



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

ESTUDIO DE CASO

**RECIÉN NACIDO DE 35.2 SEMANAS DE
GESTACIÓN CON DÉFICIT EN EL REQUISITO DE
UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y
ALIMENTOS SECUNDARIO A PREMATUREZ**

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

PRESENTA

L.E.O. ISIS LILIA SÁNCHEZ MORA

ASESORA

E.E.I. LAURA ALVAREZ GALLARDO



México, D.F. ENERO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Al Instituto Nacional de Pediatría por abrirme las puertas y brindarme la oportunidad de compartir sus conocimientos y experiencias en el campo de la neonatología y a todo el personal comprometido y dedicado del instituto, que con su experiencia contribuyó a mi formación profesional

Al Instituto Nacional de Perinatología que es mi casa, al apoyo y confianza que me ofreció para poder cumplir este objetivo, que es un paso más en mi carrera profesional, porque parte de este conocimiento y experiencia también la he obtenido en el instituto del que me enorgullece formar parte.

A mi papá Manuel, mis hermanos Julio, Sonia, Lidia, Manuel y Lorena así como a mis sobrinos (as), cuñados (a) por su confianza y apoyo que me dieron y que son parte muy importante en mi vida a quienes quiero mucho, y reitero las gracias por estar siempre conmigo.

ÍNDICE

I. Introducción.....	1
II. Objetivo General y Específico.....	2
III. Metodología.....	3
IV. Selección y Descripción genérica del caso	
4.1 Ficha de identificación.....	5
4.2 Motivo de la consulta.....	6
4.3 Descripción del caso.....	6
4.4 Antecedentes no patológicos.....	6
4.5 Antecedentes familiares patológicos.....	6
4.6 Antecedentes personales no patológicos.....	.7
4.7 Antecedentes personales patológicos.....	7
4.8 Mapa familiar.....	8
4.9 Dinámica familiar.....	9
V. Fundamentación teórica del caso	
5.1 Antecedentes de estadios relacionados.....	10
5.2 Conceptualización de Enfermería.....	14
5.3 Teoría del déficit de autocuidado.....	25
5.4 Método Enfermero.....	39
5.5 Relación del proceso enfermero y la teoría de Dorothea E. Orem.	49
5.6 Consideraciones éticas.....	50
5.7 Daños a la salud.....	71

VI. Aplicación del método enfermero	
6.1 Esquema del método enfermero.....	82
6.2 Exploración Física.....	83
6.3 Valoraciones focalizadas.....	85
6.4 Jerarquización de requisitos universales alterados.....	89
6.5 Prescripción del cuidado.....	90
VII. Plan de alta.....	103
VIII. Conclusiones.....	108
IX. Sugerencias.....	109
X. Bibliografía.....	110
XI. Anexos.....	113

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo abarca las diferentes fases del proceso de atención de enfermería, a partir de la valoración de un neonato, diagnósticos de enfermería, plan de cuidados, intervenciones de enfermería y evaluación de las mismas utilizando la teoría General del Déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem, como sustento para desarrollar un plan de atención. Para esto se selecciona a un recién nacido con diagnóstico de prematuro tardío en el área de Terapia Intermedia del Hospital de la Mujer.

Los neonatos se consideran a partir del nacimiento hasta los 28 días de vida y de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, se establece a las 37 semanas de gestación como la línea divisoria entre nacimientos de término y pretérmino. De acuerdo a la edad gestacional se dividen en: RN Pre-término: < 36.6 SDG, RN de término: 37 a 41.6 SDG Y RN posttérmino > 42 SDG.

El interés por realizar este trabajo es por la poca importancia y seguimiento que se les da a estos recién nacidos prematuros nacidos entre la semana 34 a 36.6 de gestación (en el 2005, el Instituto Nacional de Salud del niño y de Desarrollo Humano sugirió este rango), llamados prematuros tardíos, es un grupo que en los últimos años se ha fijado la atención en el seguimiento ya que constituye una preocupación de salud por un aumento en la morbilidad neonatal. Están expuestos a problemas graves ya que por ser considerados de bajo riesgo por su cercanía al de término. Recordemos que en estos últimos meses el crecimiento del cerebro es de vital maduración, por el crecimiento dramático en los surcos, sinapsis, dendritas, axones, por lo tanto son cerebros inmaduros. Y el problema a que se enfrentan es que no se les da el debido cuidado que necesitan ellos, los cuales presentarán signos y síntomas: deglución, succión débil, datos de ictericia, deshidratación y por lo tanto problemas de retraso mental. Detectar a este tipo de neonatos es trabajo principal del profesional de enfermería poniendo en práctica los conocimientos obtenidos durante la especialización de enfermería del neonato mediante los cuidados especializados para cumplir los objetivos propuestos en detección, recuperación y evitar posibles complicaciones, involucrando o hacer partícipe al familiar del cuidado y de la capacitación a estos para detectar signos de alarma en su neonato.

II. OBJETIVOS GENERAL

Desarrollar el proceso enfermero basado en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem aplicado en un neonato con diagnóstico de Prematuro Tardío con Déficit en el requisito de un aporte suficiente de líquidos y alimentos secundario a prematurez.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Valorar al neonato mediante la aplicación de una guía basada en la teoría de Dorothea E. Orem utilizando los requisitos universales.
- 2.- Realizar diagnósticos de enfermería basados en el formato P.E.S. (Problema, Etiología y Síntomas).
- 3.- Elaborar planes de cuidados de acuerdo a los requisitos alterados.
- 4.- Implementar intervenciones de enfermería basándonos en un enfoque integral del cuidado del neonato y la educación de los padres.
- 5.- Llevar a cabo un plan de alta para implementar los cuidados que se le proporcionarán al neonato una vez que se encuentre en su domicilio para promover el mantenimiento de su salud.

III. METODOLOGÍA

El método enfermero ha revolucionado la práctica de los profesionales de enfermería porque marca la diferencia entre el empirismo de conocimientos y el comienzo de las teorías de enfermería, que incita a la enfermera a profundizar en su práctica clínica basada en la evidencia.

Como parte de la práctica clínica del Posgrado en Enfermería del Neonato que se llevó a cabo en el periodo correspondiente del 10 octubre al 18 de noviembre del 2011, se seleccionó al neonato del servicio de Terapia Intermedia del 4º piso del Hospital de la Mujer, con diagnóstico de Prematuro tardío, y a partir de esta selección, se lleva a cabo un Plan de Atención de Enfermería, mediante la aplicación de una guía de valoración al neonato con fecha de elaboración del 17 de octubre al 21 de octubre del 2011, con entrevista directa al familiar el día 19 de agosto del 2011, apoyados con un trámite legal como es el consentimiento informado autorizado y aceptado por el familiar explicando antes de firmar que ha recibido la información suficiente y necesaria para poder comprender lo que implica el cuidado integral del padecimiento del neonato como parte de las actividades académicas.

La revisión de la literatura se lleva a cabo mediante la búsqueda de libros, revistas y artículos de investigación que fundamentan el caso y las acciones de enfermería que sustenten la intervención de enfermería pertinente.

A partir de esta valoración, primera etapa del método enfermero se detectan requisitos alterados, se procede a elaborar diagnósticos de enfermería de riesgo, potenciales y de bienestar con el formato P.E.S. (problema, etiología, signos y síntomas), apoyados en los diagnósticos de la NANDA, para que el profesional de enfermería sustente su intervención, posteriormente establecer el sistema de enfermería totalmente compensatorio, de apoyo educativo aplicado al neonato y a la familia, desarrollando estrategias para reducir riesgos, corregir o controlar los problemas de salud que afectan al neonato, mediante los objetivos establecidos e intervenciones de enfermería dependientes, interdependientes ó independientes sea el caso, apegadas al conocimiento profesional en el cuidado del neonato para evaluar las intervenciones, determinar si las decisiones fueron bien tomadas y verificar que la prescripción del cuidado fue el adecuado, replantear un nuevo plan de intervenciones que permitan llevar al neonato a un estado de salud favorable y evitar secuelas que limiten su etapa de desarrollo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	OCT	NOV	DIC	ENE	ABRIL	MAYO	JUNIO
Selección y descripción del paciente	10 - 22						
Aplicación de guía de valoración	17-21						
Entrevista al familiar y firma del consentimiento informado	19						
Identificación de los requisitos universales	17-21						
Elaboración de diagnósticos de enfermería planeación, ejecución de las intervenciones de enfermería evaluación		14	02				
Revisión			05 - 16				
Presentación de estudio de caso				16 - 20			
Revisión de Correcciones							
Presentación de estudio de caso							

IV. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO

4.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL NEONATO:	H.G.
SEXO:	FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO:	07 – OCTUBRE- 2011
HORA DE NACIMIENTO:	16:25 P.M.
PESO AL NACER:	1,430 grs.
EDAD GESTACIONAL:	34 SDG
TIPO DE PARTO:	CESÁREA
GRUPO Y RH:	NO SE ENCONTRÓ EN EL EXPEDIENTE, SÓLO EL COOMBS NEGATIVO
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN:	BÁSICA
FECHA DE INGRESO A PREMATUROS:	07 OCTUBRE 2011
DÍAS DE ESTANCIA:	12 DÍAS

4.2 MOTIVO DE LA CONSULTA

Mujer de 19 años con interrupción del embarazo vía abdominal por los antecedentes de Desproporción cefalo-pélvica, Cesárea iterativa y RPM de 35 horas (recibe madre esquema con ampicilina), por la prematurez recibe esquema de maduración pulmonar con betametasona.

4.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Recién nacido prematuro que nace por cesárea a las 16:25 en presentación pélvica, con líquido amniótico claro, se posiciona, aspira boca y nariz, seca y estimula, buen esfuerzo respiratorio, oxígeno a flujo libre y reanimación básica, con apgar 7 al minuto y a los 5 minutos 9, S/A 1. A la exploración cuenta con 12 días de vida extrauterina en el servicio de Terapia Intermedia del Hospital de la Mujer, se encuentra en incubadora con humedad al 40% y temperatura programada a 34.2°C en decubito ventral, bajo sueño fisiológico con signos de estabilidad.

4.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS

Familia pequeña, nuclear, madre de 19 años, de religión católica, escolaridad secundaria, vive en unión libre, dedicada al hogar, procedentes del Estado de México, área urbana, el material de la vivienda es de lamina de asbesto, paredes de tabique, con buena ventilación, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, tipo de vivienda vecindario, número de dormitorios 0. Cuentan con un perro el cual esta vacunado.

Padre de 22 años, termina preparatoria oficio eléctrico, ingreso familiar promedio mensual del jefe de familia \$ 2,800.00, egreso familiar de \$5,140.00 gana más de 3 salarios minimos, con situación económica deficiente.

4.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

Negados

4.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

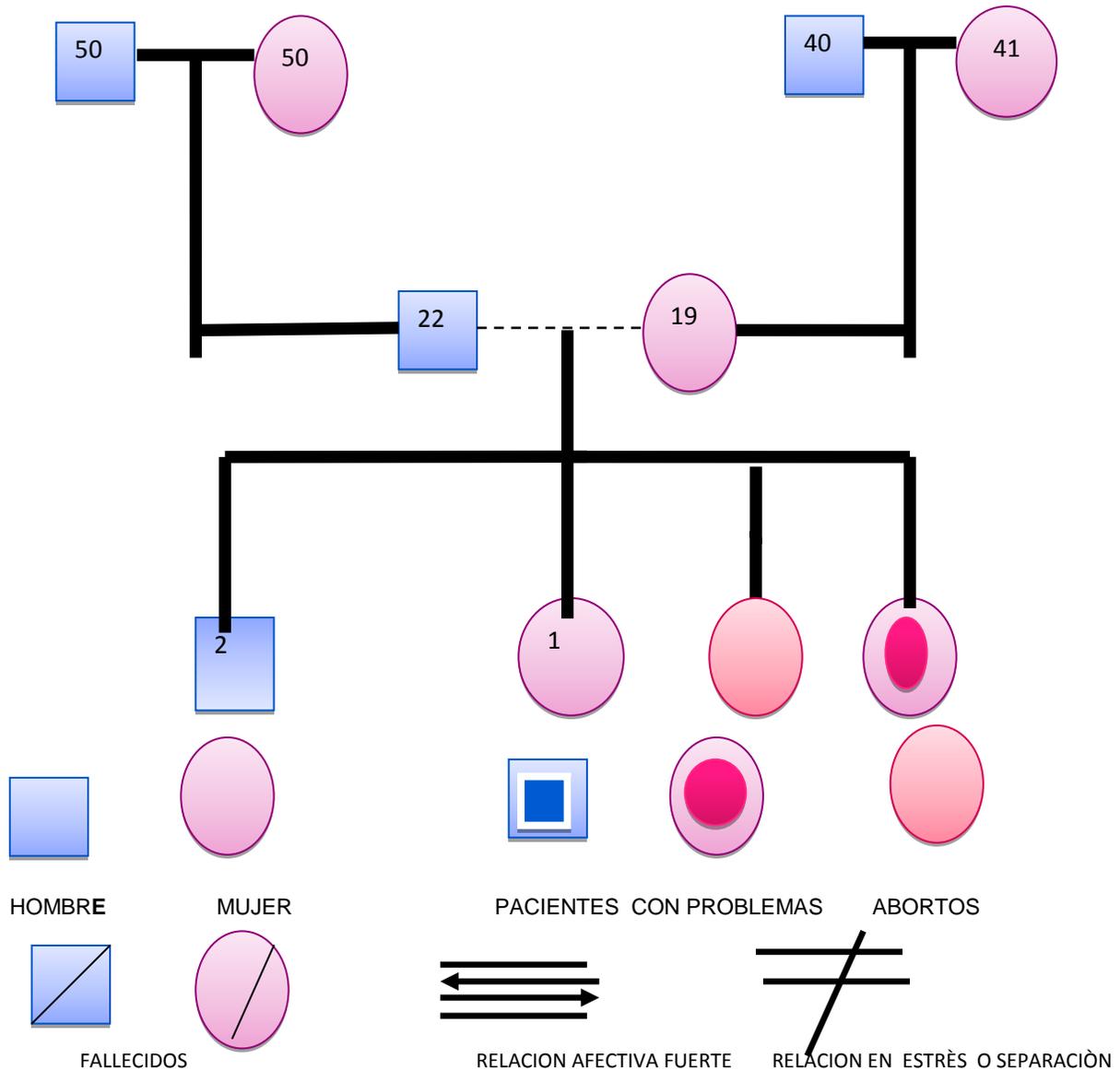
Madre 19 años, Gesta 4, Para 0, Aborto 1, Cesárea II. En el 2009 tuvo neonato masculino con peso de 3,500grs., en el 2010 una femenina con peso de 2,280grs., en febrero 2011 un aborto en el primer trimestre de embarazo y el actual que nace el 7 de octubre de 2012, fecha de última regla no recuerda, grupo sanguíneo no sabe, no tiene isoimmunización previa, lleva control prenatal a partir de la 20 semana de gestación en total 7 consultas, en el primer trimestre 2 consultas, en el segundo trimestre 4 consultas y en el tercer trimestre 1 consulta, complicaciones en el embarazo amenaza de aborto a las 20 semanas de gestación, tomó ácido fólico y hierro durante el embarazo, ruptura prematura de membranas de 35 horas.

