salud es concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.

**Salud:** No es un bien que se posee, se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.

**Cuidado:** Va dirigido al bienestar. La enfermera acompaña a la persona en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino *Intervenir* significa “estar con” la persona. (cuidado individualizado).

**Entorno:** Compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las enfermeras tienen necesidad de una formación científica para utilizar su conocimiento de manera creativa en beneficio del ser humano.

Para dispensar los cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de vida y en un mundo en constante evolución.

### **Concepciones, de Nightingale a Parse**

Las concepciones elaboradas para la profesión de enfermería permiten precisar la relación entre conceptos. Estas concepciones son la forma de concebir el servicio que las enfermeras prestan a la sociedad. Cuando una concepción es completa y explícita se denomina “modelo conceptual”.

La necesidad de las enfermeras de clarificar su especialidad ha motivado a las enfermeras teóricas a elaborar modelos conceptuales que sirven de guía para la práctica, la formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros. Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración y de transformación, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales y ciertas teorías (teoría del desarrollo de Erikson, la motivación de Maslow y la de los sistemas de Bertalanffy) han inspirado los postulados subyacentes de los modelos conceptuales. Por otra parte los cuatro conceptos centrales de la disciplina enfermera son: cuidado, persona, salud y entorno.

#### **1. Escuela de las Necesidades**

Este modelo intenta responder la pregunta ¿Qué hacen las enfermera?. El cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o en la capacidad de llevar a cabo su autocuidado. En este escenario la enfermera reemplaza a la persona y posteriormente la ayuda recuperar su independencia. Las principales teorizadores de esta escuela son: V. Henderson, D. E. Orem y Faye Abdella.

#### **2. Escuela de Interacción**

Aparece a finales de los 50s y principios de los 60s. Varios acontecimientos políticos, socioculturales y económicos favorecieron el desarrollo de esta escuela.

Las enfermeras teorizadoras se inspiraron en la teoría de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo, ellas intentaron responder la pregunta ¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Las teorizadoras de esta escuela son H. Peplau, J. Paterson, L. Zderad, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.

El cuidado es ahora una acción humanitaria y no mecánica por lo que la enfermera debe de poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona.

### **3. Escuela de los Efectos Deseables**

Quiere responder la pregunta ¿Porque las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el “Qué” y el “Cómo”. El objetivo de los cuidados consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en conservar la energía. Estas teorizadoras se inspiraron en las teorías de adaptación y la teoría general de sistemas. Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son: D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.

### **4. Escuela de la promoción de la salud**

Nuevamente enfermería se pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Centrada en el “qué” de los cuidados enfermeros. Una de las teorizadoras de esta escuela es M. Allen.

### **5. Escuela del Ser Humano Unitario**

Se intenta responder la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros? Los trabajos de Rogers propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de teoría gen. de los sistemas. Las teorizadoras de esta escuela: M. Rogers, M. Newman y R. R. Parse.

### **6. Escuela del Caring**

Esta escuela tiene por conceptos centrales el caring y la cultura. Sus enfermeras teorizadoras: M. Leininger, y Watson.

Según Benner y Wrubel (1989) el *caring* está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona. *Caring* también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Balan, C Franco M. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología 2ª ed. México D.F.: UNAM; 2009.



Escuela	Año	Teórica	Supuestos principales
Escuela de las necesidades	1955 – 1960	Virginia Henderson	<p><b>Cuidados:</b> ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas e la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales.</p> <p><b>Persona:</b> un todo complejo presentando 14 necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural.</p> <p><b>Salud:</b> es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus 14 necesidades fundamentales.</p> <p><b>Entorno:</b> es la naturaleza o el medio que actúa de manera “positiva” o “negativa” sobre la persona.</p>
		Dorothea E. Orem	<p><b>Cuidados enfermeros:</b> Representa un servicio especializado que está centrado sobre las personas que tiene incapacidades para ejercer el autocuidado.</p> <p><b>Persona:</b> Es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es una unidad que posee las cualidades, aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidado (universales, de crecimiento y desarrollo y de desviaciones de la salud).</p> <p><b>Salud:</b> Estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano.</p> <p><b>Entorno:</b> representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos.</p>

Escuela de la interacción	1961 – 1968	Hildegard Peplau	<p><b>Cuidados:</b> proceso interpersonal terapéutico. La intervención de la enfermera es terapéutica, y supone ayuda y asistencia.</p> <p><b>Persona:</b> Ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante.</p> <p><b>Salud:</b> La representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria, creativa, constructiva y productiva.</p> <p><b>Entorno:</b> No está definido pero Peplau sugiere que las enfermeras tomen cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambie de entorno.</p>
Escuela de los efectos Deseables	1970 – 1975	Callista Roy	<p><b>Cuidado:</b> Promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación, ya sea el modo fisiológico, el modo de “autoimagen” el modo de “función según los roles”, y el modo “interdependencia” con el fin de contribuir a la salud, la calidad de vida y a una muerte digna.</p> <p><b>Persona:</b> Es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr sus objetivos individuales: supervivencia, crecimiento, la reproducción y el desarrollo.</p> <p><b>Salud:</b> El “estado de salud” es la adaptación según los cuatro modos que refleja esta integración y esta unidad. El “proceso de salud” es el esfuerzo constante que hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación.</p> <p><b>Entorno:</b> Conjunto de circunstancias, de situaciones y de influencias que permiten modificar o influenciar la aparición de los comportamientos específicos de las personas o grupos.</p>

Escuela de la promoción de la salud	1963	Moyra Allen	<p><b>Cuidado:</b> Es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera toma el rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje.</p> <p><b>Persona:</b> es conceptualizada como la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, el entorno y la comunidad.</p> <p><b>Salud:</b> La salud y la enfermedad son entidades distintas que coexisten. La salud es un proceso social que comprende los atributos interpersonales y los proceso de aprendizaje, de los cuales procede el <i>coping</i> y el desarrollo de la familia y de sus miembros.</p> <p><b>Entorno:</b> Es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden.</p>
Escuela del Ser Humano Unitario	1970 – 1980	Martha Rogers	<p><b>Persona:</b> Ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferente de ésta. La persona es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar.</p> <p><b>Enfermería:</b> Es una profesión que puede interpretarse como una ciencia y como un arte, se centra en el interés por las personas y por el mundo que viven. La práctica profesional intenta fomentar una interacción armoniosa entre el campo de ser humano y el de su entorno, para así conseguir el máximo potencial de salud.</p> <p><b>Salud:</b> Roger utiliza el término salud aunque no muy bien definido. “Salud pasiva” simboliza un estado bueno de salud y la ausencia de enfermedad y dolencias graves. Roger usa el término salud como un valor definido por la cultura y el individuo.</p> <p><b>Entorno:</b> Es un campo de energía irreductible y pandimensional. Es un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo.</p>

Escuela del Ser Humano Unitario	1970 – 1980	Rossemarie Rizzo Parse	<p><b>Cuidado:</b> está centrado en el ser humano -unidad viva- y en su participación cualitativa a las experiencias de salud.</p> <p><b>Persona:</b> Es un ser humano abierto que es más grande que la suma de sus partes y diferente de ésta. Participa en la creación de sus patrones de relación en un cambio mutuo y simultáneo en el entorno.</p> <p><b>Entorno:</b> El entorno y la persona coparticipan en su creación intercambiando energía, tendiendo hacia una mayor complejidad y diversidad, e influenciando, entre sí, <i>los patrones rítmicos</i>. El entorno y ser humano son inseparables.</p> <p><b>Salud:</b> Es un proceso de actualización que refleja las prioridades de valores. No hay pues un nivel óptimo de salud ni estado de bienestar. Se trata más bien de un proceso en movimiento que encarna las diferentes maneras de ser de un individuo.</p>
Escuela del Caring	1978 – 1979	Jean Watson	<p><b>Cuidado:</b> Es un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere de un compromiso con el <i>caring</i>, en cuanto a una ide amoral, y sólidos conocimientos. El objetivo es ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de energía entre su alma, su cuerpo, y su espíritu.</p> <p><b>Persona:</b> Es un “ser-en-el-mundo” que percibe, que vive experiencias y que está en continuidad en el tiempo y el espacio. Las tres esferas del ser-en-el-mundo, el alma, el cuerpo y el espíritu, son influenciadas por un cambio en el autoconcepto.</p> <p><b>Salud:</b> Es la percepción, es la armonía del cuerpo, del alma, y del espíritu. La salud está asociada al grado de coherencia entre el yo percibido y el yo vivido. La armonía “cuerpo, alma y espíritu” engendra un autorespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración.</p> <p><b>Entorno:</b> Está constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual. Representa todas las fuerzas del universo así como el entorno inmediato de la persona.</p>

Escuela del Caring	1978 – 1979	Madeleine Leininger	<p><b>Cuidado:</b> Comprende comportamientos, funciones y proceso de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamientos de salud y de su recuperación.</p> <p><b>Persona:</b> Es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural. Sus expresiones y su estilo de vida reflejan los valores, las creencias y las prácticas de su cultura.</p> <p><b>Salud:</b> significa más que la ausencia de enfermedad o un punto en un <i>continuum</i>; se refiere a las creencias, los valores y las formas de actuar, que son culturalmente conocidos y utilizados con el fin de prevenir y conservar el bienestar de un individuo o de un grupo, y ejecutar las actividades cotidianas. La salud varía de una cultura a otra.</p> <p><b>Entorno:</b> se relaciona con todos los aspectos culturales en los que la persona se encuentra. Estos son los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo u todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona.</p>
--------------------	-------------	---------------------	--

Cuadro 1. Principales teóricas de las escuelas y sus principales conceptos. (Balan y M. Franco 2009).

## 5.3 Dorotea E. Orem

### Teoría del Déficit del Autocuidado

#### Antecedentes Biográficos

Una de las autoras teóricas más destacadas de Norteamérica, nació en Báltimore Maryland obtuvo su diploma de enfermería a principios de la década de 1930 de escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D. C.

A continuación una breve reseña histórica.

- δ 1939- B.S.N.de The Catholic University of America.
- δ 1945- M.S. en Educación de Enfermería.
- δ Trabajó como enfermera privada y de hospital, y ejerció la docencia.
- δ 1940 – 1949 fue directora de la Escuela de Enfermería de Departamento de Enfermería del Province Hospital de Detroit.
- δ 1949 – 1957 trabajó en la División de Servicios Hospitalarios e Institucionales del Board of Health del Estado de Indiana. Su meta principal fue la de mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el Estado.
- δ 1957 Trabajó en el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del Office of Education de los Estados Unidos, como asesora de los programas de estudios. Aquí trabajó en un proyecto para mejorar la formación de enfermería práctica, lo que la indujo a plantearse cuál era el verdadero ámbito de interés de esta disciplina plasmado en su manual Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses 1959.
- δ 1962 escribió The Hope of Nursing.
- δ Fundó su propia empresa de consultoría, llamada Orem and Shields, Inc.
- δ 1971- publico su primer gran libro, Nursing: Concepts of Practice, seguido de Concept Formalization in Nursing: Process and Product.
- δ 1979 6- recibió el título honorífico de doctora en ciencias.
- δ 1979- publicó su artículo Levels of Nursing Education and Practice .
- δ 1980- recibió el Alumni Association Award for Nursing Theory así como otros títulos honoríficos más.
- δ 1992- recibió el nombramiento como miembro honorífico de la American Academy of Nursing.

#### Origen y desarrollo del modelo

De acuerdo a sus palabras, su relación con un gran número de enfermeras a lo largo de los años le ha propiciado experiencias instructivas, y cifra en el trabajo con los estudiantes universitarios y en la colaboración con otros colegas las contribuciones más valiosas a su construcción teórica. Orem calificó su enfoque filosófico de visión de “moderno realismo”. La teoría de la acción, que ve al individuo como actor o agente deliberado, conforma el sustrato de sus postulados teóricos.

#### Influencias Teóricas

Orem señala que su trabajo no refleja la influencia de ninguna enfermera importante en particular. Pero menciona el trabajo de muchas autoras que han

contribuido a su base teoría: Abdellah, Hendedrson, Johnson, King, Levin, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. Así como a autores de otras disciplinas como Gordon Allport, Chester Barnard, René Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernets Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnol, Bernard Lonergan y Ludwin von Bertalanffy entre otros.<sup>7</sup>

### **La Teoría de Enfermería del Autocuidado Desarrollo de una teoría general en el campo de la práctica**

Las explicaciones descriptivas válidas generales de la enfermería empiezan con la conceptualización de las enfermeras. Las características dominantes identificadas en las situaciones estudiadas de la práctica de la enfermería proporcionan las bases concretas para las reflexiones que conducen a la formulación de posiciones teóricas sobre enfermería. De esta manera enfermería tiene forma (se expresa por sus características de ayuda y cuidado de los demás), así como características situacionales con las que la enfermera se enfrenta como profesional. Uno de los aspectos de la forma es que la enfermera afronta situaciones vitales en las que se buscan resultados. Por lo tanto las posiciones teóricas sobre la enfermería incluyen tanto la forma como las características situacionales.

#### **Un concepto y un marco conceptual: el concepto del sistema de enfermería**

Una teoría general de enfermería es una respuesta efectiva pero general a las preguntas ¿A que prestan atención las enfermeras y de que se ocupan cuando brindan cuidados? ¿Qué hacen las enfermeras cuando brindan cuidados? También proporcionan una estructura para la organización de los conocimientos de enfermería.

La formulación y expresión de una teoría general de enfermería ocurre a lo largo del tiempo. Se basa en reflexiones sobre: 1) características que se desarrollan en situaciones prácticas de enfermería; y 2) relaciones de las características entre ellas. Las reflexiones se formulan como conceptos y los conceptos expresados se validan en situaciones prácticas concretas.

El sistema de enfermería se contempla como un sistema autoorganizativo que existe sólo cuando y durante el tiempo en que haya vínculos de autoconexión entre la conducta o estado de los sujetos o las partes independientes, ocurriendo la conexión en algún punto de dependencia entre ellos.

Esta visión de enfermería destaca que la enfermería es producida deliberadamente dentro de los marcos temporoespaciales de referencia, que es producida mediante acciones o secuencia de acciones deliberadas, y que su existencia depende de la producción y mantenimiento de relaciones entre las personas y entre las acciones que ellas seleccionan, deciden ejecutar y ejecutan. En otras palabras un sistema de enfermería es algo construido mediante las acciones de las enfermeras y de sus pacientes.

---

<sup>7</sup> Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 8ª ed. España: Elsevier; 2007. p. 175-86.

Entidades dentro del concepto teórico del sistema de enfermería:

1. Personas en las posiciones designadas como “paciente legítimo” y “enfermera legítima”.
2. El “paciente legítimo” tiene dos propiedades: “la demanda de autocuidado terapéutico” y la “agencia de autocuidado”.
3. Una desigualdad entre las propiedades del paciente, la demanda de autocuidado terapéutico y la agencia de autocuidado excede las capacidades existentes y operativas del paciente legítimo para cubrir las demandas (agencia de autocuidado)
4. La “enfermera legítima” tiene una propiedad, que es la “agencia de enfermería”, que incluye las capacidades para valorar las legítimas relaciones entre ella misma como enfermera y la persona o personas en la posición de paciente.

Esta conceptualización del sistema de enfermería puede contemplarse como una definición explicativa de la enfermería puesto que establece lo que hacen las enfermeras cuando cuidan a otros.

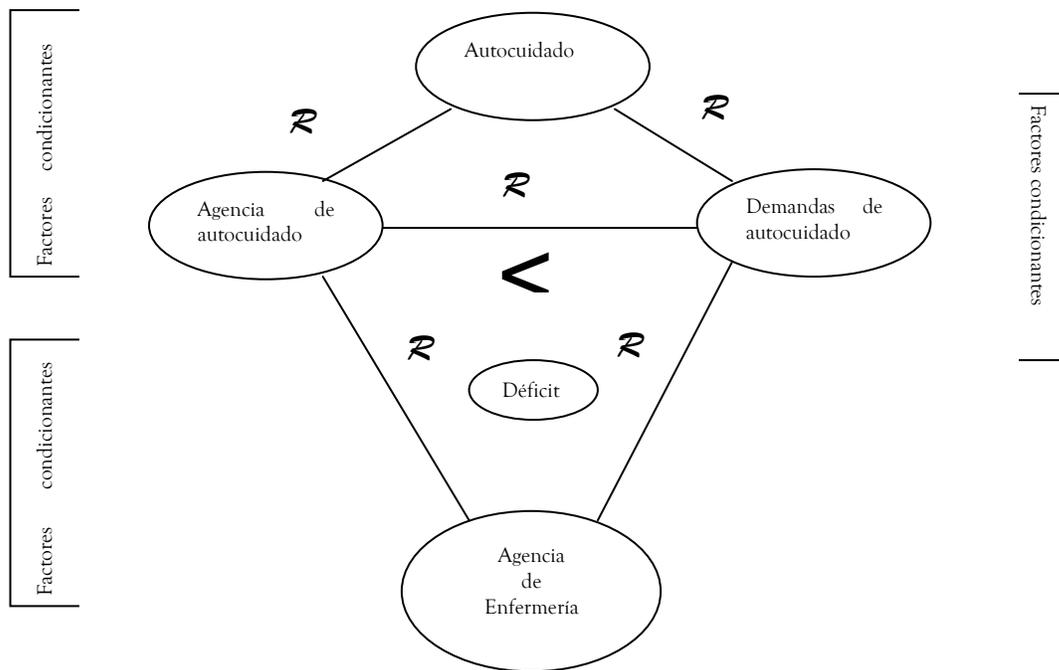


Figura 2. Marco conceptual para la referencia, R, relación; <, déficit en la relación, actual o potencial. (Orem 2003). (Cuatro términos están orientados hacia el paciente, dos están orientados hacia la enfermera).

Los *pacientes legítimos* de las enfermeras son las personas cuya agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente no es o no será adecuada para conocer o cubrir sus propias demandas de autocuidado terapéutico.

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

El **cuidado dependiente** es una actividad, realizada por adultos responsables para individuos socialmente dependientes.

Las *enfermeras legítimas* son personas que tiene los grupos de cualidades simbolizadas por el término “agencia de enfermería”, hasta el grado de que poseen la capacidad y la voluntad de ejercitarla para el conocimiento y satisfacción de los requerimientos de enfermería existentes y los que empiezan a surgir en las personas con déficit de autocuidado o de cuidado dependiente relacionados con la salud.

La **agencia de enfermería** es una completa propiedad o atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermera que, cuando la ejercitan, las capacita para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico.

La *demanda de autocuidado terapéutico* significa una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en la relación con sus condiciones y circunstancias.

La **agencia de autocuidado** es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo. La *agencia de cuidado dependiente* es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anterior por las personas que de ellos dependen.

### **La Teoría de Enfermería sobre el Déficit de Autocuidado**

El concepto teórico de sistema de enfermería carece de significado en ausencia de los conceptos incluidos de déficit de autocuidado y autocuidado. La unión de las tres teorías constituye una teoría general de enfermería denominada teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

### **Las premisas subyacentes**

Cinco premisas sobre características evidentes de los seres humanos sirvieron como principios guía a través del proceso de conceptualización de la enfermería.

1. Los seres humanos requieren aportaciones continuas y deliberadas, en sí mismos y de su entorno, para permanecer vivos y actuar de acuerdo con las cualidades de la naturaleza humana.
2. La agencia humana, la facultad de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado a uno mismo y a otros.

3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción en su propio cuidado y en el de otros.
4. La agencia humana se ejercita en el descubrimiento, desarrollo y transmisión a otros de forma y medios para identificar las necesidades de aportaciones y producir las que sean necesarias para sí mismos y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a miembros del grupo que experimentan carencia para sí mismos y para otros.

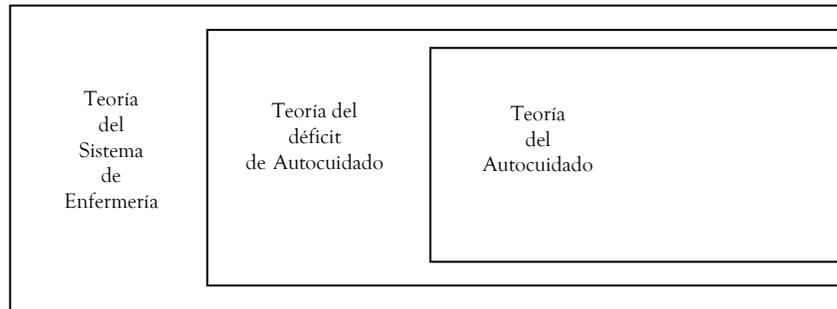


Figura 3 Teorías constituyentes, la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. (Orem 2003).

## La Teoría del Autocuidado

### Idea central de la teoría

En los grupos sociales las personas maduras y en proceso de maduración realizan acciones aprendidas dirigidas hacia sí mismas, para cubrir requisitos identificados para el control de factores que promueven, afectan o interfieren la regulación continuada de su propio funcionamiento o desarrollo. Acciones que también realizan para los miembros de sus familias o personas dependientes. Los requisitos reguladores son de tres tipos: requisitos requeridos universalmente por todos los individuos, requisitos específicamente reguladores de los procesos de desarrollo humano y todos los que surgen o están vinculados a los estados de salud de las personas.

### Premisas

1. En igualdad de condiciones, los seres humanos tiene el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de las personas dependientes.
2. Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los grupos sociales.
3. La identificación y prescripción de los cuidados recurrentes para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia conduce a la investigación y desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y formar hábitos de cuidado.

## Proposiciones

El autocuidado:

1. Es intelectualizado como una función reguladora humana ejecutada deliberadamente con cierto grado de complejidad y efectividad.
2. Es la acción intencionada y dirigida que es sensible al conocimiento de las personas sobre como el funcionamiento y el desarrollo humano pueden y deberían mantenerse en compatibilidad con la vida humana, la salud y el bienestar.
3. Implica el uso de recursos, materiales y gasto de energía dirigida a aportar el material y las condiciones necesarias para el funcionamiento y desarrollo interno y establecer las relaciones esenciales y seguras con los factores ambientales.
4. Con una orientación externa se concreta cuando emerge como eventos observables resultantes de las secuencias de acciones prácticas realizadas y dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno.
5. Que se realiza a lo largo del tiempo puede ser comprendido como un sistema de acción o de las actividades de cuidado realizadas y de los vínculos de conexión entre ellas.
6. Los componentes del sistema de autocuidado son series de tareas o actividades necesarias para usar los medios apropiados y seleccionados.

## Autocuidado

El autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidar de sí mismas en situaciones ambientales.

La palabra *auto* se utiliza en el sentido del *ser humano completo*. El autocuidado comporta la connotación dual de “para uno mismo” y “realizado por uno mismo”. El proveedor de autocuidado se denomina *agente de autocuidado*. El proveedor de cuidado a un lactante, niño o adulto dependiente es denominado como *agente de cuidado dependiente*. El término *agente* se usa en el sentido de *persona que lleva a cabo la acción*.

El **autocuidado** es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar. Tiene un propósito, es una acción que tiene un patrón y una secuencia y, cuando se realiza efectivamente, contribuye de manera específica a la integridad estructural, desarrollo y funcionamiento humanos.

## Premisas

1. El autocuidado es una conducta, una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y de la comunicación.
2. Las personas adultas tiene el derecho y la responsabilidad de cuidar de sí mismas para mantener la vida racional y la salud. Puede tener responsabilidades de otras personas: a) lactantes, niños, adultos mayores y b) las personas adultas requieren necesitarán ayuda social siempre que sean

incapaces de obtener los recursos necesarios y mantener las condiciones necesarias para conservar la vida y la salud.

### **Proposiciones**

Grupo uno: factores condicionantes.

La conducta de autocuidado se ve afectada por:

1. El autoconcepto y por el nivel de madurez del individuo.
  2. Los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura.
  3. El conocimiento de salud científicamente derivado que posee la persona.
  4. La situación en la constelación familiar.
  5. Los miembros de los grupos sociales a parte de la familia.
- 
6. Los adultos pueden elegir ocuparse, o no, en acciones específicas de autocuidado.
  7. La falta de conocimientos sobre el autocuidado, los trastornos y disfunciones de la salud, la falta de habilidades y hábitos inadecuados de autocuidado limitan lo que una persona puede hacer sobre su propio autocuidado.

Grupo dos: el autocuidado en la salud y la enfermedad.

1. El autocuidado es necesario para la integridad de la persona.
2. Cada persona debe realizar o ha realizado para sí misma un mínimo de actividades hacia sí misma para continuar con una vida racional. Si la salud debe mantenerse se deben realizar actividades adicionales y en caso de enfermedad debe realizarse otras actividades para mantener la vida.
3. El autocuidado dirigido al mantenimiento y promoción de la salud requiere de conocimiento sobre los objetivos y las prácticas del autocuidado.
4. La enfermedad, lesión o disfunción puede limitar lo que una persona puede hacer por sí misma, ya que puede necesitar medidas especializadas de autocuidado.

Grupo tres: demandas comportamentales y de recursos del autocuidado.

1. El autocuidado: requiere un conocimiento general de los objetivos y prácticas de autocuidado, así como conocimiento de uno mismo, de la propia salud, del ambiente físico y social.
2. Implica la búsqueda y participación de los cuidados médicos prescritos en caso de desviaciones de la salud.
3. Requiere actividades internamente orientadas dirigidas al control de la conducta.
4. Requiere el uso de recursos que pueden incluir el vivir en un entorno físico y social saludable o terapéutico.

### **Requisitos de Autocuidado**

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo y de desviación de la salud.

1. Los seres humanos por naturaleza tiene necesidades comunes para el aporte de materiales (aire, agua, alimentos) y para producir y mantener condiciones

de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la integridad estructural, el mantenimiento y promoción de la integridad funcional. Son comunes a todos los seres humanos durante toda la etapa del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo, factores ambientales y otros.

2. El desarrollo humano, de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere la formación y mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos de desarrollo en cada periodo del ciclo vital.

Están asociados con los procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante los diversos estadios del ciclo vital.

3. Los defectos genéticos, constitucionales, las desviaciones de la integridad estructural, la funcionalidad normal y el bienestar, comportan requerimientos para: a) su prevención y b) acciones reguladoras para controlar su extensión y mitigar sus efectos.

Están asociadas con sus efectos y con las medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

Cuando estos tres tipos de requisitos se cubren de forma efectiva, dan lugar a condiciones humanas y ambientales que: 1) apoyan los procesos vitales; 2) mantienen las estructuras y funcionamiento humano dentro los límites normales; 3) apoya el desarrollo de acuerdo con el potencial humano; 4) previene las lesiones y los estados patológicos; 5) contribuyen a la regulación o control de los efectos de las lesiones y patología; 6) contribuyen a la curación o regulación de los procesos patológicos; y 7) promueven el bienestar general.

### **Requisitos de autocuidado universal**

Ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

1. El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. El mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.

El mantenimiento del aporte suficiente de agua, aire y alimentos proporciona a los individuos los materiales requeridos para la producción de metabolismo y energía.

4. La provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos. Este requisito debería de asegurar la integridad de estos procesos y su regulación, así como el control efectivo de los materiales eliminados.

5. El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo. Regula los estímulos ambientales, y proporciona variedad, salidas para los intereses y talentos y el sentido de bienestar que se deriva de ello.

6. El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana / social. Proporciona condiciones esenciales para los procesos de desarrollo en los que se adquiere conocimiento, se forman los valores y expectativas, y se logra una sensación de seguridad y realización. La soledad reduce el número de estímulos sociales y de las demandas de interacción social y proporciona condiciones conducentes a la reflexión; los contactos sociales proporcionan oportunidades para el intercambio de ideas y culturas y para la socialización y el logro del potencial humano.

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos. Contribuyen al mantenimiento de la integridad humana y, por lo

tanto, a la promoción efectiva del funcionamiento y desarrollo humanos que a su vez evita el desarrollo de condiciones que constituyen peligros internos para la vida humana y para el funcionamiento y desarrollo. También promueve condiciones que llevan a los individuos a sentir y conocer su individualidad y su globalidad, a la objetividad cognitiva y la libertad y responsabilidad como seres humanos.

8. La promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas, y el deseo humano de ser normal. *Normalidad* se usa en el sentido de lo que es esencialmente humano y lo que está de acuerdo con las características genéticas y constitucionales y los talentos de los individuos.

Estos requisitos representan las clases de acciones humanas que producen las acciones internas y externas que mantiene la estructura y funcionamientos humanos, que su vez apoyan el desarrollo y maduración humanos.

Un aspecto sobre los requisitos de autocuidado es la explicación de la relación entre ellos.

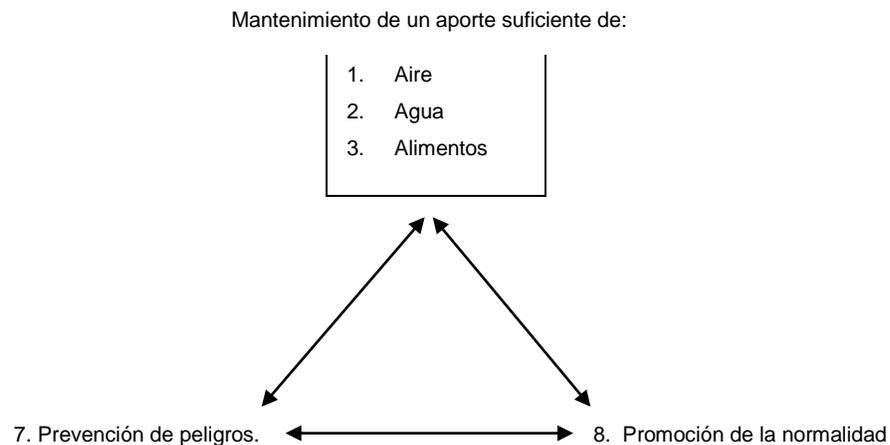


Figura 4. Interacciones de algunos requisitos de autocuidado universal. (Orem 2003).

### Requisitos de autocuidado del desarrollo

Hay dos tipos:

1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano, durante:
  - a) Los estados intrauterinos y el nacimiento
  - b) La etapa neonatal ya sea 1) de término o prematuro y 2) con peso normal o bajo.
  - c) Infancia.
  - d) Etapas de la infancia incluyendo la adolescencia y la entrada a la etapa adulta.
  - e) Etapas de desarrollo de la edad adulta.

Esta categoría de requisitos de autocuidado del desarrollo se articula con cada uno de los ocho requisitos de autocuidado universal, que cuando se satisfacen

adecuadamente, deberían contribuir a la prevención de alteraciones del desarrollo y a promoverlo de acuerdo con el potencial humano.

f) Embarazo en la adolescencia o en la vida adulta.

2. Provisión de cuidado asociado a los afectos de condiciones que puede afectar adversamente el desarrollo humano.

Subtipo 2.1: para prevenir efectos negativos en tales condiciones.

Subtipo 2.2: para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones.

Estas condiciones incluyen:

Deprivación educacional; problemas de adaptación social, fracaso de una individualización saludable; pérdida de familiares, amigos, asociados; pérdida de posesiones / de la seguridad laboral; cambios bruscos de residencia a un entorno desconocido; problemas asociados con la posesión; mala salud o incapacidad; condiciones de vida opresivas; enfermedad terminal y muerte inminente.

### **Agencia de Autocuidado**

Se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros.

*Agencia* son las capacidades de las personas para ocuparse en tipos particulares de acciones para el logro de objetivos..

La agencia de autocuidado es la *compleja capacidad adquirida* de satisfacer los requisitos continuos de *cuidado* de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantiene o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar. La agencia de cuidados de los individuos varía 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 la que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria.

La agencia de autocuidado se considera *ausente* cuando las capacidades para realizar las operaciones de ambas fases del autocuidado no están desarrolladas (esto también es válido para los lactantes). Tal situación debería diferenciarse de aquellas otras en que las capacidades de autocuidado están desarrolladas pero no pueden hacerse operativas en su totalidad o en alguna medida debido a condiciones estructurales o funcionales asociadas con patologías específicas, estados de enfermedad, lesión e incapacidad.

*Personas como agente de autocuidado:* A medida que los individuos se ocupan de su autocuidado, ejercitan agencia sus habilidades desarrolladas y operativas para dirigirse a sí mismos en su localización temporoespacial. El autocuidado se ve afectado no solo por los roles y la posición del individuo dentro de la familia, sino también por su estado de salud.

### **Aprendizaje del autocuidado**

Los requisitos centrales para el autocuidado son el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado

orientadas interna o externamente y el agente de autocuidado está abierto a estos elementos culturales en lo que respecta a la naturaleza de los requisitos de autocuidado conocidos y las formas de satisfacerlos.

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de autocuidado no son innatas, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que se caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo. Los individuos aprenden primero los estándares culturales de la familia, por tanto hay variaciones en las prácticas de autocuidado.

El proceso de aprendizaje incluye el desarrollo gradual por parte del individuo de un repertorio de prácticas de autocuidado y de habilidades relacionadas. Los factores individualizados de la edad, estado de desarrollo y salud generalmente determinan el alcance de las actividades de autocuidado que una persona puede realizar.

### **Limitaciones del autocuidado**

Se expresan en términos de influencias restrictivas en las operaciones de autocuidado. Se han identificado tres clases de restricciones:

- 1- Restricciones de conocimiento: Están asociadas con las experiencias anteriores de los individuos y con lo que está experimentando en el presente. Se divide en tres grupos. El primer grupo indica falta o ausencia del conocimiento requerido. El segundo indica limitaciones para el conocimiento de las limitaciones ambientales y para el conocimiento de uno mismo y del entorno. El tercero indica limitaciones psíquicas y cognitivas para el desarrollo de reflexiones sobre las situaciones, para la búsqueda para adquirir nuevos conocimientos, y para el conocimiento de lo que es básico realizar en las conductas de búsqueda de resultados.
- 2- Restricciones de juicio y toma de decisiones: Están asociadas con la visión que los individuos tiene de sí mismos, sus hábitos de investigación y reflexiones antes de tomar decisiones sobre la acción y deseos de emprender la acción que sea apropiada y beneficiosa y el requisito de conocimiento y habilidades que tengan. Se expresa en tres grupos. Las limitaciones expresadas en el primer y segundo grupo interfieren con el hecho de que los individuos tengan una base de información adecuada para emitir juicio y tomar decisiones. Las limitaciones del tercer grupo indican evitación de la toma de decisiones.
- 3- Restricciones de las acciones para el logro de resultados, tanto en la fase de investigación como en el autocuidado: Están asociados con estado humanos funcionales y con condiciones y circunstancias ambientales. Se identifican cuatro grupos. Los tres primeros expresan ausencia de las condiciones necesarias para el autocuidado. El cuarto grupo está asociado con las condiciones de vida del individuo.

### **La Teoría del Déficit de Autocuidado**

Es el elemento crítico de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

### **Idea central de la teoría**

Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociados con la

subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes para el cuidado regulador de sí mismo o de las personas que dependen de ellos y para ocuparse en el continuo desempeño de las actividades de cuidado para controlar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o de las personas que dependen de ellos.

## **Premisas**

### Primer grupo

1. Ocuparse del autocuidado requiere habilidades para autorregularse en un entorno estable o cambiante.
2. El ocuparse del autocuidado, o del cuidado dependiente, se ve afectado por la valoración de la persona sobre las actividades de cuidado con respecto a la vida, el desarrollo, la salud y el bienestar.
3. La calidad y la globalidad del autocuidado y del cuidado dependiente en las familiar y comunidades se apoya en la cultura.
4. El ocuparse en el autocuidado y el cuidado dependiente se ve afectado, como el ocuparse de las formas de conducta práctica, por las limitaciones de conocimiento de las personas sobre qué hacer y cómo hacerlo.