4.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Obtenido por antecedentes de desproporción cefalo-pélvica, cesaréa iterativa, y ruptura de membranas de 35 horas. La mamá recibe esquema con ampicilina, así como por la prematurez esquema de maduración pulmonar con betametasona, con bloqueo epidural se obtiene vía abdominal en presentación pélvica, líquido claro, periodo expulsivo menos de 1 hora, recién nacido único vivo, sexo femenino con apgar al minuto de 7 y a los cinco minutos de 9, silverman anderson de 1, hora de nacimiento 16:25, talla 37, perímetro cefálico 30cm, perímetro torácico 26cm, perímetro abdominal 22cm, pie 6cm, a la exploración física del neonato estable con adecuada respuesta a maniobras de reanimación básica, se mantiene en vigilancia transicional, inicia esquema de antibiótico ampicilina y amikacina por riesgo de sepsis., 18:30 ingresa al servicio de Terapia Intermedia por desarrollar dificultad respiratoria leve secundaria probablemente a SAP con sog #8 a gravedad, casco cefálico a 2 litros por minuto, el día 9 de octubre presenta ictericia por Kramer I – II e inicia fototerapia por clínica (BI 6.4 mg/dl el 14 octubre es suspendida), el día 10 de octubre inicia vía oral 1ml. cada 3 horas e instalan catéter umbilical venoso un lumen (se retira el 19 de octubre), sin problema. El día 11 inicia NPT, cefotaxima, en fase 1 de ventilación, el oxígeno indirecto es suspendido el día 14 de octubre. Para el día 17 de octubre indican alimentación por técnica de vaso con reflejos deglución débil, no se puede valorar la succión, se da con técnica de alimentador donde la succión se observa lenta y deglución débil por lo que se decide dar alimentación con técnica forzada.

4.8 MAPA FAMILIAR

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
MA. GUADALUPE HERNÁNDEZ GUZMÁN	19	SECUNDARIA	HOGAR
DIEGO ARMANDO RAMOS MARTÍNEZ	22	PREPARATORIA	ELÉCTRICO
DIEGO DONOVAN RAMOS HERNÁNDEZ	2	-	
MITZY NAHOMI RAMOS HERNÁNDEZ	1	-	



4.9 DINÁMICA FAMILIAR

Familia nuclear integrada por los padres, 2 hijos, uno de sexo masculino de 2 años, el siguiente 1 año de sexo femenino, la familia con relaciones afectivas fuertes

La madre refiere ansiedad y estrés al tener a su recién nacido en la sala de neonatos prematuros, pero sabe que tiene que estar ahí, para que se recupere.

Sus redes de apoyo son los abuelos maternos ya que la madre deja a sus hijos al cuidados de estos, para poder ir a la visita al hospital.

La ocupación del padre es eléctrico, con preparatoria terminada, su ingreso es mayor de 3 salarios mínimos.

V. FUNDAMENTACION TEÓRICA DEL CASO

5.1 Antecedentes de estudios relacionados

Se realiza revisión bibliográfica a través de revistas indexadas y páginas web para obtener información relacionada con el estudio de caso a realizar, donde se encontró acerca de un consenso a nivel nacional en el año 2009, de Romero, S. Arroyo, L.M. donde participan el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Instituto Nacional de Pediatría, Hospital de la Mujer de Puebla y el Hospital de la Mujer de Yautepec, Morelos obtenido de la página web Medigraphic Revista Artemisa, título "Prematuro Tardío", llegaron a conclusiones y criterios de egreso para estos neonatos. Prematuros tardíos definido por la Academia de Pediatría y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia a recién nacidos de 34 a 36.6 sdg. Y en el 2005 el Instituto Nacional de la Salud del Niño y de Desarrollo Humano sugirió la categoría de 34 a 36.6/7 sdg (239-259 días) para los prematuros tardíos. Los prematuros tardíos son inmaduros, con respuesta compensatoria limitada al medio ambiente y riesgo de morbilidad en comparación con el de término, en el periodo temprano de hospitalización existe inestabilidad térmica, hipoglicemia, dificultad respiratoria, apnea e hiperbilirrubinemia, cursa con problemas en la alimentación debido a su inmadurez por la integración de la succión-deglución, mayor probabilidad en el primer mes de vida de rehospitalización por hiperbilirrubinemia, trastornos de succión-deglución, deshidratación y sospecha de sepsis, sugieren trabajar en conjunto obstetra y neonatólogo y evaluar indicación para realizar cesárea en embarazos prematuros y permitir que lleguen a la semana 39. CRITERIOS DE EGRESO DEL CONSENSO: Egreso individualizado, recién nacido debe salir con un peso mayor o igual a 1,800 g., regular su temperatura y mantenerse entre 36.5 y 37.4°C en cuna abierta con ropa adecuada, con buena coordinación de la succión y deglución mientras respira al menos 24 horas con alimentación al seno materno y /o biberón con tolerancia adecuada, observarlo 48 horas por lo menos posterior al nacimiento, signos vitales normales 24 horas previas al egreso, que exista la presencia de al menos una evacuación, evaluar riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia severa, darle seguimiento y egresar hasta que este fuera de peligro, revisar exámenes de laboratorio del prematuro y a menores de 35 semanas realizar ultrasonido cerebral, aplicar vacuna hepatitis B, realizar tamiz neonatal ampliado, descartar presencia de cianosis, desaturaciones, cuidados de cordón umbilical, piel y genitales, informar sobre posición segura para dormir posición antireflujo y conocer la ubicación de Centros de Salud y Hospitales Especializados de urgencias cercanos a su domicilio.¹

2.- Este estudio obtenido de la base de datos de Medigraphic, Artemisa. Títulado: "Los olvidados: Epidemiología del paciente prematuro tardío con síndrome de

¹Romero S, Arroyo L.M., Reyna E.R. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum [en línea] 2010 Abri-Junio [acceso 22 de octubre de 2011]; 24(2). Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102f.pdf>

dificultad respiratoria”, de Jonguitud, A. Salazar, M. realizado en el Hospital General de Rioverde, San Luis Potosí, de segundo nivel de atención perteneciente a la Secretaría de Salud es un estudio retrospectivo, explorativo, el cual incluyó todos los

pacientes con 34 a 36.6 semanas con SDR ingresados por un periodo de tres años. Refiere que la enfermedad respiratoria aguda es, después de la prematurez, la principal causa de hospitalización de las unidades de cuidado intensivo neonatal, diagnóstico respiratorio realizado con más frecuencia en los pacientes mayores de 34 semanas de gestación (SDG) es taquipnea transitoria del recién nacido, neumonía, enfermedad de membrana hialina, síndrome de aspiración de meconio y asfixia perinatal. Los criterios de inclusión fueron los prematuros tardíos con SDR fueron taquipnea (FR > 60/min), Silvermán Anderson >4 y requerimientos de oxígeno >.4 para mantener saturaciones >90% y todos los prematuros tardíos de 34 a 36.6SDG por fecha de última regla, Ballard y/o ultrasonido del primer trimestre, recolección de datos del expediente clínico; las variables fueron: edad gestacional, enfermedades maternas, peso al nacer, uso de esteroides antenatales, modo de nacimiento indicación de cesárea (si se realizó), presencia de trabajo de parto, Apgar a los 5 minutos, necesidad de PPI o intubación al nacer, fases de ventilación, uso de surfactante, amins, días de internamiento y condición al nacimiento.²

3.- En este artículo encontrado en la Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social en Medigraphic, 2009 de Mata, M. Salazar, M. E. Herrera, L.R., se comenta acerca del Cuidado Enfermero en el recién nacido prematuro refiere que el desafío del cuidado enfermero es mejorar la calidad de vida de los prematuros, disminuyendo riesgos agregados como infecciones y lograr un desarrollo neurológico que lo integre a la vida familiar y a la sociedad, mediante una termoregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro esenciales para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia. Para esto se elabora un plan de atención de enfermería considerando las cinco fases: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. La obtención de los datos los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, basada en los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando la alteración o la situación de riesgo determinando diagnósticos de enfermería como un mecanismo útil para estructurar los conocimientos para definir su rol y ámbito particular y diferenciarla de la medicina. Para esto necesita taxonomías de Diagnósticos Enfermeros propuestos por North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), posteriormente tanto los problemas reales y potenciales ya identificados se formulan intervenciones para prevenir, reducir o eliminar los problemas, la fase de planificación se plantean los objetivos a corto, mediano y largo plazo por prioridades, posteriormente a la ejecución de las intervenciones de enfermería, y para conocer los resultados de

²Jonguitud A, Salazar M. Los olvidados: Epidemiología del paciente tardío con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatol Reprod Hum [en línea] 2007 [acceso 22 de octubre 2011]; 21(4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip074c.pdf>

estas intervenciones se evalúa continuamente todo el proceso, esta última etapa se basa en plan de alta. Los aspectos a considerar en el manejo del recién nacido prematuro. Percepción, control de la salud, Nutricional y metabólico, eliminación, actividad, ejercicio, reposo, sueño, cognoscitivo - perceptual, autopercepción, autoconcepto, función relación, sexualidad y reproducción, afrontamiento y tolerancia al estrés.³

4.- En este estudio retrospectivo efectuado con todos los nacimientos pretérmino tardíos "Morbilidad a corto plazo" de Moreno, H. Rangel, H.A. Félix, realizado en el hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León del 1 de enero 2005 al 31 de diciembre 2007, obtenido de la Revista de Ginecología y Obstetricia México PDF. Donde se seleccionaron 3 casos de control a término y con el objeto de identificar el efecto de la prematuridad tardía, en los resultados neonatales sólo se incluyeron embarazos únicos de bajo riesgo. Se obtuvo de los diarios de nacidos vivos información de edad materna, paridad, edad gestacional y vía de nacimiento, se revisó expediente de cada caso y se identificaron los neonatos alojados conjuntamente con la madre y posteriormente dados de alta, neonatos ingresados en UCIN y UCIREN identificando morbilidad respiratoria, necesidad de asistencia respiratoria, fototerapia, hipoglicemia, enterocolitis necrosante, sepsis, reingreso y defunción. Los nacimientos pretérmino tardío representan 2.25% de los nacimientos en el Hospital Metropolitano de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León; sin embargo, constituyen un grupo muy importante por las complicaciones neonatales a las que están expuestos. En este estudio se demostró que los nacidos entre las 34 y 37 semanas de gestación tienen mayor incidencia de síndrome de dificultad respiratoria, ictericia que requiere fototerapia e hipoglucemia. Asimismo se demostró que estos neonatos tienen estancias hospitalarias más prolongadas y que frecuentemente requieren cuidados especiales en unidades de cuidados intermedios o unidades de cuidados intensivos. También se estableció que los recién nacidos en el periodo pretérmino tardío en este hospital requieren con mayor frecuencia apoyo respiratorio de algún tipo, comparado con recién nacidos a término. Un punto importante en este estudio es que sólo incluye pacientes con embarazos únicos de bajo riesgo, se excluyó el efecto de enfermedades maternas en los resultados neonatales, con lo que se aisló el efecto de la prematuridad.⁴

5.-Este ensayo controlado, aleatorios o cuasialeatorios obtenido de la biblioteca Cochran Plus, de Moore ER, donde se comparará la estimulación activa del contacto piel a piel temprano entre las madres y sus recién nacidos sanos a término

³Mata M, Salazar M, E Herrera. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. 2009. [acceso 23 de octubre de 2011] 17(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>

⁴Moreno H, Rangel H.A, Félix A, Valdovinos B, Méndez, D.H. Morbilidad a corto plazo de recién nacidos en el período pretérmino tardío. Gineco Obstet Mex 2011. [acceso 30 noviembre de 2011]; 79(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom113c.pdf>

y prematuros tardíos, que establecen contacto piel a piel temprano dentro de las primeras 24 horas de nacimiento. De los 30 estudios 29 fueron ensayos controlados aleatorios y un estudio fue cuasialeatorio (asignación a los grupos según los días de la semana). Los tamaños totales de la muestra en los estudios variaron de ocho a 204 pares de madres y neonatos, en los estudios las poblaciones fueron: Canadá, Chile, Guatemala, Israel, Rusia, Japón, Nepal, Polonia, Sudáfrica, España, Suecia, Taiwan, Tailandia, el Reino Unido y los Estados Unidos. Los 30 estudios, excepto cuatro solo incluyeron recién nacidos a término y los cuatro estudios se realizaron en recién nacidos prematuros tardíos saludables asignados a la unidad de recién nacidos normales. El contacto piel a piel entre la madre y el neonato reduce el llanto al nacer, mejora la interacción entre la madre y el recién nacido mantiene al neonato caliente y ayuda a lactar con éxito. La revisión se realizó para analizar si había alguna repercusión del contacto piel a piel temprano entre la madre y su neonato sobre la salud del recién nacido, la conducta y la lactancia. Se demostró que los recién nacidos interactuaron más con sus madres, permanecieron eutérmicos y lloraron menos. Los neonatos que estuvieron piel a piel presentaron más probabilidades de lactar y de hacerlo más tiempo, y entablar una buena relación temprana con sus madres, aunque es difícil de medir. En los recién nacidos prematuros tardíos presentaron una mejor estabilidad cardiorrespiratoria con el contacto piel a piel temprano.⁵

⁵ Moore ER, Andersen GC, Berman N. Contacto piel- piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.Oxford: Update software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/bcp/bcpgetdocument.asp?documentid=cd003519>

5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Enfermería se ha descrito como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo, como una vocación aprendida.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Donalson y Crowley (1978) refieren: 1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos. 2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida 3. Los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de la salud.

Concepto de ciencia

Un cuerpo de conocimientos racional, sistemático, exacto, verificable y falible, que se alcanza por medio de la investigación científica.

Se ha puesto a discusión sobre dos campos clásicos de la ciencia: el campo de las ciencias puras y el de las aplicadas. El científico puro asegura que el trabajo tiene razón de ser por el simple hecho de obtener nuevos conocimientos, y no está interesado de manera inmediata en la utilización de los hallazgos científicos y el científico que maneja la ciencia aplicada está envuelto en la utilización del conocimiento producido por el científico puro.

MÉTODO CIENTÍFICO: PROCEDIMIENTO DE PENSAMIENTO Y ACCIÓN.

Fases según. Dewey

- Ocurrencia de una dificultad sentida
- Enunciado de la dificultad
- Ocurrencia de una explicación, solución, conjetura, hipótesis o teoría
- Elaboración racional de una idea, reunión de pruebas y datos
- Corroboración de la idea a través de la comprobación de la hipótesis
- Justificar la solución pensando en situaciones futuras

Propósito de la ciencia

El descubrimiento de conocimientos nuevos, la expansión de los ya existentes o la reafirmación o redefinición de aquel conocimiento puesto en cuestionamiento.

PENSAMIENTO CRÍTICO ENFERMERO

- Deliberado, dirigido a una objeto
- Emite juicios basados en evidencias
- Se basa en principios de la ciencia y del método científico

- Requiere estrategias que maximicen el potencial humano y compense los problemas causados por la naturaleza humana.

DISCIPLINA

Área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única o una manera distinta de examinar los fenómenos.

PROFESIÓN

Servicio especializado, caracterizado por la autonomía, competencia, responsabilidad y colaboración que responde a objetivos sociales.

La enfermería es a la vez una profesión que se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno de conocimientos, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado de la salud. La disciplina de enfermería enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual. Enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de la salud.

La disciplina de enfermería no fue creada por si misma, primero surgió del contexto de otras disciplinas. Segundo como en la familia de las disciplinas cada una representa conocimiento e independientemente desarrolla marcos teóricos, evolucionan y están sujetas a revisión por fusión, extensión, multiplicación de sus miembros y una nueva conceptualización.

El propósito de la disciplina de enfermería es facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica.⁶

Las características de la disciplina enfermera, ha examinado los escritos y reconoció que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno están presentes a menudo explícita y a veces de manera implícita.

DEFINICIÓN DE ENFERMERÍA

Disciplina profesional orientada hacia la práctica. Es considerada como CIENCIA, en tanto que posee un cuerpo organizado de conocimientos abstractos (teorías al que se llega mediante la investigación científica y el análisis lógico. Y como ARTE CUANDO EN LA PRÁCTICA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS, de forma ética, creativa e imaginativa, usa este cuerpo de conocimientos en servicio de los seres humanos y de sus necesidades de salud.

⁶Balan C, Franco M. En teorías y Modelos de Enfermería: Bases teóricas para el cuidado especializado. 2ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2009. pp. 7-10

Paradigma de la Categorización

Dos orientaciones, una centrada en la salud pública que se interesa en la persona como en la enfermedad, la segunda centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Florence Nightingale, su educación, los cuidados enfermeros y su personalidad, es la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares. Considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Los factores del entorno son válidos si permite a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud conservarla (aire fresco, luz, calor, limpieza, agua pura, tranquilidad y una dieta adecuada) tanto para la recuperación de la salud para la prevención de la enfermedad. Nightingale las ha llamado leyes de salud o del cuidado enfermero. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Paradigma de Integración

Esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados. La persona es un ser bio-psico-social-cultural-espiritual. La persona, la salud y la enfermedad son entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que sea de conseguir y está influenciada por el contexto en que la persona vive. El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive.

Paradigma de la Transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. La apertura sobre el mundo influye en la naturaleza de los cuidados enfermeros.

CUIDADO. Va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define. La enfermera, habiendo acumulado diversos conocimientos, se adelanta a la manera de ver esta persona. La acompaña en sus experiencias de salud siguiendo su ritmo y su camino.

PERSONA. Es así un todo indisociable, mayor que la suma de sus partes diferente de ésta

Tiene manera de ser únicas en relación consigo misma y con el universo, maneras de ser que forman un modelo dinámico de relación mutua y simultánea con el entorno.

ENTORNO. Está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella. Efectivamente el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible.⁷

CORRIENTES DEL PENSAMIENTO

La necesidad de las enfermeras de clarificar su especificidad ha motivado a las enfermeras teorizadoras, mayoritariamente americanas, a elaborar modelos conceptuales para su profesión. Estos modelos conceptuales sirven de guía para la práctica, la formación, investigación y gestión de los cuidados enfermeros. Sirven de guía para precisar los elementos esenciales en la formación de las enfermeras, los fenómenos de interés para la investigación enfermera así como las actividades de cuidados y las consecuencias de que estas se esperan para la gestión de los cuidados enfermeros.

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Intenta responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Aquí el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados. La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson ha influenciado esta escuela.

Principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, Virginia Henderson.

La concepción de Henderson, los cuidados de enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios. La persona es un todo complejo presentando catorce necesidades fundamentales. Ella no ha definido formalmente a la salud y el entorno. Se puede deducir de sus escritos salud es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales

Henderson postula 14 necesidades fundamentales; cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural. Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales y desea alcanzarla. Las necesidades comunes a toda persona enferma o sana son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener un posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener un temperatura corporal normal estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno,

⁷ Balan C, Franco M. Op. Cit; pp. 63- 76

comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Autocuidado, Dorothea Orem

El autocuidado es una acción adquirida, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural. Los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de los otros servicios de salud ofrecidos porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado. Los cuidados enfermeros, tienen por objeto ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado. La persona es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Capaz de llevar a cabo autocuidados que son tres: los autocuidados universales, los asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a las desviaciones de la salud. Salud como estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano. Entorno factores externos que influyen sobre la decisión de la persona para emprender los autocuidados.

ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King

Escuela de la interacción apareció a finales de los años 50 y principios 60. Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. El cuidado es una acción humanitaria y no mecánica.

Proceso interpersonal, Hildegard Peplau

Ha participado activamente en el cambio de perspectiva de la disciplina enfermera en la contribución específica de la enfermera en la sociedad y reconociendo la ciencia enfermera como una ciencia humana.

Peplau. Describe los cuidados de enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico. Se trata de una relación humana entre una persona enferma o una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermera formada de forma adecuada con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda y de responder a estas. Persona es un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante. La persona tiene la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitirá responder a sus necesidades. La salud como la representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal comunitaria, creativa, constructiva y productiva. Peplau no ha definido claramente el entorno pero sugiere a las enfermeras tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

La persona quiere responder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el qué y cómo. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermero consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía.

Las enfermeras teorizadoras de esta escuela son Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Neuman.

Adaptacion. Callista Roy

Los principios filosóficos subyacentes en los postulados del modelo de Roy son los del humanismo y de la veritividad. (Roy 1988). Según el principio del humanismo, inspirado en Maslow, las dimensiones subjetivas de la experiencia humana son esenciales para el conocimiento de la persona y su valorización. La veritividad, término creado por Roy, se define como un principio de la naturaleza humana que afirma un objetivo común a la existencia humana.

Roy postula que si la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante. La persona se adapta a los cambios del entorno o responde a sus estímulos, sirviéndose de mecanismos de adaptación innatos o adquiridos, los cuales son biológicos, psicológicos y sociales. La adaptación de la persona depende de los estímulos a los cuales está expuesta y de su nivel de adaptación. Los estímulos del entorno son de tres órdenes: el estímulo focal o aquél al que la persona hace frente inmediatamente; los estímulos contextuales o todos los que están presente en una situación, y los estímulos residuales o aquellos que tienen un efecto indeterminado en la situación por ejemplo: las creencias, actitudes, experiencias o los rasgos de carácter.

El objetivo de los cuidados enfermeros es el de 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, a la calidad de vida y una muerte digna. Por lo que la enfermera evalúa los comportamientos de la persona, sus respuestas de adaptación en cada uno de los modos y determina los estímulos que influyen sobre la adaptación de esta persona. La enfermera modificará, aumentará, disminuirá, retendrá o mantendrá los estímulos de manera que la persona presente respuestas eficaces de adaptación en los cuatro modos.

La persona es un sistema adaptativo que utiliza los procesos internos con el fin de lograr sus objetivos individuales, es decir, la supervivencia, el crecimiento la reproducción y el desarrollo. El término adaptarse significa que la persona, en tanto que sistema, tiene la capacidad de alistarse eficazmente a los cambios de entorno, y a su vez, de influenciar sobre éste.

Para Roy, la salud, que es un estado y un proceso, permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado. El estado de salud es la adaptación según los cuatro modos que refleja esta integración. El proceso de salud es el esfuerzo constante que

hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación. El entorno, por su parte, es conceptualizado como un conjunto de circunstancias, de situaciones y de influencias que pueden modificar o influencias la aparición de comportamientos específicos de las personas o grupos.

ESCUELA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

La escuela de promoción de la salud responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras?. A pesar de estar centrada sobre el qué de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta: ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Moyra Allen su modelo conocido como modelo de McGjill es considerado ya como modelo conceptual, ya como modelo de intervención. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura son las fuentes explícitas subyacentes en esta concepción.

Promoción de la salud en la familia, según Moyra Allen

Postula que la elaboración de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos las familias y las comunidades aspiran a una mejor salud y poseen la motivación necesaria con el fin de lograrla.

El primer objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. La enfermera desempeña entonces un rol de agente facilitador, estimulador y motivador para el aprendizaje por ejemplo, de las habilidades que se han de adquirir para hacer frente a las situaciones. Las características de la relación enfermera-familia son la negociación, colaboración y coordinación. El enfoque de la enfermera está basado en la interacción entre los principales conceptos del modelo, es decir, la familia, la salud, el aprendizaje y la colaboración estos conceptos forman una estructura organizadora para los cuidados aplicados a la situación de salud que Allen denomina situación-responsive-nursing.

Para Allen, la persona es, conceptualizada como la familia. Ésta posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, el entorno y la comunidad.

La salud es el componente central del modelo de Allen. La salud y la enfermedad son entidades distintas que coexisten. La salud óptima es la presencia de muchos elementos de salud y la ausencia de enfermedad. La ausencia de enfermedad sola no significa una salud óptima. La salud es un proceso social que comprende los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje, de los cuales proceden el coping y el desarrollo de la familia y de sus miembros. El entorno es el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden. El aprendizaje de la persona se puede hacer en diferentes situaciones y en diferentes medios como la casa, la

escuela, el hospital y el lugar de trabajo. La persona y el entorno están en interacción constante.

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

Sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Desde 1970, Marta Rogers presenta una concepción de la disciplina enfermera que se desmarca de otras por su originalidad. Rogers propone a las enfermeras una visión de la persona y de los cuidados enfermeros que procede de trabajos filosóficos, de teorías de la física y de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy.

Evita el concepto holismo a causa de la mala utilización que muchos han hecho de él. Prefiere el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia del ser humano unitario.

Para Rogers, la cual la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están ni opuestos ni divididas, Newman (1986) propone una teoría de la salud que será la expansión de la conciencia. La salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario, y la enfermedad está integrada en la salud; forma parte del proceso de expansión de la conciencia, del cambio.

Ser humano unitario, según Martha Rogers

Rogers ha buscado en los conocimientos provenientes de numerosas disciplinas, entre ellas la psicología, sociología, astronomía, filosofía, historia, biología y física para crear su modelo conceptual de ser humano unitario.

Rogers reconoce primeramente a la persona como un 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.

La salud Rogers la ve como un valor que varía según las personas y las culturas. Este valor que es la salud es, definido por las personas o la sociedad y cambia de una persona a otra y de una sociedad a otra. La salud hace referencia al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización del potencial de las personas por una participación consciente al cambio. Describe al entorno como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo. Utiliza los principios de la homeodinámica para describir la naturaleza y la dirección del cambio de la persona y del entorno. Los campos de energía (persona y entorno) están en interacción constante y en cambio simultáneo; es el principio de la integridad. Los campos de energía están constantemente cambiando, de patrones de baja frecuencia los patrones de frecuencia más elevada; es el principio de la resonancia⁸

⁸ Balan C, Franco M. Op. Cit. pp. 83-96

El ser hacia su actualización, según Rosemarie Rizzo Parse.

Teoría del hombre viviendo- la salud, que ha llamado teoría de * el ser hacia su actualización. A principios de los años 90 propone una concepción basada en los postulados de los principios que proceden del pensamiento fenomenológico existencia.

Para Parse la ciencia enfermera es una ciencia humana. Los cuidados enfermeros están centrados en el ser humano no fragmentado. El ser humano tiene intenciones y está comprometido con el mundo en una relación dialéctica que le permite crecer y dar un significado a las experiencias que componen el proceso de actualización.

La persona es un ser humano abierto que es más grande que la suma de sus partes y diferente de ésta, libre escoger un significado en cada situación. Vive una experiencia de la vida como una experiencia multidimensional y simultánea en todas las esferas del tiempo. El ser humano es responsable de su manera de estar presente en el mundo, escogiendo los valores que modelan sus actitudes y sus comportamientos.