### Segundo grupo

1. Las sociedades proporcionan formas y medios para ayudar a la personas de acuerdo con la naturaleza y razones de su dependencia.
2. Cuando son institucionalizadas, las operaciones directas de ayuda se convierten en los medios para ayudar a las personas en estado de dependencia social.
3. Las operaciones directas de ayuda de los miembros de grupos sociales pueden clasificarse en aquellas que están asociadas con estados de dependencia relacionados con la edad y las no asociadas a éstos.
4. Los servicios de ayuda directa instituidos en los grupos sociales para proporcionar asistencia a las personas sin tener en cuenta su edad, incluyendo los servicios de salud.
5. La enfermería es uno de los servicios de salud de la civilización occidental.

## **Proposiciones**

1. Las personas que emprenden acciones para proveer su autocuidado o el de las personas dependientes tienen capacidades de acción especializadas.
2. Las habilidades de los individuos para ocuparse del autocuidado o del cuidado dependiente están condicionadas por la edad, etapa de desarrollo, experiencia vital, orientación sociocultural, salud y recursos disponibles.
3. Las relaciones entre las capacidades del individuo para el autocuidado o el cuidado dependiente puede ser determinada cuando se conoce el valor de cada uno.
4. La relación entre las habilidades de cuidado y de las demandas de cuidado pueden definirse en términos de *iguales que, menores que o mayores que*.

5. La enfermería es un servicio legítimo cuando: 1) las habilidades de cuidados son menores que las requeridas para satisfacer una demanda de autocuidado; 2) las habilidades de autocuidado o de cuidado dependiente exceden o son iguales a las requeridas para satisfacer la demanda de autocuidado actual.
6. Las personas con déficit de autocuidado actuales o potenciales están o se espera que estén en estado de dependencia social que legitima una relación de enfermería.

### **Déficit de Autocuidado**

Es la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de cuidado 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.

Los déficits de autocuidado se identifican como completos o parciales. Un déficit *completo* significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico y un déficit *parcial* puede ser completo o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de cuidado terapéutico.

Condiciones que evidencian un déficit de autocuidado:

1. Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o falta de adecuación de los 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 conducta.
4. Limitaciones para el juicio y la toma de decisiones asociada con la falta de conocimiento y la familiaridad con las condiciones internas y externas.
5. Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado.
6. Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.

### **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**

Estos requisitos existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tiene formas específicas de patología, incluyendo defectos o capacidades, y que están bajo diagnóstico y tratamiento médicos. Los cambios obvios en la estructura humana, en el funcionamiento físico o en la conducta y hábitos de la vida diaria, centran la atención de sí misma.

Los requisitos de autocuidado surgen no sólo en la enfermedad, sino también de las medidas de cuidados médicos prescritas o realizadas por los médicos que pueden modificar la estructura o requerir modificaciones de conducta.

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

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en el caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas a acontecimientos y estados humanos patológicos, o psicológicas que están asociadas a patología humana.

2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigidas a prevenir tipos específicos de patología, a la corrección de deformidades o anomalías o a la compensación de incapacidades.
4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritas por el médico que producen malestar o deterioro.
5. Modificar el autoconcepto para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitada de formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos, los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal.

### **Demanda de Autocuidado Terapéutico**

Es un cálculo en un momento específico de grupos de acciones que se cree que tiene validez y fiabilidad en el control de los factores que afectan al funcionamiento y desarrollo humanos. El cálculo está basado en los datos sobre los individuos y sus situaciones vitales. El control de estos factores significa mantenerlos en niveles que estén dentro de la gama de lo que es compatibilidad con la vida, el desarrollo, la salud y el bienestar humanos.

### **Factores básicos condicionantes y demanda de autocuidado terapéutico**

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 autocuidado requeridos.

- 1) Edad.
- 2) Sexo.
- 3) Estado de desarrollo.
- 4) Estado actual.
- 5) Orientación sociocultural.
- 6) Factores del sistema de cuidados de salud; p.eg, diagnóstico y tratamiento médico.
- 7) Factores del sistema familiar.
- 8) Patrón de vida, incluyendo las actividades en las que se ocupa regularmente.
- 9) Factores ambientales.
- 10) Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los factores identificados condicionan de diversas maneras las demandas de autocuidado terapéuticos algunos como 1, 2 y 3 así como factores del entorno físico, afectan el grado en que debería satisfacerse un requisito de autocuidado universal o del desarrollo.

Los factores básicos condicionantes de los patrones de vida, orientaciones socioculturales, y factores del entorno social afectan las demandas de autocuidado terapéutico de los individuo, en gran parte limitando los requisitos de autocuidado o los medios para satisfacerlos que serán aceptados y admitidos como

componentes constituyentes de las demandas de autocuidado terapéutico de las personas.

Las orientaciones socioculturales de las personas respecto a la salud y su cuidado, las medidas de cuidado prescritas por su cultura, y las medidas de cuidado de las familias, aceptarán o no, todas las condiciones que serán, o no, admitidas en las demandas de autocuidado terapéutico de los miembros de la familia.

### **Agencia de Cuidado Dependiente**

Es la capacidad compleja, adquirida, de las personas maduras o en proceso de maduración para conocer y satisfacer alguno o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas o adolescentes que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud.

Con respecto a los lactantes y niños es la compleja habilidad de incorporar el conocimiento y satisfacción de los requerimientos de autocuidado de desviación de la salud de los lactantes y los niños, así como hacer los ajustes necesarios en los requisitos de autocuidado del tipo universal y del desarrollo en los sistemas continuos del cuidado del lactante y del niño y de las actividades de los padres.

Se desarrolla para satisfacer las necesidades conocidas existentes y, a veces, en proceso de aparición, de las personas a las que hay que ayudar o cuidar.

### **La Teoría del Sistema de Enfermería**

Es el componente organizativo esencial de la teoría del déficit de autocuidado.

### **Idea central de la teoría**

Todos los sistemas de acción práctica que son sistemas de enfermería son formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado con las personas con déficit derivados de su salud o asociados con ella para la producción de cuidados continuados, efectivos y completos para sí mismas o para las personas que dependen de ellas a fin de asegurar que las demandas de autocuidado terapéutico son conocidas o satisfechas.

### **Premisas**

1. La enfermería son los esfuerzos prácticos que realizan las enfermeras durante cierto tiempo para personas en localizaciones temporoespaciales determinadas.
2. La enfermería es un servicio humano de salud institucionalizado, con una competencia y unos límites definidos por la propia finalidad.

### **Proposiciones**

1. Las enfermeras se relacionan e interactúan con personas que ocupan la posición de pacientes de las enfermeras.
2. Los pacientes legítimos tienen requisitos de autocuidado existentes o potenciales.
3. Los pacientes legítimos tienen déficit existentes o potenciales para cubrir sus propios requisitos de autocuidado.

4. Las enfermeras determinan los valores actuales y cambiantes de los requisitos del paciente, seleccionan los procesos o tecnologías válidas y fidedignas y formulan los cursos de acción necesarios.
5. Las enfermeras determinan los valores actuales y cambiantes de las habilidades del paciente para satisfacer sus requisitos de autocuidado.
6. Las enfermeras determinan el potencial de los pacientes para: 1) no ocuparse del autocuidado con propósitos terapéuticos; o 2) desarrollar o refinar las habilidades para ocuparse en el autocuidado ahora o en el futuro.
7. Las acciones de las enfermeras y de los pacientes que regulan las capacidades de autocuidado y satisfacen las necesidades de autocuidado del paciente, constituyen sistemas de enfermería.

### **Agencia de Enfermería**

Las enfermeras están caracterizadas por la propiedad de la agencia de enfermería para las personas con déficit de autocuidado derivados de la salud o asociados a la misma y para ayudar a las personas con déficit de autocuidado dependiente.

Agencia de enfermería es un complejo número de cualidades de una persona, adquiridas mediante el estudio especializado y mediante experiencias de situaciones de enfermería en el mundo real. Este conjunto de cualidades permite que la persona ayude a otros:

- a) En el ejercicio inmediato de la agencia de autocuidado, en su desarrollo inicial o continuado, o en hacer transformaciones en la misma.
- b) Determinando las partes constituyentes de la demanda de autocuidado terapéutico y las relaciones esenciales entre las partes, y manteniendo la demanda de autocuidado terapéutico ajustada a los cambios en la persona, o en el entorno.
- c) Evaluando las características del sistema/s de autocuidado de los individuos respecto a su adecuación en relación con la demanda de autocuidado terapéutico objetivamente establecida.
- d) Diseñando y ayudando a la instauración y manejo de los sistemas de autocuidado que relacionan diversas habilidades de la agencia de autocuidado con parte, o la totalidad, de la demanda de autocuidado, y
- e) Diseñando y proporcionando sistemas de ayuda que sustituyan la ausencia parcial o total de la agencia de autocuidado.

Las características de la agencia de enfermería en un momento dado son el resultado de ciertos factores capacitantes y limitantes relacionados con la edad y madurez de la enfermera, el grado de desarrollo y perfección del arte de enfermería, el conocimiento estructurado de enfermería, el estado de salud y las condiciones en las que la enfermera ejerce la agencia de enfermería.

El **arte** de la enfermería es el carácter de las enfermeras individuales que les permite hacer investigaciones creativas y análisis y síntesis de las variables y factores condicionantes dentro de las situaciones de enfermería para trabajar hacia el objetivo de producir sistemas efectivos de asistencia de enfermería para los individuos o unidades multipersonales.

La **prudencia de la enfermería** es la cualidad que les permite: 1) buscar o aceptar consejo en situaciones nuevas difíciles; 2) hacer juicios correctos sobre

qué hacer y qué evitar cuando prevalecen determinadas condiciones o se desarrollan súbitamente en situaciones de enfermería; 3) decidir actuar de una manera determinada y 4) emprender la acción.

Los factores personales que ayudan a describir a la enfermera incluyen: 1) edad, sexo, raza y características físicas y constitucionales; 2) estado de salud, situación socioeconómica, cultural y roles en la familia y en la comunidad; 3) madurez como persona. Estos factores personales son los que más probablemente influirán en la relación de la enfermera con los pacientes. Por lo tanto se requiere de la habilidad de *socialización* porque las enfermeras y los pacientes generalmente son desconocidos y deben entrar en una relación de ayuda.

Las habilidades y limitaciones de la enfermería para diseñar, proporcionar y gobernar los cuidados de enfermería en cualquier momento parten de la educación inicial, experiencia, educación continuada y habilidades de enfermería desarrolladas. Ninguna enfermera puede ser experta en todos los tipos de situaciones. Determinadas situaciones requieren conocimientos y habilidades específicos y algunas situaciones requieren un profundo conocimiento de diversas áreas.<sup>8</sup>

## 5.4 Método Enfermero

### El proceso de cuidar y su instrumento metodológico

El ejercicio profesional de la enfermería requiere de un instrumento metodológico que nos ayude a llevar a cabo el proceso de cuidar, ordenando y cohesionando las acciones.

Proceso se refiere a: Sucesión de acciones. Dirección hacia delante de las acciones. Acciones que quedarán vinculadas entre sí por el objetivo que persiguen. Acciones que pueden no tener fin. Acciones de pensar y acciones de ejecutar.

### El pensamiento enfermero

S. K rouac afirma que: "La manera particular con la que las enfermeras abordan la relaci3n entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno permite clarificar el campo de la disciplina enfermera". El pensamiento enfermero pone de manifiesto la necesidad de un abordaje desde distintas ideas, emociones y percepciones, exigiendo lo que R. Alfaro califica como un pensamiento crítico. El pensamiento crítico es la clave para la resoluci3n de problemas".

### Características del pensamiento crítico.

- ⊗ Es un pensamiento deliberado dirigido a un objetivo.
- ⊗ Es un pensamiento que persigue emitir juicios basados en evidencias y no en conjeturas.
- ⊗ Es un pensamiento basado en principios de la ciencia y el método científico.

---

<sup>8</sup> Orem E. (Trad. Luis M.) Modelo de Orem: Conceptos de la enfermería práctica. Barcelona: Masson- Salvat; 1993.

- ∅ Es un pensamiento que requiere de estrategias que maximicen el potencial humano y compensen los problemas causados por la naturaleza humana.

El proceso de cuidar en enfermería quedaría definido como el ejercicio de las posibilidades o facultades propias de la profesión de enfermería. Significa una forma de pensar propia en torno al ser humano, a su salud, al entorno y al cuidado, y una forma de hacer condicionada por los resultados de la acción de pensar. Este compromiso alcanza al desarrollo disciplinar por cuanto que se hace necesario: 1) Definir qué son y cómo son esas acciones de cuidados que encierra el proceso de cuidar. 2) Establecer la relación entre dichos cuidados y la especificidad de la acción profesional de las enfermeras. 3) Identificar, describir y analizar un instrumento que haga posible el proceso de cuidar profesionalmente.

La enfermera profesional, responsabilizada del proceso de cuidar, debe estar capacitada para llevar a cabo una serie de actividades: 1) Identificar la necesidad del cuidado considerando las variables individuales, grupales y culturales que modifican esta necesidad. 2) Identificar el tipo de cuidado requerido para dar respuesta a esa necesidad detectada. 3) Identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado. 4) Identificar el tipo de cuidado requerido para dar respuesta a esa necesidad detectada. 5) Identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado.

La necesidad de utilizar un instrumento metodológico para llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería queda justificada en el mismo momento en que Florence Nightingale (6) pone de manifiesto la importancia que tiene dejar plasmadas las acciones llevadas a cabo por las enfermeras. Cuantificar los resultados obtenidos con nuestras actuaciones y diseñar y modificar las “formas de hacer”. El proceso enfermero es esencialmente necesario para: Mejorar la calidad de la atención prestada, satisfacer plenamente las exigencias que la ley reclama del sistema sanitario y conseguir el desarrollo profesional y el crecimiento disciplinar.

### **Antecedentes del proceso enfermero**

Antes de que se desarrollara el proceso de enfermería, las enfermeras tenían tendencia a prestar la asistencia basándose en las órdenes redactadas por los médicos y que se centraban en los procesos patológicos específicos más que en la persona que estaba siendo asistida. El cuidado de enfermería que se prestaba con independencia del médico se guiaba frecuentemente por la intuición y la experiencia más que por un método científico.<sup>6</sup>

La búsqueda de un instrumento para prestar cuidados es un objetivo prioritario en el desarrollo de la enfermería como disciplina científica desde Florence Nightingale hasta la actualidad. El instrumento que buscamos ha de permitirnos la aproximación al lenguaje de otras disciplinas científicas y a la vez garantizarnos el registro de la información haciendo posible la evaluación del proceso seguido y generando conocimiento.

El proceso de cuidados enfermero se inicia cuando:

- ∅ Las enfermeras comienzan a considerar la actividad que realizan como actividad profesional.

⊗ Las enfermeras ven la necesidad de desarrollar el cuerpo de conocimientos específico y quieren transformar lo que hasta aquel momento era tan sólo conocimiento común en conocimiento científico.

El proceso enfermero se entendió como el elemento diferenciador de los profesionales de enfermería respecto al resto de los profesionales que componen los equipos de atención. Este instrumento nos permitiría identificar la actividad enfermera como una actividad autónoma y de carácter profesional marcando nuestro campo específico dentro de la atención sanitaria.

Por lo tanto el proceso de atención de enfermería o proceso enfermero no es más que la aplicación de método científico al proceso de cuidar en enfermería.

Su desconocimiento acerca del uso y funcionamiento hará que se pierda su utilidad, puesto que dificultará la secuenciación y ordenación y en consecuencia dejará de ser el instrumento adecuado para llevar a cabo el proceso de cuidar en enfermería.

### **Definición de proceso enfermero**

El término *proceso de enfermería* y el método de trabajo que implica son relativamente nuevos. En 1955, Hall creó el término, y Johnson (1959), Orlando (1961), y Wieden-bach (1963) fueron de las primeras que lo utilizaron para referirse a una serie de fases que describen el proceso de enfermería. Desde entonces, varias enfermeras han descrito el proceso de enfermería y han organizado las fases de distinta manera<sup>6</sup>. Algunas definiciones del concepto son incompletas para el propósito tan amplio que éste tiene, algunas omiten acciones y otras agregan entidades, pero todas con el propósito de definir y delimitar el método científico que a enfermería corresponde.

Algunos autores son: J. M. Deiminger, M. T. Fehlau, J. Kneedler, J. Kneedler, Yura, Walsh, J. Jara, A. Griffin, R. Alfaro, M. E. Murray, L. D. Atkinson, M. Phaneuf, A. Benavent, R. Camaño y A. Cuesta.

Entre las definiciones más aceptadas están:

“Es una serie diseñada de acciones encaminadas a conseguir los objetivos de enfermería, mantener el bienestar del cliente y, si cambia su estado de salud, darle la cantidad y calidad de cuidados de enfermería que mejoren su situación para devolverle el bienestar. Si este bienestar no puede ser conseguido, el proceso enfermero contribuirá a la calidad de vida del cliente, aplicando al máximo sus recursos” (Yura y Walsh).

“una trayectoria progresiva” que contiene tres dimensiones: “propósito (dotar a la enfermera de una estructura para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto), organización (es la estructura que tiene el proceso enfermero en la que podemos ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases) y flexibilidad (permite ser utilizado cuando el sujeto de los cuidados es una persona o cuando es una comunidad, siéndonos útil para la prestación de cuidados en todos los niveles de salud) (A. Griffin).

“Básicamente, el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales. Consta de cinco etapas —valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (R. Alfaro).

“El proceso enfermero es el instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar con método adaptándonos a cada sujeto (entendido como individuo o como grupo), generando una información básica para la investigación en enfermería” (A. Benavent, R. Camaño y A. Cuesta).

El uso del proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973, cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la *Standards of Nursing Practice*, que describen las cinco fases del proceso de enfermería.<sup>6</sup>

#### **Características del proceso enfermero:**

- ⊗ Es sistemático, no deja nada al azar.
- ⊗ Es dinámico, permanece en continuo cambio.
- ⊗ Es interactivo, permite la colaboración constante entre enfermera y cliente.
- ⊗ Es flexible, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.
- ⊗ Requiere de un modelo conceptual que le dé sentido.
- ⊗ Se orienta a unos objetivos claros y precisos.
- ⊗ Es un elemento esencial para la historia de salud de los sujetos de cuidados.

El proceso enfermero es necesario para:

- ⊗ Mejorar la calidad de la atención prestada.
- ⊗ Satisfacer plenamente las exigencias que la ley reclama del sistema sanitario.
- ⊗ Conseguir el desarrollo profesional y el crecimiento disciplinar.

#### **Ventajas del proceso enfermero:**

- ⊗ Mejora la calidad en la prestación de cuidados, ya que permite la consideración del sujeto desde su totalidad e individualidad.
- ⊗ Ayudará a conseguir la autonomía como profesional.
- ⊗ Favorecerá la investigación, y
- ⊗ Posibilita una comunicación efectiva entre profesionales.

#### **Componentes del Proceso de Enfermería**

La configuración del proceso en etapas se inicia en torno al año 1955 cuando Lydia Hall describe el proceso como “un proceso en partes”. A partir de este momento comienzan a aparecer diversas propuestas de división del proceso enfermero en etapas que van evolucionando

El proceso de enfermería se compone de cinco fases: la valoración, el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación. Las cinco fases del proceso de

enfermería no son entidades separadas sino yuxtapuestas. Cada fase del proceso de enfermería afecta a las otras.<sup>9</sup>

## Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recogida, organización y validación de los datos. Debe realizarse antes de que pueda hacerse un diagnóstico de enfermería.

En *Nursing: A Social Policy Statement* la American Nurses Association afirma que la enfermería es “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de la salud reales o potenciales”. Así, la finalidad de la valoración es crear una base de datos sobre la *respuesta* de un cliente ante la salud o la enfermedad, con el fin de conocer los cuidados de enfermería que necesita el cliente.

Las respuestas del cliente comprenden aspectos sobre la vida diaria, la salud, y sobre aspectos biofísicos, emocionales, socioeconómicos, culturales y espirituales. A diferencia de otros profesionales de la salud, la enfermera se interesa por las necesidades humanas que afectan a la totalidad de la persona más que por un problema aislado

Hay cuatro clases distintas de valoración: valoración inicial, valoración focalizada, valoración de urgencia, y valoración después de un tiempo (cuadro 2). Estas clases varían según su finalidad, oportunidad, tiempo disponible y estado del cliente.

### Métodos de valoración

Los principales métodos empleados para la valoración del cliente son la observación, las entrevistas y las exploraciones.

### La Observación

Es reunir datos utilizando los cinco sentidos. La observación es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla solamente con un esfuerzo y un método organizado. Tiene dos aspectos: a) reconocer los estímulos y b) seleccionar, organizar e interpretar los datos.

Como la observación comprende la selección, organización e interpretación de los datos, se pueden producir errores. Por otro lado las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante (cuadro 3).

---

<sup>9</sup> Bernavent M A, Francisco del Rey C, Ferrer E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. Madrid: DAE; 2002 p. 217-38.

Cuadro 2 Clases de valoración. Kozier, B. et al. (1999).

<b>Tipo</b>	<b>Momento de ejecución</b>	<b>Propósito</b>	<b>Ejemplo</b>
Valoración inicial	Realizado en el plazo especificado después del ingreso en un centro de asistencia sanitaria.	Establecer una base de datos completa para identificar el problema, las referencias y las futuras comparaciones.	Valoración de enfermería al Ingreso.
Valoración focalizada.	Proceso progresivo integrado durante los cuidados enfermeros.	Determinar el estado de un problema específico identificado en la valoración anterior.  Identificar problemas nuevos o que pasaron desapercibidos.	Valoración horaria de la toma de líquidos y de la diuresis en una UCI.  Valoración de la capacidad del cliente para cuidar de sí mismo, mientras se le ayuda a bañarse.
Valoración urgente.	Durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del Cliente	Identificar problemas que amenazan la vida.	Valoración rápida de las vías respiratorias de una persona; estado de la respiración y la circulación durante una parada cardiaca.
Valoración después de un Tiempo.	Varios meses después del estudio inicial.	Comparar la evolución del cliente con los datos básales obtenidos anteriormente.	Nueva valoración del estado funcional del cliente en su domicilio o fuera del hospital.

Cuadro 3 Aptitudes para la observación. Kozier, B. et al. (1999).

<b>Sentido</b>	<b>Ejemplo de datos del cliente</b>
Visión	Aspecto general (dimensiones corporales, peso total, postura, grado de aseo personal); signos de malestar, de aflicción o tensión emocional; mímica facial y corporal; coloración y lesiones de la piel, alteraciones de los movimientos; elementos no verbales de la conducta (p. ej., signos de irritación o ansiedad); objetos religiosos o culturales (p. ej., libros, iconos, velas, rosarios).
Olfacción	Olores corporales o del aliento.
Audición	Ruidos respiratorios y tonos cardíacos; facilidad para comunicarse; lenguaje hablado; capacidad para iniciar una conversación; para responder al hablar con otros; orientación en el tiempo, el espacio, y sobre sí mismo; ideas y opiniones acerca de uno mismo, de los demás y del estado de salud.
Tacto	Temperatura y humedad de la piel; fuerza muscular (p. ej., para apretar la mano), frecuencia, ritmo y volumen del pulso; lesiones palpables (p.ej., abultamientos, masas, nódulos).

## La Entrevista

Una **entrevista** es una comunicación programada o una conversación que se realiza con el propósito de dar información, de identificar problemas o preocupaciones mutuas, para evaluar un cambio, enseñar, dar apoyo o proporcionar asesoramiento o tratamiento.

Hay dos sistemas de entrevista: el dirigido y el no dirigido.

La **entrevista dirigida** está muy estructurada y proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y dirige la misma, haciendo preguntas cerradas que buscan un número específico de datos. A menudo, las enfermeras utilizan la entrevista dirigida para recoger y dar información en un período limitado de tiempo (p. ej., en una situación de urgencia). Durante la **entrevista no dirigida**, o entrevista para “crear una relación de compenetración” (es el entendimiento entre dos a más personas). La enfermera incita a la conversación haciendo preguntas abiertas y dando respuestas afectivas. Las enfermeras utilizan la entrevista no dirigida para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

A menudo es conveniente emplear conjuntamente los métodos dirigido y no dirigido para reunir la información.

### Clases de preguntas en la entrevista.

Las **preguntas cerradas**, usadas en la entrevista dirigida, son restrictivas y generalmente sólo requieren respuestas cortas para obtener datos específicos. Así la cantidad de información que se consigue suele ser limitada. Es frecuente que las preguntas cerradas comiencen por “cuándo”, “dónde”, “quién”, “qué”, “hace (hacia, hacen)”, “es (son, era)” y algunas veces “cómo”.

Las **preguntas abiertas**, propias de la entrevista no dirigida, invitan al cliente a descubrir y a profundizar (elaborar, aclarar o ilustrar) en sus ideas y sentimientos. Permiten al cliente comentar sólo los hechos que desea revelar. Las respuestas también pueden sugerir actitudes y creencias del cliente.

La clase de pregunta que elige una enfermera depende de las necesidades del cliente en ese momento.

Una **pregunta neutra** es una pregunta que el cliente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta.

Una **pregunta inductora** orienta la respuesta del cliente. El enunciado de la pregunta sugiere la respuesta que se va a dar y no le permite al cliente decidir si la respuesta es verídica o no. Estas preguntas son problemáticas si el cliente, con el afán de agradar a la enfermera, responde de forma imprecisa.

Cada entrevista y su contexto están influidos por a) el tiempo, b) el lugar y c) la disposición de los asientos.

**a) Tiempo:** Las enfermeras deben programar las entrevistas de los clientes hospitalizados cuando esos clientes están bien físicamente y no tienen dolores, sabiendo que no habrá interrupciones por parte de los amigos, la familia y otros profesionales sanitarios, o que éstas serán mínimas.

- b) Lugar:** El lugar de la entrevista debe tener la intimidad adecuada para fomentar la comunicación. Una habitación bien iluminada, bien ventilada, de tamaño mediano, sin ruidos, movimientos, ni interrupciones favorece la comunicación. Es deseable un lugar donde los demás no puedan oír ni ver al cliente.
- c) Disposición de los asientos:** Si los asientos se disponen de forma que las partes utilicen dos sillas situadas en ángulo recto junto a un escritorio o una mesa, o separadas por unos centímetros, sin mesa alguna en medio, se crea una atmósfera menos formal, y la enfermera y el cliente tienden a sentirse en igualdad de condiciones. Al entrevistar a un cliente encamado, la enfermera puede situarse en ángulo de 45 grados con respecto a él.

**Distancia:** La mayoría de la gente se siente cómoda manteniendo una distancia de 90 a 122 cm durante una entrevista. La conversación a una distancia mayor que ésta tiende a ser más impersonal, y puede dar a entender una falta de implicación por parte de la enfermera. Algunos clientes necesitan más o menos espacio personal, dependiendo de sus necesidades culturales y personales. La altura también afecta a la comunicación. Si la enfermera permanece de pie y mirando hacia abajo al cliente, se arriesga a intimidar a éste y puede tener la impresión de que la enfermera se encuentra en una posición social de superioridad.

**Etapas de una entrevista.** Una entrevista tiene tres etapas principales: el comienzo o introducción, el tema o idea principal, y la finalización.

**El comienzo:** Es un proceso que consta de dos pasos: la creación de una relación de compenetración y la orientación del entrevistado. Para conseguir una relación de compenetración es preciso que exista buena voluntad y confianza. Puede empezarse por un saludo o una presentación. La enfermera debe tener cuidado de no excederse en esta etapa. En la etapa de orientación, la enfermera explica la finalidad y la naturaleza de la entrevista; por ejemplo, la información que se necesita, el tiempo que se tardará y lo que se espera del cliente. La enfermera suele informar al cliente sobre su derecho a no aportar datos y la forma en que se empleará la información.

**El tema principal:** Al abordar el tema principal de la entrevista, el cliente transmite lo que piensa, siente, sabe y percibe en respuesta a las preguntas de la enfermera. Es preciso que la enfermera utilice técnicas de comunicación que permitan a las dos partes sentirse cómodas y servir al propósito de la entrevista.

**La finalización:** La enfermera termina normalmente la entrevista cuando se ha obtenido la información necesaria. La conclusión de la entrevista es importante para mantener la relación de compromiso y confianza creada durante la misma y para facilitar los contactos futuros.

Cuadro 4. Aspectos de la comunicación durante la entrevista. Kozier, B. et al. (1999).

<b>Aspectos de la comunicación durante la entrevista</b>	
⊗	Escuchar atentamente, usando todos los sentidos, y hablar con lentitud y claridad.
⊗	Usar un lenguaje que sea fácil de entender por el cliente, y aclarar los puntos que no comprenda, por ejemplo, pedir a la persona que diga lo que significa una de las palabras utilizadas.
⊗	Programar las preguntas para que tengan una relación lógica.
⊗	Hacer sólo una pregunta cada vez. Las preguntas dobles obligan al paciente a elegir una y pueden confundir a ambos: a la enfermera y al cliente.
⊗	Dejar que el cliente tenga la oportunidad de considerar las cosas de la forma que le parezca y no como las consideraría la enfermera u otra persona.
⊗	No imponer los valores propios al cliente.
⊗	Evitar el empleo de ejemplos personales, como decir: "Si yo estuviera en su lugar..."
⊗	Transmitir respeto, preocupación, interés y aceptación, sin necesidad de acudir al uso de la palabra.
⊗	Utilizar deliberadamente el silencio para ayudar al cliente a encontrar más pensamientos o a ordenarlos mejor.
⊗	Utilizar el contacto visual y tener calma, no apresurarse y ser afable.

## **La Exploración**

Es un método sistemático de recogida de datos que utiliza las capacidades de observación (vista, oído, olfato y tacto) para descubrir los problemas de salud. Para llevar a cabo la exploración, la enfermera utiliza los métodos de: inspección, auscultación, palpación y percusión.

La exploración física se lleva a cabo de forma sistemática. Puede hacerse siguiendo el orden que prefiera quien la realiza, bien explorando de la cabeza a los pies o haciéndolo por aparatos/sistemas. La enfermera que utiliza el método **cefalocaudal** comienza el estudio por la cabeza, continúa por el cuello, tórax, abdomen y extremidades y termina en los dedos de los pies. La enfermera que sigue el método **por aparatos** estudia cada aparato por separado, o sea, el aparato respiratorio, el aparato circulatorio, el sistema nervioso, etc. Durante la exploración física, la enfermera estudia todas las partes del cuerpo y compara los hallazgos de cada lado del cuerpo.

Por otra parte en vez de hacer una exploración completa, la enfermera puede centrarse en un área. Una **exploración de detección selectiva** también llamada revisión por aparatos, es un breve repaso del funcionamiento esencial de varias partes o sistemas del cuerpo.

## **El Proceso de Valoración**

El proceso de valoración incluye cuatro actuaciones estrechamente relacionadas:

1. Recogida de datos.
2. Organización de datos.
3. Validación de los datos.
4. Registro de los datos.

### **1. Recogida de datos**

Consiste en reunir la información sobre el estado de salud de un cliente.

Una **base de datos** es toda la información que se dispone de un cliente; comprende la historia y la exploración física de enfermería, la historia clínica y exploración física realizadas por el médico, los resultados de laboratorio y las

pruebas diagnósticas complementarias, así como los datos aportados por otros miembros del personal sanitario. Los datos del cliente deben incluir la historia anterior además de los problemas actuales. Las intervenciones quirúrgicas previas, los tratamientos de curandería y las enfermedades crónicas son datos de la historia anterior. Los datos actuales se refieren a las circunstancias presentes, tales como dolor, náuseas y ritmo del sueño y las prácticas religiosas.

**Clases de datos.** Los datos pueden ser subjetivos u objetivos. Los **datos subjetivos**, conocidos como síntomas o datos “no visibles”, son evidentes sólo para la persona afectada y únicamente puede describirlos o verificarlos esa persona. Entre ellos están las sensaciones, los sentimientos, valores, creencias, actitudes y percepciones sobre el estado de salud y la situación de la vida del cliente. Los **datos objetivos**, llamados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador o pueden compararse con alguna norma aceptada. Se pueden ver, oír, sentir u oler, y se obtienen mediante la observación o la exploración física. Una base de datos objetivos y subjetivos que esté completa permite comparar las reacciones del cliente a las actuaciones médicas y de enfermería.

**Fuentes de los datos** Las fuentes de los datos son *primarias* o *secundarias*. El cliente es la primera fuente de información. Los miembros de la familia o las demás personas que le apoyan, otros profesionales de la salud, los registros e informes, los datos de laboratorio y de diagnóstico y las publicaciones pertinentes son fuentes secundarias o indirectas. Las fuentes secundarias aportan datos que complementan y dan valor a los datos obtenidos del cliente.

**El cliente.** La mejor fuente de información es normalmente el cliente, siempre que no esté demasiado enfermo, ni sea demasiado joven o tenga demasiada confusión mental para comunicarse con claridad. El cliente generalmente puede aportar datos subjetivos que nadie más puede ofrecer.

**Personas de apoyo.** Es frecuente que los miembros de la familia, las amistades y quienes cuidan y conocen bien al cliente puedan complementar o demostrar los datos aportados por él.

**Registros del cliente.** Los registros del cliente comprenden los datos documentados por varios profesionales de la salud. Los registros del cliente también contienen informes relativos a la ocupación de éste, su religión y su estado civil.

**Publicaciones.** La revisión de la literatura sobre enfermería y las publicaciones relacionadas, como son las revistas profesionales y los textos de consulta, pueden aportar otros informes para la base de datos.

## 2. Organización de datos

Para la obtención sistemática de datos, la enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, conocido habitualmente como *historia de enfermería o valoración de enfermería*.

Hay muchos **modelos** o esquemas disponibles para la recogida y el registro sistemáticos de los datos. El esquema se puede modificar de acuerdo con el estado físico del cliente.

### **Modelos conceptuales de enfermería.**

La mayoría de las escuelas de enfermería y los centros de atención sanitaria han desarrollado sus propios instrumentos de valoración estructurada. Muchos de ellos están basados en ciertas teorías de enfermería. Tres ejemplos de estos son: el esquema de patrones funcionales de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy .

Gordon (1987) elaboró un esquema con 11 patrones funcionales de la salud. Gordon emplea la palabra *patrón* para referirse a una secuencia de comportamientos. La enfermera recoge los datos sobre los comportamientos que funcionan bien y los que funcionan mal.

Orem (1991) define ocho requisitos universales de auto-cuidado de los seres humanos.

Roy (1984) describe los datos que deben ser recogidos de acuerdo con su modelo de adaptación y clasifica el comportamiento observable en cuatro grupos: fisiológicos, del concepto de sí mismo, de desempeño de una función, y de interdependencia.

El esquema de la persona como unidad, creado por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 1989) califica a cada persona de acuerdo con una estructura peculiar de nueve “patrones de respuesta humana” que reflejan a la totalidad de la persona en su relación con el ambiente.

**Modelos de bienestar.** Las enfermeras emplean modelos sobre el bienestar para ayudar a los clientes a reconocer los riesgos para la salud y para profundizar en los hábitos de vida y en su conducta hacia la salud, en las ideas, valores y actitudes que influyen en el grado de bienestar.

**Modelos ajenos a la enfermería.** Las teorías y los modelos de otras disciplinas también pueden servir para organizar los datos.

**Modelo de sistemas corporales.** El modelo de exploración por aparatos/sistemas corporales de los médicos se centra en las alteraciones de los siguientes sistemas:

Sistema cutáneo, aparato respiratorio, sistema cardiovascular, sistema nervioso, sistema musculo-esquelético, aparato digestivo, sistema genitourinario, sistema reproductor.

**Jerarquía de necesidades de Maslow.** La jerarquía de necesidades de Maslow reúne datos relativos a los siguientes aspectos:

- ⊗ Necesidades fisiológicas (necesidades para sobrevivir).
- ⊗ Necesidades de seguridad e inocuidad.
- ⊗ Necesidades de amor y de pertenencia.