Parse concibe el entorno de tal forma que el entorno y la persona coparticipan en su creación intercambiando energía, tendiendo hacia una mayor complejidad y diversidad, e influenciando, entre sí, los patrones rítmicos. El entorno y el ser humano son inseparables, de ahí la expresión ser humano – entorno.

La salud es un proceso de actualización que refleja las prioridades de valores. La salud expresa una forma personal de vivir las experiencias, no hay nivel óptimo de salud ni estado de bienestar equivalente a la salud, ni de salud cuantificable o cualificable.. Es un proceso en movimiento que encarna las diferentes maneras de ser de un individuo

La escuela de ser humano unitario considera un proceso de cambio continuo, en el cual la persona y la enfermera son colaboradores, y es la persona misma quién precisa la dirección de su cambio. La práctica enfermera ya no es tributaria del enfoque tradicional de resolución de problemas, sino que orienta, hacia un proceso de actualización para los dos, enfermera-cliente.

ESCUELA DEL CARING.

Benner y Wrubel (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo describir 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 (Leininger, 1988^a: 1988b, Watson, 1988).

Esta escuela tiene como conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado que intenta responder de nuevo a la pregunta ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen?.

Cuidado humano, según Jean Watson

La orientación de Watson (1988) es existencial, fenomenológica y espiritual; se inspira en la metafísica, las cualidades, el arte y las ciencias. Watson postula el amor incondicional y el cuidado son esenciales para la supervivencia y desarrollo de la humanidad.

Los cuidados enfermeros consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el caring, en cuanto a ideal moral, y sólidos conocimientos. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. El cuidado empieza cuando la enfermera entra en el campo fenoménico de otra persona y percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello, que permita exteriorizar los sentimientos o los pensamientos que el otro siempre ha soñado con exteriorizar.

La persona 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. La persona se esfuerza continuamente en actualizar y establecer una armonía entre sus tres esferas.

Salud 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 el espíritu engendra un autorrespeto, autoconocimiento, autocuidado y autocuración. El entorno, por otra parte, está constituido por el mundo físico o material y el mundo espiritual representa todas fuerzas del universo.

Cuidado transcultural, según Madeleine Leininger

Se ha inspirado en conocimientos de antropología y en ciencias enfermeras y ha presentado el concepto de cuidado como esencial y central en su concepción de la disciplina enfermera.

En la perspectiva de Leininger, los cuidados enfermeros comprenden comportamientos, funciones y procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de comportamiento de salud y de su recuperación.

Leininger (1988b) ha formulado tres principios de cuidados enfermeros teniendo en cuenta la coherencia cultural:

- 1.- La conservación o mantenimiento de cuidados culturales, actividades de asistencia y de facilitación basadas en la cultura de la persona y que mantienen su salud y su estilo de vida en un nivel adecuado.
- 2.-La adaptación o la negociación de cuidados culturales, de actividades de asistencia y de facilitación adoptadas o ajustadas a la salud y al estilo de vida de la persona.

3.- La remodelación, restructuración de cuidados culturales, actividades orientadas a ayudar a la persona cambiar sus hábitos de vida, de forma que los nuevos hábitos sean significativos para él.

Para Madeleine la persona 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. Una persona tiene, de modo natural, la tendencia a cuidar a los que la rodean. La persona representa los individuos, las familias y los grupos culturales.

Salud más que la ausencia de una enfermedad o un punto en un continuo se refiere a las creencias, los valores y las formas de actuar, que non 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.

Entorno se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra. Son los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona.⁹

⁹ Balan C, Franco M. Op. Cit. pp. 96- 101

5.3 TEORIA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REFERENCIAS Y ANTECEDENTES PERSONALES

Dorothea Elizabeth Orem, una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica, nació en Baltimore, Maryland. Su padre trabajaba como obrero de la construcción y era un apasionado de la pesca mientras que su madre, ama de casa, era muy aficionada a la lectura. La menor de los hermanos, Orem inició su carrera profesional en la Escuela de Enfermería de Providence Hospital, de Washington, D.C., donde obtuvo el diploma de enfermería a principios de la década de 1930. Continúo después su formación y consiguió el B.S.N. de The Catholic University of América en 1939 y el M.S. en educación de enfermería por esta misma universidad en 1945.

En el desempeño de su profesión, Orem trabajó como enfermera privada y de hospital y ejerció la docencia. Desde 1940 a 1949 fue directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería del Providence Hospital de Detroit. Tras abandonar esta ciudad, pasó siete años (1949 -1957) en Indiana, donde trabajó en la División de Servicios Hospitalarios e Institucionales del Board of Health del Estados de Indiana. En estos años su meta principal fue siempre mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Fue en esta época cuando perfiló su definición de la práctica de la enfermería.

En 1957 se trasladó a Washington D.C., contratada por el Departamento de Sanidad, Educación y Bienestar del Office of Education de los Estados Unidos, como asesora de programas de estudios, desde 1958 hasta 1960. Durante su permanencia en este departamento trabajó en un proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica, lo que la indujo a plantearse cuál era verdaderamente el ámbito de interés de esta disciplina. Su respuesta a esta pregunta está en su manual *Guidelines for Developing Curricula for de Education of Practical Nurses*, publicada en 1959.

En este mismo año, Orem se convirtió en profesora adjunta de enfermería en The Catholic University of America. Más tarde ejerció como decana en funciones de la Escuela de Enfermería de esta universidad y como profesora asociada de educación de enfermería. Durante su estancia en The Catholic University siguió depurando sus conceptos de enfermería y autocuidado. Allí escribió *The Hope of Nursing* (1962), publicada en el *Journal of Nursing Education*. En 1970 abandonó the Catholic University y fundó su propia empresa de consultoría, llamada *Orem and Shields, Inc.*, con sede en Chevy Chase, Marylan.¹⁰

El primer gran libro de Orem, publicado en 1971, fue *Nursing: Concepts of Practice*, seguido de *Concept Formalization in Nursing: Process and Product* (1972). En 1976, la Universidad de Georgetown homenajeó a esta autora otorgándole el Título honorífico de doctora en ciencias.

¹⁰ Rubio S, Bernal B, Téllez S.E. Teorías y modelos para la atención de enfermería. Antología. 2a ed. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de UNAM. 2002 pp. 189-190

En 1979 se publicó en la revistas de alumnos de la Escuela de Enfermería del Johns Hopkins su artículo Levels of Nursing Education and Practice. Al año siguiente, Orem recibió el Alumni Asociación Award for Nursing Theory de The Catholic University of America. Entre otras distinciones que se le han otorgado cabe reseñar los títulos honoríficos de doctora en ciencias del Incarnate Word College, en 1980, y de doctora en letras de la Universidad de Illinois Wesleyan, en 1988; el premio Linda Richard, concedido por la National Leaguefor Nursing en 1991; y el nombramiento como miembro honorario de la American Academy of Nursing en 1992.

De su obra Nursing: Concepts of Practice se publicaron nuevas ediciones en 1980, 1985, 1991 y 1995. Orem se retiró en 1984 y, desde entonces, reside en Savannah, Georgia, dedicándose a leer y viajar y, de forma ocasional, a ofrecer su colaboración como asesora y conferenciante para explicar sus teorías en reuniones de enfermería. A lo largo de su carrera ha trabajado en solitario y en colaboración con otros colegas para el desarrollo conceptual de la llamada teoría del déficit de autocuidado en enfermería.

A grandes rasgos, Orem calificó su enfoque filosófico de visión de moderado realismo. La teoría de la acción, que ve al individuo como actor o agente deliberado, conforma el sustrato de sus postulados teóricos. Los conceptos de ciencia especulativa y práctica son también fundamentales en su obra.

Orem formuló su concepto de enfermería relativo al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y administración de los hospitales que realizó en su estancia en el Departamento de Salud del Estado de Indiana. Durante la redacción del informe de este estudio. Orem tomó conciencia de la necesidad de una descripción de este estilo y, fruto de un proceso de reflexión espontánea, resumió las razones por las cuales las personas, en su opinión, necesitan la ayuda que pueden recibir de la enfermería. Esta toma de conciencia le permitió formular y expresar un concepto propio de enfermería. A lo largo de años de experiencia fue acumulando un rico conocimiento de las situaciones que surgen en el ejercicio de su profesión. Desde la primera publicación de su teoría del déficit del autocuidado, se han aportado numerosas pruebas empíricas que la respaldan. La incorporación de estas pruebas al desarrollo continuado de la misma no han alterado, empero, sus bases primordiales.

A principios de la década de 1970. Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general, que fueron presentados en la Escuela de Enfermería de la Marquette University en 1973 . En este modelo se identifican cinco premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería.

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.

3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.

4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulo para uno mismo y para los demás.

5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

Orem expuso los supuestos previos de sus teorías de autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería en su libro Nursing Concepts of Practice.

El modelo demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones expresadas como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

En la obra de Orem Nursing Concepts of Practice se explican las relaciones existentes dentro de esta estructura con supuestos previos, ideas centrales, y proposiciones de las tres teorías interrelacionadas de autocuidado, déficit de autocuidado y sistema de enfermería, las proposiciones se definen a modo de enunciados que actúan como principios y guías para un posterior desarrollo teórico. Es importante resaltar que el modelo del déficit de autocuidado se configura a partir de la suma de estas tres subteorías consideradas en su conjunto. La más general de ellas es la de los sistemas de enfermería, que incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería. La teoría de los sistemas de enfermería comprende la del autocuidado y la del déficit del mismo. Esta última desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería; en cambio, la del autocuidado es la que fundamenta el modelo.¹¹

ACEPTACIÓN POR LA COMUNIDAD DE LA ENFERMERÍA

La teoría del déficit de autocuidado de Orem ha alcanzado un notable nivel de aceptación dentro de la comunidad de enfermería, tal como la prueba la elevada cantidad de trabajos publicados sobre ella. Mediante búsqueda informatizada se pueden encontrar más de 600 referencias de esta teoría.

Ejercicio profesional

El primer uso documentado de la teoría de Orem como base para estructurar el ejercicio profesional de la enfermería se puede encontrar en las descripciones de clínicas dirigidas por enfermeras en el Johns Hopkins Hospital en 1973. Desde

¹¹ Rubio S, Bernal B, Téllez S.E. Op. Cit. pp. 190-194

entonces, se han ofrecido descripciones sobre la aplicación de la teoría de Orem en diversas poblaciones clínicas y grupos de edad, desde neonatos a ancianos.¹²

- En casos con pacientes ambulatorios (diabéticos, hipertensos, cardiopatas, con tratamiento enterostómico, diálisis peritoneal, etc.).
- Atención en el hogar
- Personas con adicciones
- Periodo posquirúrgico
- Personas con padecimientos psiquiátricos.

Investigación

Se ha empleado el modelo para dirigir investigaciones de pregrado y posgrado. Dentro del ámbito clínico de la enfermería, ha generado instrumentos que aprecian el ejercicio de la acción de autocuidado.

Los términos utilizados por Orem están definidos en forma precisa. El lenguaje se corresponde con el utilizado en la teoría y la filosofía de la acción. No usa palabras inventadas, y la terminología es totalmente congruente. El vocablo autocuidado presenta varios significados según las disciplinas; Orem ha definido el término y ha elaborado la estructura sustancial del concepto de forma que sea a la vez único y coherente con otras interpretaciones. Hay quien apunta que el lenguaje de Orem entraña cierta dificultad, la limitación radica generalmente en la falta de familiaridad para el lector con el campo de la teoría de la acción.

Propósito

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

Orem desarrolló su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería persona, salud, enfermería y entorno.

Persona como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección y tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo.

Salud es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo.

Entorno implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la personas a reorientar su conducta hacia las prácticas de salud.

Enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona.

¹²Rubio S, Bernal B, Téllez S.E. Op. Cit. p. 195

Funciones

En esta plataforma. Orem distingue ocho funciones:

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

La Teoría General del Déficit del Autocuidado está constituida por tres subteorías: la teoría de sistemas de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado.



TEORIA DEL AUTOCUIDADO

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

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado, misma que incluye conceptos como el de agente de autocuidado que se refiera a cualquier persona que se provee de autocuidado. El proveedor de cuidados dependientes es decir, la persona externa que proporciona el cuidado a otro, mismo que en este caso no es terapéutico es denominado agente de autocuidado dependiente, entendiendo agente como persona que lleva a cabo la acción.

La demanda de autocuidado terapéutico es una entidad construida objetivamente sobre la información que describe a un individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo; inicia al determinar el requisito de autocuidado comprometido para prescribir la acción del mismo a través de la agencia de autocuidado terapéutico, para el caso, la persona es un profesional de la enfermería.

La teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas, son denominadas factores de condicionamiento básico. El valor práctico de los factores básicos condicionantes en su selección y uso enumerados se fundamentan en la premisa de quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es miembro de una familia.

Los propios factores se agrupan entres categoría: 1) aquellos que describen a los individuos que son pacientes de las enfermeras individualmente o en grupo, 2) que relacionan a estos individuos con su familia de origen o por matrimonio, 3) que localizan a individuos en sus mundos relacionándolos en condiciones y circunstancias de vida.

La información que describe a los factores condicionantes básicos en cada caso de enfermería debe ser obtenida o las enfermeras al inicio y de manera continua, según sea necesario, a lo largo del período de provisión de cuidados de enfermería. Algunos factores permanecerán estables, otros fluctuarán o cambiarán. La información sobre los factores básicos condicionantes para identificar las capacidades y limitaciones de autocuidado de los pacientes deberá estar relacionada con los componentes esenciales de la agencia de autocuidado.¹³

¹³Ostiguln R.M, Velázquez S.M. Teoría General del Déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. México: El Manual Moderno; 2001. pp. 23-26

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

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

- a) Factor de control o dirección, mantiene de alguna manera ciertos aspectos del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de lo compatible para la vida.
- b) Especificación de la naturaleza de la acción a realizar, describe el manejo del trabajo enfermero.

Requisitos de autocuidado universal

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital y atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales, etc.

OCHO REQUISITOS:

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
2. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
3. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.

Estos requisitos generan acciones que producen condiciones internas y externas que mantienen la estructura y el funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración humana¹⁴ El mantenimiento del aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones. La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal. La interacción social tiene asimismo una importancia práctica, puesto que puede requerirse habilidades

¹⁴ Ostiguín R.M, Velázquez S.M. Op. Cit. p. 27

sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La soledad requiere igualmente una importante consideración ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como sobre el entorno que les rodea. La prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un requisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda qué situaciones son potencialmente peligrosas, y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Finalmente, hay una tendencia humana, a ser normal. Deriva de características genéticas y culturales, así como de las limitaciones humanas conocidas. La normalidad, como denomina Orem a esta tendencia, implica que el individuo tenga un autoconcepto realista, y sea capaz de cultivar su propio desarrollo. Adicionalmente, puede referirse al hecho de que un individuo sea aceptado en un grupo semejante o en la sociedad en general. Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención, cuando sea posible, a los cambios en la salud.

Este requisito requiere que un individuo busque y realice la acción apropiada cuando aparecen problemas de salud, emocionales o de otra índole.

Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo. Sin embargo, estos ocho requisitos no deberían considerarse aisladamente, ya que interactúan entre sí. Por ejemplo. La prevención de peligros debe considerarse en el contexto de todos los demás requisitos, por ejemplo, aunque el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos esencial, debe considerarse la presencia de posibles sustancias tóxicas o nocivas.¹⁵

Requisitos del desarrollo

Están asociados con los procesos de desarrollo humano así como con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo. Los requisitos de desarrollo son expresiones especializadas de los universales, que han sido particularizados para los procesos de desarrollo o son nuevos, derivados de una condición (el embarazo) o asociados a un acontecimiento (la pérdida del cónyuge o de un pariente).¹⁶

Estos requisitos se clasifican principalmente en dos.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo de la edad adulta.

¹⁵Balan C, Franco M. Op. Cit. pp.240-241

¹⁶ Ostiguín R.M, Velázquez S.M. Op. Cit. p. 27

- Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Condiciones que afectan el desarrollo humano.

El segundo grupo del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este tiene dos subtipos:

Primer subtipo es la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas: los ejemplos es la provisión de descanso y nutrición adecuados durante el embarazo.

Segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular.

Ejemplo:

Las respuestas a acontecimientos vitales específicos, como la paternidad/maternidad, o los cambios en las condiciones económicas y sociales. Las condiciones relevantes son:

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

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

Requisito de la desviación de la salud

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

Demandas adicionales de cuidados a la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a ésta.

2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas, y de rehabilitación médicamente prescrita, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, o incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva al desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidados de la salud¹⁷

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. Todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro de su dominio y límites están asociadas con las limitaciones de acción relacionadas con la salud. Estas los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes de cuidado para manejar de alguna manera los factores reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo, así como de las personas que dependen de ellos.

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado se identifican como completos o parciales, en donde el primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico, y el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer alguna condición subyacente a una demanda de cuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado están asociados no solo a las limitaciones de los individuos para realizar estas medidas de cuidados, sino también con la falta de validez o efectividad con que se llevan a cabo.

¹⁷Balan C. Franco M. Op. Cit. pp. 242-244

Los términos de agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente se refieren a la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos y de otros.

La agencia de autocuidado es el proveedor en la satisfacción de los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo y que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura del funcionamiento y desarrollo humano y bienestar. Por ello cambia dentro de una variedad de aspectos (infancia en comparación con adulto mayor). La agencia de autocuidado en éste u otro momento está condicionado por factores que afectan a su desarrollo y operatividad.

TEORÍA DE SISTEMAS

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado.¹⁸

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

- 1.- Crear un sistema de relaciones para autocuidado ahora y en el futuro.
- 2.- Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.
- 3.- Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado, asegurando que:
 - Hay una rutina de tareas de autocuidado y una secuencia temporal para completarla
 - Hay una regulación de la participación del paciente en su propio autocuidado.
 - El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo.
 - El paciente desarrolla, perfecciona o domina las capacidades de autocuidado existentes.
 - El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación. (cuadro N°1)

¹⁸ Ostiguín R.M, Velázquez S.M. Op. Cit. pp.28- 29

APOYO EDUCATIVO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	TOTALMENTE COMPENSATORIO
Realiza cuidado terapéutico del paciente	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente.	Realiza el autocuidado
Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado
Apoya y protege al paciente	Ayuda al paciente en lo que necesite	
Deja hacer al otro	Hacer con el otro	Hacer por el otro

Cuadro N° 1. Ostiguín, S. Bernal, B. Téllez, S.E.

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 ello hasta el momento en que el paciente puede reanudar su propio cuidado o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes situaciones:

1. El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, como por ejemplo cuando está en coma. Generalmente, cualquier persona incapaz de controlar sus movimientos, o que no puede comunicarse con otros.
2. El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulación o movimientos de manipulación.
3. El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular. Esto se puede presentar en un individuo que acaba de recuperar la conciencia después de una intervención quirúrgica, o en un individuo con deterioro del juicio después de un traumatismo craneal.

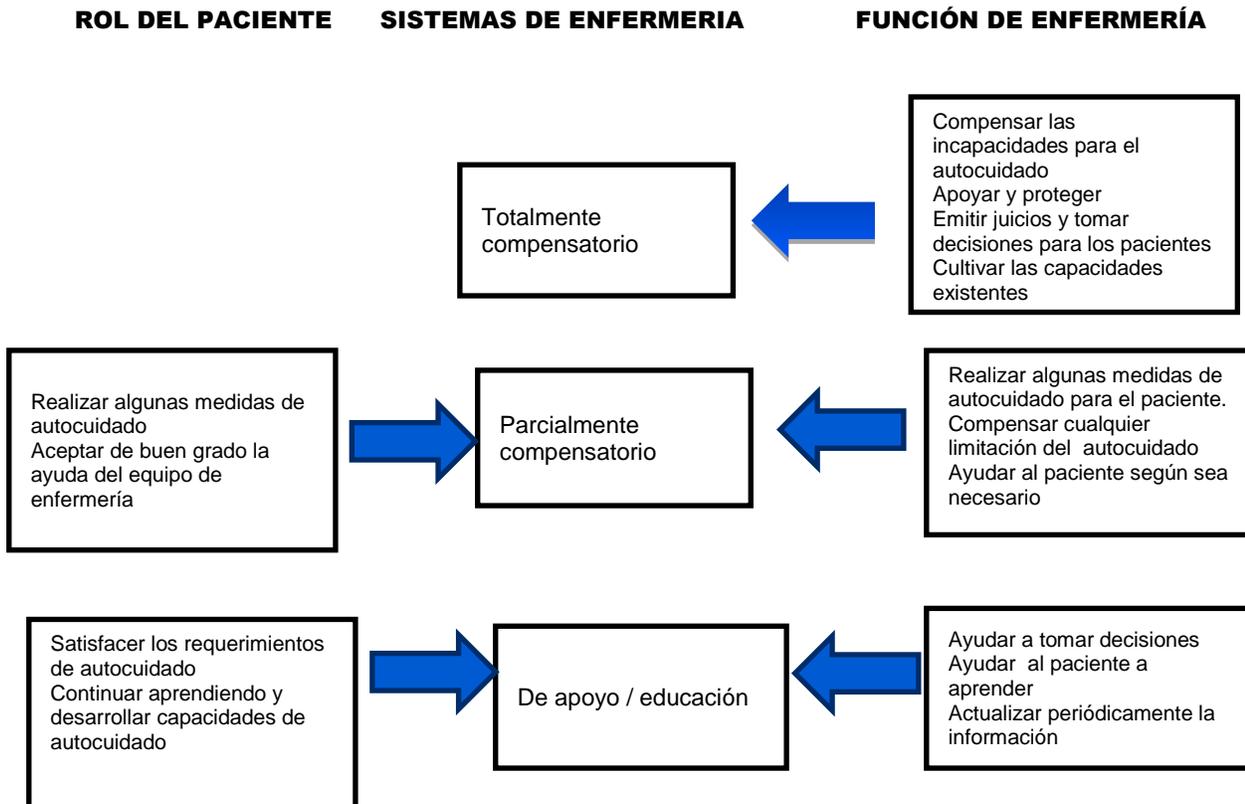
El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería totalmente compensatorio es:

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.

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

Parcialmente compensatorio.

Este tipo de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente 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. (cuadro N° 2).



Cuadro N° 2. Balan, C. y Franco, M.

Este es apropiado en las siguientes situaciones:

1. El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos. El paciente tiene un déficit de conocimiento o habilidades o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado.
2. El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar o aprender a realizar conductas de autocuidado.

El papel de la enfermera en los sistemas de enfermería parcialmente compensatorio.

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

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

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

De apoyo /educación.

Este sistema 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, a veces esto puede significar simplemente alentarlo. Generalmente el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias.

Estos sistemas de enfermería no deberían considerarse solo como otra forma de clasificar a los pacientes, que una vez asignados no se cambian nunca. Los sistemas de enfermería necesitan ser dinámicos, como se ilustra en la planificación de cuidados. Un paciente puede requerir inicialmente un sistema de enfermería totalmente compensatorio para satisfacer requisitos de autocuidado universal; a medida que cambia su estado también lo hará el sistema de enfermería necesario. Los sistemas de enfermería también pueden alternar; un sistema de enfermería parcialmente compensatorio y un sistema de enfermería de apoyo/enseñanza son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades.

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 mejor los objetivos de cuidado del paciente. Los métodos generales que pueden usarse, descritos previamente, incluyen realizar tareas por el paciente, guiar y dirigir a otros, ofrecer apoyo físico y psicológico, proporcionar, un entorno adecuado para que el paciente continúe desarrollándose y educar al paciente.¹⁹

¹⁹Balan, C. y Franco, M. Op. Cit. pp. 256 -260

5.4 MÉTODO ENFERMERO

El nacimiento del Proceso de Enfermería es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas teóricas realizaron a partir de la década de 1950, coincidiendo así como el momento histórico en el que esta disciplina inicia las indagaciones pertinentes para resolver cuestiones tales como la identificación del objeto de estudio, la naturaleza e importancia de los cuidados enfermeros y el medio por el que se pragmática las acciones de los profesionales de la Enfermería y las respuestas de algunas de las personas sobre el modo en el que se realiza la intervención clínica enfermera son consideradas filosofías de Enfermería argumentando que la filosofía expone las creencias y valores de una disciplina, al tiempo que identifica los fenómenos de interés de la misma.

Lydia Hall en una conferencia en Nueva Jersey, afirmó: la asistencia sanitaria es un proceso, que tiene como preposiciones fundamentales al paciente, para el paciente y con el paciente. El hecho de contemplar a la persona en su estado de enfermedad, considerar que éste es el momento en que se identifica una situación enfermería y que los cuidados de Enfermería se centran en el cuerpo del paciente, la intervención de los profesionales se circunscriben al ámbito de la recuperación de la patología en la que pueden iniciarse las enseñanzas en beneficio de la salud de las personas.

Al desarrollarse las obras de Jean Orlando, Dorothy E. Johnson y Ernestine Wiedenbach, la primera de ellas fue quién propuso la Teoría del Proceso Deliberativo, considerada como la formulación embrionaria del Proceso de Enfermería. Orlando lo identifica como un conjunto de acciones de los enfermeros dirigidas hacia el comportamiento del paciente. Johnson, afirmó que la contribución de la Enfermería consiste en facilitar el funcionamiento eficaz de la conducta del paciente antes, durante y después de la enfermedad. Wiedenbach, desarrollo los conceptos que hoy día subyacen en el Proceso Atención de Enfermería como el propósito de las acciones enfermeras, las creencias que motivan y orientan sus intervenciones, el tipo de conocimientos que precisa para la emisión de un juicio o las aptitudes que debe desarrollar para lograr los resultados esperados. Las tres desarrollan un proceso trifásico que contenía los elementos esenciales del actual Proceso Enfermero. En esto todavía hay una ausencia de la definición del objeto de estudio que les llevó a identificar el ámbito de las acciones enfermeras en el contexto de la enfermedad, y lo diferenciaron de la Medicina a través de la metodología que se emplea en el ejercicio clínico.

En 1966, Louis Knowles describe las actividades de los enfermeros, explica que estas actividades consisten en descubrir información, investigar las fuentes para la obtención de datos, decidir el proceso a seguir, actuar o poner en marcha el plan concebido y discriminar o priorizar las necesidades del paciente, esto es las intervenciones de enfermería. Las cinco fases no son parecidas al actual Proceso de Enfermería pero resultaron cruciales en su configuración, pero un año después un grupo de profesores de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de

Colorado identificó cuatro de las actuales fases del Proceso: valoración, planificación, ejecución y evaluación.²⁰

PROCESO ENFERMERO

El proceso enfermero que consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y plantearse cómo pueden mejorarlo. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud.

EL PROCESO ES:

Sistemático: Como el método de solución de problemas, consta de cinco pasos, en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo.

Dinámico. A medida que adquiera más experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia delante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final. Por ejemplo, las enfermeras principalmente con frecuencia necesitan valorar metódicamente a un usuario antes de llegar a formular un diagnóstico, mientras que las enfermeras expertas con frecuencia sospechan de inmediato la presencia de un determinado diagnóstico y luego valoran más estrechamente a la persona para determinar si es correcto o no.

Humanístico. Se basa en la creencia de que a medida que planificamos y brindamos los cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario (persona, familia o comunidad). Como enfermeras, debemos considerar la mente, el cuerpo y el espíritu. Nos esforzaremos por comprender los problemas de bienestar de la persona y en su capacidad para las actividades de la vida diaria

Centrado en los objetivos (resultados). Los pasos del proceso enfermera están diseñados para centrar la atención en si la persona que demanda los cuidados de salud obtienen los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar.²¹

²⁰ Balan, C. y Franco, M. Op. Cit. pp. 148-150.