- ⊗ Necesidad de autoestima.
- ⊗ Necesidades de autorrealización.

**Teorías del desarrollo.** En determinadas situaciones, la enfermera puede aplicar ciertas teorías sobre el desarrollo físico, psicosocial, cognoscitivo y moral. Por ejemplo:

- ⊗ Los períodos de edad y las tareas exigidas durante el desarrollo de Havighurst.
- ⊗ Las cinco etapas del desarrollo de Freud.
- ⊗ Las ocho etapas del desarrollo de Erikson.
- ⊗ Las fases del desarrollo cognoscitivo de Piaget.
- ⊗ Las etapas del desarrollo moral de Kohlberg.

### 3. Validación de los datos

La **validación** consiste en un “doble examen” o inspección de los datos (indicios) para confirmar que son exactos y objetivos. La validación de los datos permite a la enfermera:

- ⊗ Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- ⊗ Asegurarse de que los datos objetivos y los subjetivos relacionados son coherentes.
- ⊗ Obtener información adicional que puede haber pasado desapercibida.
- ⊗ Distinguir entre indicios y deducciones.
- ⊗ Evitar conclusiones precipitadas y toma una dirección equivocada al identificar los problemas

Los **indicios** son datos subjetivos u objetivos que pueden ser observados directamente por la enfermera; o sea, lo que el cliente dice o lo que la enfermera puede ver, oír, sentir, oler o medir. Las **deducciones** son las conclusiones o interpretaciones de la enfermera sobre los indicios (p. ej., una enfermera observa como indicio que una herida está roja, caliente e inflamada; la enfermera deduce entonces que la herida está infectada).

Para recoger los datos de forma precisa, las enfermeras deben tener en cuenta sus propios prejuicios, valores y creencias, y separar los hechos de las deducciones, interpretaciones y suposiciones.

Para elaborar una base de datos exacta y evitar las conclusiones prematuras, las enfermeras deben verificar las suposiciones relativas al comportamiento físico o emocional del cliente.

### 4. Registro de los datos

Para finalizar la fase de valoración, la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del cliente. Los datos se recogen de forma objetiva y la enfermera no los interpreta. Ejemplo, la enfermera registra lo que el cliente ha desayunado “café: 240 ml, zumo: 120 ml, 1 huevo y una tostada”; mejor que decir: “tiene buen

apetito” (que es un juicio). Para que la exactitud sea mayor lo mejor es que la enfermera registre los datos subjetivos utilizando las propias palabras del cliente.<sup>10</sup>

## El Diagnóstico Enfermero

“El peligro de los diagnósticos enfermeros es que pueden llegar a tecnificar el cuidado privándolo de una perspectiva única, integrada y holística” (Guirao, J. 2001)

El diagnóstico enfermero surge de la necesidad de etiquetar las respuestas que las enfermeras identifican y tratan. Durante la valoración se recogen datos sobre el estado de salud de la persona que serán analizados y nos permitirán identificar los problemas y comenzar a aplicar los cuidados enfermeros adecuados para cada problema.

Definición etimológica de diagnóstico es una palabra que proviene del *Díagignoskein*, es decir, "distinguir" (día, que significa a parte, y *gignoskein*, que significa conocer).

### Análisis de las definiciones

Existen varios significados que diferentes autores (as) han dado, he aquí los aspectos más resaltables de las diversas propuestas:

- ⊗ Respuesta humana a los problemas de salud.
- ⊗ Problema o Juicio enfermero que procede de la valoración.
- ⊗ Problema de salud referido a un individuo, familia o grupo.
- ⊗ La enfermera es considerada responsable y capacitada para realizar el diagnóstico.
- ⊗ Descripción de problemas reales o potenciales.

### Diferencia entre el diagnóstico médico y diagnóstico enfermero

Los diagnósticos enfermeros: Definen ciertas “**respuestas**” que las enfermeras identifican y trata.

Los diagnósticos médicos. Definen entidades que los médicos diagnostican y tratan. (Cuadro 5).

### Ventajas del uso de los diagnósticos enfermeros

1. Es el eje del proceso enfermero y ayuda a decidir los objetivos y actuaciones enfermeras.
2. Proporciona el primer paso para construir un cuerpo de conocimientos propios.
3. Aclara las funciones propias de la profesión.
4. La comunicación profesional se facilita.
5. Su uso facilita unos principios organizados y una estructura para la formación práctica de investigación.

---

<sup>10</sup> Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica: valoración 5ª ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 1999. vol. 1. p. 86-113.

6. El proceso de recogida de datos que conduce al diagnóstico transmite interés por el paciente, lo que hace que aumente su sensación de seguridad.

Cuadro 5. Diferencia entre los diagnósticos enfermeros y los diagnósticos médicos (Alfaro, 1986; Lyer, 1990).

<b>Diagnóstico médico</b>	<b>Diagnóstico enfermero</b>
Describe una enfermedad.	Describe la respuesta individual a un proceso patológico, circunstancia o situación.
Permanece invariable durante el proceso de la enfermedad.	Puede variar diariamente en función de los cambios en las reacciones humanas.
Guía la práctica médica. Algunas de sus técnicas las realiza la Enfermera.	Guía los cuidados enfermeros.
Únicamente es aplicable en situaciones de enfermedad de las personas.	Puede aplicarse a cualquier cambio o alteración que experimenten las personas consideradas individualmente o como grupo.
Es complementario al diagnóstico enfermero.	Es complementario al diagnóstico médico.
Se refiere a alteraciones Fisiopatológicas de la persona.	Se refiere a la percepción que tiene la persona del estado de su salud.

### **Problemas interdependientes**

El término "problema interdependiente" fue sugerido por Carpenito (1987). Este modelo considera que en la actuación de enfermería hay dos dimensiones:

Una dimensión independiente en el que la enfermera es responsable del plan de cuidados de un sujeto. Este plan de cuidados está formulado con la finalidad de resolver los problemas identificados por la enfermera, que tienen una etiología que la enfermera puede resolver.

La dimensión dependiente son aquellas situaciones en que la enfermera realiza cuidados para resolver un problema que ella no ha identificado y sobre el cual no podrá actuar autónomamente, y donde su única labor es la de administrar el tratamiento prescrito.

### **Componentes del diagnóstico enfermero**

Hay diferentes maneras de presentar un diagnóstico enfermero. De entre los diversos sistemas, el más utilizado en la actualidad es el de conferencias nacionales. El Sistema de Conferencias Nacionales parte del modelo PES. Gordon, M (1976) sugirió el uso del formato PES para la descripción de los diagnósticos enfermeros. El enunciado (P) es una afirmación sobre el problema real o de riesgo de la persona o sobre una respuesta que arriesga su salud. El enunciado (E) es todo el conjunto de valores ideológicos, socioculturales, psicológicos o fisiológicos que pueden tener relación con el problema de salud de

la persona y que contribuyen a su aparición. Y el enunciado (S) representa los signos y síntomas que se detectan en la valoración.

Normalmente, el diagnóstico enfermero se formula como un juicio con dos partes: por una el problema y por otra, la etiología. Ambas están unidas por las palabras "relacionado con" (R/C), que implican la conexión entre el problema y los factores relacionados.

**Categoría diagnóstica** Consta de tres componentes:

1. **Epígrafe, título o etiqueta:** es la expresión que ofrece una descripción concisa del problema de salud.
2. **Características definitorias:** son el grupo de datos que suelen asociarse con este diagnóstico en particular. Se pueden clasificar en signos (son los datos objetivos que determinan un problema de salud) y síntomas (son los datos subjetivos que ayudan a determinar un problema de salud).
3. **Factores etiológicos, relacionados o de riesgo:** son los factores coyunturales, fisiopatológicos o de desarrollo que pueden contribuir a la aparición del problema.

#### Tipo de diagnósticos enfermeros

Alfaro (1986) establece tres tipos de diagnósticos enfermeros:

1. **Los diagnósticos reales** corresponden a problemas presentes, y se registran con el formato PES.
2. **Los diagnósticos potenciales o de riesgo** se identifican en el momento que se ha encontrado un factor de riesgo para la aparición de un diagnóstico enfermero real.
3. **En los diagnósticos posibles** existen señales que parecen sugerir un posible problema.
4. **Diagnóstico de salud o de bienestar:** la NANDA Los define como las respuestas humanas a los niveles de salud de un individuo, familia o comunidad que presentan el potencial de avance a un nivel más elevado de salud.

Cuadro 6 Clasificación de los diagnósticos enfermeros y tipo de cuidados enfermeros Alfaro 1986

Tipo de Diagnóstico	Identificación	Registro	Actividad
Real	Están presentes signos y síntomas.	<b>P+E+S</b>	Aplicaremos cuidados de reducción y resolución.
Potencial o de riesgo	Hay factores de alto riesgo.	<b>P+E</b>	Aplicaremos cuidados de prevención.
Posible	Hay manifestaciones ligeras o insuficientes.	<b>Posible + P+E+S</b>	Buscaremos la confirmación del diagnóstico.

### **Diagnóstico real**

Alfaro recomienda que, al enunciar un diagnóstico real enfermero, se siga el formato PES para registrarlo. Afirma que hay que utilizar las expresiones "con relación a" o "relacionado con" para unir el problema con su etiología y añadir la frase "manifestado por" para describir los signos y síntomas o características definitorias que se hayan detectado

### **Diagnóstico de riesgo**

Permite que, antes que se produzca un problema, se puedan tomar medidas para prevenirlo. Consta de dos partes: el problema posible y los factores de riesgo unidos mediante el nexo "relacionado con" (r/c), dado que no existen signos ni síntomas que se puedan describir.

### **Proceso diagnóstico enfermero**

El proceso diagnóstico enfermero es el método de pensamiento lógico y razonado que persigue llegar a conclusiones sobre el estado de salud y respuestas de una persona a su situación vital, para iniciar con posterioridad una intervención que pretende modificar dicho estado

### **Error diagnóstico**

Al realizar un diagnóstico erróneo se inician actividades que, por acción u omisión, agravan el problema de salud del paciente y comprenden una pérdida de tiempo. El error diagnóstico establece tres fuentes:

1) Recogida de datos incompleta o incorrecta.

a) Barreras lingüísticas: usuario y enfermera pueden presentar este tipo ya sea por hablar un idioma diferente o por hablar el mismo (uso de tecnicismos).

b) Preguntas intencionadas: suelen intimidar a la persona, por lo que se altera la comunicación. Es importante realizar preguntas abiertas que nos ofrecen información.

c) Los pacientes pueden no facilitar toda la información por diferentes motivos, como la ansiedad, la vergüenza, la falta de confianza o por pensar que algunas cosas preguntadas no son importantes.

d) Distracción por interrupciones, un medio ambiente ruidoso, falta de intimidad, cargas excesivas de trabajo o preocupaciones personales de la enfermera.

2) Interpretación incorrecta de los datos:

a) Interpretación prematura de los datos.

b) Prejuicios personales:

c) Falta de experiencia o conocimientos clínicos.

### **Definición y etapas del proceso diagnóstico**

Es un proceso dinámico en el que se interactúa con la realidad interrogándola sobre cuál es el problema, cómo se delimita, si existen datos relevantes que identifiquen la situación (sentido de saliencia), qué acciones se han llevado a la práctica para resolverlo y en qué modo la hipótesis diagnóstica puede ser una explicación de la realidad. En la fase diagnóstica se podrían distinguir:

- ⊗ Una fase de análisis, que consiste en la clasificación y agrupamiento de las datos y la determinación de los datos identificativos y complementarios.
- ⊗ Una fase de síntesis, que comprende la elección de la etiqueta diagnóstica y la etiología.
- ⊗ Una fase de comprobación del diagnóstico;
- ⊗ una fase de registro.<sup>11</sup>

## **Planificación**

La planificación es una fase sistemática y deliberativa del proceso de enfermería en la que se toman decisiones y se resuelven problemas. Se inicia con el primer contacto con el paciente y prosigue hasta que la relación enfermera-cliente termina, por lo general cuando el paciente recibe el alta.

Planificación inicial: Es la enfermera que realiza la valoración de ingreso, la que desarrolla el plan inicial y general de cuidados.

Planificación continua: La realizan todas las enfermeras que trabajan con el paciente. A medida que obtienen nueva información y evalúan las respuestas del cliente a los cuidados, pueden individualizar más el plan inicial de cuidados.

Planificación del alta: Una planificación eficaz del alta comienza en el momento del ingreso.

### **Proceso de planificación**

Comprende las siguientes actividades:

- ⊗ Establecer las prioridades: Es el proceso por el que se determina un orden de preferencias para las estrategias de enfermería. Se pueden agrupar los en tres categorías: prioridad alta (los problemas de riesgo vital), media (suponen una amenaza para la salud) o baja (surge de necesidades normales del desarrollo).
- ⊗ Establecer los objetivos del cliente/criterios de resultados.
- ⊗ Seleccionar las estrategias de enfermería.
- ⊗ Desarrollar planes de cuidados de enfermería.

### **Objetivos del cliente y los criterios de resultados**

Tras asignar las prioridades, la enfermera establece los objetivos para cada diagnóstico enfermero. Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseadas. Conseguir un objetivo es resolver el problema especificado en el diagnóstico enfermero. Algunos textos de enfermería distinguen entre objetivos, y los criterios de resultados, considerados como los criterios mensurables y más específicos que se utilizan para evaluar si se ha logrado el objetivo.

### **Fines de los objetivos/criterios de resultados.**

Orientar en la planificación de las intervenciones de enfermería con las que se lograrán las modificaciones deseadas en el paciente.

Proporcionar un plazo para las actividades planificadas.

---

<sup>11</sup> Guirao J A. Diagnóstico de Enfermería: categorías, formulación e investigación. El Diagnóstico Enfermero. España: Ediversitas Multimedia S.L. 2001. p. 154-64.

Servir como criterios para evaluar los progresos del paciente.

Permitir al paciente y a la enfermera determinar cuándo se ha resuelto un problema.

Motivar a ambos e infundirles un sentimiento de logro

Los objetivos pueden ser a corto plazo (para pacientes que precisan asistencia sanitaria durante poco tiempo y para los que están frustrados por objetivos a largo plazo que parecen difíciles de lograr ) o a largo plazo (se utilizan a menudo en el caso de pacientes que viven en su domicilio y tienen problemas crónicos de salud).

### **Componentes de los enunciados de objetivos criterio de resultados.**

Constan de los cuatro componentes siguientes:

**Sujeto:** Es el paciente, cualquier parte del paciente o algún atributo del mismo.

**Verbo:** El verbo denota una acción que el paciente debe realizar como administrar, demostrar, mostrar, caminar.

**Condiciones o puntualizaciones:** Pueden añadirse al verbo para explicar las circunstancias en las cuales debe producirse la conducta del paciente. Explican el qué, el dónde, el cuándo o el cómo.

**Criterio de resultado esperado:** El criterio indica el estándar por el que se evalúa un rendimiento o el nivel al cual el paciente llevará a cabo la conducta especificada.

### **Directrices para redactar objetivos criterios de resultados.**

Pueden ayudar a las enfermeras a poner por escrito los objetivos y los criterios de resultados.

- ⊗ Escriba los objetivos y los criterios de resultados en términos de la conducta del cliente. Evite los enunciados que empiecen por permitir, facilitar, promover o verbos similares porque señalan lo que la enfermera espera lograr, no lo que el paciente hará.
- ⊗ Asegúrese de que el enunciado del objetivo es apropiado para el diagnóstico enfermero.
- ⊗ Asegúrese de que los resultados son realistas para las capacidades y limitaciones y para el plazo asignado, si éste se indica.
- ⊗ Asegúrese de que el paciente considera los objetivos/resultados importantes y los valora.
- ⊗ Asegúrese de que los objetivos y criterios de resultados son compatibles con el trabajo y las terapias de otros profesionales.
- ⊗ Asegúrese de que cada objetivo deriva de un solo diagnóstico enfermero.
- ⊗ Al escribir los resultados previstos utilice términos observables y mensurables y evite las palabras vagas.

### **Estrategias de enfermería**

Son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico enfermero específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del

paciente. Deben centrarse en eliminar o reducir la etiología (causa) del diagnóstico enfermero.

### **Desarrollo de los planes enfermería**

El plan de cuidados de enfermería (también conocido como plan de cuidados del paciente) es una guía escrita que organiza la información sobre los cuidados a un cliente como un todo significativo. Comprende las acciones que deben emprender las enfermeras para atender a los diagnósticos enfermeros del cliente y alcanzar los objetivos marcados.

### **Objetivos de un plan de cuidados por escrito.**

1. Ofrecer directrices para los cuidados individualizados al paciente. Se adoptan planes de cuidados estandarizados y se utilizan junto con planes manuscritos, según se necesite.
2. Facilitar la continuidad de los cuidados. El plan escrito es un medio para comunicar y organizar las acciones de un personal de enfermería que cambia constantemente.
3. Orientar sobre lo que debe quedar documentado en las notas de evolución del paciente.
4. Orientar para designar al personal que va a atender al paciente.
5. Orientar para el reembolso de las compañías de seguro médico, denominado a menudo reembolso a cargo de terceros. Si no se ha documentado con precisión la atención de enfermería en el plan de cuidados, la enfermera no tiene cómo demostrar lo que se ha hecho y la aseguradora no pagará por los servicios no documentados.

**Los estándares de cuidados** son “directrices detalladas que representan los cuidados previstos indicados en una situación determinada” Describen los cuidados de enfermería para grupos de pacientes, no para individuos, y se refieren a cuidados alcanzables, no a una ideal.

**Los planes de cuidados estandarizados** (modelo de planes de cuidados) son guías pre planificadas y preimpresas para los cuidados de enfermería a grupos de pacientes con necesidades comunes. No deben confundirse con los estándares de cuidados.

### **Características de los planes de cuidados estandarizados:**

- ⊗ Se conservan en la unidad de enfermería, junto con el plan vigente de cuidados del paciente.
- ⊗ Contienen instrucciones más detalladas que los estándares de cuidados del centro.
- ⊗ Adoptan el formato habitual del proceso de enfermería: Problema – Objetivos – Ordenes de enfermería – Evaluación.
- ⊗ Permiten a la enfermera añadir planes de cuidados manuscritos.

## Formato para los planes de cuidados

Se organiza en cuatro columnas o categorías: a) diagnósticos enfermeros o lista de problemas; b) objetivos y criterios de resultados; c) órdenes de enfermería, y d) evaluación.

## Directrices para escribir los planes de cuidados de enfermería

1. Datar y firmar el plan: Es fundamental para la evaluación, la revisión y la planificación futura y la firma demuestra su responsabilidad con respecto al paciente y a la profesión.
2. Utilizar los encabezamientos de categorías “diagnósticos de enfermeros”, “objetivos/criterios de resultados”, “órdenes de enfermería” y “evaluación” e incluir una fecha para la evaluación de cada objetivo.
3. En lugar de frases completas, utilizar símbolos y palabras clave cuyo uso esté normalizado en el lenguaje médico o en castellano. Por ejemplo, escribir «cambiar de posición cada 2 horas) en lugar de «cambiar de posición al paciente cada 2 horas», o bien «limpiar la úlcera de decúbito con H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, x 24 h» en lugar de «limpiar la úlcera de decúbito del paciente con peróxido de hidrógeno dos veces al día, mañana y noche».
4. En lugar de incluir todos los pasos de un procedimiento en el plan escrito, referirse a libros u otras fuentes de información.
5. Adaptar el plan a las características particulares del paciente, garantizando que contempla lo que el paciente ha elegido, lo que refuerza la individualidad del paciente y su sensación de controlar el proceso.
6. Incorporar medidas preventivas y de mantenimiento de la salud, así como restauradoras.
7. Asegurarse de que el plan incluye órdenes para la evaluación continua del paciente
8. Incluir actividades interdependientes y de coordinación.
9. Incluir planes para el alta del paciente y para las necesidades de cuidados a domicilio.<sup>12</sup>

## Ejecución

La ejecución es el comienzo del plan de cuidados de enfermería para conseguir objetivos concretos. La fase de ejecución comienza después de haberse desarrollado el plan de cuidados y está enfocado en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al cliente a conseguir los objetivos deseados. La American Nurses' Association (ANA) ha definido tres criterios que describen la directriz que regula la ejecución: (1) **preparación**, (2) **intervención** y (3) **documentación**.

### 1. Preparación:

Antes de la prestación de la asistencia, revise el plan de cuidados. En caso de observar diferencias, tendrá la oportunidad de buscar la aclaración de

---

<sup>12</sup> Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica: planificación. 5ª ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 1999. vol. 1. p. 140 - 59.

intervenciones dudosas y de asegurarse que su trabajo no interfiere con el de otros profesionales.

Después de revisar las intervenciones en el plan de cuidados, debe identificar el nivel de conocimientos y tipos de habilidades exigidas para la ejecución.

El inicio de determinados procedimientos de enfermería puede llevar consigo riesgos potenciales para el cliente. Usted necesita conocer las complicaciones más habituales asociadas a las actividades especificadas en las intervenciones de enfermería del cliente. Esto le permitirá poner en marcha enfoques preventivos que reduzcan el riesgo para el cliente.

Hay que tener en cuenta algunas cuestiones acerca de los recursos, como son el tiempo, el profesional y el material. En el entorno actual de concienciación sobre los costes, resulta obligado hacer un uso adecuado de los recursos

**Tiempo:** Primero seleccione el momento adecuado para el inicio de intervenciones concretas y esté dispuesto a modificar sus planes según las exigencias de la situación.

**Profesional:** El profesional de enfermería debe evaluar la disponibilidad del número de profesionales suficiente para ejecutar la intervención.

**Material:** Deberá conocer los tipos de material disponibles con facilidad en una agencia y en la comunidad. Utilice los dispositivos de ayuda que sean más útiles, los de menor coste y que, sin embargo, sean aceptables para el cliente.

### **Preparación de un entorno adecuado y seguro**

La ejecución con éxito de las intervenciones de enfermería exige un entorno en el que el cliente se sienta cómodo y seguro. **Bienestar:** La creación de un ambiente agradable debe tener en cuenta tanto componentes físicos como psicosociales. Intimidad, ruido, olor, iluminación y temperatura. **Seguridad:** hay que considerar algunos factores como la edad del cliente, el grado de movilidad, los déficits sensoriales y el nivel de conciencia y orientación. Los clientes que presentan un riesgo especial de lesión son los lactantes y niños y aquellas personas de edad avanzada, debilitadas o bajo los efectos de la anestesia. **El grado de movilidad** cliente puede verse afectado por una enfermedad o un traumatismo, por limitaciones externas por necesidad de conservar la energía o el equilibrio. **Déficits sensoriales:** El cliente que tiene una disminución percepción visual, auditiva, olfativa o táctil puede presentar riesgo de lesión. Por lo que se debe adaptar el entorno para proteger la seguridad del cliente. **Nivel de conciencia/orientación:** Los clientes pueden estar aletargados, estuporosos, confusos o desorientados. Estas respuestas exigen la realización de adaptaciones de su entorno para evitar las lesiones.

## **2. Intervención**

El enfoque en la fase de ejecución es el inicio de las intervenciones de enfermería diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del cliente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes. Las intervenciones diseñadas para cubrir las necesidades

físicas y emocionales del cliente son numerosas y variadas, dependiendo de los problemas individuales específicos.

Generalmente, la ejecución de la atención de enfermería se ajusta a una de seis categorías:

1. Refuerzo de las cualidades.
2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.
3. Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería.
4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.
5. Educación.
6. Prestación de cuidados para conseguir los objetivos del cliente.

**1. Refuerzo de las cualidades.** Algunas de las cualidades del cliente pueden ser: a) Un alto nivel de educación, b) Una motivación para aprender o cambiar de conducta, c) Una familia unida que le apoya, c) Un seguro de atención sanitaria excelente, d) Capacidad para afrontar un gran estrés, e) Libre de adicciones a la comida, al tabaco, al alcohol o a las drogas, f) Recursos financieros suficientes.

El refuerzo de las cualidades puede llevar consigo varios tipos de intervenciones, algunas de las cuales pueden ser: a) Ayudar al cliente a identificar las cualidades existentes, b) Elogiar los esfuerzos del cliente por aprender nuevas habilidades o aceptar nuevas responsabilidades, c) Ayudar al cliente a aceptar un nuevo rol, señalando que nada se desarrolla sin algún tipo de cambio, d) Recuerde al cliente la capacidad demostrada en ocasiones anteriores para enfrentarse a crisis o cualquier otro tipo de problemas profesionales.

**2. Ayuda en las actividades de la vida diaria.** Durante la realización de las actividades de la vida diaria, usted puede: a) Valorar nuevos problemas, b) Recoger datos sobre las dificultades existentes, c) Valorar las cualidades del cliente, d) Comentar sus hallazgos con el cliente y planificar como seguir adelante, e) Evaluar la eficacia de las intervenciones.

**3. Supervisión del trabajo de otros profesionales.** Usted delega la atención en la persona adecuada, utilizando su conocimiento sobre las necesidades del cliente y la capacidad de los miembros del equipo. Cuando más exactamente se identifiquen las necesidades del cliente, mayores serán las posibilidades de que se ejecute una atención eficaz.

**4. Comunicación con otros miembros del equipo de atención sanitaria.** El profesional de enfermería titulado es responsable de coordinar la atención del paciente para asegurar la continuidad y un enfoque organizado que resuelva los problemas del cliente. Las conferencias para la planificación de altas constituyen una oportunidad para que un equipo multidisciplinar se sienta a comentar los problemas de un cliente y a hacer planes para la continuidad de la asistencia. El profesional de enfermería comunica información muy valiosa en el informe de cambio de turno, que influirá en la atención del cliente durante el siguiente turno.

**5. Educación.** El proceso de enseñanza-aprendizaje para el cliente, incluye la adquisición de nuevos conocimientos, actitudes y habilidades y cambios de

conducta relacionados. A continuación se nombran algunas intervenciones de enfermería que intervienen en el proceso enseñanza-aprendizaje: a) Valorar las necesidades de aprendizaje del cliente, b) Determinar la facilidad del cliente para aprender, c) Desarrollar objetivos que sean realistas, d) Determinar las estrategias que sean necesarias para ayudar al cliente y a la familia a conseguir los objetivos deseados, e) Presentar el contenido de una forma comprensible utilizando los recursos adecuados, f) Evaluar la comprensión del contenido por parte del cliente, g) Modificar el plan según las necesidades.

### **Valorar las necesidades de aprendizaje:**

Hay que animar al cliente a que identifique las necesidades que percibe como importantes. Estas necesidades se pueden poner de manifiesto mediante preguntas directas. Las necesidades de aprendizaje se pueden identificar también observando el estado o la conducta del cliente. En ocasiones, los clientes pueden identificar directamente sus necesidades de aprendizaje solicitando información que fomente, mantenga o restablezca su salud.

### **Determinar la facilidad del cliente para aprender**

Un cliente suele estar más motivado para aprender información que percibe como importante y es directamente aplicable a su situación. Por otra parte factores físicos y emocionales pueden interferir con el aprendizaje y se deben abordar antes del aprendizaje. El nivel de educación define a menudo el conocimiento de la salud y la enfermedad del cliente. Si la información presentada está por encima de este nivel, el cliente puede no ser capaz de aprender. También puede suceder lo contrario. La edad afecta a la capacidad de aprendizaje. Los niños muy pequeños pueden tener dificultades para captar conceptos, Algunos clientes de edad avanzada pueden tener ideas de "mitos" profundamente arraigadas, que afecten a su capacidad para aceptar nuevos cambios, además de presentar déficits fisiológicos que interfieran con su capacidad para aprender. No todos los clientes desean información. Algunos prefieren delegar la responsabilidad de fomentar, mantener o restablecer su salud en los miembros de la familia o en otro profesional de atención sanitaria. Otros, en un estado de negación, pueden rechazarla. El estilo de vida del cliente puede afectar a su capacidad de aprendizaje, esto tiene especial interés cuando se trata de grupos socioeconómicos bajos y de personas con determinadas culturas.

**Desarrollo de objetivos realistas y realizables** Los objetivos de aprendizaje de cada paciente exigen conocimientos, actitudes y habilidades. Las estrategias de educación que utilice deberán ser individualizadas, según las necesidades del cliente y el tipo de objetivo deseado. A menudo, los objetivos de conocimiento exigen el dominio de hechos y conceptos. Estos se enseñan de forma más eficaz utilizando material estricto y ayudas audiovisuales, reforzados por la conversación. Para conseguir objetivos de aprendizaje, se puede utilizar la enseñanza individual o en grupo.

### **Modificar el plan según las necesidades**

El razonamiento crítico es una parte integrante de la ejecución. Aplicando el modelo de razonamiento crítico a este ejemplo, usted se plantea las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál es el problema? 2. ¿Qué información necesito y cómo la puedo obtener? ¿Son válidos mis datos? 3. ¿Qué significan los datos? 4. Basándome en los hechos, ¿Qué debo hacer? 5. ¿Hay otras preguntas que debería hacer? 6. ¿Es ésta la mejor forma de tratar el problema? El uso del razonamiento crítico le permite determinar si las intervenciones planificadas son todavía adecuadas o si es necesario modificar el plan de cuidados.

### **3. Documentación**

Hay cinco tipos principales de sistemas de conservación de registros utilizados en la documentación de la atención del cliente: 1) las gráficas narrativas 2) las gráficas orientadas hacia el problema (SOAP), 3) las gráficas Focus®, 4) las gráficas por excepción y 5) los registros computarizados.

**Las gráficas narrativas:** En este sistema, la información se registra cronológicamente en periodos de tiempo concretos. El registro clínico se divide en secciones según la fuente de los datos. Cada disciplina registra información en una sección diferente, por ejemplo, notas de enfermería, notas del médico, nota del fisioterapeuta, nota del terapeuta respiratorio y de los servicios sociales. La frecuencia de la documentación en un sistema narrativo depende del estado del cliente.

**Registros orientados al problema (SOAP):** Incluyen la recogida de datos, la identificación de respuestas del cliente (diagnósticos de enfermería), el desarrollo y ejecución del plan de cuidados y la evaluación de la consecución de objetivos. La información está enfocada en los problemas del cliente (diagnósticos) Por tanto, los datos son más accesibles y estarán enfocados en las necesidades individuales del cliente. Un registro orientado al problema tiene dos componentes principales 1) la lista de problemas (consiste en una serie acumulativa de problemas reales o potenciales del cliente, que pueden hacer necesaria una intervención para mejorar su salud o bienestar) y 2) las notas de evolución (se han diseñado para documentar respuesta del cliente al plan. La información documentada en estas notas ayuda a medir el progreso del cliente hacia la consecución del objetivo).

**Gráfica Focus®:** Es un método de organizar la información según las notas del profesional de enfermería, que incluye tres componentes: 1. El uso de un enfoque para designar la nota de evaluación de enfermería. 2. La organización de la nota de evaluación en las categorías datos, acciones y respuestas. 3. Hojas de curso clínico para datos de documentación.

Las notas Focus se utilizan para: a) "Ampliar los datos reunidos en una hoja de curso clínico para registrar un acontecimiento no habitual o inesperado, b) Documentar la respuesta del paciente a la atención médica o enfermería o a la enseñanza, c) Documentar el plan de alta, d) Describir el estado del paciente en

el momento del traslado de una unidad de enfermería a otra o en el momento del alta para describir de forma completa las necesidades del paciente".

**Notas de evaluación de enfermería:** Las notas de evaluación están organizadas en tres categorías: **Datos:** Datos subjetivos u objetivos relacionados con el enfoque de la nota. **Acción:** Intervenciones de enfermería que se han ejecutado. **Respuesta:** Evaluación de la eficacia de las intervenciones en la aplicación del enfoque.

**Gráficas por excepción (GPE):** Es un sistema de documentación desarrollado por profesionales de enfermería en un intento por coordinar la gráfica y reducir la cantidad de tiempo gastado en la documentación. Las hojas de curso clínico para las indicaciones de enfermería o médicas se utilizan para documentar los hallazgos de la valoración y las intervenciones de enfermería durante un periodo de 24 horas.

**Registros computarizados** Las notas de evaluación computarizadas se pueden documentar utilizando varios enfoques. Las entradas de datos se pueden realizar tocando la pantalla, con lápices de luz, con códigos de barras, con la voz, con un teclado, con un ratón o con cualquier otro dispositivo.<sup>13</sup>

## Evaluación

Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En este contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan: 1) el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y 2) la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

La evaluación puede ser continua (se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería), intermitente (realizada a intervalos, muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo) o terminal (indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta, Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento).

### Relación entre la evaluación y otras fases del proceso de enfermería

Las fases de evaluación y de valoración son concurrentes, la valoración es dinámica y continua en cada contacto con el cliente. Sin embargo, los datos se recogen por diferentes motivos en distintos momentos del proceso de enfermería. Durante la valoración, la enfermera recoge datos con el objeto de establecer diagnósticos. Durante la evaluación, la enfermera recoge datos con el objeto de compararlos con los objetivos predeterminados y de juzgar la eficacia de los cuidados de enfermería. El acto de valorar (obtención de datos) es el mismo: la

---

<sup>13</sup> Lyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería: ejecución. 3ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana 1995. p. 223 - 67.

diferencia reside en: 1) cuando se obtienen los datos y 2) cómo se utilizan los datos.

### **Evaluación de las respuestas del cliente.**

El proceso de evaluación tiene seis componentes:

1. Identificar la evolución esperada, que la enfermera utilizará para determinar la consecución de objetivos. (planificación).
2. Obtener datos
3. Comparar los datos con la evolución esperada y juzgar si se han conseguido los objetivos.
4. Relacionar las acciones de enfermería con la evolución del cliente.
5. Obtener conclusiones sobre el estado del problema.
6. Revisar y modificar el plan de cuidados del cliente.

#### **1. Identificación de los resultados esperados.**

Son los criterios utilizados para evaluar la respuesta del cliente a los cuidados de enfermería, sirve para dos propósitos: 1) establecer el tipo de datos evaluativos que han de ser obtenidos y 2) proporcionar un estándar frente al que se comparan los datos.

#### **2. Obtención de datos.**

La enfermera obtiene datos de forma que se puedan extraer conclusiones sobre la consecución o no de los objetivos. Suele ser necesario obtener datos tanto subjetivos como objetivos.

#### **3. Enjuiciamiento de la consecución de objetivos.**

Al determinar si un objetivo ha sido conseguido, la enfermera puede llegar a una de tres posibles conclusiones:

1. El objetivo se consiguió; es decir, la respuesta del cliente coincide con la evolución esperada.
2. El objetivo se cumplió parcialmente: es decir, se consiguió un objetivo a corto plazo pero no el objetivo a largo plazo, o la evolución esperada sólo se consiguió parcialmente.
3. El objetivo no se alcanzó.

Tras determinar si el objetivo se consiguió, la enfermera escribe un informe de evaluación, el que consta de dos partes: una conclusión (es la determinación de si el objetivo fue cumplido, parcialmente conseguido o no se alcanzó) y los datos que la fundamentan (son una lista de respuestas del cliente que apoyan la conclusión).

#### **4. Relación entre las acciones de enfermería y la evolución de los clientes**

Es la determinación de si las acciones de enfermería han tenido alguna relación con la evolución. Nunca se debe asumir que una acción de enfermería fue la causa o el único factor para la consecución total o parcial de un objetivo, o para su no consecución.

## **5. Extracción de conclusiones sobre el estado del problema.**

La enfermera utiliza los juicios sobre la consecución de objetivos para determinar si el plan de cuidados fue eficaz para resolver, reducir o prevenir problemas del cliente.

- ⊗ El problema actual mencionado ha sido resuelto; o el problema potencial está siendo evitado, y ya no existen factores de riesgo.
- ⊗ El problema potencial mencionado en el diagnóstico de enfermería está siendo prevenido, pero los factores de riesgo siguen presentes.
- ⊗ El problema actual sigue existiendo aunque se estén cumpliendo algunos objetivos.