²¹ Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. [en línea] 5ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2003. [acceso 22 de septiembre de 2011]. Disponible en: [http://books.google.com.mx/books/about/Aplicación del proceso enfermero.html](http://books.google.com.mx/books/about/Aplicación%20del%20proceso%20enfermero.html)

El objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica; por otra parte, permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

Las principales funciones son:

- Proporcionar un entorno dentro del cual se pueden satisfacer las necesidades individualizadas de la persona.
 - Ayudar a las enfermeras a asignar cuidados de forma sistemática y organizada.
 - Guiar a las enfermeras en la labor de realizar deliberadamente las etapas para identificar problemas únicos de la persona, objetivos realistas e intervenciones individualizadas.
 - Estimula la identificación y utilización de las capacidades de la persona.
 - La anotación del plan de cuidados realza la comunicación y la continuidad de los cuidados, de este modo disminuye las dimensiones, duración del cuidado, o ambas.
- El método enfermero consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

Es la primera etapa del método enfermero e incluye la obtención, confirmación, clasificación y organización de los datos de manera sistemática, además de la debida documentación.

El profesional de enfermería reúne los datos del paciente de diferentes fuentes sin perder de vista que la persona debe ser considerada como fuente principal o primaria, mientras que la familia y otras personas significativas, los reportes médicos, registros varios, etc., son fuentes secundarias.

Existen dos tipos de valoración, la básica que se desarrolla durante la entrevista, y la focalizada que se realiza para explorar un aspecto de particular interés.

La valoración requiere de diversos métodos para la recolección de los datos: uno de ellos es la entrevista, que se define como una comunicación planificado o una conversación con finalidad: y otro la exploración física, entendida como el reconocimiento de los procesos biológicos indispensables para la conservación de la vida, ambos momentos están permanentemente vinculados.

La valoración requiere de un instrumento que permita de manera organizada explorar conceptos o relaciones conceptuales de la persona, con el fin de elaborar posteriormente las inferencias, hipótesis o diagnósticos de enfermería.²²

Generalmente la recogida de los datos se inicia en el primer contacto del paciente, con el sistema de salud. Puede ser en su domicilio, en la clínica, o al ingreso en el hospital.

²² Andrade, G. Chávez, M.R. Manual del Proceso del Cuidado Enfermero. [en línea]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2004 [acceso el 22 de agosto de 2011]. Disponible en: [http://books.google.com.mx/books/about/Manual del proceso de cuidado en Enferme.html](http://books.google.com.mx/books/about/Manual%20del%20proceso%20de%20cuidado%20en%20Enferme.html).

ACTIVIDADES.

- Recolección de datos
- Validación de datos
- Organización de datos.
- Comunicación/anotación de datos.

Las fuentes de obtención de los datos son las siguientes:

- Paciente y su familia
Medios - Observación
-Entrevista
-Interacciones
-Valoración física
- Registros Médicos en el expediente.
- Registros de Enfermería
- Bibliografía referente al problema²³

Se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona y se determinan las prioridades del plan de cuidados. En la primera parte del Proceso las creencias, los conocimientos y las capacidades del profesional son los principales factores influyentes en el modo en el que se desarrolla la intervención clínica. Las creencias engloban las consideraciones de cada profesional sobre la disciplina, la salud, la persona y sus interrelaciones los conocimientos incluyen el nivel de instrucción en ciencias biológicas y psicológicas como elementos indispensables para la valoración de la persona a la que atiende. Y por último, las capacidades son de naturaleza técnica interpersonal y entre ellas se incluyen la creatividad, el sentido común y la flexibilidad. (Cuadro N°3)

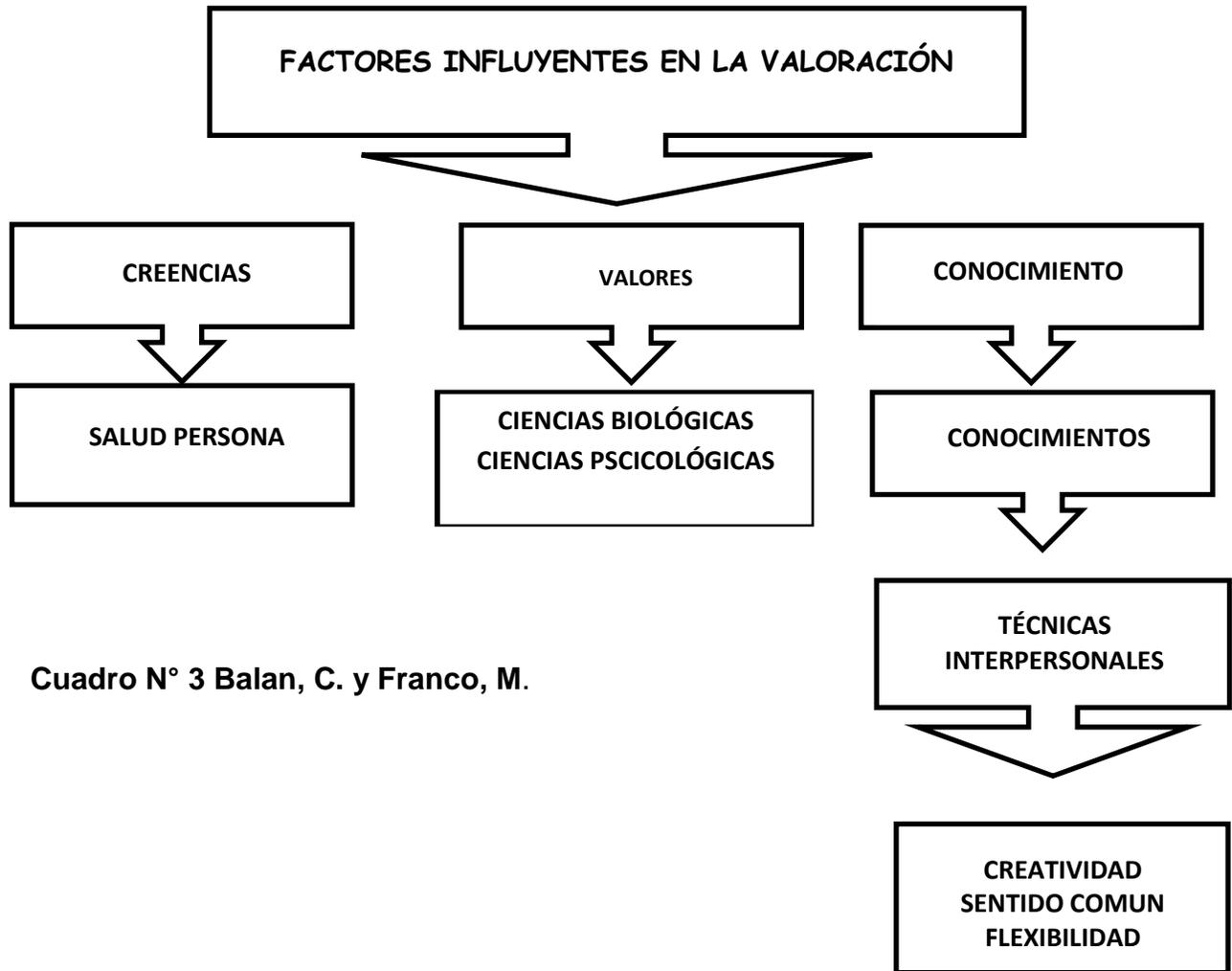
La entrevista clínica permite al enfermero adquirir la información precisa, establecer la relación enfermero-paciente, determinar las áreas que precisan de una valoración específica y aquellas en las que el cliente puede identificar problemas y establecer objetivos.

La exploración física permite:

- Definir aún más la respuesta del cliente ante el proceso patológico, sobre todo aquellas respuestas susceptibles de ser tratadas con acciones de enfermería.
- Establecer una base de datos para comprobar a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería o médicas.
- Justificar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista u otra relación enfermera-cliente.

²³ García M. J. El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza. [en línea]. México: Progreso, S.A. de C.V. 2004 [acceso 22 septiembre de 2011]. Disponible en: http://books.google.com.mx/books/about/El_Proceso_de_la_enfermería_y_el_modelo.html. p.24

La flexibilidad de esta fase resulta tal que es posible efectuar una exploración física sin que esté determinado la metodología específica a según Alfaro-LeFevre es incluso “recomendable” usarla de forma que se vuelva automática.²⁴



Cuadro N° 3 Balan, C. y Franco, M.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es la segunda etapa del proceso de enfermería. En su elaboración, tal vez encuentre que al principio parece una tarea difícil, por la terminología que hay que memorizar y tener presente;

²⁴ Balan C, Franco M. Op. Cit. p 150-151

El Diagnóstico de Enfermería se basa en las respuestas del paciente, que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espirituales y sociales. Todas las situaciones que la enfermera puede atender de forma independiente.

El Diagnóstico de Enfermería se apoya en datos objetivos y subjetivos que se pueden constatar, y debe ser validado por el paciente cuando esto sea posible.

DEFINICIONES DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta humana de un individuo o grupo, y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar de forma independiente. (Rosalinda Alfaro, 1993).

Es la expresión del problema de un paciente, a la cual se llega haciendo deducciones sobre los datos recogidos. Este problema puede ser corregido por la propia enfermera. (Mundinger y Jauron, 1975).

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE

Es un problema de salud real o potencial (complicación que se centra en la respuesta físico-patológica del cuerpo humano y que las enfermeras pueden identificar y tratar en colaboración con el médico.

LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SE CLASIFICAN EN: REALES, POTENCIALES Y POSIBLES.

DIAGNÓSTICO REAL

Es el que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.

DIAGNÓSTICO POTENCIAL

Es el que no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puede aparecer en un momento posterior.

DIAGNÓSTICO POSIBLE

Se le da esta categoría cuando los datos recogidos en la valoración, nos indican la posibilidad de que esté presente, pero faltan datos para confirmarlo o descartarlo.

El diagnóstico de Enfermería se elabora en cuatro pasos, todos muy importantes siendo los siguientes:

- Análisis de datos
- Identificación de los problemas de salud y elaboración de diagnósticos de enfermería
- Identificación de los problemas interdependiente
- Identificación de las capacidades

Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES (problema, etiología, signos y síntomas) para su descripción.

- El Problema (P)
- La causa o etiología (E)
- Los signos y síntomas (características definitorias que son evidentes en el paciente (S)

Este formato PES es valioso porque identifica el problema y su etiología, además añade el concepto de validación por la inclusión de los signos y síntomas.²⁵

El Diagnóstico de Enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos objetivos y subjetivos que indican su presencia. En la primera parte se identifican las respuestas humanas recopiladas durante la valoración y sugiere los resultados a alcanzar, mientras que el factor relacionado, que contribuye a la manifestación de la respuesta, indica las intervenciones enfermeras adecuadas.

Gordon fue quien definió los componentes del Diagnóstico de Enfermería como síndrome PES, SIENDO ACRÓNIMO del problema, la etiología y las señales o síntomas. El diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a situaciones de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, una familia o una comunidad vulnerables, por lo que tan sólo está constituido por las dos primeras partes del diagnóstico real, esto es el problema y el factor de riesgo causal. Las características definitorias que conforman la tercera parte no son identificables al estar ausentes en el momento en el que se formula el diagnóstico. (Cuadro N° 4)

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	
❖	DIAGNÓSTICO REAL: Etiqueta diagnóstica + Factor relacionado+ Manifestado (PES)
❖	DIAGNÓSTICO DE RIESGO: Etiqueta diagnóstica + Factor Relacionado
❖	DIAGNÓSTICO DE SALUD: Potencial de aumento de... / Potencial de mejora de ...

Cuadro N° 4 Balan, C. y Franco, M.

PLANIFICACIÓN

Incluyen las estrategias diseñadas bien para reforzar las respuestas saludables de la persona, bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas, a su vez, este estadio consta de cuatro pasos lógicos y consecutivos elaborados para proporcionar

²⁵García M. J Op. Cit. pp. 31- 36

unos cuidados adecuados al estado de salud del paciente. Se deben establecer las prioridades, por lo que es preciso un sistema para determinar que diagnóstico será tratado en primer lugar.

Alfaro L. indica que se prioricen de acuerdo a la necesidad de una atención médica inmediata, orienta las intervenciones enfermera de acuerdo a las necesidades médicas volviendo a poner en evidencia la dependencia conceptual de la disciplina. Una persona puede presentar en un momento determinado de su vida la necesidad de contar con la ayuda de distintos profesionales y éstos deben determinar en qué sentido pueden prestarse ayuda y que tipo de profesional debería prestarle primero la ayuda, mientras que Iyer, Taptich y Bernochi-Losey, al igual que Yura y Wals, sugieren la jerarquía de las necesidades humanas. Prioriza las intervenciones enfermeras ésta basado en la jerarquía de las necesidades humanas de Maslow Y Kalish. Esta teoría describe las necesidades del hombre en cinco niveles, fisiológico, seguridad, social, estima y autorrealización, sugiere que el hombre cubre estas necesidades en sentido progresivo, por lo que las fisiológicas, se sitúan de modo prioritario ante el resto de necesidades. Y al no satisfacer estas necesidades básicas, el cliente no puede desear o ser incapaz de afrontar necesidades de niveles superiores. El segundo componente es el desarrollo de los resultados: objetivos. Su formulación se deriva de una respuesta humana identificada en el diagnóstico enfermero al tener que estar centrados en el cliente, y el propósito es el de constituirse como criterios para la evaluación del grado en la que la respuesta humana ha sido impedida, modificada o corregida y así valorar la calidad de los cuidados de Enfermería. Tras los objetivos se formularán las intervenciones de Enfermería que deben estar basadas en principios científicos, ser coherentes e individualizadas.