Cuando los objetivos se han cumplido parcialmente o no se han cumplido, se pueden extraer dos conclusiones: 1) El plan de cuidados puede requerir una revisión, ya que el problema sólo está resuelto parcialmente y 2) El plan de cuidados no requiere revisión, ya que el cliente necesita simplemente más tiempo para conseguir los objetivos previamente establecidos.

## **6. Revisión y modificación del plan de cuidados de enfermería.**

Las modificaciones pueden efectuarse a través de partes del plan de cuidados. Antes de realizar modificaciones, la enfermera debe determinar por qué el plan no fue completamente eficaz. Esto requiere una revisión completa del plan de cuidados.

**Valoración:** Una base de datos incompleta o incorrecta influye sobre todas las fases posteriores del proceso de enfermería y sobre el plan de cuidados. Si los datos son incompletos, la enfermera debe valorar de nuevo al cliente y registrar los nuevos datos.

**Diagnóstico:** Si la base de datos es incompleta se pueden requerir nuevos informes diagnósticos. Tras enjuiciar el estado del problema, la enfermera revisa o añade nuevos diagnósticos, en función de las necesidades

**Planificación (evolución esperada).** Los objetivos irreales requieren corrección. La enfermera también debe determinar si las prioridades han cambiado y si el cliente sigue estando de acuerdo con las prioridades.

**Planificación (órdenes de enfermería):** las estrategias de enfermería seleccionadas pueden no haber sido las mejores para la consecución del objetivo. Si se han escrito nuevos diagnósticos enfermeros serán necesarias nuevas órdenes de enfermería.

**Ejecución:** Antes de seleccionar nuevas intervenciones, la enfermera debe comprobar si las órdenes de enfermería fueron cumplidas.

Tras realizar las modificaciones necesarias en el plan de cuidados, la enfermera ejecuta el plan modificado y empieza de nuevo el ciclo del proceso de enfermería.

## **Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería**

Es una parte esencial de la responsabilidad profesional. Otros términos utilizados son valoración de la calidad (consiste en el análisis de los servicios) y garantía de calidad (implica que se están realizando esfuerzos para evaluar y asegurar la calidad del cuidado sanitario)

**Enfoques en la evaluación de la calidad:** Se pueden evaluar tres partes de la atención a) estructura, b) proceso y c) resultados. Una buena evaluación ha de considerar las tres partes de la atención.

- a) **La estructura en la que tiene lugar el cuidado del paciente.** La evaluación de la estructura se centra en la organización del sistema de cuidados del cliente, por provisión de cuidados, estructura de personal, estilos de dirección, disponibilidad de equipamiento e instalaciones físicas.
- b) **El proceso de los cuidados.** La evaluación del proceso se centra en las actividades de la enfermera, es decir, el rendimiento de la persona que presta la atención en relación a las necesidades del cliente. Este tipo de evaluación consume mucho tiempo y requiere el juicio de personal experimentado.
- c) **Resultados de los cuidados.** El foco de la evaluación de resultados es el estado de salud, el bienestar y la satisfacción del cliente, o los resultados de los cuidados en términos de cambios en el cliente. Su ventaja es que los logros se pueden observar con facilidad.<sup>14</sup>

## **5.5 Relación del Proceso Enfermero y Teoría de Dorothea E. Orem**

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y, al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica. Un método tradicionalmente consiste en cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Orem contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras practiquen en 1) *operaciones interpersonales y sociales*, y 2) *operaciones tecnológico-profesionales*

### **1) Operaciones interpersonales y sociales**

Implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con sus pacientes y sus familias. Estos procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado mediante la relación de enfermería con los pacientes.

### **2) Operaciones tecnológico-profesionales**

Estas son identificadas como a) diagnósticas, b) prescriptivas, c) de tratamiento o reguladoras y d) operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente en las que las acciones lógicamente diagnosticadas

---

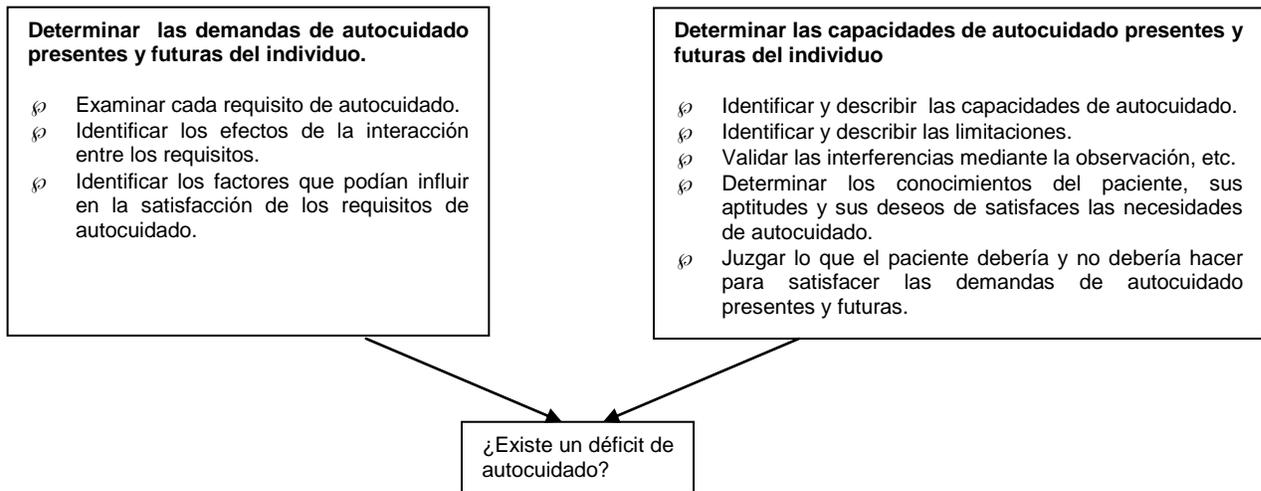
<sup>14</sup> Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica: evaluación. 5ª ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 1999. vol. 1. p. 166-74.

(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, continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. Orem reconoce las operaciones tecnológico-profesionales como las piedras angulares en el proceso de enfermería pero que esto dependerá de las acciones del paciente, su familia, las enfermeras y otras factores.

**a) Diagnósticos de enfermería**

Implica la investigación y el cúmulo de factores que indiquen sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas (determina si el paciente necesita ayuda de enfermería). Puede equipararse con la etapa de “valoración” del proceso de enfermería.

Figura 5 Diagnóstico de enfermería (valoración) (Cavanagh 1993).



**b) Operaciones prescriptivas**

Son los juicios prácticos que deben de realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y que puede equipararse con la fase de “planificación” del proceso de enfermería. Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas las circunstancias y los conocimientos actuales. Orem destaca que las operaciones prescriptivas deben considerarse a la luz de la totalidad del individuo, y no como piezas aisladas. Estas operaciones especifican lo siguiente:

1. Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares o medidas de cuidados que se deben de realizar para satisfacer los requisitos.
2. Totalidad de las medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico.

3. Papeles de la/s enfermera/s, el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico y en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

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

### **c) Operaciones reguladoras o de tratamiento**

Son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Puede equipararse con la etapa de “intervención y evaluación” del proceso de enfermería.

### ***Diseños para las operaciones reguladoras: el sistema de enfermería***

Incluye:

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro.
2. Especificar el momento y la 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.

La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado *sistema de enfermería* y los elementos básicos que lo constituyen son:

- a) La enfermera.
- b) El paciente o grupos de personas.
- c) Los acontecimientos ocurridos, entre ellos las interacciones con los familiares y amigos.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: *totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte educacional*.

**Totalmente compensatorio** 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 o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. Generalmente el papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorio es:

1. Compensar las capacidades 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 o reforzar el desarrollo de otras nuevas.

**Parcialmente compensatorio** La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción. Es probable que incluya:

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.

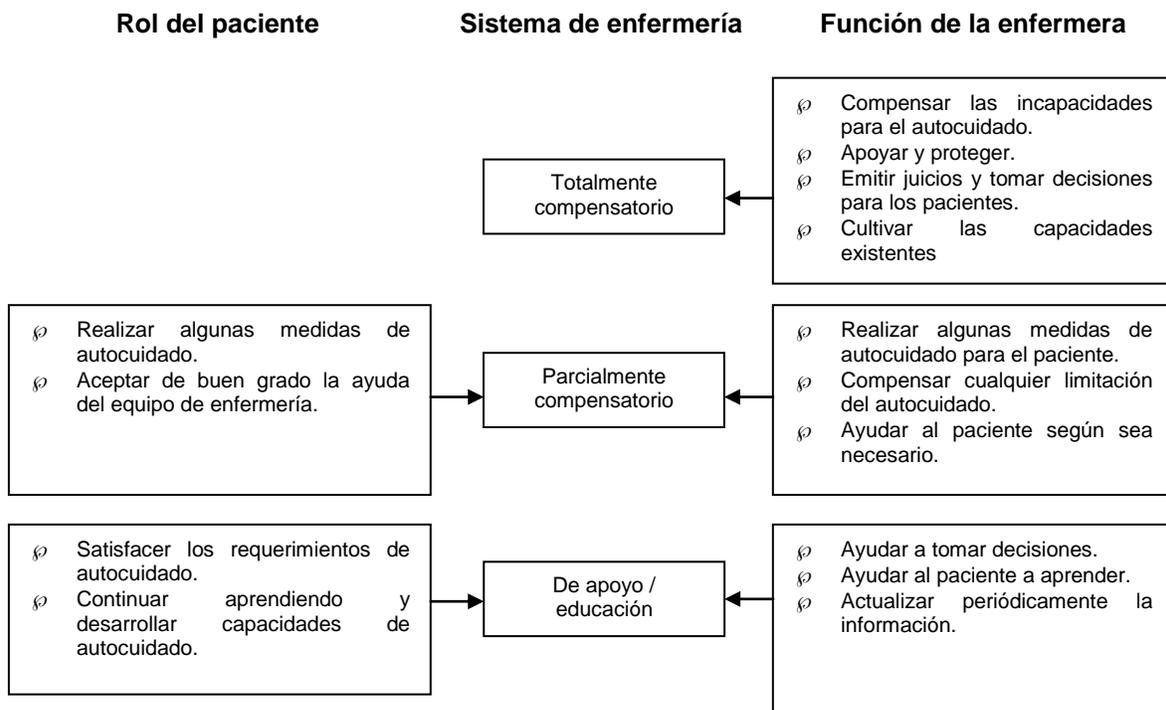
Este sistema otorga algunas responsabilidades al paciente:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado (cuando son capaces de hacerlo).
2. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

### De apoyo/educación

Este sistema 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. Generalmente el papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades; también requiere que la enfermera enseñe al paciente a modificar su entorno para ayudar al aprendizaje y así el paciente se ocupe de su propio autocuidado.

Figura 6 Sistemas de enfermería (Cavanagh 1993).



### Acción de enfermería

Después de tomar la decisión de adoptar un sistema particular o parte de un sistema, la enfermera está en disposición de decidir cómo lograr los objetivos de cuidado del paciente.

### Planificación de las operaciones de regulación

La planificación es considerada por Orem como la adición de implicaciones prácticas y recursos al sistema de enfermería. En particular, la planificación añade las siguientes dimensiones:

Tiempo: es importante un marco temporal cuando se planifiquen los cuidados y se establecen los objetivos de paciente.

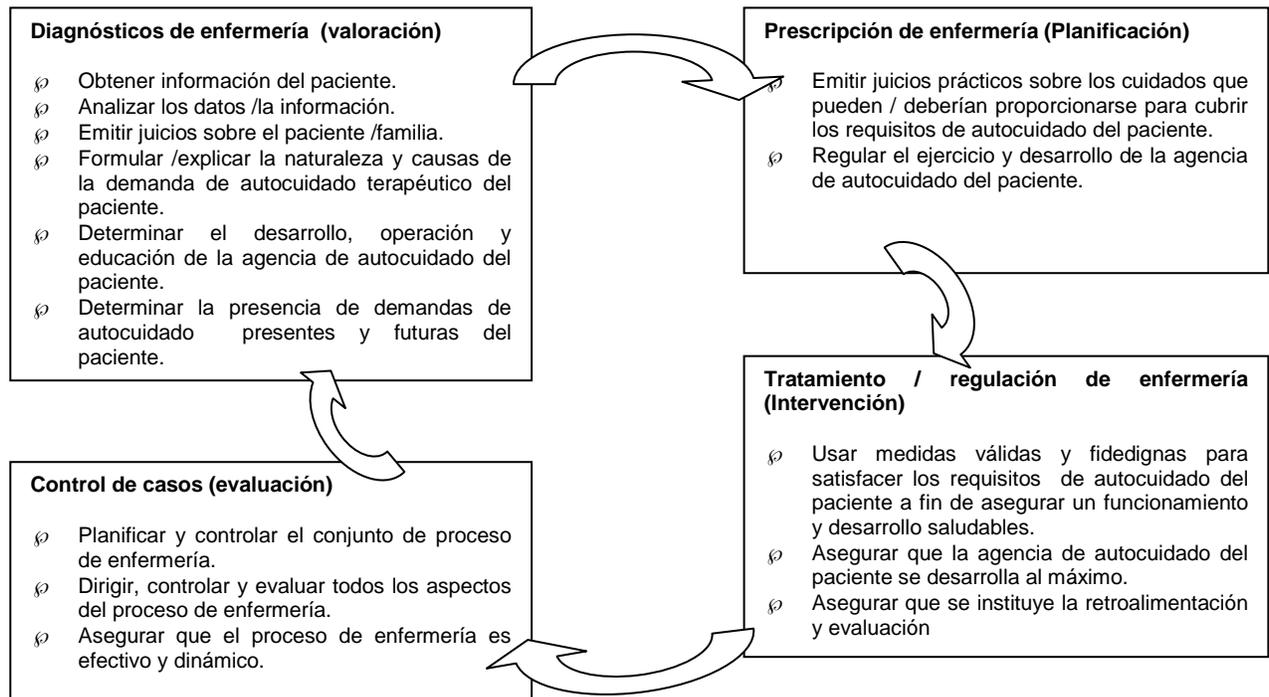
Lugar: el punto para brindar los cuidados depende de la naturaleza de la demanda de autocuidado de paciente.

Condiciones ambientales: es importante para proporcionar reposos y evitar un estrés indebido

Equipamiento y suministros: es de extrema importancia asegurarlos para una intervención eficaz de enfermería.

Número y cualificaciones del equipo necesario para conducir, evaluar y modificar el plan de cuidados.

Figura 6 Perspectiva general del proceso de enfermería usando el modelo de enfermería de Orem (Cavanagh 1993).



### a) 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 integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que haya 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 busca o recibe cuidados.

Específicamente estas operaciones incluyen la observación y la valoración.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Cavanagh S. (Trad.Luis, MT). Modelo de Orem: aplicación práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p. 21-34.

## **5.6 Consideraciones Éticas (concepto) y Legales del ejercicio profesional de Enfermería**

### **Antecedentes**

En el "Juramento Hipocrático", se identifican una gran parte de los principios éticos vigentes, algunos se han olvidado y otros se han actualizado, para adecuarlos a la cultura contemporánea.

En 1947 el Tribunal Internacional de Nuremberg, emitió el Código, donde se precisan los lineamientos que debe cumplir la investigación con individuos humanos, actualizados en 1964 en la Asamblea Médica Mundial, reunida en Helsinki, habiendo emitido la "Declaración de Helsinki", con precisiones adicionales, mismas que han sido sujetas a revisión y enmiendas por la misma Asamblea, en Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, Somerset West (Sudáfrica) en 1996 y Edimburgo, Escocia en 2000.

En 1994 en nuestro País, el Hospital Médica Sur editó y difundió su Código de Ética, que incluye como principales preceptos: la beneficencia y la no maleficencia, la honestidad, el consentimiento informado, el respeto al secreto profesional, la capacitación del médico, así como la proscripción de las dicotomías y de la medicina defensiva.

Dentro de los documentos que pueden ser considerados como base de la ética moderna, debe tenerse en cuenta el Programa de Integridad de la Mayo Clinic Foundation, que tiene como eje la honestidad en todos los aspectos del trabajo, aplicable a todo el personal.

En 1998 el Comité de Ética del American College of Physicians emitió la cuarta edición de su Manual de Ética, en el cual se definen los preceptos que rigen el comportamiento ético de la práctica médica de sus miembros.

En 1998, la world Federation of Neurosurgical Societies y la European Association of Neurosurgical Societies publicaron las "Orientaciones Éticas para una Buena Práctica Neuroquirúrgica", con la participación de numerosos comités de Europa, Estados Unidos, Asia, África, Australia y la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética, en la cual participó la Comisión Nacional de Bioética de México, a través del Dr. Manuel Velazco Suárez.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001, presentó siete Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético.

En diciembre del 2001, la propia Comisión de Arbitraje Médico emitió y difundió la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes", integrada con la participación de las principales instituciones de salud y organizaciones médicas, de enfermería y relacionadas con los derechos humanos en nuestro País.

En junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se editó el Código de Ética, dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

El 26 de noviembre del 2002 la Academia Mexicana de Cirugía presentó su Código de Ética, aplicable a sus académicos en particular y al gremio médico en general.

El Colegio de Médicos Postgraduados del IMSS, emitirá próximamente su pronunciamiento en relación a los principios éticos vigentes.<sup>16</sup>

### **Principios éticos**

Dentro de los cambios que han surgido en la ética moderna, a raíz de la Declaración de los Derechos Humanos en Ginebra y de la Declaración de Helsinki, los derechos de los pacientes han tomado una gran relevancia.

La Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud, en lo referente a hospitales, hace énfasis en la obligatoriedad de contar en el expediente clínico con constancias documentales, del consentimiento informado de los procedimientos realizados que lo requieran.

Entre los derechos de los pacientes están los principios éticos que se consideran como fundamentales y de carácter universal, de entre ellos ocupa una posición fundamental la “autonomía” y como parte de ella el “consentimiento informado”. De esta manera autonomía significa: Derecho básico de los individuos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidirse lo que ha de hacerse con su persona. Y como parte de este principio el paciente tiene derecho, entre otros que se enuncian más adelante a: (Aguirre, 2002):

- ⊗ Manifestar su inconformidad con la atención recibida, cuando esto ocurra y que se le atienda.
- ⊗ Donar sus órganos.
- ⊗ Elaborar un testamento de vida.

### **Consentimiento informado.**

#### **Concepto**

Facultad del enfermo o válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en un proyecto de investigación que se le proponga. Esto incluye los siguientes preceptos (Aguirre, 2002):

---

<sup>16</sup> Aguirre H G. Ética médica: consentimiento informado. Seminario: el ejercicio actual de la medicina. [en línea] [accesado 28 Septiembre 2011]. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia\\_nov\\_2k2.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_nov_2k2.html)

**Derecho a la información:**

1. Conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente.
2. A ser informado con veracidad, claridad, suficiencia e imparcialidad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo y el pronóstico de su padecimiento.
3. Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, así como los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas; la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir y con dicha información otorgar su consentimiento por escrito o negarlo, excepto en los casos de urgencias.
4. Conocer con anticipación seis expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad.
5. A ser asesorado, a requerir más información cuando la solicite.
6. Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.
7. Que se dé respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

**Libertad de Elección:**

1. Tiene la opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.
2. Otorgar su consentimiento o disenso en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.
3. Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.
4. No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma preferentemente escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.
5. Preservar la calidad de su vida.
6. No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.
7. En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera recibido información completa de las causas y de la necesidad del traslado, y de haber otorgado su consentimiento.
8. A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, sin la información completa, veraz y comprensible, quedando implícito que aun

cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.

9. La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

**Riesgos e inconvenientes:**

1. Ser demasiado explícito y causar depresión, angustia o miedo en los pacientes, al conocer su situación real, si esta no fuera tan buena como esperaba.
2. Ocasionar que el paciente se sienta inseguro y cambie de médico, por algún otro que le plantee un panorama más optimista, no necesariamente más real, posiblemente con menos ética y posiblemente menos competente.
3. Informar en forma deshonesta al paciente o familiares, para conducirlos a la aceptación de la práctica de un procedimiento no necesario o que implique un riesgo excesivo, en comparación con el padecimiento que se pretende atender, para adquirir experiencia, para "completar el caso", con fines de presentación o publicación; para cubrirse de posibles quejas o demandas (medicina defensiva) o con propósitos comerciales (económicos).
4. Informar en forma malintencionada al paciente o a los familiares para generarles miedo, buscando su disentimiento, para eludir la práctica de un procedimiento médico o quirúrgico, diagnóstico o terapéutico, especialmente en hospitales públicos.
5. Información alarmante dirigida a "cubrirse" de posibles quejas, no prevenibles, riesgos de complicación, impericia, incompetencia o mala práctica ante posibles resultados adversos, con el propósito de que el paciente no proteste o para que busque a otro médico.
6. La negativa para aceptar procedimientos indispensables o al menos necesarios, puede llevar implícita la conveniencia de transferir al paciente con otro médico, que acepte asumir la responsabilidad de llevar a cabo los procedimientos requeridos, con las limitaciones impuestas por la negativa de consentimiento.
7. Se puede presentar la negativa a aceptar procedimientos necesarios, por carencias económicas, en cuyo caso habría que buscar otras opciones asistenciales.

**Condiciones que requieren consentimiento informado:**

- ⊗ La hospitalización. Es particularmente importante en lo referente a pacientes psiquiátricos, a quienes no se les puede hospitalizar en contra de su voluntad, sin un mandato judicial o en casos de urgencias extrema, con riesgo para su salud, su vida o la quienes convivan con ellos.
- ⊗ La realización de una intervención quirúrgica.
- ⊗ La práctica de cualquier procedimiento con fines de control de la fertilidad, particularmente si son definitivos.
- ⊗ La participación en protocolos de investigación.

- ⊗ La realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgo.
- ⊗ La práctica de procedimientos invasivos, particularmente si es necesario llevarlos a cabo bajo anestesia o sedación.
- ⊗ El compromiso del paciente de cumplir con las normas hospitalarias.
- ⊗ En las urgencias el consentimiento está implícito, a menos que el paciente haya expresado lo contrario.
- ⊗ El paciente tiene derecho a rechazar tratamientos dirigidos a prolongar artificialmente su vida.

Si el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento, previa información y no haya un familiar responsable o un apoderado legal que pueda otorgarlo por él el médico tratante o cualquier médico en caso de urgencia puede tomar la decisión.

### **Controversia (Aguirre, 2002)**

- ⊗ El consentimiento informado adquiere una mayor complejidad, en pacientes cuyo nivel de conciencia no se encuentra en niveles óptimos o con menoscabo de sus facultades mentales, derivándose la decisión a los familiares responsables, de quienes podríamos no tener la certeza de que están obrando en busca del beneficio primario del enfermo. Circunstancia que podrían encontrarse también los niños y los ancianos.
- ⊗ Riesgo de caer en un conflicto de conciencia ante la negativa de un paciente para aceptar un procedimiento indispensable. Tal es el caso de la negativa a autorizar una transfusión sanguínea.
- ⊗ Consentimiento para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, con disposiciones legales que establecen la obligación de un médico, para "llevar a cabo cualquier acción que se requiera para preservar la salud o la vida de un paciente".<sup>17</sup>

### **Formato de las cartas de consentimiento informado**

Deberán contener como mínimo.

- ⊗ Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso. Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
- ⊗ Título del documento.
- ⊗ Lugar y fecha en que se emite.
- ⊗ Acto autorizado.
- ⊗ Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- ⊗ Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva y
- ⊗ Nombre completo y firma de los testigos.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Aguirre H G. Ética médica: consentimiento informado. Revista Conamed. [en línea] 2002; [accesado 28 Septiembre 2011]. 7(3): [p. 65 -69]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev\\_historico/REV24.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV24.pdf)

<sup>18</sup> México. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. En gaceta oficial. (7 Diciembre 1998). [accesado 30 Diciembre 2011] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

## **Código de Ética para las Enfermeras y la Enfermeros en México**

La Comisión Institucional de Enfermería (2001) elabora el presente Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México, en el cual se establece lo siguiente.

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano.

El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

La moral considerada como regla de conducta es el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones para con la sociedad y debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos.

La dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia.

El humanismo en términos generales, se define como la actitud centrada en el interés por lo humano. Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser. Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos estos aspectos que lo constituyen se realizará a sí mismo y se hará más humano. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, que durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo social.

De aquí la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético, que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional.

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

- ⊗ Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- ⊗ A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un Estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político
- ⊗ A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- ⊗ A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

### **Declaración de principios**

Para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales:

**Beneficencia y no maleficencia:** Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

**Justicia:** La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

**Autonomía:** Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales.

**Valor fundamental de la vida humana:** Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana.

**Privacidad:** El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

**Fidelidad:** Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona.

**Veracidad:** Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

**Confiabilidad:** Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayudar a las personas.

**Solidaridad:** Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones.

**Tolerancia:** Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas.

**Terapéutico de totalidad:** A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

**Doble efecto:** Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas.

### **Decálogo de Ética para las enfermeras y los enfermeros de México**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de Enfermería. [en línea] Diciembre 2001. [accesado 27 Septiembre 2011]. [36 p.]. Disponible en: [www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/solicitudes.php?...](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php?)

## **Expediente clínico**

De acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-186- SSA1-1998 del expediente y en cuya elaboración participaron diversas instituciones de salud.

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud y alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes. El expediente clínico debe contener los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico. Para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se toman en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

El objetivo de la Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico. Su campo de aplicación de esta Norma Oficial Mexicana aplica en el territorio nacional y es de carácter obligatorio para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos.

El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias

Así tenemos que el expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

- ⊗ Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece.
- ⊗ En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario.

- ⊗ Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario y
- ⊗ Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente y deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

Del expediente en consulta externa deberá contar con: historia clínica, notas de evolución, notas de interconsulta, notas de referencia/traslado.

De las notas médicas en urgencias lo debe elaborar el médico y debe contener entre otros datos importantes: notas de evolución y notas de referencia y traslado.

De las notas médicas en hospitalización deberá tener datos del paciente sobre su ingreso, historia clínica, notas de evolución, notas de referencia/traslado, nota preoperatoria, nota pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico, nota postoperatoria y notas de egreso.

De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar. La hoja de enfermería deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo: habitus exterior, gráfica de signos vitales, ministración de medicamentos (fecha, hora, cantidad y vía), procedimientos realizados y observaciones.

De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo: fecha y hora del estudio, identificación del solicitante, estudio solicitado, problema clínico en estudio, resultados del estudio, incidentes si los hubo, identificación del personal que realiza el estudio y nombre completo y firma del personal que informa.

Entre otros documentos que el expediente clínico debe contener están: cartas de consentimiento bajo información, hoja de egreso voluntario, hoja de notificación al ministerio público, reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica, notas de defunción y de muerte fetal.

Los documentos normados en el presente apartado deberán contener: el nombre completo y firma de quien los elabora y un encabezado con fecha y hora<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, op. cit.

### **Derechos Humanos del Recién Nacido**

1. Protección integral del recién nacido en lo humano, en lo físico, en lo bioético, en lo anímico, en lo jurídico y en lo político-social.
2. Ser asistido en el momento del nacimiento sin importar raza, credo o nacionalidad por personal idóneo y en centros hospitalarios calificados.
3. Ante los avatares imponderables, se autoriza nacer en cualquier centro hospitalario sin importar si tiene o no constancia legal ó de afiliación.
4. Antes de ser ligado el cordón umbilical se le permitirá rescatar la sangre placentaria de la madre, colocando al recién nacido unos segundos al nivel de la pelvis materna y su ligadura final será hecha a 5 cm. de la pared abdominal una vez establecida la respiración normal.
5. A los segundos de haber nacido, se le practique pronta y acuciosa valoración para conocer la calificación de salud que ha obtenido, previa e inmediata limpieza de las vías aéreas y de la comprobación de la permeabilidad recto-anal y esofágica.
6. Permanecer en el regazo materno para que naturalmente roce el pezón de sus senos e inicie la lactancia materna temprana, única, amorosa, calmada y privada. Y que le sean proscritos lo sucedáneos lácteos fabricados, e igualmente el uso de los biberones, así como las infusiones de hojas llamadas popularmente tés.
7. Como niño-individuo que es, se le respete su decisión de no practicarle la anticientífica circuncisión y contando con que después de los tres meses se le practique la sinequiotomía para su higiene genital temprana.
8. Se le proporcionen las vacunas: antituberculosa y antipoliomielítica, la de la hepatitis B y las nuevas que le sean benéficas (VIH); que se le ministre un miligramo de la vitamina K para compensar su inmadurez hepática y su tendencia a la hemorragia y se le instilen gotas oculares antisépticas que prevengan la oftalmia neonatal.
9. Ser registrado en el mismo lugar en donde nazca, le sean colocadas: pulsera o pechera de identificación, anexándose los nombres de los progenitores, sus huellas palmo-plantares, sus marcas de nacimiento, el tamiz neonatal y la prueba del ADN, a fin de dificultar el robo, trueque, venta, obsequio, abandono, adopción, tráfico y demás ilícitos.
10. Para alguna investigación científica no riesgosa y de beneficio para el futuro de otros neonatos, se pedirá aprobación previa de un comité de bioética altamente calificado. Si se deseara obtener células troncales de la sangre del cordón, que dicha toma sea obtenida cercana a la implantación placentaria y en la cantidad mínima necesaria.
11. No usar venda o fajero abdominal a fin de que pueda respirar y digerir normalmente; que la ropa no se use justa al grado de ocasionar marcas en la piel y que sea confeccionada con fibras naturales.
12. Que se le amamante con amor, en el horario libre escogido al principio y se establezca después cada 3 horas, permitiéndole succionar al pecho cuando menos 15 minutos de cada lado, haciéndolo eructar. Y que la madre mientras amamanta no ingiera medicamentos o productos que dañen su salud.

13. Dormir sólo en la cuna y se evite el que concilie el sueño en babinetos pequeños, o junto con adultos, así como evitar sacarlo de la cuna innecesariamente, para evitar, cambios, enfriamientos e infecciones.
14. Se le mantenga aseado, de preferencia con el baño diario seguido de vigorosa fricción y se realicen oportunamente las mudas, especialmente el cambio de pañal.
15. No se le inculque el chupón salvo indicación médica, para evitar infecciones y disminuir el apetito. Que se prohíba el uso del supositorio, de las peritas y de las gotas nasales por ser un recurso contranatural. Y a que no se le ministre medicamento sin prescripción facultativa.
16. Se conmemore los "5 de marzo" como el Día Mundial del Recién Nacido para recordarle a la humanidad que fueron protegidos desde el momento mismo del nacimiento.
17. Ante la mínima sospecha de una insuficiencia, de un accidente o de una enfermedad sorpresiva, sin más espera se recurra de preferencia a un centro o clínica pediátrica especializada.<sup>21</sup>

### **Derecho de los niños**

Dentro de la **Ley para la Protección de los Derechos de los Niñas, Niños y Adolescentes (2010)**

#### **Título Primero**

Artículo 1. La presente ley se fundamenta en el párrafo sexto del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sus disposiciones son de orden público, interés social y de observancia general en toda la República Mexicana y tiene por objeto garantizar a niñas, niños y adolescentes la tutela y el respeto de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución.

Artículo 2. Son niños y niñas de hasta 12 años incompletos.

Artículo 3. La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad.

#### **Título Segundo**

#### **De los derechos de los niños, niñas y adolescentes**

##### **Capítulo Primero**

##### **Del Derecho a la Prioridad**

Artículo 14. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les asegure prioridad en el ejercicio de todos sus derechos, especialmente a que:

- A. Se les brinde protección y socorro en cualquier circunstancia y con la oportunidad necesaria.
- B. Se les atienda antes que a los adultos en todos los servicios, en igualdad de condiciones.

---

<sup>21</sup> ANPREN Asociación Nacional de Protección al Recién Nacido A. C. [en línea] [accesado 30 Noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.anprenreciennacido.org/prioridades.asp#>

- C. Se considere el diseñar y ejecutar las políticas públicas necesarias para la protección de sus derechos.
- D. Se asignen mayores recursos a las instituciones encargadas de proteger sus derechos.

## **Capítulo Segundo**

### **Del Derecho a la Vida**

Artículo 15. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la vida. Se garantizará en la máxima medida posible su supervivencia y su desarrollo.

## **Capítulo Tercero**

### **Del Derecho a la No Discriminación**

Artículo 16. Niñas, niños y adolescentes tienen reconocidos sus derechos y no deberá hacerse ningún tipo de discriminación en razón de raza, color, sexo, idioma o lengua, religión; opinión política; origen étnico, nacional o social; posición económica; discapacidad física, circunstancias de nacimiento o cualquier otra condición no prevista en este artículo.

Artículo 17. Las medidas que se tomen y las normas que se dicten, no deberán implicar discriminación para los demás infantes y adolescentes, ni restringirles dicho goce igualitario.

Artículo 18. Es deber de las autoridades, ascendientes, tutores y de miembros de la sociedad, promover e impulsar un desarrollo igualitario entre niñas, niños y adolescentes.

## **Capítulo Cuarto**

### **De los derechos de Vivir en Condiciones de Bienestar y a un Sano Desarrollo Psicofísico**

Artículo 19. Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a vivir en condiciones que permitan su crecimiento sano y armonioso, tanto físico como mental, material, espiritual, moral y social.

Artículo 20. Las madres tienen derecho, mientras están embarazadas o lactando, a recibir la atención médica y nutricional necesaria, de conformidad con el derecho a la salud integral de la mujer.

## **Capítulo Quinto**

### **Del Derecho a ser Protegido en su integridad, en su libertad, y contra el maltrato y el abuso sexual.**

Artículo 21. Niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a ser protegidos contra actos u omisiones que puedan afectar su salud física o mental, su normal desarrollo o su derecho a la educación en los términos establecidos en el artículo 30. constitucional. Se les protegerá cuando se vean afectados por:

- A. El descuido, la negligencia, el abandono, el abuso emocional, físico y sexual.
- B. La explotación, el uso de drogas y enervantes, el secuestro y la trata.
- C. Conflictos armados, desastres naturales, situaciones de refugio o desplazamiento, y acciones de reclutamiento para que participen en conflictos armados.

## **Capítulo Sexto**

### **Del Derecho de la Identidad**

Artículo 22. Está compuesto por:

- A. Tener nombre y apellidos de los padres desde que nazca y a ser inscrito en el Registro
- B. Civil.
- C. Tener una nacionalidad.
- D. Conocer su filiación y su origen
- E. Pertenecer a un grupo cultural y compartir con sus integrantes costumbres, religión, idioma o lengua, sin que esto pueda ser entendido como razón para contrariar ninguno de sus derechos.

## **Capítulo Séptimo**

### **Del Derecho a Vivir en Familia**

Artículo 23. La falta de recursos no podrá considerarse motivo suficiente para separarlos de sus padres o de los familiares con los que convivan, ni causa de la pérdida de la patria potestad.

Artículo 24. Las autoridades establecerán las normas y los mecanismos necesarios a fin de que, siempre que una niña, un niño, una o un adolescente se vean privados de su familia de origen, se procure su reencuentro con ella.

Artículo 25. Cuando se vean privados de su familia, tendrán derecho a recibir la protección del estado, quien se encargará de procurarles una familia sustituta y mientras se encuentre bajo la tutela de éste.

Artículo 26. Las autoridades federales, del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus atribuciones, velarán porque en las adopciones se respeten las normas que las rijan, las cuales serán diseñadas a fin de que niñas, niños, y adolescentes sean adoptados en pleno respeto de sus derechos.

## **Capítulo Octavo**

### **Del Derecho a la Salud**

Artículo 28. Las autoridades federales del Distrito Federal, estatales y municipales en el ámbito de sus respectivas competencias, se mantendrán coordinados a fin de:

- A. Reducir la mortalidad infantil.
- B. Asegurarles asistencia médica y sanitaria para la prevención, tratamiento y la rehabilitación de su salud.
- C. Promover la lactancia materna.
- D. Combatir la desnutrición mediante la promoción de una alimentación adecuada.
- E. Fomentar los programas de vacunación.
- F. Ofrecer atención pre y post natal a las madres, de conformidad con lo establecido en esta ley.
- G. Atender de manera especial las enfermedades endémicas, epidémicas, de transmisión sexual y
- H. del VIH/SIDA, impulsando programas de prevención e información sobre ellas.
- I. Establecer las medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

- J. Disponer lo necesario para que niñas, niños y adolescentes con discapacidad, reciban la atención apropiada a su condición, que los rehabilite, les mejore su calidad de vida, les reincorpore a la sociedad y los equipare a las demás personas en el ejercicio de sus derechos.
- K. Establecer las medidas tendientes a que en los servicios de salud se detecten y atiendan de manera especial los casos de infantes y adolescentes víctimas o sujetos de violencia familiar.

## **Capítulo Noveno**

### **Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Discapacidad**

Artículo 29. Se considera persona con discapacidad a quien padezca una alteración funcional física, intelectual o sensorial, que le impida realizar una actividad propia de su edad y medio social, y que implique desventajas para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Artículo 30. Niñas, niños y adolescentes con discapacidad física, intelectual o sensorial no podrán ser discriminados por ningún motivo. Tienen derecho a desarrollar plenamente sus aptitudes y a gozar de una vida digna que les permita integrarse a la sociedad.

Artículo 31. La Federación, el Distrito Federal, estados y municipios en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán normas tendientes a:

- A. Reconocer y aceptar la existencia de la discapacidad.
- B. Ofrecer apoyos educativos y formativos para padres y familiares de niñas, niños y adolescentes con discapacidad.
- C. Promover acciones interdisciplinarias para el estudio, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación de las discapacidades de niñas, niños y adolescentes que en cada caso se necesiten.
- D. Fomentar centros educativos especiales y proyectos de educación especial que permitan a niñas, niños y adolescentes con discapacidad, integrarse en la medida de su capacidad a los sistemas educativos regulares.
- E. Adaptar el medio que rodea a niñas, niños y adolescentes con discapacidad a sus necesidades particulares.

## **Capítulo Décimo**

### **Del Derecho a la Educación**

Artículo 32. Derecho a una educación que respete su dignidad y les prepare para la vida en un espíritu de comprensión, paz y tolerancia. Las leyes promoverán las medidas necesarias para que:

- A. Se les proporcione la atención educativa que por su edad, madurez y circunstancias especiales requirieran para su pleno desarrollo.
- B. Se evite la discriminación de las niñas y las adolescentes en materia de oportunidades educativas.
- C. Se impulse la enseñanza y respeto de los derechos humanos. En especial la no discriminación y de la convivencia sin violencia.
- D. Se prevean mecanismos de participación democrática en todas las actividades escolares.

- E. Se impida en las instituciones educativas la imposición de medidas de disciplina que no estén previamente establecidas, sean contrarias a su dignidad, atenten contra su vida, o su integridad física o mental.

## **Capítulo Decimo Primero**

### **De los Derechos al Descanso y al Juego**

Artículo 33. Derecho al descanso y al juego, los cuales serán respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento; así como a disfrutar de las manifestaciones y actividades culturales y artísticas de su comunidad.

Artículo 34. Por ninguna razón ni circunstancia, se les podrá imponer regímenes de vida, estudio, trabajo o reglas de disciplina que impliquen la renuncia o el menoscabo de estos derechos.

Artículo 35. Prohibición constitucional de contratar laboralmente a menores de 14 años bajo cualquier circunstancia.

## **Capítulo Decimo Segundo**

### **De la Libertad de Pensamiento y del Derecho a una Cultura Propia**

Artículo 36. Gozarán de libertad de pensamiento y conciencia.

Artículo 37. Niñas, niños y adolescentes que pertenezcan a un grupo indígena tienen derecho a disfrutar libremente de su lengua, cultura, usos, costumbres, religión, recursos y formas específicas de organización social.

## **Capítulo Decimo Tercero**

### **Del Derecho a Participar**

Artículo 38. Derecho a la libertad de expresión; la cual incluye sus opiniones y a ser informado.

Artículo 39. Derecho a ejercer sus capacidades de opinión, análisis, crítica y de presentar propuestas en todos los ámbitos en los que viven, trátase de familia, escuela, sociedad o cualquier otro.

Artículo 40. Derecho a la información. Se pondrá especial énfasis en medidas que los protejan de peligros que puedan afectar su vida, su salud o su desarrollo.

Artículo 41. El derecho a expresar opinión implica que se les tome su parecer respecto de:

- A. Los asuntos que los afecten y el contenido de las resoluciones que les conciernen.
- B. Que se escuchen y tomen en cuenta sus opiniones y propuestas respecto a los asuntos de su familia o comunidad.

Artículo 42. Derecho de reunirse y asociarse.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. [en línea] (19 Agosto 2010) [accesado 28 Septiembre 2011]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>

## 5.7 Daños a la salud

### Epidemiología neonatal

#### **Panorama mundial: Mortalidad neonatal**

A escala mundial descende el número de recién nacidos que mueren, pero el avance es demasiado lento. La mortalidad de neonatos ha descendido de 4,6 millones en 1990 a 3,3 millones en 2009, y el ritmo de descenso ha sido algo más rápido a partir del año 2000<sup>23</sup>.

#### **Panorama en América Latina y el Caribe**

##### **Mortalidad neonatal**

Cada año nacen casi 12.000,000 de niños en la región de América Latina y el Caribe. Cada año, 400,000 niños, mueren antes de llegar a los 5 años de edad, 270,000 antes de cumplir un año, y de estos últimos, 180,000 mueren en su primer mes de vida. Se calcula que la mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe es 15 por 1,000 nacidos vivos, con cifras que oscilan entre 14 (América del Sur) y 19 (el Caribe) por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal representa alrededor del 60% de las defunciones de menores de un año, lo alarmante de esta estadística es que la mayoría de estas defunciones son prevenibles.

Si bien las tasas de mortalidad infantil han venido disminuyendo en la Región, las tendencias de la mortalidad neonatal han permanecido prácticamente inalteradas durante los diez últimos años. Este estancamiento se debe, en parte, a la falta de programas dirigidos específicamente a los recién nacidos. Aunque existen otros factores fundamentales que contribuyen también a una salud neonatal no adecuada como las desigualdades en el acceso a la atención de salud y una salud materna precaria deficiente<sup>24</sup>.

#### **Panorama mundial: Nacimientos prematuros**

Cada año, en todo el mundo, nacen 15 millones de bebés prematuros y más de un millón de ellos mueren poco después del nacimiento debido a complicaciones dadas por la misma prematuridad. De igual manera, una gran parte de los sobrevivientes sufren algún tipo de discapacidad, lo que a menudo significa un gran costo para las familias y la sociedad<sup>25</sup>.

Casi el 40% de los niños menores de cinco años que fallecen cada año son recién nacidos, el 75 % de estos fallecimientos se producen en la primera semana de vida y de estos entre el 25 y el 45 % se produce en las primeras 24 horas. Las

---

<sup>23</sup> Organización Mundial de la Salud y Save the Children. Disminuye la mortalidad neonatal, pero aumenta su proporción en la mortalidad en la niñez a escala mundial. Informe dirigido por investigadores de la OMS, Save the Children y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. [en línea]. Ginebra: 2011, agosto; [accesado 19 Enero 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn\\_deaths\\_20110830/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/index.html).

<sup>24</sup> Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe. Un consenso estratégico interinstitucional. [en línea]. Guatemala: 2007; [accesado 19 Enero 2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iaiepi28711.pdf>

<sup>25</sup> Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. op. cit., pág 9.

causas de fallecimientos de estos neonatos son: el **nacimiento prematuro y bajo peso al nacer 30 %**, las infecciones neonatales como sepsis y neumonía 25 %, la asfixia y los traumatismos en el parto 23 %, otras causas 9%, anomalías congénitas 7 %, y tétanos neonatal 3%<sup>26</sup>.

De entre las causas más comunes que dan pie a un parto prematuro se incluyen los embarazos múltiples, infecciones y enfermedades maternas crónicas como diabetes e hipertensión<sup>27</sup>.

La prematuridad es hoy en día la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años y la causa de muerte más importante en el primer mes de vida. Es por eso que la prematuridad se ha convertido en una prioridad de salud pública en los países de alto riesgo. Ya que las implicaciones de nacer demasiado pronto se extienden más allá del periodo neonatal y del ciclo vital, pues los bebés que nacen antes de estar físicamente listos para enfrentar el mundo con frecuencia requieren un cuidado especial, son niños que enfrentan serios problemas de salud como parálisis cerebral, deterioro cognitivo, enfermedad pulmonar crónica, pérdida visual y auditiva entre otras.

Existe además una dramática brecha de desigualdad de oportunidades de supervivencia entre los prematuros que nacen antes de las 28 semanas, dependiendo del lugar donde nacen, el 90 % de aquellos que nacen en países de bajos ingresos mueren dentro de los primeros días de vida, en cambio en los países de altos ingresos la mortalidad para el mismo grupo representa menos del 10 %<sup>28</sup>.

### **Estrategia mundial para disminuir el nacimiento prematuro**

Esta es una de las razones por las que las Naciones Unidas fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio y poder disminuir los nacimientos prematuros:

- ⌘ Erradicar la pobreza extrema y el hambre: La pobreza es un factor de riesgo para los partos prematuros.
- ⌘ Lograr la enseñanza primaria de manera universal: La educación principalmente en mujeres reduce el embarazo en adolescentes y la educación sanitaria puede reducir los factores de riesgo antes de la concepción. Ambas reducen el parto prematuro.
- ⌘ Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer: Ayuda a que la mujer tenga una mejor y mayor decisión sobre su vida sexual y reproductiva.
- ⌘ Reducir la mortalidad infantil: El incremento de la mortalidad en prematuros se convierte ahora en una de las 5 principales causas de muerte.

---

<sup>26</sup> Organización Mundial de las Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Centro de prensa [en línea]. 2009; [accesado 10 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>

<sup>27</sup> Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. op. cit., p. 20.

<sup>28</sup> Ibid., p. 9

- ⊗ Mejorar la salud materna: Un adecuado control prenatal y una atención efectiva posnatal salva la vida de las madres y de los recién nacidos.
- ⊗ Combatir enfermedades como el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades transmisibles: La prevención y tratamiento antes y durante el embarazo de las enfermedades transmisibles reduce el riesgo de parto prematuro.
- ⊗ Garantizar la sustentabilidad del medio ambiente: garantizar el acceso y el saneamiento del agua potable para reducir la transmisión de enfermedades infecciosas.
- ⊗ Una asociación mundial para el desarrollo: Movilizar recursos y subsanar las deficiencias de los productos básicos en prevención del parto prematuro<sup>29</sup>.

## **PREMATUREZ**

### **Concepto**

El recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 28 días más o menos 15 días.

La mayor parte de la morbimortalidad afecta a los recién nacidos “muy prematuros” cuya edad gestacional es menor a 32 semanas y especialmente a los prematuros extremos que son los nacidos antes de las 28 semanas de edad gestacional.<sup>30</sup>

Prematurez o prematuridad es sinónimo de inmadurez y ésta rige la relación del recién nacido pretérmino con su medio ambiente y determina su capacidad para resolver dificultades<sup>31</sup>.

Otros autores consideran al recién nacido prematuro a aquel menor a 38 semanas.

Según el peso del recién nacido prematuro podemos hablar de:

- ⊗ Bajo peso al nacer < 2500 g
- ⊗ Muy bajo peso al nacer con 1000 g
- ⊗ Extremo bajo peso al nacer < 1000 g<sup>32</sup>

### **Fisiopatología**

La inmadurez general determina un alto riesgo de complicaciones en los diferentes aparatos y sistemas, de funciones principales como la respiratoria, cardiovascular, cerebral, renal etc., lo que conlleva a la pérdida de la frágil estabilidad fisiológica, la que a su vez se define como el débil equilibrio entre las funciones inmaduras que regulan la homeostasis (Godoy 2002).

<sup>29</sup> Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. op. cit., p. 10

<sup>30</sup> Rellan S, García C, Aragón MP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de neonatología SEN-AEP. Madrid. 2011. p. 51.

<sup>31</sup> Godoy R. Atención al recién nacido pretérmino. Venezuela: Mac Graw Hill; 2002. p. 25

<sup>32</sup> Medina R. El recién nacido prematuro I. conceptos generales En: Zamora P. Enfermería neonatal. Formación Alcalá. 2008. p. 181

Tabla 1. Principales problemas de inmadurez (Godoy 2002).

<b>Inmadurez</b>	<b>predispone a:</b>
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ SDR</li> <li>⊗ TTRN</li> <li>⊗ Pulmón asfíctico</li> <li>⊗ Displasia broncopulmonar</li> </ul>
Cerebral – neurológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Hemorragia intraventricular</li> <li>⊗ Apnea</li> <li>⊗ Incoordinación succión deglución</li> <li>⊗ Panencefalitis por Sepsis</li> <li>⊗ Asfixia: encefalopatía hipóxico-isquémica.</li> <li>⊗ Problemas de termorregulación</li> </ul>
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ PCA</li> <li>⊗ Hipotensión</li> <li>⊗ Insuficiencia cardiaca</li> </ul>
Renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Dificultad en el manejo de líquidos</li> <li>⊗ Trastornos del equilibrio ácido - base</li> </ul>
Intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Enterocolitis necrotizante</li> <li>⊗ Dificultad para la alimentación</li> </ul>
Tejidos lábiles	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Retinopatía de la prematuridad</li> <li>⊗ Enfermedad pulmonar crónica</li> <li>⊗ Parálisis cerebral</li> </ul>
Inmunológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Sepsis</li> </ul>
Hematológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Trastornos del transporte de oxígeno</li> <li>⊗ Anemia</li> </ul>
Factores de coagulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Coagulación intravascular diseminada</li> <li>⊗ Tendencia a sangrado (déficit de factores: II, V, VII, VIII, IX, X, XI)</li> </ul>
Hepáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Hipoglucemia</li> <li>⊗ Ictericia</li> <li>⊗ Trastornos de coagulación</li> </ul>
Piel/tejido subcutáneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Trastornos de termorregulación</li> <li>⊗ Mayor tendencia a hipotermia/hipertermia</li> <li>⊗ Sepsis (inmadurez de barrera dérmica)</li> </ul>
Endócrina	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Hipoglucemia</li> <li>⊗ Hiperglucemia iatrogénica</li> <li>⊗ Hipocalcemia</li> <li>⊗ Trastornos de función suprarrenal</li> </ul>
Corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Trauma del parto</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Rechazo familiar</li> <li>⊗ Temor a su manejo por parte de familiares</li> <li>⊗ Síndrome de niño maltratado</li> </ul>

## **Etiología**

El parto prematuro es una de las principales causas de morbilidad neonatal. Además se estima que el 50 % de todas las deficiencias neurológicas provienen de un nacimiento prematuro.

Existen distintos factores que están implicados en el inicio del parto prematuro, entre los que cabe incluir:

- ⊗ La hemorragia decidual (abruptio),
- ⊗ Factores mecánicos (sobredilatación del útero, insuficiencia cervical),
- ⊗ Cambios hormonales (estrés fetal o materno) e infección clínica/subclínica.

También se ha relacionado con infecciones no genitales sintomáticas, tales como la pielonefritis aguda y la neumonía. Muchas evidencias sugieren que las infecciones subclínicas pueden ser importante de partos prematuros, especialmente en los muy tempranos.

El papel del parto prematuro y la ruptura prematura de membranas en los nacimientos prematuros depende de varios factores, incluyendo la situación socioeconómica.<sup>33</sup>

### **Mayores factores de riesgo de parto prematuro**

(Chris C, Gibbs R. 2009)

Parto prematuro anterior  
Gestaciones múltiples  
Afroamericanos  
Bajo nivel socioeconómico

### **Factores de riesgo menores de parto prematuro** (Chris C, Gibbs R. 2009)

#### **Riesgos modificables**

Poco aumento del peso de la madre  
Trabajo físico  
Tabaquismo  
Anemia  
Bacteriuria  
Vaginosis bacteriana  
Infecciones sistémicas de la madre:  
pielonefritis

#### **Riesgos no modificables**

Edades extremas (<17 0 >40)  
Abortos múltiples anteriores  
antecedentes de anomalías uterinas  
Baja estatura  
Bajo peso antes del embarazo

---

<sup>33</sup> Chris C, Gibbs R, Parto pretérmino y postérmino En: Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nigaard I. obstetricia y ginecología de Danforth. 10ª ed. Barcelona. Ed Walters Klower Lippicott Williams &Wilkins. 2009. p. 165-70.

## Diagnóstico

El diagnóstico de prematuridad se basa en la determinación de la edad gestacional mediante datos obtenidos durante el embarazo y una vez ocurrido el nacimiento.<sup>34</sup>

### Diagnóstico de prematuridad (Godoy R. 2002.)

#### *En el periodo prenatal*

- ⊗ Fecha de última menstruación.
- ⊗ Evaluación prenatal continua.
- ⊗ Ecosonografía fetal.
- ⊗ Ecocardiografía fetal.
- ⊗ Estudios de líquido amniótico.

#### *En el periodo neonatal*

Determinación de edad gestacional (utilizan variables somáticas y neuromusculares simplificadas).

- ⊗ Capurro
- ⊗ Ballard
- ⊗ Dubowitz

## Tratamiento

El tratamiento debe estar orientado a la prevención de problemas específicos para los que existe riesgo aumentado de acuerdo a su edad gestacional, así como el diagnóstico precoz y el manejo temprano de las complicaciones. La atención al recién nacido incluye:

- ⊗ Vigilancia de la temperatura.
- ⊗ Asistencia respiratoria.
- ⊗ Vigilancia de la función cardiovascular.
- ⊗ Prevención de la infección.
- ⊗ Prevención de las complicaciones del SNC.
- ⊗ Vigilancia de apneas.
- ⊗ Vigilancia de la función renal.
- ⊗ Seguimiento de cifras de bilirrubina total y fraccionada.
- ⊗ Vigilar el estado hematológico.
- ⊗ Monitoreo del medio interno, del estado metabólico, del equilibrio hidroelectrolítico.
- ⊗ Atención del aporte de nutrientes, de alimentación adecuada (enteral/parenteral).
- ⊗ Prevención de secuelas.<sup>35</sup>

## Medidas preventivas

En la actualidad la meta es lograr un recién nacido de edad gestacional lo más cercana posible al término y en las mejores condiciones de salud.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> Godoy R. op. cit. p. 26.

<sup>35</sup> Ibíd. p. 29-30.

<sup>36</sup> Ibíd. p. 22.

## Posibilidades de inhibición farmacológica (Godoy R. 2002)

- Indicaciones para el uso de tocolíticos:
- ⊗ Edad gestacional entre 24 y 36 semanas
  - ⊗ Sospecha de inicio de trabajo de parto (contracciones uterinas regulares con o sin dilatación cervical).
  - ⊗ Peso fetal estimado menor de 2.500 g.

## Agentes tocolíticos (Chris C, Gibbs R, 2009)

- ⊗ Tratamiento hormonal
- ⊗ Tratamiento con alcohol
- ⊗ Betamiméticos
- ⊗ MgSO<sub>4</sub>
- ⊗ Antiprostaglandinas
- ⊗ Análogos de la oxitocina
- ⊗ Bloqueantes de los canales de calcio

## Contraindicaciones absolutas/relativas para del tratamiento con tocolíticos

(Chris C, Gibbs R, 2009)

### *Contraindicaciones absolutas*

- ⊗ Preeclampsia grave
- ⊗ Abruptio grave
- ⊗ Sangrado importante, por cualquier causa
- ⊗ Corioamnionítis franca
- ⊗ Muerte fetal
- ⊗ Anomalía fetal incompatibilidad con la vida
- ⊗ Restricción importante del crecimiento fetal
- ⊗ Estudios de madurez fetal
- ⊗ Arritmias cardíacas maternas

### *Contraindicaciones relativas*

- ⊗ Hipertensión crónica leve
- ⊗ Abruptio leve
- ⊗ Cardiopatía materna
- ⊗ Hipertiroidismo
- ⊗ Diabetes mellitus sin controlar
- ⊗ Sufrimiento fetal
- ⊗ Anomalía fetal
- ⊗ Dilatación del cérvix superior a 4 cm
- ⊗ Restricción leve del crecimiento intrauterino

### **Probabilidad de maduración fetal (uso de esteroides)**

Los corticoesteroides prenatales no sólo incrementan la maduración pulmonar, en un análisis sobre embarazos complicados con preeclampsia grave el uso de betametasona se relacionó con un menor riesgo de hemorragia intraventricular/periventricular, persistencia del conducto arterioso, infección prenatal y muerte.

Indicaciones para el uso de esteroides:

- ⊗ Paciente con trabajo de parto no complicado.
- ⊗ Entre 26 y 32 semanas de gestación Membranas indemnes.
- ⊗ Posibilidad de inhibición del mecanismo del parto por 24 horas o más.

### **Atención del parto prematuro**

La atención de la paciente durante el trabajo de parto deberá estar a cargo de un equipo multidisciplinario y se practicará en las mejores condiciones con monitoreo electrónico continuo.

La vía de resolución aún no está bien establecida aunque la cesárea está sobre la vía vaginal (por la cada vez más frecuente morbilidad) especialmente cuando se trata de prematuros muy inmaduros.

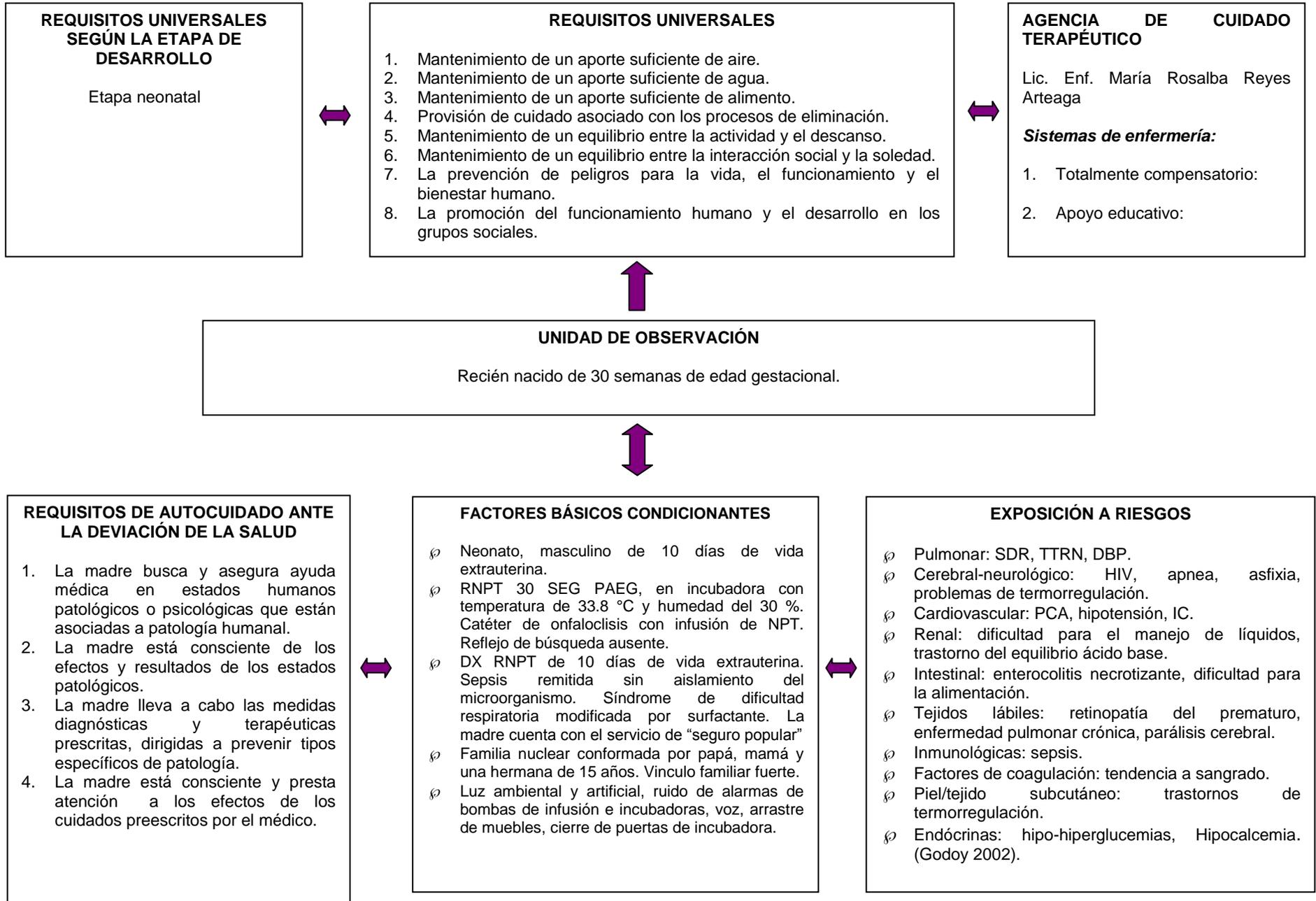
Cada institución debe determinar el límite inferior de edad gestacional del recién nacido que está en condiciones de atender, para establecer el perfil del paciente que puede recibir y cuales debe remitir, incluso antes de su nacimiento, a centros con niveles superiores de atención.<sup>37</sup>

## **VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO**

---

<sup>37</sup> Godoy R. op. cit. p. 24-5.

## 6.1 Esquema Metodológico



## 6.2 Valoración de enfermería

### 6.2.1 Ficha de identificación

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: Z. M. S.  
SEXO: Masculino HORA NACIMIENTO: 10:01  
LUGAR DE NACIMIENTO: Hospital de La Mujer  
FECHA NACIMIENTO: 25 /11/ 2011 REGISTRO: 440968  
PESO AL NACER: 1720 TALLA: 42 cm  
EDAD GESTACIONAL: 30 SEG TIPO DE PARTO: Cesárea  
FECHA DE INGRESO: 25/11/2011 DÍAS DE ESTANCIA: 10 días  
GPO Y RH: "0" negativo  
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: Avanzada  
FUENTE DE INFORMACIÓN: (Primaria) Mamá y papá y (secundaria) expediente.

### 6.2.2 Exploración física

La piel se encuentra íntegra en toda su extensión, hidratada, lisa y flexible, sin datos de acrocianosis, uñas blandas, plegables y bien formadas.

Cabeza con perímetro cefálico de 29 cm, las fontanelas anterior y posterior se palpan normo tensas y las suturas afrontadas y cabalgadas. La implantación del cabello es alta, y el cabello es oscuro, sedoso y lacio. La cara es simétrica, con presencia de cejas implantadas adecuadamente, párpados íntegros con pestañas, hay simetría en ambos ojos, se observa estrabismo leve en el ojo izquierdo; la nariz es simétrica sin alteración en su anatomía, sin datos de obstrucción, la boca, encías, mucosas, lengua y paladar integras sonrosadas e hidratadas; los oídos en forma adecuada y e implantados en línea a la altura de los ojos.

El cuello en la línea media con movimientos de flexión extensión y laterales izquierda y derecha si problemas; la tráquea se palpa en la línea media.

Las clavículas sin alteraciones; tórax de tamaño de acuerdo con la edad, con movimientos respiratorios sin alteración ni ruidos que demuestren dificultad respiratoria, los ruidos cardiacos rítmicos, de adecuada intensidad con pulsos periféricos palpables. Las mamas con presencia de pezón y glándula mamaria poco palpable.

El abdomen es poco globoso, depresible, aparentemente no doloroso a la palpación en la que se palpan asas intestinales, con el hígado aproximadamente a dos cm por debajo de la última costilla derecha, no se observa red venosa, no se realiza percusión de dicha zona, peristalsis presente. No se palpan riñones, ni vejiga; la cicatriz umbilical con la presencia de catéter venosos, aparentemente sin datos de infección o inflamación.

Genitales aparentemente sin alteraciones en su anatomía, el meato urinario se observa central, el glande está cubierto por el prepucio; los testículos con presencia de arrugas; el ano está permeable.

La columna vertebral sin alteraciones en su forma y alineación. Las extremidades integra, de simetría y longitud continuas, con movimientos simétricos, en cuanto al tono muscular con ligera hipotonía.

Cadera con Ortolani y Barlow negativo.

Reflejo de succión y deglución presente, reflejo de búsqueda (4 puntos cardinales) ausente; presión palmar ausente (se presenta dos días después), babinski positivo.

Previa a la valoración del recién nacido Z. M. S. se verifica la temperatura de la sala neonatal, la iluminación adecuada para la realización de la exploración física y lavado de manos. La exploración se realizó en la incubadora del neonato, por falta de espacio físico (cama de exploración).

### **Material y equipo**

- ⊗ Estetoscopio
- ⊗ Reloj con segundero
- ⊗ Termómetro
- ⊗ Cinta métrica

### **Habitus exterior**

Recién nacido del sexo masculino que se encuentra en el área de prematuros en una incubadora de doble pared, con temperatura de 33.8°C y humedad de 30%. Edad de acuerdo a su edad gestacional; de facies tranquila: sin datos de malestar, incomodidad, o dolor aparente. De constitución física delgada en etapa de crecimiento y desarrollo; su postura es en decúbito lateral con flexión de extremidades y columna. El neonato viste solamente pañal y las ropas de su colchón más el apoyo de un “nido” como medida de contención.

## **6.3 Valoraciones focalizadas**

### **1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**

**Fecha de valoración:** 05 diciembre 2011

Se trata de un neonato del sexo masculino de 30 SEG, con 10 días de vida extrauterina, con los siguientes diagnósticos: Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo, SDR modificada por surfactante e hiperbilirrubinemia multifactorial. Con un peso actual de 1790 g y con los siguientes signos vitales: FC 148 x', FR 46 X', TC 37°C.

#### **Inspección:**

El conducto naso lacrimal se encuentra permeable, sin alteraciones en cuanto a la forma y tamaño.

En cuanto al tórax es de forma y tamaño de acuerdo a la edad sin alteraciones en su anatomía, en cuanto a la función no se observa alteración del patrón

respiratorio, no ha habido presencia de pausas respiratorias o apneas, su respiración es normal, sin datos de hiper o hipoventilación, por lo que no es necesario apoyar con oxígeno adicional y por lo tanto el resultado de la valoración de Silverman – Andersen es de cero. Es un neonato que no requiere de monitorización continua, así como de oximetría de pulso, además que la unidad no cuenta con los monitores suficientes como para hacerlo.

Su tratamiento farmacológico es de doble esquema de antibiótico únicamente para cubrir la Sepsis. No ha sido necesario tomar gasometría para valorar el estado ácido base o el estado respiratorio, ni radiografía de tórax para valorar la función cardio-pulmonar

***Auscultación:***

A la auscultación de campos pulmonares ápices y bases izquierda y derecha se escucha adecuada entrada y salida de aire, sin ruidos respiratorios anormales, los ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo.

***Palpación:***

Pulsos periféricos en extremidades superiores presentes, con adecuada fuerza; el llenado capilar es de entre 2 y 3 segundos.

**2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

**3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

***Fecha de valoración:*** 07 diciembre 2011

Peso: 1790 g. FC: 156 x', FR: 50 X', TC: 37°C

Edad: 12 días.

***Inspección:***

Se encuentra neonato con piel integra en toda su superficie e hidratada, fontanelas anterior y posterior normotensas; la boca, encías, mucosas, lengua y paladar integras sonrosadas e hidratadas; el abdomen es blando, depresible, se palpan asas intestinales; peristalsis presente; sin malformaciones visibles de pared abdominal.

En cuanto a la valoración de los reflejos la succión es débil pero suficiente para la alimentación, reflejo de deglución presente, y el reflejo de búsqueda ausente.

En cuanto al aporte calórico por vía enteral es de 140.7 cal/kg/d y por vía parenteral es de 10.7 cal/kg/d.

En cuanto a la alimentación esta se realiza por succión (inicia el día de hoy) 35 ml cada 3 horas, se le da con técnica forzada con alimentador. El neonato recibe leche materna sólo en dos ocasiones y el resto es fórmula para prematuro.

En el control de líquidos de 24 horas tuvo un total de 306.5 ml de ingresos, entre tomas de fórmula láctea, medicamentos y soluciones y un total de 321 ml de egresos, entre diuresis, evacuaciones y pérdidas insensibles, dando un balance negativo de 14.5 ml.

La determinación cuantitativa de glucosa fue de 82 mg/dL

No fue necesario tomar estudios de laboratorio.

#### 4. **Provisión de cuidados asociados con los proceso de eliminación de desechos, incluidos los excrementos**

**Fecha de valoración:** 08 diciembre 2011

Peso: 1790 g. FC: 160 x', FR: 70 X', TC: 37°C.

Edad: 13 días.

##### **Observación:**

Durante el turno Z. M. S. ha aceptado y tolerado de manera adecuada la vía oral por succión, pues no ha habido reporte de vómitos o intolerancia a la fórmula láctea. No se observa red venosa abdominal, ni dibujo de asas intestinales o distensión abdominal, el perímetro abdominal pre y postprandial es de 27 cm, Z. M. S. no demuestra datos de dolor o malestar abdominal; no hay ni ha habido diarrea, las evacuaciones han sido de color verdosas semi-pastosas, 6 evacuaciones reportadas en 24 hrs. El reporte médico especifica que no hay malformaciones anatómicas a nivel gastrointestinal. En cuanto a las pérdidas insensibles se comenta que el neonato se encuentra en incubadora con temperatura de 33.4°C y humedad de 30 %.

##### **Auscultación:**

Peristalsis presente

##### **Palpación:**

A la palpación no se observan datos de dolor ni se palpa masa abdominal alguna, sólo de palpan asas intestinales.

##### **Percusión:**

No se realiza percusión

No hay cirugía abdominal y por lo tanto no hay drenajes de ningún tipo incluyendo sondas.

Las micciones se cuantifican por el número de veces que se cambió el pañal que fue en un total de 8, la orina es clara sin olor alarmante, no fue necesario medir elementos urinarios o presión vesical.

No ha sido necesario la realización de pruebas especiales de orina o evacuación ni la toma de RX o estudio especiales.

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

**Fecha de valoración:** 05 diciembre 2011

Peso: 1790 g. FC: 160 x', FR: 70 X', TC: 37°C.

Edad: 10 días.

**Inspección: entorno físico.** Se trata de un neonato al que se le realizan cambios posturales cada 3 horas, la coloración de su piel es sonrosada, sin la presencia de lesiones dérmicas en toda su extensión. El estado de alerta es de sueño fisiológico la mayor parte del tiempo sin la exacta cuantificación del tiempo del estado alerta,

responde de marea tranquila ante la estimulación táctil. No hay presencia de fracturas y/o luxaciones.

Los factores ambientales a los que está expuesto Z. M. S. es el ruido producido por las alarmas de las bombas de infusión, por la voz no alterada o escandalosa del personal médico y de enfermería, por el arrastre de mobiliario del tipo mesa pasteur que la enfermera utiliza para sus actividades; por la iluminación de la sala que es natural y artificial; en cuanto a la temperatura de la sala no es cuantificable pero es cálida, además el neonato se encuentra en incubadora.

**Entorno social:** El baño se realiza cada tercer día. La técnica de piel con piel no se realiza. En cuanto a estimulación temprana sólo se realizan ejercicios de succión.

## **6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana**

**Fecha de valoración:** 06 diciembre 2011

Peso: 1790 g. FC: 160 x', FR: 60 X', TC: 36.9°C.