Las intervenciones de enfermería se clasifican independientes, interdependientes e independientes y se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente. Intervención dependiente es aquella en la que el profesional de enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería, aquellas que deberían identificar de modo los fenómenos propios de investigación y aplicación práctica intencional, se definen aquellas actividades que pueden realizar las enfermeras sin necesidad de una orden médica. El último paso en la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizados, estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.²⁶

EJECUCIÓN

Es la puesta en práctica de lo planeado en la fase anterior. Las fases de planeación y ejecución tienen una relación muy estrecha y en la práctica se puede encontrar

²⁶Balan C, Franco M. Op. Cit. pp. 152-156

dificultad en marcar la diferencia, la clave está en que durante la planificación se proponen las actividades, y en la ejecución se ponen en práctica; en los registros del plan de cuidados se anotarán las respuestas del paciente a las actividades de enfermería. La planificación dirige la ejecución, que a su vez está determinada por la valoración continua del paciente.²⁷ (Figura N° 1)

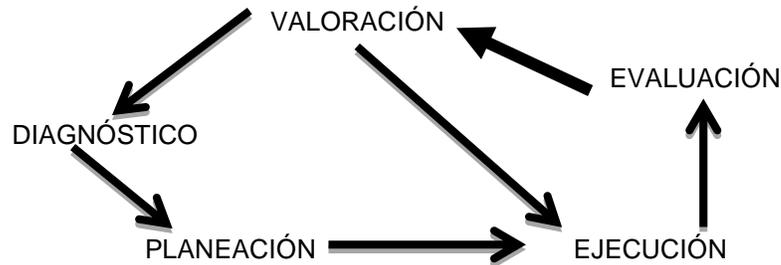


Figura N° 1. García, M.J.

La ejecución se divide a su vez, en tres etapas: la preparación, la intervención propiamente dicha y la documentación o registro tanto de las intervenciones enfermeras como de las respuestas del cliente, y se consideran pasos independiente del modelo organizativo utilizado para satisfacer las necesidades de la persona a la que se cuida. Los modelos actuales para la organización de la atención enfermera varían desde la denominada enfermería funcional, en la que se distinguen las tareas a realizar y las personas que las ejecutarán, la enfermería de equipo, en la que distintos niveles profesionales desarrollan una actividad coordinada en los cuidados enfermeros; la enfermería primaria, en la que el profesional de Enfermería es responsable de dirigir los cuidados de un cliente o un grupo, y el control del caso modelo que organiza los cuidados dentro de un límite de tiempo compatible con el periodo de permanencia designado por el médico del cliente.²⁸

EVALUACIÓN

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Al medir el progreso del paciente hacia el logro de los objetivos, la enfermera valora la efectividad de las actuaciones de enfermería. El que le corresponde siguiendo un orden lógico en el ordenamiento de las etapas. En la práctica, puede decirse que es un proceso que inicia desde la etapa de valoración y retroalimenta a cada una de las otras etapas. La evaluación del logro o no logro de los objetivos es la clave para determinar la efectividad del plan. Esta evaluación o valoración se debe hacer junto con el paciente.²⁹

Cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermería permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. Estas dimensiones permiten garantizar la calidad de los Cuidados de Enfermería prestado. Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los

²⁷ García M. J. Op. Cit. p. 43

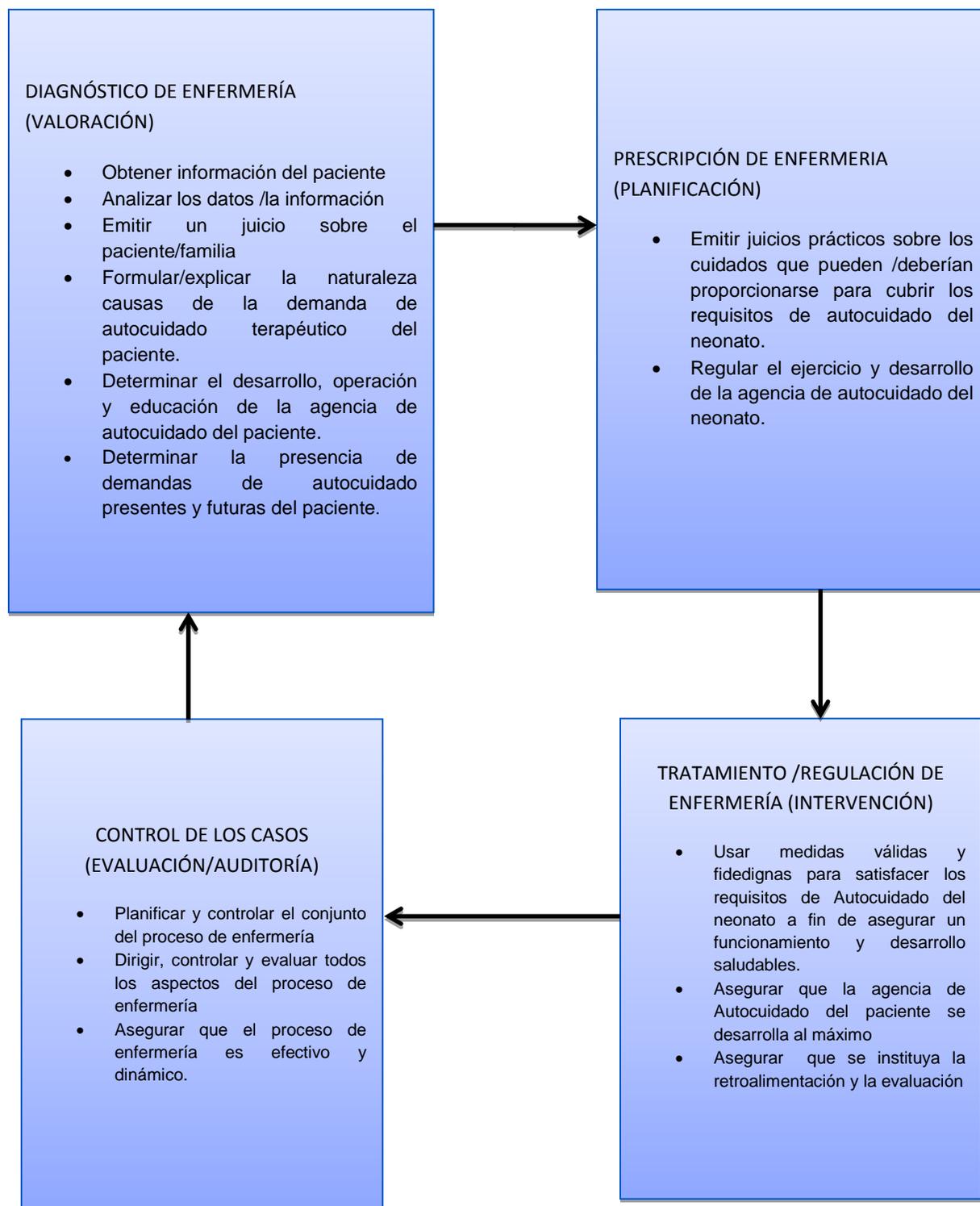
²⁸ Balan C, Franco M. Op. Cit. p. 156

²⁹ García, M. J. Ibídem. p. 44

criterios que procura asegurar esta última etapa. A pesar de situarse en el extremo final del Proceso está presente en todas y cada una de las fases, que es la dirección que tomará cada una depende de la anterior al ser una metodología organizada de un modo consecutivo.³⁰

³⁰Balan, C. Franco, M. Op .Cit. p. 156

5.5. RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM



Cuadro N° 5. Balan, C. y Franco

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

Desde el surgimiento de la Bioética como disciplina independiente, han surgido muchas escuelas o corrientes de pensamiento. En el campo específico de la ética médica sin embargo, por su fácil acceso a quienes no somos filósofos, la escuela de los autores Tomas Beauchamp y James Childress ha sido quizás a más ampliamente difundida.

Su objetivo era encontrar aquellos principios y reglas sobre las cuales organizar todo un sistema ético y finalmente concluyeron que serían cuatro principios y cuatro reglas. Los principios son el de autonomía, el de justicia las reglas, de la privacidad, confidencialidad, veracidad y fidelidad.

El principio de autonomía se basa en el derecho a la autodeterminación, que no se aplica directamente a los recién nacidos, pues requieren consentimiento por poder, donde las decisiones deben incluir generalmente a los padres y terceras personas, entre las cuales se incluye el equipo de salud, los asesores legales y los comités de bioética hospitalarios.

El principio de beneficencia se define con la idea de aliviar a otros; de actuar siempre buscando beneficiarles. Beneficencia proviene del latín Bonum Facere, hacer el bien.

El principio de no maleficencia indica minimizar los daños o los efectos secundarios, para lo cual se ha utilizado la frase latina: non nocere, refiriéndose a no dañar o lesionar al paciente con los procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

El principio de justicia se refiere a la igualdad en derechos y condiciones de todo ser humano. Deben distribuirse a los beneficios diagnósticos y terapéuticos por igual, si bien es cierto que en la práctica, las circunstancias sociales, económicas, geográficas y económicas hacen imposible que todos los recién nacidos reciban el mismo trato. Desde esta perspectiva, a manera de ejemplo, merece igualdad de atención un niño normal y un niño discapacitado.

La regla de privacidad obliga a los médicos y al personal de salud en general a guardar el secreto profesional, a buscar la privacidad en la relación paciente-médico y a garantizar la salvaguarda de los datos dados en confidencia.

La regla de confidencialidad por su parte garantiza el derecho que tiene el paciente para decidir libremente a quién, cuando, cuánto, y de qué manera compartirá aspectos privados con su médico y demás personal de salud, es decir, en quién confía sus aspectos personales.

La regla de veracidad impone al paciente y al médico a hablar siempre con la verdad. Debe señalarse que existe un momento, un lugar, una forma y unas circunstancias ideales para poder compartir información. Se trata, en la relación entre médico y paciente (o en el caso de la Neonatología especialmente de los padres) de poder

confiar en que los datos son veraces, que no hay ocultamiento y mucho menos engaño

La regla de fidelidad se refiere al hecho de que debemos de confiar en que el paciente siga las recomendaciones, así como confiar en que el médico ha hecho un buen diagnóstico y recomendado un buen tratamiento. Pero también se refiere a ese proceso de amistad que va surgiendo en la relación paciente-médico, compromiso que obliga a los médicos a anteponer al paciente a preferencias personales, pero que cuando se exagera puede entorpecer una adecuada toma de decisiones.³¹

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN NEONATOLOGÍA

El nacimiento de un bebé es el acontecimiento más importante en la vida de una familia, pero en ocasiones, este feliz suceso se convierte en un tiempo de angustia, preocupación y dolor.

A pesar de todos los esfuerzos médicos, siguen naciendo bebés prematuros o enfermos que requieren procedimientos especializados y, dado que la investigación realizada en adultos no puede ser simplemente extrapolada al niño y mucho menos al recién nacido, es necesario que se realicen proyectos de investigación donde se incluyen pacientes de este grupo de edad.

En la actualidad, la práctica médica moderna no podría entenderse sin la incorporación de un concepto relativamente nuevo, el del consentimiento informado.

En la antigüedad y hasta épocas muy recientes un médico que daba explicaciones era mal visto, porque se le suponía inseguro.

El médico daba órdenes, indicaciones y el paciente debía obedecerlas. Pero en la actualidad, solicitar la autorización para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, así como para incorporar a un paciente en un proyecto de investigación es una obligación ética y jurídica.

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual un paciente, mayor de edad y competente, recibe la información suficiente y necesaria para comprender lo que significa participar en un procedimiento médico o de investigación y en forma libre lo acepta o lo rechaza.

Sin embargo, en los menores de edad no pueden darse estas condiciones, ya que en primer lugar, para que un consentimiento sea válido ética y jurídicamente, es necesaria la mayoría de edad y además tener la competencia para poder tomar decisiones.

Por tanto, los pacientes pediátricos subrogan esta facultad en primer lugar a sus padres y en caso de no estar ellos, a sus tutores legales.

³¹ Hernández J, Limón R, Gómez M. Bioética. Neonatal. En: Federación Nacional de Neonatología de México. 1ª ed. México: Intersistemas; 2009. Cap.4. Vól.3. p.241-242

La historia del consentimiento informado tal y como lo entendemos hoy, no lleva ni cien años. El caso Tuskegee, en los EUA, donde un grupo de investigadores deseaba conocer la historia natural de la sífilis en la década de 1930, y para ello involucró a 400 pacientes negros a los cuales, una vez conocida la eficacia de la penicilina, no se les brindó para no afectar los resultados del estudio.

Esto ocasionó mortalidad entre los sujetos de estudio, el avance de la enfermedad así como el nacimiento de bebés con sífilis congénita a los cuales tampoco se les brindó el tratamiento.

El proyecto quedó al descubierto hasta la década de 1970 cuando un grupo de periodistas lo publicó. El Presidente William Clinton, poco antes de terminar su segundo periodo como Presidente de los EUA se volvió a reunir con los sobrevivientes de este estudio para pedir disculpas por lo sucedido.

El otro antecedente es la investigación médica nazi antes y durante la segunda guerra mundial en población judía, gitana o simplemente no aria. Después de los juicios de Núremberg y en particular en la Declaración de Helsinki se señala la obligatoriedad de solicitar el consentimiento informado para que una persona pueda participar en un proyecto de investigación. A partir de ahí, organismos internacionales y prácticamente todos los países del mundo han incorporado leyes que regulan la práctica médica y en particular la investigación que involucre a seres humanos.

En este sentido, México, no ha sido la excepción y el artículo 100, párrafo IV, de la Ley General de Salud señala la obligatoriedad del consentimiento informado. El artículo 98, indica la obligación de contar con un Comité de Ética en las instituciones donde se haga investigación en seres humanos.

Por su parte el Reglamento del Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, trata de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos los artículos 20 a 27 especifican qué se entiende por consentimiento informado y cómo se cumple con este requisito.

Los artículos 34 y 39 señalan lo referente a la investigación en menores de edad, donde es importante subrayar que el consentimiento debe darse por el padre y la madre a menos que exista imposibilidad “fehaciente” para que lo otorgue alguno de ellos.

También resalta la autorización de investigaciones no terapéuticas siempre y cuando los beneficios sean superiores a los riesgos y los resultados del estudio ofrezcan grandes beneficios a ese grupo de edad.

La Ley también faculta la investigación a mujeres embarazadas o incluso al feto, bajo las mismas condiciones de beneficio superior al riesgo, además de cumplir con todos los requisitos previos.