Edad: 11 días.

Se trata de un recién nacido prematuro de 31.4 SEG con edad corregida. Se encuentra en la sala de prematuros en una incubadora con humedad de 30 % y temperatura de 33.1 °C se encuentra alerta durante la manipulación (cambio de pañal, alimentación, aseo, cambio de ropa de incubadora) el resto del tiempo lo pasa en sueño fisiológico. Su reacción ante el estímulo táctil está presente y la tolera pues no manifiesta irritabilidad al manejo, por lo regular se mantiene tranquilo. Su alimentación es por sonda orogástrica, solamente en dos ocasiones se le ofrece la leche materna que su mamá entrega al banco de leche, el resto es fórmula láctea para prematuro. La única estimulación temprana que recibe son ejercicios de succión, la estimulación táctil y auditiva que recibe de sus padres en la hora de visita y la cual tolera adecuadamente

Los padres se desarrollan en un nivel socioeconómico medio y en cuanto a la interacción con su hijo es poca, ya que solamente se presentan una hora o menos por día, durante la visita y solamente va un padre por día. Se observa disponibilidad por parte de ambos padres por asistir a la visita con su hijo pero algunos factores les impiden asistir a la visita en horario vespertino. Ambos padres le hablan y lo acarician cuando están con él, la madre explica que hay un mayor apego con el padre porque se muestra más alerta o tranquilo cuando está con él, la madre comenta que se muestra muy ansiosa y con mucho estrés ocasionado por varios factores, uno de ellos (el que más le afecta) es que ella percibe del servicio de lactancia materna que le exigen demasiado e incluso la "regañan", entre otros factores está el estado de salud de su bebé, la distancia y los medios que utiliza para trasladarse de su casa al hospital siendo que el bebé nació por cesárea.

Neonato que no ha sido acercado a su madre para aplicar la técnica de piel con piel.

## 7. Requisito universal prevención de peligros para la vida

**Fecha de valoración:** 05 diciembre de 2011

Peso: 1790 g. FC: 148 x', FR: 46 X', TC: 37°C.

Edad: 10 días.

### Factores humanos

Es de importancia comentar que existe apego afectivo por parte de los padres para con el neonato durante el tiempo de visita que es solamente una hora. En cuanto a las metas de seguridad del paciente: el neonato está identificado correctamente con doble pulsera en la que viene el nombre de la mamá, el sexo, fecha y hora de nacimiento y número de registro del expediente. Los medicamentos de alto riesgo están correctamente identificados, en esta ocasión se está usando NPT. Se reduce el riesgo de infección mediante el lavado quirúrgico de manos al entrar en la sala de prematuros y el lavado de manos clínico entre paciente y paciente así como vigilar datos de infección en la zona de inserción de catéter umbilical o mediante la alteración de los signos vitales; se vigila la integridad de la piel y se previene lesión de la misma, el aseo de la incubadora se realiza a diario con solución sanitizante. Se reduce el riesgo de caídas al verificar el correcto cierre de la puerta de la incubadora y sus mangas y al ser pesado el neonato se transporta con las precauciones debidas, igualmente se vigila el posible deterioro en la llantas de la incubadora. No aplica en el neonato el rubro de garantizar cirugía correcta en el lugar correcto por que no es candidato a este tipo de procedimientos.

En cuanto al contacto de los padres con el neonato se les pide el uso de cubrebocas, lavado de manos hasta la altura de los codos uso de bata y de gel alcoholado.

En cuando a la barrera primaria y secundaria contra infecciones ya se comentó que el neonato tiene catéter umbilical y no es necesaria por hoy la toma de estudios de laboratorio y la piel se encuentra integra, libre de lesiones en el resto del cuerpo.

Otros factores

Luz ambiental y natural ya que en la unidad no se usa cubre incubadora. El ruido propio de la sala producido por el arrastre de mobiliario (mesa pasteur), alarmas de las bombas de infusión, la voz.

No se aplica escala de dolor alguna.

## 8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocida y el deseo de ser normal.

**Fecha de valoración:** 09 diciembre 2011

Peso: 1790 g. FC: 140 x', FR: 40 X', TC: 36.6°C.

Edad: 14 días.

Se realiza baño de esponja cada tercer día y la mamá no intervienen en la toma de decisiones con respecto al baño de su bebé; no se realiza aseo bucal. En cada

cambio de pañal se realiza limpieza de la región perianal. La postura del neonato se mantiene con el apoyo de un nido. No hay presencia de malformaciones congénitas. La mamá desconoce signos de alarma relacionado con el neonato.

#### 6.4 Requisitos Universales

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Sin déficit
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.	Con déficit
3. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.	Sin déficit
4. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Con déficit
5. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	Con déficit
6. Requisito universal prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Con déficit
7. La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.	Sin déficit

## 6.5 Jerarquización de los Requisitos de Autocuidado

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclis, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Inmadurez neurológica</p>	<p>Succión débil y ausencia del reflejo de búsqueda.</p>	<p>Requiere de estimulación facial y oral que facilite la aparición de estos reflejos primarios, esto por parte del personal de enfermería y/o del servicio de estimulación temprana.</p>

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>Requisito universal de prevención de peligros para la vida.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclis, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Sin signos o síntomas que demuestren infección</p>	<p>Medios invasivos (uso de catéter umbilical), estancia hospitalaria prolongada y prematuridad.</p>	<p>Necesita de las acciones del equipo multidisciplinario de salud y de los padres para llevar a cabo las medidas universales que eviten infecciones nosocomiales, así como el aporte de leche materna.</p>

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclis, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Sin signos ni síntomas que demuestren estrés</p>	<p>Exposición a factores ambientales como luz y ruido.</p>	<p>Requiere de la acción del equipo multidisciplinario de salud para favorecer el máximo confort y descanso.</p>

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclis, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Sin signos o síntomas que demuestren déficit de dicho requisito.</p>	<p>Estancia hospitalaria y el poco tiempo de visita.</p>	<p>Falta mayor tiempo de visita para los padres que ayude a fortalecer el vínculo.</p>

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclisia, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Sin déficit en el patrón respiratorio</p>	<p>FR 46 lpm y Silverman de 0.</p>	<p>Sistema respiratorio íntegro. Sólo requiere de vigilancia del patrón respiratorio.</p>

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclis, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Sin déficit de dicho requisito.</p>	<p>Eliminación intestinal y urinaria espontanea y de características normales.</p>	<p>Sólo requiere de vigilancia en el patrón de eliminación.</p>

Requisito Universal	Factor básico condicionante	Déficit de autocuidado	Factor que influye	Capacidad de autocuidado
<p>La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.</p>	<p>RNPT 30 SEG PAEG, masculino con 10 días de vida extrauterina. Incubadora: temperatura 33.8 °C y humedad del 30 %. Catéter de onfaloclis, infusión de NPT. Reflejo de búsqueda ausente.</p> <p>Sepsis remitida sin aislamiento del microorganismo. Síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante. “Seguro popular”. Familia nuclear: papá, mamá y una hermana de 15 años. Vinculo familiar fuerte.</p>	<p>Sin déficit de dicho requisito.</p>	<p>Muestras de amor y cariño por parte de los padres y la aceptación dentro del núcleo familiar.</p>	<p>Requiere que en el poco tiempo de visita de los padres se favorezca los lazos efectivos en cuanto a muestras de amor, cariño y afecto.</p>

## 6.6 Prescripción del cuidado

<b>Requisito</b> <b>Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos</b>	
<b>Agente de cuidado dependiente</b> Z. M. S.	<b>Fecha</b> 07 de diciembre de 2012
<b>Diagnóstico</b> Patrón de alimentación ineficaz relacionado con inmadurez neurológica manifestado por débil succión y ausencia del reflejo de búsqueda.	
<b>Agencia de cuidado terapéutico</b> L.E. María Rosalba Reyes Arteaga	<b>Sistema de enfermería</b> Totalmente compensatorio
<b>Objetivo</b> El agente de cuidado dependiente realizará intervenciones encaminadas a lograr una ingestión alimentaria por vía oral eficaz, con la finalidad de lograr y mantener su aporte nutricional fisiológico; en el lapso de una semana.	
<b>Indicador</b> ☉ Ingestión alimentaria por succión eficaz, necesaria para obtener el aporte nutricional correcto.	
<b>Intervención</b> Terapia de deglución          Alimentación enteral por sonda.	<b>Acciones</b> ☉ Colocarse de forma tal que el agente de cuidado dependiente y el agente de cuidado terapéutico tengan contacto visual. ☉ Realizar ejercicios de succión previos a cada toma de alimento. ☉ Sujetar las mejillas y la mandíbula para incrementar la capacidad de succión. ☉ Hacer oscilar o mover rítmicamente el biberón, ya que ello favorece una mejor sincronía en la respiración-succión-deglución. ☉ Evaluar los movimientos de la lengua y observar el sellado de los labios durante los ejercicios. ☉ Derivar al médico cualquier niño que presente dificultad para succión-deglución. ☉ Colocar la sonda orogástrica de acuerdo con los protocolos de la institución. ☉ Observar si la colocación de la sonda es correcta. ☉ Marcar la sonda en el punto de salida para mantener la colocación correcta. ☉ Mantener una elevación de la cabeza de 30° a

<p>Alimentación con alimentador</p>	<p>45° durante la alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Al finalizar la alimentación retira la sonda y colocar el neonato en la posición de decúbito latera derecho o decúbito ventral por una hora.</li> <li>⊗ Vigilar datos de regurgitación y/o vómito posterior a la alimentación.</li> <li>⊗ Calentar la fórmula previa a la alimentación.</li> <li>⊗ Colocar al neonato en semifowler durante la alimentación.</li> <li>⊗ Evaluar la succión durante la alimentación.</li> <li>⊗ Vigilar si hay signos de fatiga y permitir periodos de descanso entre tetada y tetada.</li> <li>⊗ Controlar la eyección de leche con el alimentador durante la alimentación.</li> <li>⊗ Hacer eructar al neonato frecuentemente durante la alimentación y posterior a esta.</li> <li>⊗ Observar la presencia de signos de aspiración mientras se le alimenta.</li> <li>⊗ Observar la presencia de signos que advierten reflujo.</li> <li>⊗ Vigilar el peso del neonato a diario.</li> <li>⊗ Vigilar la hidratación corporal.</li> </ul>
-------------------------------------	---

### **Fundamentación científica**

- ⊗ La estimulación motora oral incrementa la percepción sensorial oral realizando ejercicios con la boca que se centren en la temperatura, el sabor y la textura. Muchos de estos neonatos requerirán de alimentación por sonda tetinas o biberones para mejorar la toma. (Klein y Tracey 1994).
- ⊗ El cepillado de la lengua proporciona estimulación a la misma (punta y lateralización) además de la protrusión y sellado de los labios.<sup>38</sup>
- ⊗ Muchos neonatos prematuros experimentan dificultades de crecimiento a causa de la disfagia subyacente. Algunos pueden tener dificultad para respirar, mostrar somnolencia y escasa/descoordinada sincronía de la succión, deglución respiratoria por lo que requieren ser alimentados pos sondas, tetina y biberones.<sup>39</sup>
- ⊗ La alimentación por sonda orogástrica está indicada en prematuros ya que la succión y la deglución son reflejos inmaduros antes de las 34 semanas de gestación.<sup>40</sup>

### **Control de casos**

El día en que se detecta la ausencia del reflejo de búsqueda se inician ejercicios

<sup>38</sup> Ackley B J, Ladwig G B. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier 2007. p. 494.

<sup>39</sup> Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 945.

<sup>40</sup> Beltrán L. editor. Cuidados en enfermería neonatal. 3ª ed. Argentina: Journal; 2009. p. 207.

de succión los que consistieron en estimulación facial y oral. El primer día que inicio succión fue necesario complementarle con sonda orogástrica la toma de formula láctea y en los días subsecuentes tomó por succión, mostrando cansancio, a lo que se le brindo un tiempo de espera para poderlo seguir alimentando sin mayor problema. Dos días posteriores al inicio de los ejercicios de succión Z. M. S. mostró mejoría en la succión y en el reflejo de búsqueda.

<b>Requisito</b> Requisito universal prevención de peligros para la vida.	
<b>Agente de cuidado dependiente</b> Z. M. S.	<b>Fecha</b> 05 de diciembre de 2012
<b>Diagnóstico</b> Riesgo de infección relacionado con varios factores: medios invasivos (uso de catéter umbilical), estancia hospitalaria prolongada y prematurez.	
<b>Agencia de cuidado terapéutico</b> L.E. María Rosalba Reyes Arteaga	<b>Sistema de enfermería</b> Totalmente compensatorio
<b>Objetivo</b> El agente de cuidado terapéutico llevará acciones encaminadas a disminuir el riesgo de infección en el agente de cuidado dependiente durante su estancia hospitalaria.	
<b>Indicador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Identificar los riesgos de infección a los que se expone al neonato en situaciones diarias, controlar el entorno para evitar los factores asociados al riesgo de infección y utilizar precauciones universales.</li> </ul>	
<b>Intervención</b> Control de infecciones.	<b>Acciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Limitar el número de visitas (ya está establecida por la institución).</li> <li>⊗ Realizar el lavado de manos con jabón antimicrobiano.</li> <li>⊗ Enseñar a los padres el lavado de manos e indicarles el mismo antes y después del contacto con el neonato.</li> <li>⊗ Lavado de manos antes y después de cada actividad con el neonato.</li> <li>⊗ Seguir las precauciones estándar y llevar guantes durante el contacto con sangre, mucosas, piel no intacta, o cualquier sustancia corporal.</li> </ul>

<p>Cuidados de catéter umbilical /catéter venoso periférico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Concentrar los procedimientos enfermeros para reducir el número de contactos con el recién nacido permitiendo tiempo para realizar la higiene manual apropiada.</li> <li>⊗ Valorar a temperatura del neonato.</li> <li>⊗ Tener en cuenta y comunicar los valores de laboratorio.</li> <li>⊗ Uso de guantes y bata estéril así como cubrebocas si el procedimiento a realizar a si lo requiere.</li> <li>⊗ Utilizar protocolos de cuidado bien establecidos para todas las vías periféricas, venosas centrales, y arteriales. Mantener un apósito oclusivo estéril (cambiarlo cada 72 hr. de acuerdo a las normas del hospital). Etiquetar los puntos de inserción y todos los equipos de sueroterapia con fecha y hora de inserción, detectar signos de infección, anotar y comunicar. Sustituir los catéteres periféricos de acuerdo a las normas del hospital. Cuando aparezca fiebre de origen desconocido obtener muestras de cultivo.</li> <li>⊗ Mantener un ambiente aséptico en el cambio de la nutrición parenteral.</li> <li>⊗ Aplicar solución antiséptica al muñón umbilical de acuerdo con el protocolo de la institución.</li> <li>⊗ Mantener la fijación del catéter umbilical/catéter periférico con el material indicado.</li> </ul>
<p>Cuidado de la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Vigilar y registrar el aspecto de la zona umbilical/zona de inserción de catéter periférico y de los cuidados aplicados.</li> <li>⊗ Vigilar si hay presencia de signos que indiquen retirada del catéter umbilical/periférico.</li> <li>⊗ Garantizar una manipulación aséptica en todas las líneas iv.</li> <li>⊗ Administrar los antibióticos indicados en el horario establecido.</li> <li>⊗ Facilitar el sueño y el descanso.</li> <li>⊗ Realizar el baño o aseo de la piel de acuerdo a lo establecido con la institución.</li> <li>⊗ Evitar el uso de jabones alcalinos para el aseo de la piel.</li> <li>⊗ Aplicar un lubricante hipoalergénico a la piel si se requiere.</li> <li>⊗ Mantener la humedad requerida dentro de la incubadora.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Evitar el uso de ropa de cama de textura.</li> <li>⊗ Evitar colocarle el pañal del demasiado apretado.</li> <li>⊗ Mantener la ropa de la incubadora limpia, seca sin arrugas.</li> <li>⊗ Procurar evitar dejar al neonato siempre en la misma posición.</li> <li>⊗ Identificar zonas de presión, de inflamación o de lesión y aplicar el cuidado requerido.</li> <li>⊗ Valorar el color, la humedad, la textura y la turgencia de la piel</li> </ul>
--	---

**Fundamentación científica**

- ⊗ La piel intacta es la primera línea de defensa natural contra los organismos que entran al cuerpo (Kovach 1995).
- ⊗ El mantenimiento de la piel hidratada y flexible es el mejor método para mantenerla intacta. La piel seca puede conducir a inflamación escoriación y posibles episodios de infección (Kovach 1995).<sup>41</sup>
- ⊗ La fractura de la función de la barrera de la piel puede constituir un riesgo adicional de sepsis nosocomial (Conner, Soll y Edwards 2004).
- ⊗ El aumento a la susceptibilidad a la infección en los prematuros se ha atribuido a su función inmune menos eficaz y a la naturaleza invasiva del necesario cuidado de apoyo (Conner, Soll y Edwards 2004).<sup>42</sup>
- ⊗ Se requieren precauciones meticulosas para el control de infección para prevenir infecciones relacionadas con la atención sanitaria, con especial atención a la higiene de manos y a las precauciones universales (Gould 2004).<sup>43</sup>
- ⊗ Mas del 40% de las infecciones en el torrente circulatorio, en las UCIN, están asociadas con el uso de catéteres venosos centrales de corta duración, por lo que se debe mantener una técnica aséptica estricta en su manejo (Tasota et al 1998).<sup>44</sup>
- ⊗ La promoción de la manipulación mínima y la agrupación de los procedimientos enfermeros redujeron los episodios de contacto total lo que ayuda a disminuir la concurrencia de infección asociada con el cuidado (Lam, Leey, Lau. 2004).<sup>45</sup>
- ⊗ Los usuarios con fiebre inexplicada y signos de infección localizada tienen con mucha probabilidad una infección relacionada con el catéter (Tasota et al 1998).<sup>46</sup>
- ⊗ Los valores de laboratorio están relacionados con el historial del usuario y el

<sup>41</sup> Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 763.

<sup>42</sup> Ibid. 767.

<sup>43</sup> Ibid. 764.

<sup>44</sup> Ibid. 765.

<sup>45</sup> Ibid. 766.

<sup>46</sup> Ibid. 765.

examen físico proporcionan una visión global de su función inmune (Lehmann 1991).<sup>47</sup>

**Control de casos**

El día de la valoración del presente requisito se encontró que Z. M. S. tenía catéter umbilical por el cual se infundía NPT, la cual se suspendió a las 18 hrs y por tal motivo se retira catéter central e inicia con venoclisis periférica sólo para mantenerla permeable. Durante la permanencia del catéter umbilical / venoso periférico no se presentaron datos de infección local o sistémica. La piel del Z. M. S. se mantuvo integra a excepción de las zonas de inserción de catéteres. Sin datos de lesión o humedad que pudieran ocasionar lesión.

**Requisito**

**Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**

**Agente de cuidado dependiente**  
Z. M. S.

**Fecha**  
08 de diciembre de 2012

**Diagnóstico**

Riesgo de deterioro del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionado con la exposición a factores ambientales como luz y ruido.

**Agencia de cuidado terapéutico**  
L.E. María Rosalba Reyes Arteaga

**Sistema de enfermería**  
Totalmente compensatorio

**Objetivo**

El agente de cuidado terapéutico proporcionará un entorno idóneo para favorecer y mantener el sueño y el descanso del agente de cuidado dependiente durante el tiempo de su estancia hospitalaria.

**Indicador**

- ⊗ Entorno favorable para el sueño y el descanso, que le evite estrés y favorezca su autorregulación.

**Intervención**  
Manejo ambiental

**Acciones**

- ⊗ Disminuir los estímulos ambientales.
  - δ Controlar y/o evitar ruidos excesivos.
  - δ Controlar la iluminación.
- ⊗ Evitar exposiciones innecesarias (control térmico adecuado).
- ⊗ Mantener la incubadora limpia.
- ⊗ Mantener las ropas limpias y secas.

<sup>47</sup> Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 762.

	⊗ Proporcionar contención mediante nido.
<b>Fundamentación científica</b>	
<p>⊗ No solo las intervenciones directas sobre el recién nacido son causantes de estrés y desorganizan al bebe prematuro. Está demostrado que las condiciones del ambiente de la UCIN básicamente la luz y el ruido, tienen un efecto negativo en el cerebro en desarrollo. <sup>48</sup></p> <p>⊗ El ruido excesivo deteriora el sueño (Floyd 1999).</p> <p>⊗ Las posiciones incomodas y el dolor son factores comunes del trastorno del sueño (Sateira et al. 2000).</p> <p>⊗ Se ha encontrado que una alta frecuencia de intervención de asistencia nocturna permite pocos periodos ininterrumpidos de sueño del paciente (Edwards y Schuring 1993; Tamburri et al.). <sup>49</sup></p>	
<b>Control de casos</b>	
<p>Durante los días de valoración y evaluación de Z. M. S., éste se mostro tranquilo, con periodos de vigilia solamente durante la alimentación, los ejercicios de succión los cuales toleró de marea adecuada, durante la visita de sus padres y en la hora del baño; se mostró sin datos objetivos de irritabilidad que indicaran estrés o dolor.</p>	

<b>Requisito</b>	
<b>Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.</b>	
<b>Agente de cuidado dependiente</b> Z. M. S.	<b>Fecha</b> 06 de diciembre de 2012
<b>Diagnóstico</b> Riesgo de deterioro del mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana relacionado con la estancia hospitalaria del neonato y el poco tiempo de visita.	
<b>Agencia de cuidado terapéutico</b> L.E. María Rosalba Reyes Arteaga	<b>Sistema de enfermería</b> Totalmente compensatorio De apoyo educativo
<b>Objetivo</b> El agente de cuidado dependiente dará la información que los padres necesitan sobre lazos afectivos y favorecerá el mayor espacio posible para fomentar una relación de apego padres-hijo durante el tiempo de visita, por el tiempo que dure la hospitalización del agente de cuidado dependiente.	

<sup>48</sup> Sola A. Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Distribuna Intersistemas; 2011. p. 1191.

<sup>49</sup> Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 1148.



<b>Agencia de cuidado terapéutico</b> L.E. María Rosalba Reyes Arteaga	<b>Sistema de enfermería</b> Totalmente compensatorio
<b>Objetivo</b> El agente de cuidado terapéutico vigilará el estado respiratorio del agente de cuidado dependiente, en busca de alteración o patrón respiratorio eficaz durante el tiempo que permanezca en hospitalización.	
<b>Indicador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Frecuencia respiratoria, ritmo respiratorio y murmullo vesicular.</li> </ul>	
<b>Intervención</b> Monitorización respiratoria	<b>Acciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>⊗ Auscultar los sonidos respiratorios vigilando la presencia de sonidos anormales.</li> <li>⊗ Observar el patrón respiratorio durante la alimentación.</li> <li>⊗ Colocar al paciente en decúbito lateral derecho o decúbito ventral posterior a la alimentación.</li> </ul>
<b>Fundamentación científica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ La respiración durante las tres primeras semanas de vida en nasal y abdominal.</li> <li>⊗ La FR basal oscila entre 30 y 60 ciclos por minuto y puede ser irregular sobre todo en los prematuros, en quienes suelen producirse pausas de 15 segundos por inmadurez del centro respiratorio.<sup>51</sup></li> </ul>	
<b>Control de casos</b> En ningún momento Z. M. S. presentó datos de dificultad respiratoria o cambios de coloración, incluso durante la alimentación por succión, durante la cual sólo mostro fatiga transitoria, recuperando su patrón respiratorio normal al cabo de unos minutos de descanso.	

<b>Requisito</b> <b>Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.</b>	
<b>Agente de cuidado dependiente</b> Z. M. S.	<b>Fecha</b> 08 de diciembre de 2012
<b>Diagnóstico</b> Bienestar de la provisión de cuidados asociados con los proceso de eliminación	

<sup>51</sup> Beltrán L. op.cit. 150

de desechos, incluidos los excrementos relacionado con eliminación intestinal y urinaria espontanea y de características normales.	
<b>Agencia de cuidado terapéutico</b> L.E. María Rosalba Reyes Arteaga	<b>Sistema de enfermería</b> Totalmente compensatorio.
<b>Objetivo</b> El agente de cuidado terapéutico vigilara cualquier alteración que se presente en los procesos de eliminación del agente de cuidado dependiente durante su estancia hospitalaria.	
<b>Indicador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Tolerancia de la vía oral, frecuencia, color, olor y consistencia de las evacuaciones así como el color, olor y la frecuencia de la orina.</li> </ul>	
<b>Intervención</b> Manejo de la eliminación urinaria.  Manejo intestinal  Manejo del peso	<b>Acciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Observar y anotar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, olor, volumen y color.</li> <li>⊗ Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</li> <li>⊗ Documentar los patrones de eliminación intestinal, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.</li> <li>⊗ Observar si hay signos de diarrea o estreñimiento.</li> <li>⊗ Palpar el abdomen en busca de distención, auscultar y anotar las características de los sonidos intestinales.</li> <li>⊗ Realizar cambio de pañal posterior a cada evacuación o micción y limpiar la zona perianal, sin frotar vigorosamente, hasta eliminar restos de orina y eses capaces de irritar la piel.</li> <li>⊗ Pesar al neonato cada que las políticas de la institución lo permitan</li> <li>⊗ Observar variaciones mayores o menores de lo permitido.</li> </ul>
<b>Fundamentación científica</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ La etapa de transición de las heces (tres semanas) va de verde (meconio) hasta obtener un color anaranjado amarillento y de consistencia blanda, a menudo son de carácter explosivo y en frecuencia de hasta 12 por día. Pueden adoptar un color verde brillante y contener placas sólidas jabonosas amarillentas.<sup>52</sup></li> </ul>	

<sup>52</sup> Ceriani J M, Llamas C, Lupo E A, Rossoto N. Neonatología práctica: el recién nacido. 3ª ed. Panamericana; 1999. p 79.

- ⊗ En ocasiones pueden pasar 2 o 3 días sin emisiones, si el niño está tranquilo, come bien no vomita y no muestra signo de contrariedad la ausencia de deposiciones no se considera anormal.
- ⊗ Un RN alimentado al seno materno puede tener desde una deposición al día hasta una después de cada toma y ser de consistencia líquida. Siempre que no interfiera con la curva ponderal.<sup>53</sup>

**Control de casos**

Durante el tiempo de observación de Z. M. S. no se observó alteración alguna en los procesos de eliminación urinaria y/o gastrointestinal. La eliminación urinaria fue espontánea, de color claro, sólo con el olor característico que da la administración de la ampicilina. La eliminación fecal fue espontánea y de características normales.

**Requisito**

**La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones, humanas conocidas, y el deseo de ser normal.**

**Agente de cuidado dependiente**  
Z. M. S.

**Fecha**  
09 de diciembre de 2012

**Diagnóstico**

Bienestar de la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal relacionado con las muestras de amor y cariño por parte de los padres y la aceptación dentro del núcleo familiar.

**Agencia de cuidado terapéutico**  
L.E. María Rosalba Reyes Arteaga

**Sistema de enfermería**  
Totalmente compensatorio  
De apoyo educativo

**Objetivo**

El agente de cuidado terapéutico proporcionará el apoyo familiar idóneo para facilitar el apego y la involucración en el cuidado del agente de cuidado dependiente, en cada momento que la situación lo permita (hora de visita), durante el tiempo de valoración del neonato.

**Indicador**

- ⊗ Los padres expresan el deseo de apoyar y ayudar a su hijo y lo animan con palabras de amor en el tiempo de visita.
- ⊗ Los padres mantienen comunicación entre ellos mismos.

<sup>53</sup> Barellas M, Chaure I, Inajero M. Enfermería pediátrica. Barcelona: Masson; 2001. p. 55. Serie manuales de enfermería.

<b>Intervención</b>	<b>Acciones</b>
<p>Estimulación de la integridad familiar.</p> <p>Estimulación de la integridad familiar: familia con recién nacido.</p> <p>Asesoramiento en la lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Escuchar a los padres y establecer una relación de confianza con ellos.</li> <li>⊗ Proporcionar información regularmente los padres de Z. M. S. sobre su estado.</li> <li>⊗ Ayudara la familia a mantener relaciones positivas.</li> <li>⊗ Ayudar a la familia a identificar sus puntos fuertes y débiles.</li> <li>⊗ Observar la adaptación de los padres a la paternidad.</li> <li>⊗ Proporcionar información sobre las ventaja y desventajas de la lactancia materna.</li> <li>⊗ Informar a la madre sobre el servicio que ofrece banco de leches.</li> </ul>
<p><b>Fundamentación científica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Proporcionar información a las familias disminuye la confusión y la ansiedad, aumenta la comprensión y permite un sentimiento de competencia y control. Proporciona información sobre el proceso de enfermedad y tratamiento y ayuda a construir sentimientos de confianza en los padres (Baker 1994).<sup>54</sup></li> <li>⊗ El ser capaz de anticiparse a las conductas y controlar los problemas del lactante favorece la confianza parental (Association of Women’s Health Obstetric and Neonatal Nurses 2000; Milligan et al, 2000)<sup>55</sup></li> <li>⊗ Se ha encontrado que los padres que participan en los cuidados canguro son más sensibles y muestran afecto, contacto y adaptación más positivos a las indicaciones del niño (Feldman et al. 2002).<sup>56</sup></li> <li>⊗ La información consistente y exacta, y la facilitación de ayuda con las técnicas de lactancia materna se asocian con la confianza materna, la satisfacción de la misma y al éxito de la lactancia. (Association of Women’s Healt Obstetric and Neonatal Nurses 2000).</li> <li>⊗ Los problemas comunes que pueden conducir a una interrupción temprana de la lactancia materna son básicamente previsibles y se pueden sobrellevar con ayuda y apoyo (Association of Women’s Healt Obstetric and Neonatal Nurses 2000: Registeres Nurses Association of Ontario 2003; Tiedje et al. 2000).<sup>57</sup></li> </ul>	
<p><b>Control de casos</b></p> <p>Los padres expresan sus deseos de que Z. M. S. esté con ellos lo más pronto posible, y durante el tiempo de visita, le hablan y le acarician. Además que la madrea asiste al banco de leches para llevar la leche recolectada.</p>	

<sup>54</sup> Ackley B J, Ldwig G B. op. cit. 990.

<sup>55</sup> Ibid. 819.

<sup>56</sup> Ibid. 996.

<sup>57</sup> Ibid. 817.

## VII. PLAN DE ALTA

**Nombre:** Zugarazo Martínez

**Registro:** 440968

**Concepto:** La planificación del alta es un proceso por el cual el personal de enfermería y el resto del equipo interdisciplinario, se coordinan para establecer que el cliente reciba los servicios necesarios tras el alta, para conseguir los objetivos que se pretenden con ella. (O'Hara PA, Terry MA: 1988).

Las mayores tasas de supervivencia en los recién nacidos prematuros han creado una población con necesidades específicas a largo plazo. La planificación del alta hospitalaria asegura la continuidad de los cuidados desde el hospital al domicilio. El plan debe de satisfacer las necesidades de cada familia y de cada niño y preparar a los miembros de la familia para las necesidades del cuidado infantil.

Los niños prematuros sanos con una curva de crecimiento adecuada se les consideran listos para el alta cuando cumplen los siguientes criterios.

- 1- Capacidad para mantener la temperatura en una cuna abierta.
- 2- Capacidad para realizar todas las tomas, de biberón o de seno materno sin presentar dificultad respiratoria.
- 3- Ausencia de apneas o bradicardia durante 5 días.
- 4- Ganancia ponderal constante.

### 1.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

#### **Datos de dificultad respiratoria:**

- ⊗ Aleteo nasal: Las alas de la nariz se abren y se cierran en cada respiración que el niño hace. Esto no es normal.
- ⊗ Quejido respiratorio: Se escucha que el niño se queja en cada respiración que el niño hace. Esto tampoco es normal.
- ⊗ Tiraje intercostal: Por cada respiración que el niño hace se ve que la piel se hunde entre las costillas. Esto tampoco es normal.
- ⊗ Retracción xifoidea: En cada respiración que el niño hace se sume su pechito y tampoco es normal.
- ⊗ Disociación tóraco-abdominal: En cada respiración que el niño realiza hay una asincronía ósea que mientras que el pechito se sume la pancita se levanta y al revés mientras la pancita se sume el pechito se levanta. Tampoco es normal y es una urgencia que debe de ser atendida de inmediato.

#### **Orientación materna:**

- ⊗ La respiración del recién nacido varía de entre 30 y 60 respiraciones por minuto.
- ⊗ Las primeras tres semanas de vida los recién nacidos respiran por la nariz ya que no saben respirar por la boca.
- ⊗ Puede ser una respiración **regular** o sea que el tiempo que hay entre una respiración y

otra es igual y de igual profundidad, esto sólo durante el sueño.

⊗ puede ser una respiración **irregular** en la que hay una diferencia entre la profundidad de la respiración y el tiempo que transcurre entre una respiración y otra. Esta se ve también durante el sueño. Este tipo de respiración es normal en los prematuros hasta que se va haciéndose regular poco a poco.

**Medicamentos:**

Sin medicamentos

**Observaciones:**

Un niño que tiene fiebre aumenta el número de respiraciones por minuto, también aumenta la profundidad de la respiración y debe ser atendido de inmediato.

## 2 .Y 3- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS

**Tipo de Alimentación y Método:**

**Lactancia Materna**

El único alimento que el bebé puede recibir durante los primeros 6 meses de vida es leche materna exclusivamente.

**Orientación Materna:**

**Beneficios para el bebé:** Cuando se carga al bebé para amamantarlo éste escuchará el latido del corazón de su mamá, empezará a reconocer el rostro de su mamá e intentará tocarlo para poder explorar y comunicarse con ella, reconocerá su voz cada que ella le hable, así como reconocerá el olor de la leche, además de favorecer una temperatura constante y agradable.

La leche materna contiene la calidad y cantidad de nutrientes que permiten una digestión correcta, que asegura el crecimiento y desarrollo del bebé. El calostro proporciona las defensas que se requiere para disminuir el riesgo de infecciones.

**Beneficios para la madre:** Con la lactancia el útero materno volverá a su tamaño original en menos tiempo y de esta manera disminuye el riesgo de sangrado abundante. El peso de la madre se recupera de manera pronta, además de disminuir el riesgo de cáncer de mama. La leche materna es un alimento que no se descompone, siempre está disponible, es higiénica, está a la temperatura ideal, en cantidad suficiente y es gratis.

**Producción de leche materna**

En el proceso de producción de la leche materna interviene varios factores entre los más importantes esta la succión del bebé y la adecuada hidratación de la madre.

El **calostro** es la leche que aparece entre el 3 y 4 día después del parto es viscoso y amarillento. Se produce en una pequeña cantidad pero tiene un alto contenido de anticuerpos, proteínas, vitaminas y agua, además de aportar grasa y lactosa.

Después del calostro y hasta los 14 días aparece la **leche de transición**, en esta etapa se

aumenta su producción; la leche se vuelve más blanca y más espesa.

De los 10 a los 30 días aparece la **leche madura** que es blanca y tiene todos los nutrientes que el bebé requerirá para su crecimiento y desarrollo y le proporcionará las sustancias que lo protegerán contra infecciones.

### **Posiciones para alimentar al seno materno**

Antes de amamantar al bebé es importante:

- ⊗ Revisar que el pañal del bebé este seco y limpio.
- ⊗ No envolverlo demasiado por que podría aumentar su temperatura u ocasionar que se duerma.

Existen diferentes posiciones para alimentar al bebé pero lo más importante es:

- ⊗ Lavarse las manos antes de amamantar al bebé.

En la **posición d sentada** la madre debe estar sentada, con la espalda recta y apoyada en el respaldo de una silla o sillón cómodo.

- ⊗ La cabeza y la espalda del bebé se apoyan sobre un brazo de la madre.
- ⊗ Con la otra mano se sostiene el pecho en posición de letra “C” de esta manera se puede dirigir el pezón hacia el labio del bebé.
- ⊗ Todo el pezón y la mayor parte de la areola deben estar en la boca del bebé al succionar.
- ⊗ El bebé debe estar frente a la madre “panza con panza”
- ⊗ El tiempo de succión es variable puede ser de 10 a 20 minutos en cada pecho.
- ⊗ Para retirar el pecho se introduce con suavidad el dedo meñique de la mano de la madre por un lado de la boca el bebé para que suelte el pezón sin lastimarlo.
- ⊗ Debe dejar salir unas gotitas de leche y con ellas lubricar el pezón y parte de la areola y dejar que seque solo.
- ⊗ Después debe hacer que el bebé elimine el aire que pudo haber ingerido al succionar, apoyando la cara del bebé sobre el hombro de la madre dando suaves palmaditas en la espalda.
- ⊗ Se cambia de pecho para seguir alimentándolo.

En la **posición de acostada** el cuerpo del bebé sigue al cuerpo de la mamá y se encuentra “panza con panza”, y se ofrece el pecho del lado en que se está acostada.

### **Lo que la madre debe saber sobre la alimentación al seno materno**

- ⊗ Cuando sea hora de alimentar nuevamente al bebé se inicia con el pecho que terminó la tetada anterior.
- ⊗ Al bebé se le debe alimentar a “libre demanda” o sea cada vez que llore por hambre, en promedio cada dos horas. Un recién nacido come en entre 8 y 12 veces al día.
- ⊗ Para saber si el bebé está comiendo adecuadamente la mamá debe escuchar como el bebé deglute la leche; debe mojar el pañal entre 6 a 8 veces al día; quedarse dormido una a dos horas después de comer y al despertarse debe estar alerta y atento.
- ⊗ No es necesario asear los pechos en cada tetada sólo se requiere de baño diario y cambio diario de ropa interior limpia.
- ⊗ El bebé no requiere tomar agua o tés, la leche materna es el único alimento que

satisface la sed y el hambre del bebé.

**Medicamentos:**

- ⊗ “Sulfato ferroso” dar a tomar 5 gotas cada 24 hrs hasta que el médico pediatra lo suspenda, dar el medicamento de preferencia antes de la toma de leche materna y por la mañana.
- ⊗ Vitaminas “ACD” dar a tomar 6 gotas cada 24 hrs hasta que el médico pediatra lo suspenda, darlas en horario diferente al hierro, por ejemplo al medio día.
- ⊗ Vitamina “E” dar a tomar 2 gotas cada 24 horas, hasta que el médico pediatra lo suspenda, se puede dar junto con las anteriores al medio día.

**Observaciones:**

Vigilar que el bebé coma adecuadamente.

No permitir ayunos mayores a tres horas porque corre el riesgo de que baje el nivel de azúcar de la sangre del bebé y convulsione.

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

**Cambio de pañal:**

- ⊗ El bebé debe mojar el pañal entre 6 a 8 veces al día.
- ⊗ Las evacuaciones del niño son de color amarillo mostaza o amarillo oro, de consistencia pastosa y en ocasiones con un leve tinte de color verde brillante, acompañadas de grumos blancos, en ocasiones son más líquidas de lo habitual; en las primeras semanas tal vez sean explosivas muy frecuentes. Es normal que evacua entre 8 a 10 veces en 24 hrs.

**Manejo de eritema perianal:**

**Para evitar rozaduras:** Se debe cambiar el pañal inmediatamente después de que evacue u orine ya que las evacuaciones o la humedad pueden lesionar la piel rápidamente. Puede limpiar la piel con unas gotas de aceite vegetal y evite ajustar demasiado los pañales. Cada que el bebé orine o evacue.

Si existe irritación de la piel puede usar una pasta con oxido de zinc, lo que permitirá que la humedad no dañe mas la piel del bebé, no debe usar cremas o pomadas que contengan esteroides.

**Manejo de estomas:**

No aplica.

**Observaciones:**

Si en bebé como adecuadamente el seno materno debe vigilar que orine y que la orina sea clara. Si no orina debe llevarlo al pediatra porque tal vez el bebé se esté deshidratando.

Debe vigilar que el bebé haga adecuadamente popó como ya se indicó anteriormente. Si no hace popó en más de 24 hrs tal vez se esté estriñendo. Y si hace más de lo indicado y la popó es casi líquida corre el riesgo de deshidratarse.

## 5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

### Posición para dormir:

Decúbito lateral derecho por una hora posterior a cada toma de leche.

### Medidas de seguridad:

#### Ropa para el bebé

Lo primero a considerar antes de comprar ropa para el bebé, es el clima o la época del año en la que nacerá el bebé así como el clima predominante del lugar donde se vive.

***“La ropa debe ser de algodón, amplia y cómoda.”***

**Las camisetas** más recomendadas son aquellas con broches de presión en la entrepierna y en el hombro, con el cuello lo suficientemente amplio y cómodo. Si se eligen camisetas con cintas el amarre debe quedar a los costados del bebé y si tiene botones éstos se deben reforzar.

Entre **la ropa** más recomendada están los mamelucos con o sin pie con broches en la entrepierna para facilitar el cambio de pañal. Con broches en el hombro, con cremallera y con botones al frente, así como trajecitos de dos piezas. Se sugiere evitar el uso de ropa con encajes, telas ásperas o voluminosas o que suelten pelusa.

Con **los calcetines** o tines se debe tener cuidado de que el resorte no esté ajustado y que las costuras de la zona de los dedos sean pequeñas o delgadas. No se recomienda el uso de zapatos a menos que sean de tela.

No se recomienda el uso de **guantes** porque impide la movilidad y la exploración de las manos del bebé.

Se sugieren el uso de **gorros** para evitar que el bebé pierda calor. Deben ser amplios, de algodón y no de estambre para evitar que sude. No debe tener listones o cintas que lastimen el cuello.

**Los pañales** pueden ser desechables o de tela, si son de tela deben ser de franela. No se recomienda usar calzones de hule porque pueden generar alergias.

**Los cobertores** no deben de soltar pelusa, no deben tener listones ni flecos.

### El lavado de la ropa

- ⊗ Toda la ropa se lava por separado de la del resto de la familia,
- ⊗ Es mejor hacerlo a mano, con jabón neutro o de pastilla sin color, que no contenga cloro

o blanqueador, no use jabón líquido o suavizante de telas porque pueden generar alguna reacción en la piel del bebé.

- ⊗ Enjuague con suficiente agua para quitar los restos de jabón.
- ⊗ Las prendas nuevas se deben de lavar antes de ser usadas.

### **Baño del bebé**

- ⊗ Para realizar el baño del bebé es importante considerar varios aspectos como el ambiente de la habitación la cual debe de permanecer cerrada 15 minutos antes de realizar el baño para mantener una temperatura adecuada.
- ⊗ Procure tener a la mano todos los accesorios del baño para no dejar solo al bebé si requiere de algo.
- ⊗ El tiempo que debe durar el baño es de 8 a 10 minutos ya que el bebé puede perder temperatura fácilmente.

### **Como bañarlo**

Se desnuda al bebé y se le envuelve en una sabanita con la cabeza descubierta.

**Cara:** Se sostiene al bebé apoyando la cabeza sobre una mano y con la mano libre se toma una torunda de algodón se humedece con agua tibia y se limpian los ojos, se inicia desde el ángulo cercano a la nariz y se limpia en un solo movimiento hacia el ángulo opuesto (use una torunda para cada ojo).

Las fosas nasales se limpian con un rollito de algodón ligeramente humedecidos, el que se introduce con movimientos rotatorios y suaves (use un rollito para cada fosa nasal).

**Frente y mejillas:** Se limpia la frente con una torunda de algodón humedecida en agua empieza en el puente del nariz para deslizarse hacia las cejas.

Las mejillas se limpian desde la nariz hacia afuera, se debe limpiar alrededor de la boca eliminando los residuos de leche.

Las orejas se limpian con un rollito de algodón humedecido sólo por la parte de afuera. Nunca se debe de introducir nada al oído.

**Cabeza:** Antes de lavar la cabeza se deben proteger los oídos con una torunda de algodón para evitar que entre agua. Se humedece la cabeza del bebé y se aplica un poco de jabón, con las yemas de los dedos se da un suave masaje con movimientos circulares, después se enjuaga con suficiente agua, se retiran las torundas de los las orejas y se seca bien la cabeza.

**Cuerpo:** Se le pone al bebé en la tina, se retira la sabana en la que se le envolvió se humedece la toalla facial, se impregna con un poco de jabón y se lava el cuerpo en el siguiente orden: cuello, tórax, abdomen, ombligo, axila, brazo, antebrazo y mano y después de enjuaga para quitar los residuos de jabón.

Se retira del agua y se le envuelve en una toalla y se seca evitando dejar zonas húmedas.

Algunos bebés pueden tener predisposición a la piel reseca, si fuera el caso puede usar un aceite natural como el aceite de almendras dulces, de manzana u oliva o usar una crema hipoalérgica que no tenga perfumes ni colorantes artificiales. Evita el uso de talcos. Posterior a ello se viste al bebé.

### **Estimulación temprana:**

Es importante que lleve a cabo es seguimiento de estimulación temprana que brinda el hospital, antes del alta del bebé, debe pasar a dicho servicio, para recibir la orientación requerida sobre los beneficios que la estimulación temprana tienen sobre el desarrollo del bebé.

Acudir a las sesiones indicadas en el lugar establecido, por el tiempo determinado, para su vigilancia, más realizarle los ejercicios que se le enseñaron en el hospital.

### **La habitación del bebé**

- ⊗ Tener iluminación natural o artificial la cual se pueda regular para evitar incomodar al bebé mientras duerme o mientras es amamantado.
- ⊗ Debe de ser ventilado mientras no está el bebé en la habitación y aprovechar para realizar el aseo.
- ⊗ Evitar lugares húmedos y climas extremos.
- ⊗ No se recomienda tener calefactores en la habitación.
- ⊗ Evitar objetos que guarden polvo como alfombras, tapetes, juguetes de peluche etc.
- ⊗ Evitar fumar en la habitación del bebé o usar ropa con olor de tabaco.
- ⊗ No debe de haber plantas o mascotas en la habitación.
- ⊗ El mobiliario debe ser sencillo, práctico y no tóxico.

### **Observaciones:**

En ocasiones el bebé puede estar incómodo debido a muchas causas, debe de revisar que la ropa no le incomode, que no tenga mucho ruido o mucha luz que impida que el bebé descansa y duerma adecuadamente.

También los bebés se cansan porque los tengan cargados por demasiado tiempo.

## **6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL**

### **Apego materno:**

#### **Comunicación con el bebé**

El recién nacido cuenta con algunos recursos y mecanismos para relacionarse con su entorno para poder expresar sus necesidades para que de esta manera los padres pueda interpretarlos.

Un recién nacido es capaz de establecer contacto con su entorno a través de los órganos de los sentidos, los cuales localizan fuentes productoras de estímulos que le servirán para

el aprendizaje, siempre y cuando estos sean de interés para el bebé y sean tolerados por el bebé.

El ambiente del bebé está rodeado de diferentes estímulos como son la luz natural o artificial, la temperatura, el grado de humedad, polvo, la pelusa, el ruido producido por las voces, el teléfono, el radio, el televisor, los motores, las mascotas etc. y los estímulos dirigidos especialmente al bebé como son el cargarlo, acariciarlo, hablarle, bañarlo, arrullarlo, amamantarlo etc. Estos estímulos le proporcionan al bebé cierto grado de placer o incomodidad.

Desde recién nacido el bebé se tiene una gran capacidad para mantenerse alerta y ve a una distancia de 20 a 30 cm y le atraen los objetos de colores llamativos como el rojo, amarillo, azul y verde, y prefieren las formas geométricas en líneas o ángulos; pero sobre todo le atraen los rostros humanos, en especial el de la mamá.

El bebé tiene preferencia por los sonidos agudos como lo es la voz de la mamá y después de la primera semana se interesa por la voz del papá. El oído es el sentido que promueve el “desarrollo de la conducta social” ya que aunque no entiende el lenguaje recibe mensajes emocionales por el tono de voz con la que se le habla.

En cuanto al gusto, el bebé tiene predilección por lo sabores dulces como el de la leche materna también es importante considerar que el bebé se familiarizara con el entorno a través de la boca por lo que ésta se vuelve el centro de reconocer objetos.

Finalmente la piel es la vía de comunicación corporal más importante para el bebé en las primeras semanas de vida, además de protegerlo de organismos de su entorno. Las caricias constituyen un modo natural y directo de comunicarle cariño además de hacerle sentir relajado y feliz.

Los padres tienen una gran oportunidad de comunicación con el bebé al ser constantes en las actividades que son parte del cuidado como es el baño, durante la lactancia, al arrullarlo, y como consecuencia de esta comunicación se afianzará el vínculo afectivo del bebé con los padres y los hermanos.

**Observaciones:**

Un bebé debe recibir mucho amor y cariño por parte de la familia para que se sienta querido este también va a favorecer el desarrollo social y psicológico del bebé.

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

**Vacunas:**

Las vacunas se administran en función de la edad cronológica y según la edad pos concepcional. Las vacunas de un recién nacido normal, al nacimiento son:

- ⊕ “Hepatitis B”, esta se debe de aplicar antes de la semana de vida, de lo contrario se administra hasta los dos meses de edad.

- ⊗ “BCG” que es la que lo protege contra la tuberculosis, el bebé debe de tener no menos de 2 kilogramo para que pueda recibir esta vacuna.

### **Tamiz neonatal metabólico**

Es un estudio que consiste en obtener 6 gotas de sangre del talón del bebé, después de 48 hrs y antes de los 30 días de vida. Sirve para detectar algunas enfermedades como el hipotiroidismo congénito, el cual puede producir retraso mental irreversible si no se detecta a tiempo.

### **Tamiz auditivo**

Los recién nacidos dados de alta de la UCIN presentan un alto riesgo de pérdida auditiva que, si no se detecta puede originar retraso en el desarrollo del lenguaje, de la comunicación y del aprendizaje.

### **Control para detectar Retinopatía del Prematuro**

Todo recién nacido prematuro tiene el riesgo de desarrollar retinopatía del prematuro a causa de la exposición al oxígeno que, por necesidad, recibió en un momento dado al nacimiento, su seguimiento y tratamiento adecuado puede prevenir desde problemas visuales hasta la ceguera total, lo que ponen en riesgo el normal desarrollo del bebé.

Es necesario efectuare el rastreo mediante examen de la retina para detectar retinopatía del prematuro a:

- ⊗ Todos los niños con un peso de nacimiento de 1500 g o menos.
- ⊗ Todos los niños con una edad gestacional al nacer de 32 semanas o menos

Debemos recordar el bebé aprende a través de los sentidos y tanto la vista como el oído forma parte de este importante sistema.

El tamiz auditivo y el rastreo de retinopatía del prematuro es probable que se lo hayan realizado durante la hospitalización del bebé de lo contrario el pediatra o neonatólogo le informarán sobre las citas con dichos especialista.

### **Medicamentos:**

Ninguno

### **Observaciones:**

- ⊗ Estar siempre pendiente de las fechas de vacunación de acuerdo con las indicaciones médicas.
- ⊗ Obtener los resultados del tamiz metabólico en cuanto estén listos y cualquier alteración que resulte de la prueba de tamiz debe ser tratada de inmediato.

## **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**

### **Causa de llanto del bebé**

- ⊗ Hambre.
- ⊗ Sed.
- ⊗ Dificultad para conciliar el sueño.
- ⊗ Pañal sucio o mojado.
- ⊗ Demasiado arropado.
- ⊗ Que la ropa le origine irritación en todo el cuerpo.
- ⊗ Que la ropa este ajustada o que botones, broches, etiquetas o costuras le lastimen.
- ⊗ Deficiencia en las medidas higiénicas.
- ⊗ Cargar al bebé de manera inadecuada o por mucho tiempo.
- ⊗ Cansancio por permanecer en la misma posición por mucho tiempo.
- ⊗ Envolverlo de manera tal que no pueda mover libremente brazos y piernas.
- ⊗ Una habitación fría o caliente o con exceso de luz, con corrientes de aire o con cambios bruscos de temperatura.
- ⊗ Demasiado ruido
- ⊗ Abuso en el uso de juguetes con colores o sonidos contrastantes.
- ⊗ La angustia de los padres puede ser transmitida al bebé.

### **Identificación de signos de alarma:**

- ⊗ Duerme demasiado.
- ⊗ No succiona de manera adecuada.
- ⊗ Lloro si poder ser consolado.

### **Observaciones:**

El recién nacido en esta etapa de la vida es un ser humano demasiado vulnerable a cualquier daño causado por frío, calor, movimientos bruscos, ruido y luz en exceso; su piel es demasiado delicada y sensible que se puede dañar fácilmente si no se tienen los cuidados debidos.

Su sistema inmunológico (el que lo protege contra enfermedades e infecciones) es totalmente inmaduro y lo único que lo va a proteger de esas infecciones van a ser: la alimentación al seno materno, el lavado de manos en cada contacto con el bebé, las medidas higiénicas en general y su esquema de vacunación en cuanto sea indicado.

Por lo tanto padres hermanos y familiares deben de trabajar en equipo para procurarle un ambiente tranquilo, acogedor y seguro al nuevo miembro de la familia. Al darle estos cuidados y mucho amor y cariño estarán asegurando su desarrollo neurológico, psicológico, social y físico en una en su vida futura.

**“Cuide quiera y sobre todo dé mucho amor a su bebé”**

## VIII. CONCLUSIONES

El presente estudio de caso me permitió llevar paso a paso el proceso de atención de enfermería en sus 5 etapas, el cual tuvo como sustento la “Teoría del Déficit del Autocuidado” de Dorotea E. Orem.

El estudio de caso fue dirigido a un neonato de 30 semanas de gestación, cuyo principal requisito alterado fue: el mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos. Se le llevó seguimiento por 5 días, lapso de tiempo en el cual se elaboró un plan de cuidados específico a sus demandas de autocuidado, considerando su estado de desarrollo y sus requisitos universales afectados.

Las herramientas utilizadas para la recolección de datos fueron:

- a) Una guía de valoración neonatal que abarca la obtención de datos desde el nacimiento, hasta su estado actual, se toma en cuenta: antecedentes maternos, condiciones neonatales al nacimiento así como los factores de riesgo a los que se expone por su condición; condiciones de vivienda, nivel sociocultural, familiograma y dinámica familiar.
- b) Valoraciones focalizadas que abordan cada uno de los ocho requisitos universales y que en conjunto ayudan a la recolección y organización de los datos.

El estudio de caso por ser requisito indiscutible de la especialidad, exige el conocimiento del proceso de atención de enfermería y del conocimiento de la teoría que ésta tome como guía, en este caso la “Teoría del Déficit de Autocuidado”. Si bien el proceso de atención de enfermería es la herramienta de elección para aplicar el cuidado enfermero, también es cierto que el dominio del mismo requiere de conocimiento y de práctica para lograr poco a poco su dominio. También es cierto que el conocimiento de la teoría que lo acompaña dificulta este proceso por la adaptación que se debe de hacer al conjuntar ambos, pero de esta manera se abarca cada uno de los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos que son inherentes al paciente y que por lo tanto lo afectan o benefician.

Pareciera que la teoría de Dorotea E. Orem no se aplica al neonato por el principal concepto que ella maneja y que es *autocuidado*, que es “la práctica de actividades que lo individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar”; actividades que se ven influenciadas por el nivel cultural, el nivel de desarrollo, capacidades físicas e intelectuales, acciones que se van aprendiendo a lo largo de la vida... y la vida del neonato apenas comienza, por lo que no puede ver por sí mismo, él necesita (de acuerdo a Orem) de una agencia de cuidado dependiente que vea por él, agencia que requiere adquirir habilidades especiales para brindar un cuidado especializado. Por otra parte, Orem menciona como una de sus premisas que, ocuparse del autocuidado requiere de “habilidades para autorregularse” en un entorno estable o cambiante. Y el neonato es precisamente lo que requiere cuando se enfrenta a un ambiente extrauterino como lo es una

sala de UCIN, requiere de un cuidado especializado que le permita “autorregularse” para disminuir al mínimo el daño causado por estrés.

Por lo tanto el neonato no puede ver por sí mismo, pero si puede autoregularse así mismo. ¿Aplica la teoría de Orem al neonato? si, desde mi punto de vista si aplica, y para esto es necesario ajustar la teoría y el proceso de enfermería al neonato.

Pensé que la realización de una especialización en enfermería era el estudio muy amplio y profundo de la especialidad propiamente dicha, pero me equivoque al no contemplar que el proceso de enfermería es parte de este conocimiento tan amplio el cual lleva implícita una teoría de enfermería; ambos si se trabajan en conjunto o por separado, enriquecerá la práctica de enfermería al dar pie a la investigación y la publicación del quehacer enfermero.

## **IX. SUGERENCIAS**

El estudio de caso desde un principio se convierte en el pan nuestro de cada día, se le menciona desde el primer día en el curso de inducción y así hasta el final de la especialidad, se duerme y se sueña con él, pero ni así (en mi caso y así lo percibí en algunos de mis compañeros) vemos la importancia que este lleva consigo, pues se convierte en una tarea más.

En realidad si es una tarea más, pero que implica un esfuerzo adicional y mejor pues será uno de los objetivos de obtener el grado de especialista, el cabal dominio del proceso enfermero que va implícito en el estudio de caso y el manejo de una teoría de enfermería.

Mi sugerencia sería, en primera, reforzar:

- a) El proceso de enfermería y la elaboración de los planes de cuidado, ambos son conocimientos que venimos mal arrastrando desde la licenciatura, porque la realidad es que en nuestras instituciones no lo llevamos tal cual.
- b) Concientizarnos de la importancia que tienen las valoraciones focalizadas y poner más empeño en la elaboración de dicho formato, modificar para mejorar la guía completa de valoración neonatal y
- c) Que nuestras tutoras no se cansen de guiarnos en cada valoración que realizamos (aunque pongamos cara de “hay otra vez”).

## X. REFERENCIAS

1. March of Dimes, PMNCH, Save the children, WHO. Born Too Soon: The global action report on preterm birth. Eds CP Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. [en línea]. Geneva, 2012; [accesado 10 Mayo 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf)
2. Chaure I, Martínez MR. Desarrollo del niño prematuro. *Matronas Prof.* [en línea]. 2007. [accesado 13 septiembre 2011]. 8(2): [3 p]. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/6244/173/desarrollo-del-nino-prematuro>
3. Mendizabal R. Nacer temprano... VIVIR EN GRANDE. México. Introducción a las estrategias para la prevención y el manejo del estrés en el neonato pretérmino en UCIN 2011.
4. Gallegos J, Monti LM, Silvan CG. The participation of parents in the care of premature children in a neonatal unit: meanings attributed by the health team. *Rev Latino-am Enfermagem* [en línea] 2007 marzo-abril. [accesado 19 Agosto 2011]; 15 (2): [8 p]. Disponible en : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/v15n2a08.pdf>
5. Fernández P, Cruz N. Efectos del ruido en ambiente hospitalario neonatal. *Ciencia & trabajo.* [en línea]. 2006 May. [accesado 06 de julio 2012]. 20(65-73). Disponible en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/20/pagina%2065.pdf>
6. Balan C, Franco M. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. Antología. 2ª ed. México D.F.: UNAM; 2009.
7. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 8ª ed. España: Elsevier; 2007. p. 175-86.
8. Orem E. (Trad. Luis M.) Modelo de Orem: Conceptos de la enfermería práctica. Barcelona: Masson- Salvat; 1993.
9. Bernavent M A, Francisco del Rey C, Ferrer E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. Madrid: DAE; 2002. p. 217-38.
10. Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica: valoración 5ª ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 1999. vol. 1. p. 86-113.
11. Guirao J A. Diagnóstico de Enfermería: categorías, formulación e investigación. *El Diagnóstico Enfermero.* España: Ediversitas Multimedia S.L. 2001. p. 154-64.

12. Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica: planificación. 5ª ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 1999. vol. 1. p. 140 – 59.
13. Lyer P. Proceso y diagnóstico de enfermería: ejecución. 3ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana 1995. p. 223 – 67.
14. Kozier B. Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica: evaluación. 5ª ed. México: Mac Graw Hill Interamericana; 1999. vol. 1. p. 166–74.
15. Cavanagh S. (Trad. Luis, MT). Modelo de Orem: aplicación práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993. p. 21-34.
16. Aguirre H G. Ética médica: consentimiento informado. Seminario: el ejercicio actual de la medicina. [en línea] [accesado 28 Septiembre 2011]. Disponible en:  
[http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia\\_nov\\_2k2.html](http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_nov_2k2.html)
17. Aguirre H G. Ética médica: consentimiento informado. Revista Conamed. [en línea] 2002; [accesado 28 Septiembre 2011]. 7(3): [p. 65 -69]. Disponible en:  
[http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev\\_historico/REV24.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV24.pdf)
18. México. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. En gaceta oficial. (7 Diciembre 1998). [accesado 30 Diciembre 2011] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
19. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros en México. Comisión Interinstitucional de Enfermería. [en línea] Diciembre 2001. [accesado 27 Septiembre 2011]. [36 p.]. Disponible en:  
[www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/solicitudes.php?...](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php?...)
20. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, op. cit.
21. ANPREN Asociación Nacional de Protección al Recién Nacido A. C. [en línea] [accesado 30 Noviembre 2011]. Disponible en:  
<http://www.anprenreciennacido.org/prioridades.asp#>
22. México. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. [en línea] (19 Agosto 2010) [accesado 28 Septiembre 2011]. Disponible en:  
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/185.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud y Save de children. Disminuye la mortalidad neonatal, pero aumenta su proporción en la mortalidad en la niñez a escala mundial. Informe dirigido por investigadores de la OMS, Save the Children y la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. [en línea]. Ginebra: 2011,

agosto; [accesado 19 Enero 2011]. Disponible en: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn\\_deaths\\_20110830/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/newborn_deaths_20110830/es/index.html).

- 24.Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe. Un consenso estratégico interinstitucional. [en línea]. Guatemala: 2007; [accesado 19 Enero 2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/iaiepi28711.pdf>
- 25.Howson, MV Kinney, JE Lawn. World Health Organization. op. cit., pág 9.
- 26.Organización Mundial de las Salud. Reducción de la mortalidad de recién nacidos. Centro de prensa [en línea]. 2009; [accesado 10 Mayo 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs333/es/>
- 27.Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. op. cit., p. 20.
- 28.Ibid., p 9.
- 29.Howson CP, Kinney MV, Lawn JE. World Health Organization. op. cit., p. 10.
- 30.Rellán S, García C, Aragón MP. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de neonatología SEN-AEP. Madrid. 2011. p. 51.
- 31.Godoy R. Atención al recién nacido pretérmino. Venezuela: Mac Graw Hill; 2002. p.25
- 32.Medina R. El recién nacido prematuro I. Conceptos generales En: Zamora P. Enfermería neonatal. Formación Alcalá. 2008. p. 181
- 33.Chris C, Gibbs R, Parto pretérmino y postérmino En: Gibbs R, Karlan B, Haney A, Nigaard I. Obstetricia clínica y ginecología de Danforth 10ª ed. Barcelona. Ed. Ed Walters Klower Lippicott Williams &Wilkins. 2009. p. 165-70.
- 34.Godoy R. op. cit. p. 26.
- 35.Ibíd. p. 29-30.
- 36.Ibíd. p. 22.
- 37.Godoy R. op. cit. p. 24-5.
- 38.Ackley B J, Ladwig G B. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier 2007. p. 494.
- 39.Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 945.

40. Beltrán L. editor. Cuidados en enfermería neonatal. 3ª ed. Argentina: Journal; 2009. p. 207.
41. Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 763.
42. Ibíd. 767.
43. Ibíd. 764.
44. Ibíd. 765.
45. Ibíd. 766.
46. Ibíd. 765.
47. Ackley B J, Ldwig G B. op. cit. 762.
48. Sola A. Cuidados neonatales: descubriendo la vida de un recién nacido enfermo. Distribuna Intersistemas. 1191.
49. Ackley B J, Ladwig G B. op. cit. 1148
50. Mendizabal R. op. cit. sp.
51. Beltrán L. op.cit. 150
52. Ceriani J M, Llamas C, Lupo E A, Rossoto N. Neonatología práctica: el recién nacido sano. 3ª ed. Panamericana: 1999 p. 79.
53. Barellas M, Chaure I, Inajero M. Enfermería pediátrica. Barcelona: Masson; 2001. p 55. Serie manuales de enfermería.
54. Ackley B J, Ldwig G B. op. cit. 990.
55. Ibíd. 819.
56. Ibíd. 996.
57. Ibíd. 817.
58. Carrasco M A, Gonzales A D, López R. Preguntas más frecuentes en el primer mes de vida. México: Editores de Textos Mexicanos; 2004.
59. Bulechek G, Butcher H, Mc Closkey J. editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5q es. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

60. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. editoras. Clasificación de resultado de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.

## X. ANEXOS

### Anexo 1: Guía de valoración neonatal

#### I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

##### 1.1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 HORA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_ PESO AL NACER: \_\_\_\_\_  
 TALLA: \_\_\_\_\_ EDAD GESTACIONAL: \_\_\_\_\_ TIPO DE PARTO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_ DÍAS DE ESTANCIA: \_\_\_\_\_ GPO Y RH: \_\_\_\_\_  
 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: Básica ( ) Avanzada ( )  
 FUENTE DE INFORMACIÓN: \_\_\_\_\_  
 ELABORADO POR: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE ELABORACIÓN: \_\_\_\_\_  
 UNIDAD HOSPITALARIA: \_\_\_\_\_

#### II.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

2.1.- SISTEMA DE SALUD: IMSS ( ) ISSSTE ( ) SSA ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

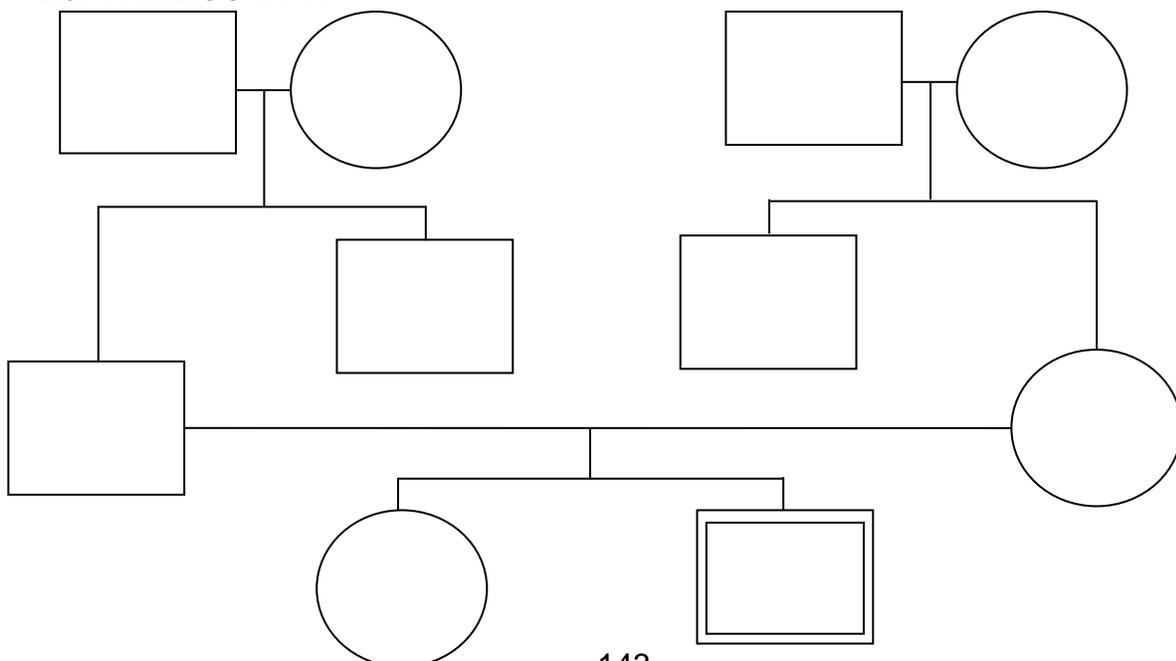
2.2.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

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

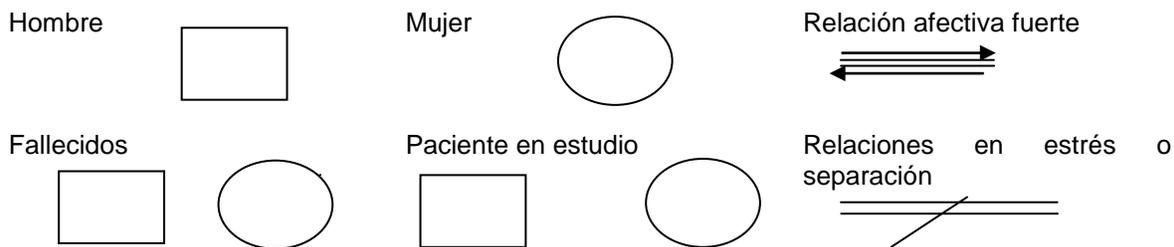
NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

#### 2.3.- FAMILIOGRAMA



**Simbología:**



**III.- FACTORES AMBIENTALES**

3.1.- ÀREA GEOGRÀFICA: URBANA ( ) SUBURBANA ( ) RURAL ( )

3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA:

TECHO LÀMINA ( ) CARTÒN ( ) CONCRETO ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

PAREDES: TABIQUE ( ) MADERA ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

PISO: CEMENTO ( ) TIERRA ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

No. HABITANTES: \_\_\_\_\_

3.3.- VENTILACIÒN E ILUMINACIÒN: BUENA ( ) REGULAR ( ) DEFICIENTE ( )

3.4.-SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA ( ) LUZ ( ) DRENAJE ( )

ALUMBRADO PUBLICO ( ) PAVIMENTACIÒN ( ) CON JARDÌN ( )

3.5.- FAUNA NOCIVA

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

AVES: ( ) No. ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

**REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO**

4.- ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA: \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_ ABORTO: \_\_\_\_\_ CESÀREA: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_

GRUPO y RH: \_\_\_\_\_ ISOINMUNIZACIÒN PREVIA: \_\_\_\_\_

CONTROL PRENATAL: SI ( ) NO ( )

Nº DE CONSULTAS: \_\_\_\_\_ ULTRASONIDO OBSTÉTRICO: SI ( ) NO ( ) Nº: \_\_\_\_\_

#### 4.1.- FACTOR DE RIESGO

##### POR FACTOR MATERNO

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD MATERNA		-----	17 – 35 AÑOS	<17 Y >35 AÑOS
NIVEL SOCIOECONOMICO		-----	MEDIO – ALTO	BAJO
ALIMENTACION		ADECUADA	POCO DEFICIENTE	DSNUTRICIÓN – OBESIDAD
TABAQUISMO		NO		SI
INGIERE ALCOHOL		NO		SI
PRESENTA ALGUN TIPO DE ADICCION		NO		SI
PADECIMIENTO ACTUAL ¿CONTROL?		NO		SI
GESTA NUMERO		-----	<3	>3
CONTROL PRENATAL		SI		NO
COMPLICACIONES PRENATALES O NEONATALES PREVIOS (MULTIGESTA)		NO		SI
ANESTESIA		NO		SI
¿EN EL TRANCURSO Y HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE SALUD?		No		SI

BAJO ( ) MEDIO ( ) ALTO ( )

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

##### POR FACTOR NEONATAL

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
PESO		2500g – 3999g		<2500g >4000g
SEMANAS DE GESTACIÓN (CAPURRO)		261 – 295 días 37 – 42 SDG		<37 SDG ó >42 SDG <260 días ó >295 días
GESTACIÓN		ÚNICO		GEMELAR
APGAR A LOS 5'		7 A 10	4 A 6	<3
SILVERMAN		<3	4 – 6	>7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO RELACIÓN PESO-EDAD (GRAFICA JURADO GARCÍA)		AEG DENTRO DE PERCENTILA 50 Y 90		GEG ARRIBA DE PORCENTILA 90 Y BEG DEBAJO DE PORCENTILA 10
MALFORMACIONES PRESENTES O VISIBLES		NO		SI
LESIÓN POR TRAUMA OBSTETRICO		NO		SI
PROBLEMA DE SALUD ACTUAL		NO		SI

BAJO ( ) MEDIO ( ) ALTO ( )

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

**CUIDADOS INMEDIATOS**

**CUIDADO MEDIATOS**

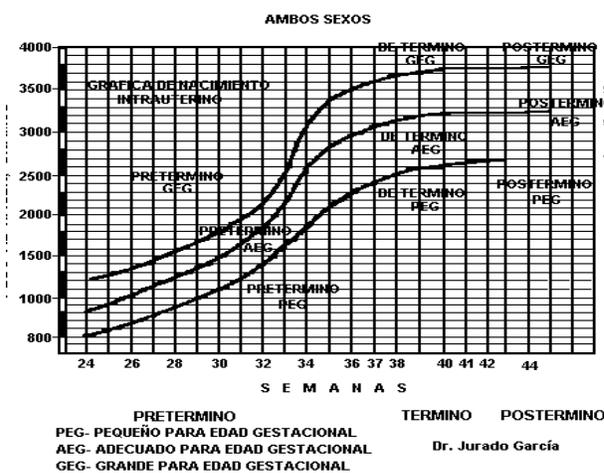
PARAMETRO	SI	NO
1.CONTROL TERMICO		
2.SECAR Y ESTIMULAR		
3. ASP. SECRECION (PERMEABILIDAD ESOFAGICA Y COANAS)		
4.APGAR		
5.PERMEABILIDAD DEL ANO		
6.CORTE Y LIGAMENTO DE CORDON		
7.IDENTIFICACION		
8.SILVERMAN		
9.SOMATOMETRIA		

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

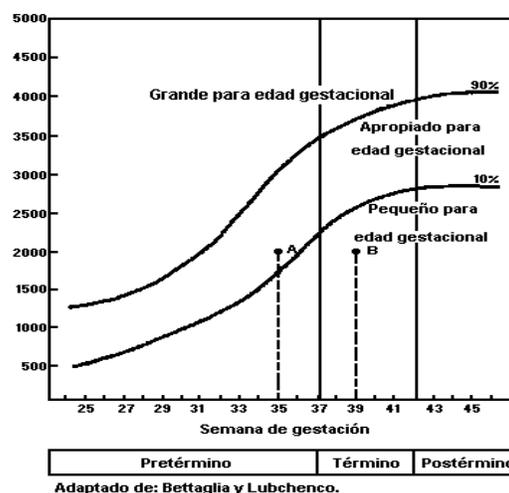
RIESGO                      NOTA: RIESGO BAJO ( ) RIESGO ALTO ( )  
 4.2.- VALORACION DEL NEONATO  
 VALORACIÓN APGAR

SIGNO	0	1	2	Al minuto	5 minutos
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100		
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE		
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMI-DADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION		
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO		
COLOR	AZUL. PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO		
<b>Total:</b>					

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL



CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



INTERPRETACIÓN: \_\_\_\_\_

INTERPRETACIÓN: \_\_\_\_\_

# MÉTODO CAPURRO PARA VALORACIÓN DE EDAD GESTACIONAL

A	B	Variables					
Somático y neurológico K=200 días Somático K=204 días	Textura de la piel	Gelatinosa	Fina y lisa	Algo más gruesa: leve descamación superficial	Gruesa con grietas superficiales, descamación en manos y pies	Gruesa, apergaminada, con grietas profundas	
		0	5	10	15	20	
	Forma de la oreja	Aplanada sin forma, curvatura escasa o nula	Curvatura de una parte del borde del pabellón	Pabellón parcialmente curvado en toda la parte superior	Pabellón totalmente curvado		
		0	8	15	24		
	Tamaño de la glándula mamaria	No palpable	Palpable, menor de 5 mm de diámetro	Diámetro entre 5 y 10 mm	Diámetro mayor de 10 mm		
		0	5	10	15		
Pliegues plantares	Sin pliegues	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior	Pliegues bien definidos sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior	Surcos en la mitad anterior de la planta	Surcos en más de la mitad anterior		
	0	5	10	15	20		
Maniobra de la bufanda							
	0	6	12	18			
Posición de la cabeza							
	0	4	8	12			

INTERPRETACIÓN: \_\_\_\_\_

## METODO BALLRD (Evaluación de madurez neurológica y física)

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

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

INTERPRETACIÓN: \_\_\_\_\_

#### 4.3.- FACTORES DE RIESGO NEONATAL POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO O SISTEMA	FACTOR DE RIESGO	ALTO
RESPIRATORIO	ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	
	SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	
	APNEA	
	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO	
	NEUMONÍA	
	HERNIA DIAFRAGMÁTICA	
CARDIOVASCULAR	BRONCO DISPLASIA PULMONAR	
	CARDIOPATÍAS ACIANOGENAS	
GÁSTRICO	CARDIOPATÍAS CIANÓGENAS	
	ARRITMIAS	
	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	
	ATRESIA DUODENAL	
	ATRESIA ESOFÁGICA	
	GASTROQUISIS	
	ONFALOCLISIS	
	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	
	HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL PILORO	
	COLELITIASIS	
HEMATOLÓGICO	ANO IMPERFORADO	
	MALFORMACIONES ANORECTALES	
	ANEMIA	
	HIPERBILIRRUBINEMIA	
	POLIGLOBULIA	
	ERITROBLASTOSIS	
APARATO NEUROLÓGICO	PLAQUETOPENIA	
	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR ISOINMUNIZACIÓN	
	CAPUT SUCCEDANEUM	
	CEFALOHEMATOMA	
	HEMORRAGIA INTERVENTRICULAR	
	CONVULSIONES	
	HIDROCEFALIA	
	DEFECTOS DEL CIERRE DEL TUBO NEURAL	
ALTERACIONES METABÓLICAS	ESPIÑA BÍFIDA	
	MICROCEFALIA	
	ANENCEFALIA	
	HIPERGLUCEMIA	
	HIPOGLUCEMIA	
	HIPERCALEMIA	
	HIPOCALEMIA	
ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS	HIPONATREMIA	
	HIPERNATREMIA	
	HIPERCALEMIA	
TRASTORNOS MUSCOLOESQUELÉTICOS	HIPOCALEMIA	
	BICARBONATO	
	LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL	
	PIE EQUINOVARO	
	DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA	
	POLIDACTILIA	
INFECTOLÓGICA	ESCOLIOSIS CONGÉNITA	
	ONTOGÉNESIS IMPERFECTA	
	FRACTURAS Y LESIONES	
	NEUMONÍA	
	SEPSIS	
	ENDOCARDITIS INFECCIOSA NEONATAL	
	MENINGITIS BACTERIANA	
	OTITIS MEDIA	
	HIV	
CONJUNTIVITIS		
	HEMANGIOMAS	

DERMATOLOGÍA	DERMATITIS ATÓPICA	
	DERMATITIS SEBORREICA	
	DERMATITIS DE PANAL	
	ERITEMA TÓXICO	
	ACRODERMATITIS	
UROLOGÍA	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	
	ENFERMEDAD POLIQUISTICA RENAL	
	RIÑON UNICO	
OFTALMOLOGÍA	ROT	
	CONJUNTIVITIS	
	RETINOBLASTOMA	
	DACRIOCISTITIS	
	QUERATITIS	

RIESGO: \_\_\_\_\_

### TEORÍA GENERAL DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

## REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

### 1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

SIGNOS VITALES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
FRECUENCIA CARDIACA					
RITMO CARDIACO (REGULAR, IRREGULAR, ARRITMIA)					
FRECUENCIA RESPIRATORIA					
RUIDO RESPIRATORIO (ESPECIFICAR)					
TEMPERATURA CORPORAL					
TEMPERATURA INCUBADORA O CUNA					
TENSIÓN ARTERIAL					
OXÍMETRIA DE PULSO					
LLENADO CAPILAR					

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

### VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

PARÁMETROS	CERO	UNO	DOS	RESULTADOS				
				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL					
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO					
RETRACCIÓN XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA					
ALÉTEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO					
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ADECUADO Y CONSTANTE					

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

## 1.2.- FASE DE VENTILACIÓN

FASE VENTILATORIA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
FASE I ESPECIFICA	FI <sub>O2</sub> % O <sub>2</sub> Lt. X'				
FASE II ESPECIFICA	FI <sub>O2</sub> % O <sub>2</sub> Lt. X'				
FASE III ESPECIFICA	MODALIDAD PARAMETROS CMV IMV PSV	PIP PEEP FR CPM			

## 1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

PARÁMETROS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PH					
PCO <sub>2</sub>					
PO <sub>2</sub>					
HCO <sub>3</sub>					
% SATURACIÓN O <sub>2</sub>					
INTERPRETACIÓN					

## 1.4.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Y 3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÉTRICA			
	INTEGRA			
	ÚVULA CENTRAL			
MUCOSAS	HIDRATADAS			
	ROSADAS			
	SECAS			
	INTEGRAS			
LENGUA	TAMAÑO			
	INTEGRA			
	ROSADA			
	FRENILLO			
PALADAR	INTEGRO			
	ROSADO			
	PERLAS DE EPSTEIN			
ENCIAS	INTREGRA			
	ROSADA			
	DIENTES			
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL			
	BLANDO/DEPRESIBLE			
	DISTENDIDO/DURO			
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES			
	PERISTALSIS			

CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO			
	ARETIAS 2			
	VENAS 1			
	MONIFICADO			
	ERITEMATOSO			
	HERNIADO			
PIEL	TURGENTE			
	HIDRATADA			
	HUMEDA			
FONTANELAS	NORMOTENSA			
	ABOMBADA			
	DEPRIMIDA			
	TENSA			

### A) INGRESOS

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

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

### TERAPIA TRANSFUNCIONAL

FECHA	TIPO UNIDAD	CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÓN	EFECTOS ADVERSOS
No Aplica			
No Aplica			

### F) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

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

#### 4.1.- EGRESOS

##### ELIMINACIÓN URINARIA

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

##### ELIMINACION FECAL

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA					
FORZADA (ESPECIFICAR)					
ESTOMAS					
CANTIDAD grs/ turno					
OLOR					
CARACTERISTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)					

##### DRENES

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

PESO CORPORAL	PÉRDIDAS INSENSIBLES DE AGUA (ml/kg/día)	VALORACION	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<1,000							
1,000-1.500							
1.500-2.000							
>2.000							

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

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

##### 5.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión ( ) Deglución ( ) Búsqueda ( )  
 Moro ( ) Tónico cuello ( ) Enderezamiento del tronco ( )  
 Puntos cardinales ( ) Arrastre ( ) Inervación del tronco ( )  
 Presión plantar ( ) Presión palmar ( ) Babinsky ( )

##### 5.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos					
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión					
ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturdida					
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante neonato.					
ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos					
ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia el lactante / NEONATO					
REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO					

### 5.3.- TEORÍA SINACTIVA

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

### INTERPRETACIÓN

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA					
ESTABILIDAD					
ESTRÉS					

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

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

6.1.- NEONATO: PLANEADO SI ( ) NO ( ) DESEADO ( ) ACEPTADO ( )

6.2.- RECIBE VISITA MATERNA: \_\_\_\_\_

6.3.- PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO: \_\_\_\_\_

6.4.- APEGO MATERNO: \_\_\_\_\_

6.5.- TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO: \_\_\_\_\_

6.6.- RECIBE ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: \_\_\_\_\_

### REGISTRO DE METODO DE MÀMA CANGURO ELABORO: E.E.N ARACELI MARTINEZ C.

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

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

1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

7.1.-EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO: SI ( ) NO ( ) ¿POR QUE? \_\_\_\_\_

7.2.- LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO SI ( ) NO ( ) Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO:

7.3.- CARACTERISTICAS AMBIENTALES: \_\_\_\_\_

7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: \_\_\_\_\_

7.5.- VALORACIONES DEL DOLOR: \_\_\_\_\_

**CRIES**

C-LLANTO (CRYING), R REQUERIMIENTO DE O2, I- INCREMENTO DE S.V., E- EXPRESIÓN S-SUEÑO

PARAMETROS	0	1	2
Llanto	No	Agudo	Inconsolable
Requerimiento de oxígeno	No	>30%	>30%
Aumento de las constantes vitales (FC, T/A)	Ninguno	>20%	>20%
Expresión facial	Ninguna	Muecas	Muecas y gemido
Sueño	No	Despierto a intervalos frecuentes	Despierto constantemente
			TOTAL

10 – máximo dolor

05 – indicativo de dolor

00 – no dolor

**NIPS**

NEONATAL PAIN ASSEMENT SCORE

PARAMETROS	0	1	2
Sueño	Normal	Sueño corto 5 – 10 minutos	No
Expresión facial al dolor	Calmado y relajado	Intermitente	Constante y marcada
Actividad motora espontanea	Normal	Agitación moderada o disminuida	Sacudidas, agitación constante o no actividad
Tono global	Normal	hipertonía o hipotonía moderada	Fuerte hipertonía o hipotonía, flacidez
Consolabilidad	Quieto en 1 minuto	Después de un minuto	No
Llanto	No	Quejido	Vigoroso
FC	Basal	10-20% incremento	>20% incremento
Presión arterial	Basal	10 mm incremento	>10% incremento
Patrón respiratorio	Basal	Respiración periódica	Apnea o taquipnea
SaO2	No aumentada	<10% FiO2	> 10% en FiO2
			TOTAL

< 4 no dolor

5 – 8 dolor moderado

>9 dolor intenso

## PPIP

### PREMATURE INFANT PAIN PROFILE

PROCESO	PARÁMETROS	0	1	2	3
<b>Gráfica</b>	Edad gestacional	≥36	32 a <36 sem	<b>28 a 32 sem</b>	≤28 sem
<b>Observar al niño 15"</b>	Comportamiento	Activo/ despierto ojos abiertos. Mov. faciales.	Quieto/desperto ojos abiertos. No mov. faciales.	Activo/dormido , ojos cerrados. Mov. faciales.	Quieto/ dormido, ojos, cerrados. No mov faciales
<b>Observar al niño 30"</b>	FC máx. Sat O <sub>2</sub> MIN.	0-4 lat/min 0-2.4%	5-14 lat/min 2.5-4.9%	15-24 lat/min 5-7.4%	≥25 lat/min≥7.5
	Entrecejo Fruncido	Ninguna 0-9% Tiempo	Mínimo 10-39%tiempo.	Moderado 40- 69%tiempo.	Máximo ≥70%tiempo.
	Ojos apretados	Ninguna 0-9% Tiempo	Mínimo 10-39%tiempo.	Moderado 40- 69%tiempo.	Máximo ≥70%tiempo.
	Surco naso-labial	No	Mínimo 10-39%tiempo.	Moderado 40- 69%tiempo.	Máximo ≥70%tiempo.
					TOTAL

00 - 6 **No dolor**

07 - 12 Iniciar medidas no farmacológicas

13 - 21 Analgesia narcótica

### VALORACIÓN DEL DOLOR

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Escala utilizada					
Puntuación					
Medida emprendida para control del dolor					
Resultado					

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

---



---

### **8-. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD**

#### 8.1.- HIGIENE

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

## 8.2.-SEGURIDAD Y PROTECCION

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

## 8.3.- INDICADORES DE CALIDAD

INDICADOR DE CALIDAD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1.- "Ministración de medicamentos por vía oral"(2003)					
2.- "Vigilancia y control de venoclisis instalada"(2003)					
3.- "Trato digno por enfermería"(2003)					
4.- "Prevención de úlceras por presión"(2006)					
5.- "Prevención de caídas en pacientes hospitalizados"(2006)					
6.- "Prevención de infección de vías urinarias por sonda vesical"(2006)					
7.- "Cuidado y manejo de la sonda vesical instalada"(2004)					
8.- "Curación de herida quirúrgica"(2004)					
9.- "Cuidado y manejo de catéter venoso central"(2005)					

N/A: no aplica

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

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Formato PES por requisito universal, para la elaboración de diagnósticos de enfermería.**

### **1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**

Diagnóstico de enfermería  
Formato PES

Problema	Etiología	Signos y síntomas
Adaptación eficaz del requisito: mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Recién nacido pretérmino de 30 SEG	Sin signos ni síntomas que demuestren alteración de la función respiratoria.

Diagnostico de bienestar:

Bienestar del requisito universal del mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

### **2 Y 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos**

Diagnóstico de enfermería  
Formato PES

Problema	Etiología	Signos y síntomas
Patrón de alimentación poco eficaz.	Neonato de 30 semanas de edad gestacional	Succión débil y reflejo de búsqueda ausente.

Diagnostico de riesgo

Alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos, relacionado con la prematurez y manifestado por débil succión y ausencia del reflejo de búsqueda.

### **4. Provisión de cuidados asociados con los proceso de eliminación de desechos, incluidos los excrementos**

Diagnósticos de enfermería  
Formato PES

Problema	Etiología	Signos y síntomas
Recién nacido pretérmino de 30 SEG	Sin alteración en los procesos de eliminación	Sin signos o síntomas que demuestren alteración o deterioro de dicho requisito universal.

Diagnóstico de bienestar

Bienestar del requisito universal de provisión de cuidados asociados con los proceso de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.

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

Diagnóstico de enfermería  
Formato PES

Problema	Etiología	Signos y síntomas
Recién nacido pretérmino de 30 SEG	Exposición a condiciones ambientales naturales y artificiales tales como ruido y luz.	Sin signos ni síntomas que demuestren alteración del en el presente requisito universal.

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de deterioro del requisito de un mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, relacionado con la exposición a factores ambientales como luz y ruido.

## 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

Diagnóstico de enfermería  
Formato PES

Problema	Etiología	Signos y síntomas
Recién nacido pretérmino de 30 SEG en sala de prematuros.	Interacción padres - neonato poco frecuente.	Sin signos ni síntomas que demuestren alteración del requisito universal antes mencionado.

Diagnóstico de riesgo

Riesgo de deterioro del requisito universal de mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana relacionado con la estancia hospitalaria del neonato y el poco tiempo de visita.

## 7. Requisito universal prevención de peligros para la vida

Diagnóstico de enfermería  
Formato PES

Problema	Etiología	Signos y síntomas
Recién nacido pretérmino de 30 SEG en sala de prematuros expuesto a riesgos.	Uso de catéter umbilical. Estancia hospitalaria Prematurez	Sin signos ni síntomas que demuestren alteración del presente requisito universal.

1. Diagnóstico de riesgo

Riesgo de infección relacionado con varios factores: el uso de catéter umbilical, la infusión de NPT, estancia hospitalaria y la prematurez.

**8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocida y el deseo de ser normal.**

Diagnóstico de enfermería  
Formato PES

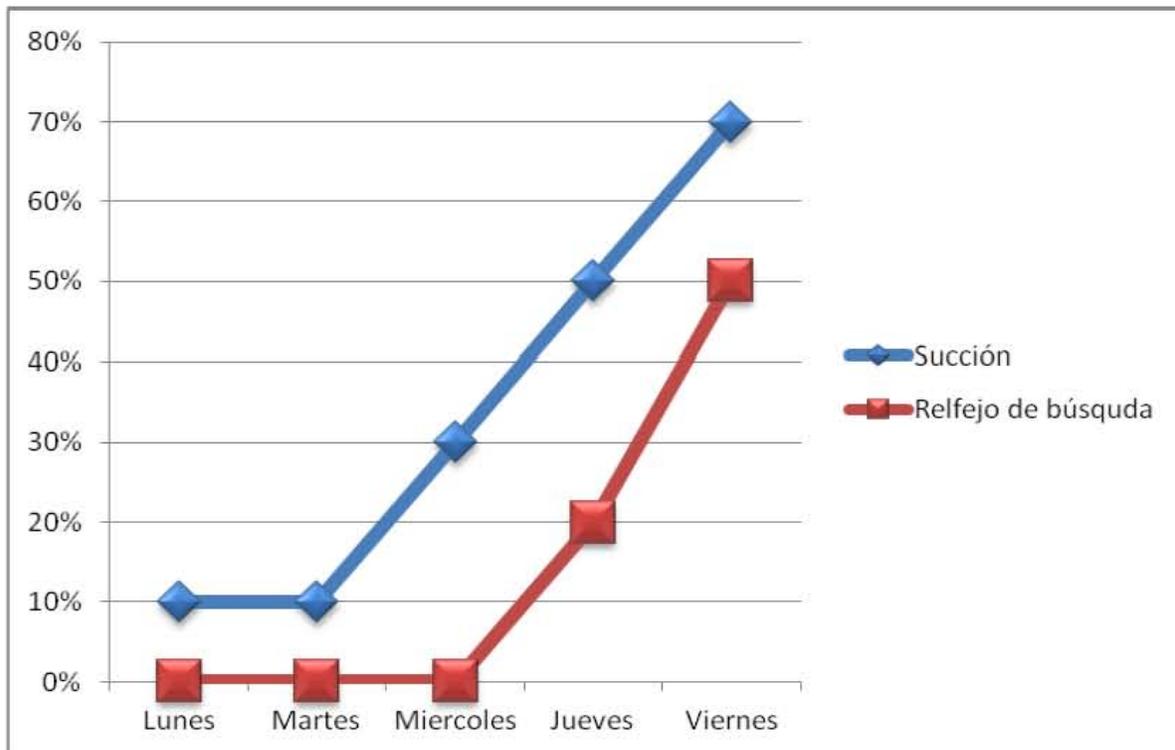
Problema	Etiología	Signos y síntomas
Recién nacido pretérmino de 30 SEG en sala de prematuros.	Sin alteración del presente requisito.	Sin signos ni síntomas que demuestren alteración del presente requisito universal.

Diagnóstico de riesgo

Riego de deterioro del requisito universal: promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal relacionado con el desconocimiento por parte de la madre de los datos de alarma del neonato

### Anexo 3. Grafica

Evolución del reflejo de succión y búsqueda durante la semana de valoración de Z.M.S.





CONSENTIMIENTO INFORMADO

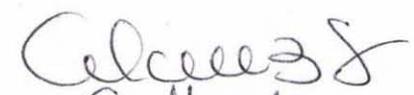
Por medio de la presente yo: Cindy Paola Zagarzo Martínez  
otorgo mi consentimiento para que el  
Licenciado en enfermería Maria Rosalba Reyes Arceaga  
estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato de la Escuela Nacional de Enfermería  
y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un  
seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento de mi hijo (a)  
(neonato), como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la  
información necesaria sobre las intervenciones a realizar durante el tiempo que dure esta,  
así como ser libre de retirarme de este estudio en el momento que lo desee.

México D.F., a 07 del mes de Diciembre del 2011

AUTORIZO: Cy 

Tina Cruz  
TESTIGO 

Martha Nely Ramos  
TESTIGO 

AUTORIZADO POR TUTOR CLÍNICO: Laura Alvarez Gallardo 

# Cuidados del recién nacido prematuro en el hogar

**Vacunas**

**Tripticos**

**Enfermedades  
respiratorias**

**Derechos del  
recién nacido**

**Signos de alarma**

## Cuídame

- ✓ Que se lave las manos cada persona que me toque.
- ✗ Si alguien está enfermo que no se me acerque, estoy débil y me puede enfermar.
- ✗ Que no me agarren las manitas.



## Cuida mi piel porque es delgadita y frágil

- ✓ Báñame con jabón neutro.
- ✓ Si me vas a poner crema que sea hipoalergénica.
- ✗ No me pongas aceite o talco.
- ✓ Si no me puedes bañar ponme ropa limpia y seca diario.
- ✗ No me pongas ropa apretada.
- ✗ La popo y la pipi **irritan** mis pompis, NO me dejes sucio mucho tiempo.
- ✓ Lava mi ropita y cobijitas con jabón de pasta.



## Antes de que nos vayamos a casa pregunta a mi enfermera lo siguiente:

- ✓ Si me tomaron el tamiz metabólico, para que recojas el resultado.
- ✓ Si ya me pusieron vacunas, cuales son y cuando me tocan las demás.
- ✓ Si me hicieron el tamiz auditivo, y cuando es mi otra revisión.
- ✓ Si ya me reviso mis ojitos el oftalmólogo.
- ✓ También pregunta por mi próxima cita con mi pediatra.



## Recuerda que debes llevarme a estimulación temprana

- ✓ Donde te van a enseñar que ejercicios vas a realizarme en casa para que ayudes a desarrollar mi cerebro, y coordinar mis movimientos



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Estudios de Posgrado  
4ª Generación Enfermería del Neonato  
Sede INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



CUIDADO EN CASA  
DEL  
RECEN NACIDO PREMATURO

# Mama cuídame

## Vigila que respire normal

- ✗ Que no respire rápido.
- ✗ Que no se me hundan las costillas.
- ✗ Que no me queje cuando respiro.



## Vigila que haga pipi y popo

- ✓ Hago pipi y popo después de comer.



## Estoy chiquito y necesito dormir

- ✗ No me hagas ruido fuerte
- ✗ No me pongas luz fuerte



## Que coma bien

- ✓ Debo comer cada 3 horas o antes.
- ✓ Sólo necesito tomar leche materna.
- ✓ Sácame el aire y acuéstame de ladito después de comer.
- ✗ No tomo agua.
- ✗ No tomo té de ninguno.
- ✗ Si me das leche de bote, lava y hierve bien los biberones y lávate las manos cuando me prepares mi leche.



## Cuando esté despierto

- ✓ Háblame bonito.
- ✓ Acaríciame.
- ✓ Haz que me hable mi familia.



## Vigila mi temperatura

- ✗ Que no tenga frío.
- ✗ Que no tenga fiebre.
- ✓ Báñame en un lugar cerrado, sin corriente de aire y con agua calentita.



## No tomo medicamentos

- ✓ Solo los que te indique mi pediatra.
- ✓ Y pregunta a mi enfermera que medicina me vas a dar y a qué hora me toca.
- ✗ No me des medicina que te recomendó otra persona.





## Muerte de cuna

### ¿Cómo se previene?

El bebe debe dormir boca arriba, en colchón semiduro y no deben tener almohadas ni muñecos en la cuna. Se debe evitar el humo de cigarrillo en la alcoba, así como las temperaturas extremas, no cubrirlo demasiado.



### DESHIDRATACIÓN

EL NIÑO ESTÁ MENOS ACTIVO, ORINA POCO Y DE COLOR OSCURO, TIENE LA BOCA SECA, AL LLORAR APENAS PRODUCE LÁGRIMAS, SU FONTANELA (MOLLERA) ESTÁ HUNDIDA Y SU PIEL TIENE UN ASPECTO ARRUGADO

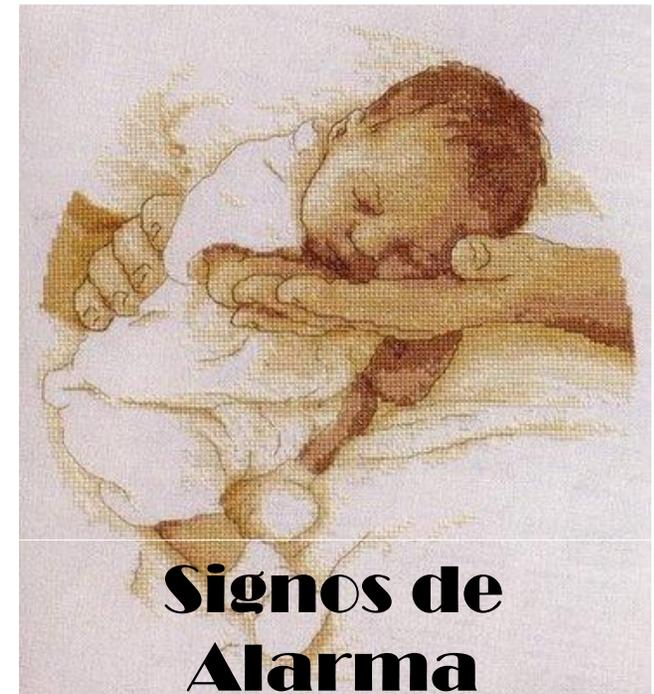
### Qué lo ocasiona?

- + **Vomito**
  - + **Falta de alimento (seno materno) adecuado.**
  - + **Diarrea**
- 3 o más evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia. Los bebés alimentados con seno materno suelen tener evacuaciones aguadas (no líquidas) y pueden evacuar con cada toma de leche**

Tu bebe es un gran regalo  
**CUIDALO**



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
División de Estudios de Posgrado  
4ª Generación Enfermería del Neonato



**Signos de  
Alarma  
en el  
Recién Nacido**

## ¿QUE SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

**SON LOS CAMBIOS ANORMALES EN SU BEBE QUE DEBEN DE SER ATENDIDOS DE INMEDIATO POR UN MÉDICO O EN UNA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.**

## ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

### Fiebre

Es la elevación de la temperatura de 37.5 °c o más.

Si su bebe está muy abrigado hay que descubrirlo, esperar 10 minutos y volver a tomar la temperatura.



### Temperatura baja

Es aquella menor a 36.5 °C

¿Qué hacer?

Utilizaremos mantas o ropas calientes o podemos darle calor con nuestro propio cuerpo, poniéndolo piel con piel, a la altura del pecho (el bebe sólo usara su pañal) y una manta cubrirá a ambos.

Mantener caliente la habitación donde se halle el niño.

### Llanto inconsolable

Todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, pañal mojado o dolor.

Si su bebe no tiene nada de esto y tiene más de una hora llorando, debe ser revisado por el médico.

### NO COME

NO ES NORMAL QUE UN BEBE NO QUIERA COMER.



### Esta decaído

Que no se mueve con la energía con la que normalmente lo hace.

### Dificultad para respirar

- ⊕ Es respiración rápida
- ⊕ Aleteo nasal (las narinas se abren y se cierran)
- ⊕ Se le hunde la piel entre las costillas.
- ⊕ Se le hunde por debajo del tórax
- ⊕ Se queja con cada respiración
- ⊕ El bebe se pone morado o pálido.





Las infecciones respiratorias agudas como la bronquiolitis o la neumonía son muy frecuentes entre los más chiquitos y los bebés prematuros están aún mucho más expuestos a los riesgos, que pueden ser serios. Por eso es fundamental su prevención.



## PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



La salud de tu bebe  
es muy importante  
¡Cuidalo!



Son la inflamación, de origen generalmente infeccioso, de la vía aérea y/o de los pulmones. Eso hace que al bebé le cueste trabajo respirar.

# ¿ENTONCES CÓMO CUIDO A MI BEBÉ DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS?

## ¿Cómo me doy cuenta que mi bebé está enfermo?

- **Respiración agitada:** Se le hunde el pecho o la pancita cuando respira, en particular entre las costillas o se escucha un silbido.
- **Decaimiento**
- **Falta de apetito** o come con dificultad
- **Irritabilidad** o dificultad para dormir
- **Fiebre** aunque sea baja
- **La piel se pone azulada** por falta de oxígeno, lo cual se nota especialmente en labios y uñas.
- **Parece muy enfermo**

**Ante el menor síntoma consulte a al médico o acércate al centro de salud más cercano.**



## ¿Qué es el virus Sincicial Respiratorio?



Es una de las principales causas de hospitalización de lactantes con riesgo Y una de las causas más importantes de mortalidad infantil.

Se transmite de persona a persona mediante el contacto y por las gotitas que se esparcen en el aire al toser, estornudar o hablar. El período de incubación de la enfermedad respiratoria por VSR se estima en 5 días.

Hay que higienizar constantemente sábanas, juguetes, chupetes y todo aquello que esté en contacto con el bebé y mantener la higiene de los habitantes.



## ¿Por qué debo cuidar más a mi bebe que es prematuro?

Los niños pequeños tienen el sistema inmunológico inmaduro. Los



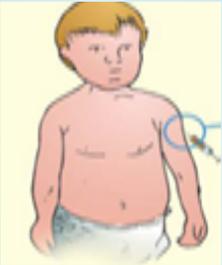
bebés prematuros cuentan aún con menos defensas que los nacidos a término.

## **Los bebés prematuros necesitan cuidados especiales.**

Ten en cuenta que los bebés prematuros requieren cuidados especiales. Cualquier duda sobre actitudes diferentes o cambios en su comportamiento debe ser suficiente para que consulten con los médicos.

## SITIOS DE APLICACIÓN

### PARA VACUNAS



*Inyecciones  
en Ambos  
Brazos*

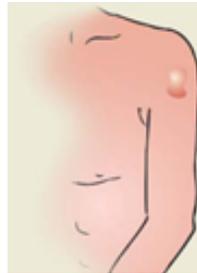


*Vía oral*



*Inyecciones  
en Ambas  
piernas*

Efectos locales y Cuidados posteriores a la aplicación de la vacuna



*Reacciones locales:  
**dolor,**  
**enrojecimiento e**  
**hinchazón**  
en el lugar de  
inoculación.*

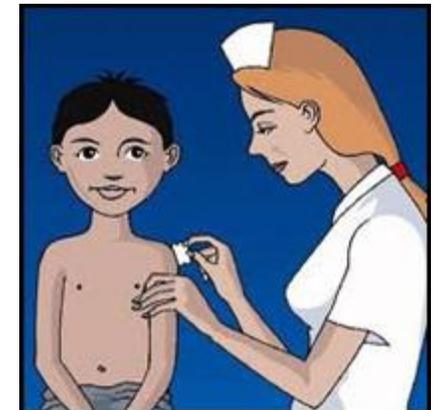
***Reacciones generales:**  
fiebre que puede ser  
variable.  
No dura más de 2 días.*



*Después de recibir vacunas, los niños pueden estar muy irritables por dolor por lo que se recomienda:*

- ⊕ ***No dar analgésico** a menos que lo indique el médico.*
- ⊕ *Si el brazo o pierna está caliente rojo o inflamado colocar una toalla fresca sobre la parte de dolor no aplicar medicamento.*
- ⊕ *Checar la temperatura, de haber fiebre dar un baño con agua tibia.*
- ⊕ *Colocar ropa cómoda.*
- ⊕ *Continuar su alimentación normal.*
- ⊕ *-De persistir la molestia acudir al hospital.*

## VACUNAS



*Asegúrate que tu hijo tenga las mismas oportunidades que los demás.*

*Al vacunarlos contra las enfermedades prevenibles, le estas garantizando el mejor comienzo de su vida.*

## ¿Que son las Vacunas?

Una vacuna es un medicamento que proporciona protección contra futuras infecciones.

Se obtiene a partir de un microorganismo que hacen que el organismo produzca defensas contra enfermedades.



Gracias a las vacunas, se han podido erradicar muchas enfermedades infecciosas.



## Cartilla nacional de vacunación

Las Cartillas Nacionales de Salud son documentos oficiales para las familias mexicanas, que **se entregan en forma gratuita** en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud.

### ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+HIB	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMIELITIS INFECCIONES POR <i>H. influenzae</i> tipo B	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		OTRAS		
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 35 MESES	
SRP	SARAMPIÓN RUBEOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS		ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBEOLA		ADICIONALES	
OTRAS VACUNAS				

Acceder, en cuanto sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

7



La familia tiene derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre la salud, a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

8



A ser acompañado por su familia todo el tiempo.

9



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

10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y  
OBSTETRICIA  
POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO I  
SEDE  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA  
GENERACIÓN 2012-1



**DERECHOS DEL  
RECIÉN NACIDO  
PREMATURO**

1

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



3

A recibir atención adecuada a sus necesidades considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer, y sus características individuales.

Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión al futuro.

4

A recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.



2

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



5

A ser alimentados con leche materna



6

A la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro.