En el caso de la investigación en recién nacidos, un aspecto interesante es que la Ley señala específicamente la necesidad de solicitar el consentimiento informado

hasta que el producto haya nacido vivo. Este hecho es importante porque en la actualidad se discute si en realidad es posible obtener el consentimiento antes del nacimiento del bebé, sobre todo porque en ocasiones existe urgencia por tomar decisiones una vez que ha nacido, además de la problemática propia para realizar un consentimiento válido ética y jurídicamente en esas condiciones, como se señalará más adelante.

FORMAS DE CONSENTIMIENTO

En la relación paciente médico es necesario en primer lugar el acuerdo de participación de ambas partes. De parte del médico, el hecho de que esté ofreciendo sus servicios, en particular en una institución hospitalaria deja implícito su ofrecimiento de participación.

Esto no siempre se da por parte del paciente, por lo que es necesario solicitar su autorización, sea para realizar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, o bien para participar en un proyecto de investigación. De parte del paciente, por tanto existen tres diferentes formas de consentimiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se entiende por éste, un documento donde el paciente expresa por escrito (a través de su firma) la autorización, cuando previamente ha recibido la información suficiente y necesaria para poder comprender las implicaciones del procedimiento que se le propone. Debe ser firmado también por el médico tratante y por dos testigos, generalmente uno de cada una de las partes. En Pediatría y en particular con la atención de recién nacidos, todo este procedimiento debe hacerse con los padres o los tutores legales del bebé. Las siguientes son recomendaciones mínimas que debe incluir una carta de consentimiento informado:

- No se debe hacer en formas prescritas, cada carta debe ser individual, en todo caso puede ser papel membretado, con información general inicial y espacio en blanco suficiente para poder especificar las condiciones particulares del estudio o procedimiento, pero esto no es lo más recomendable.
- Es conveniente darle una copia al paciente.
- Siempre debe solicitarse antes de cualquier procedimiento.
- Siempre firmado y fechado.
- En el caso de cartas de consentimiento para proyectos de investigación, debe estar firmado por quien conduce el procedimiento de solicitud de consentimiento y por el investigador responsable.
- Disponible para cualquier auditoria.

CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO

Cuando un paciente llega a la puerta del consultorio y solicita consulta, no es necesario hacerle firmar ningún documento. Su simple presencia, voluntaria, significa que está de acuerdo en iniciar con la atención del médico. Cuando los papás llevan al médico a su hijo pasa algo semejante. Sin embargo, este consentimiento implícito para iniciar la relación paciente-médico pueda realizar

cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico sobre el paciente, o incluir sus datos o al propio paciente en un proyecto de investigación. En todo caso, a partir de este inicio del manejo, será necesario solicitar el consentimiento informado para los procedimientos que así lo requieran.

CONSENTIMIENTO PRESUNTO

En cualquier caso de emergencia, no es posible ni razonable esperar la autorización del paciente o de sus familiares para iniciar la atención. Es necesario suponer que de tener oportunidad estaría de acuerdo en ser atendido.

Esto sucede también en pacientes inconscientes o en quienes no son competentes por sus condiciones clínicas. La competencia se refiere a que el paciente decide libremente, es decir, utilizando la inteligencia y la voluntad (ver más adelante en Comprensión). La primera le permite darse cuenta de la conveniencia o no de aceptar y la segunda expresa su decisión sin coerciones de ningún tipo.

Los menores de edad, particularmente los pequeños, de hecho no son competentes tanto por falta de inteligencia, como por falta de voluntariedad.

Personas mayores de edad pueden ser incompetentes por falta de inteligencia (retraso mental) o por falta de voluntariedad (inconciencia, intoxicación por drogas) o por ambas (estado de coma).

PARTES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un procedimiento complejo que requiere del esfuerzo de quien lo solicita y de quien lo autoriza o rechaza y es necesario conocer cómo está conformado para poder llevarlo a cabo de la mejor manera posible. Las partes del consentimiento informado son las siguientes:

Información:

Es importante que el médico sepa cuánta información es necesario para que el paciente o su familia pueda darse una idea clara de la situación, además existe un lugar, una forma, un tiempo, un lenguaje para dar esa información. No es adecuado hacerlo de prisa en un pasillo, a regañadientes y utilizando jerga médica.

En el caso particular de la investigación son necesarios ciertos mínimos de información que debe incluir la carta de consentimiento informado:

- Propósito, procedimientos y duración del estudio.
- Posibilidades de éxito o beneficios y riesgos o fracaso.
- Derechos de los sujetos de estudio (confidencialidad).
- Compromisos de los sujetos de estudio.
- Remuneración, compensaciones, seguros, etc.
- Alternativas de tratamiento.
- Libertad de abandono sin penalización alguna.

Comprensión

Una persona comprende la información que se le da si tiene por un lado de inteligencia suficiente para recibir dicha información y si tiene la capacidad de raciocinio para procesarla.

En el caso del desarrollo intelectual de los niños, dado que esta capacidad de comprensión no es binomial, es decir, blanco y negro, sí o no, sino más bien un proceso continuo, existen niños en edad escolar y adolescentes que obviamente ya tienen capacidad de comprensión.

Sin embargo, en recién nacidos esto no es posible, por lo que siempre debemos de depender de la capacidad de comprensión de los padres, lo cual en ocasiones resulta a un más difícil por las condiciones de estrés y angustia que genera el nacimiento de un hijo (a) enfermo(a).

Libertad de elección

El consentimiento informado es de hecho la forma de hacer objetivo el principio de autonomía. Estese refiere al derecho que tiene una persona adulta y competente a decidir lo que más le conviene y en el caso de los menores a través de los responsables legales. En ocasiones es muy difícil saber hasta donde la autorización se llevó a cabo sin coerción, ya que acciones tan simples como estar parado frente al paciente, o una forma de hablar autoritaria, pueden ser formas sutiles de coerción.

El médico, por el simple hecho de serlo es un símbolo de autoridad y está en una situación de ventaja sobre un paciente necesitado de atención médica.

Otro aspecto importante es el de los pacientes sumisos, es fundamental evitar que el paciente pretenda dejar las decisiones totalmente en manos del médico por muchas razones, sobre todo porque en la relación paciente-médico se trata de un compromiso de ambas partes, de una responsabilidad compartida donde cada uno de los involucrados tiene un papel que desempeñar. Por ello es importante que el paciente o en nuestro caso los padres se hagan responsables de la parte que les toca en la atención de su recién nacido enfermo.³²

Solicitar el consentimiento informado en forma anticipada

Esto permitiría tener tiempo para explicar los objetivos y alcances del procedimiento o del proyecto de investigación. Sin embargo, ante embarazos de alto riesgo es posible que ni siquiera podamos asegurar que el bebé nacerá vivo. Los padres pueden aumentar su angustia si se les da información sobre un proyecto de investigación antes de que supieran realmente las posibles complicaciones que tendrá su hijo (a).

Podrían incluso hacerse una falsa idea del tratamiento, del pronóstico, de la angustia de no caer en el grupo de estudio en caso de proyectos aleatorizados, etc. En

³² Hernández J, Limón R, Gómez M. Bioética. Neonatal. En: Federación Nacional de Neonatología de México. 1a ed. México: Intersistemas; 2009. Cap.4. Vól.3. pp. 254-257

México, además, como se señaló anteriormente la ley exige que el consentimiento se realice después del nacimiento con pocas excepciones.

Solicitar el consentimiento aún con las limitaciones

Esto es lo que se hace finalmente, sin embargo, es necesario apelar a la honestidad del médico o investigador para tratar de garantizar que el consentimiento se haya solicitado de la mejor manera posible y estar abierto siempre a la posibilidad de continuar explicando lo que no haya quedado claro inicialmente.

PRESUMIR EL CONSENTIMIENTO

En épocas recientes se ha propuesto apelar al consentimiento presunto en caso de proyectos de investigación con neonatos gravemente enfermos dados los problemas a los que se enfrenta el investigador para poder solicitar un consentimiento ética y jurídicamente válido.

Quienes están de acuerdo con esta postura argumentan que en medicina de urgencia en adultos se realizan proyectos de investigación utilizando el criterio del consentimiento presunto y que además de no realizarse, el paciente podría privarse de la oportunidad de recibir un tratamiento potencialmente benéfico.

Quizás para poder aceptar en algún momento este criterio sería necesario que el paciente tenga un padecimiento tan grave que pueda morir en poco tiempo de no recibir el tratamiento en estudio, es indispensable la determinación de la seguridad y eficacia del tratamiento novedoso, existe suficiente evidencia de investigación en animales y expectativas razonables de que sea exitoso, además de que los riesgos son razonables o mínimos.

Obviamente el proyecto debiera estar previamente aprobado por un comité de Bioética Hospitalario (CBH) que garantice todo lo antes señalado. Sin embargo, apelar al consentimiento presunto pudiera significar muchas veces tratar de evitar el esfuerzo por solicitar el documento con todos sus requisitos.

PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Además de los padres, la seguridad y la vida de un recién nacido grave, y sobre todo de aquel que vaya a participar en un proyecto de investigación, debe ser vigilada por todos los involucrados en su atención:

- El investigador
- El o los patrocinadores del proyecto.
- Las instituciones hospitalarias.
- Los CBH
- Agencias reguladores de la Secretaría de salud.
- La comunidad en general a través de organizaciones civiles.

Finalmente, la idea, como se señalaba anteriormente, no es otra sino de una práctica de la neonatología transparente, no sólo científica, sino humanamente de excelencia.³³

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO

La ética como disciplina de la filosofía es la aplicación de la razón a la conducta, exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber de cada momento y circunstancia concreta. Es la reflexión de lo que se debe hacer porque está bien, por tanto es la valoración para tomar una decisión libre y actuar en sentido del bien universal.

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre es obligado por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes.

La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último de todos los hombres, para preservar la vida, la integridad y la libertad del ser humano. Estudia al hombre en la concreción y responsabilidad de sus actos. La conciencia ética debidamente formada es el fundamento del deber ser como ideal de la conducta, que significa el comportamiento ético.

El acto humano se concibe como el ejercicio de las facultades del razonamiento, la libertad y la voluntad, lo que implica la realización de un acto responsable. En él lo más esencial es la internacionalidad, es decir el hombre como dueño de su voluntad y su libertad se conduce con conocimiento y responsabilidad, el actuar así lo hace comportarse como persona. De esta manera los actos humanos que sanciona la ética y moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.

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. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbre y con las disposiciones sociales que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

Al hablar de enfermería se asocia la relación tan íntima que esta profesión tiene con los valores humanísticos, éticos y morales. La enfermera, consciente o inconscientemente los utiliza al proporcionar los cuidados por lo cual no se concibe a la enfermería sin esta interrelación.

La enfermera, a través del cuidado pone en marcha todo aquello que mueve la energía del ser humano, su potencia, su deseo de vivir. El cuidado es una actitud que trasciende las dimensiones de la realidad humana. Tiene un significado de auténtico

³³ Hernández J, Limón R, Gómez M. Bioética. Neonatal. En: Federación Nacional de Neonatología de México. 1a ed. México: Intersistemas; 2009. Cap.4. Vól.3. pp. 257-258

humanismo ya que con lleva la sensibilidad que es incomparablemente mayor que la eficiencia técnica, porque la primera está en relación con el orden de los fines y la última con la de los medios.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesta sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

El bien del hombre consiste en orientar su conducta hacia el perfeccionamiento como persona, el cual requiere de la moral para normar su actuación dentro del grupo, ya que de ella emanan las directrices que le permitirán actuar hacia el bien común, proporcionándole paz, armonía y tranquilidad de conciencia para vivir dentro de la sociedad. Así resulta que la moral no es restricción, limitación o prohibición, sino más bien afirmación, elevación, expansión y planificación.

A la persona humana se le reconoce por su actuación consciente expresada en los múltiples actos de su vida, todos condicionados por los valores que en ética se derivan del principio del respeto igual y recíproco a la dignidad humana. Considerando que la dignidad es el carácter de lo que tiene de valor la persona en sí y por sí; es el valor peculiar que todo hombre tiene como persona en tanto que es racional, perfectible, inviolable, único, autónomo y sensible por lo cual merece todo respeto. Así la dignidad debe entenderse como la suma de derechos y como el valor particular.

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

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

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos

fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.³⁴

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

CAPÍTULO II.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS

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

Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

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

³⁴ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. S.S.A. [acceso 29 de septiembre 2011] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf.

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

Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno.- Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de la voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

CAPÍTULO III.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS

Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo primero.- Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia, y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional o para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo décimo tercero.- Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad de higiene en el trabajo.

Artículo décimo cuarto.- Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo décimo quinto.- Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.

Artículo décimo sexto.- Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

Artículo décimo séptimo.- Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

CAPÍTULO IV.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS

Artículo décimo octavo.- Compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y colegas de su profesión.

Artículo décimo noveno.- Dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individual o conjuntamente evitando la competencia desleal.

Artículo vigésimo.- Ser solidaria con sus colegas en todos aquellos aspectos considerados dentro de las normas éticas.

Artículo vigésimo primero.- Respetar la opinión de sus colegas y cuando haya oposición de ideas consultar fuentes de información fidedignas y actuales o buscar asesoría de expertos.

Artículo vigésimo segundo.- Mantener una relación de respeto y colaboración con colegas, asesores y otros profesionistas; y evitar lesionar el buen nombre y prestigio de éstos.

CAPÍTULO V.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESIÓN

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

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

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

CAPÍTULO VI.

DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN 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.³⁵

DERECHOS HUMANOS DEL RECIÉN NACIDO

"ANPREN" La asociación Nacional de Protección al Recién Nacido cuida de los Derechos del Niño desde su nacimiento, vigilando su integridad física, anímica, jurídica, política y biosocial.

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.

³⁵Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. S.S.A. [acceso 29 de septiembre 2011] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf.

1. A QUE sea asistido en el momento de mi nacimiento sin importar raza, credo o nacionalidad por personal idóneo y en centros hospitalarios calificados.
2. A QUE ante los avatares imponderables se me autorice nacer en cualquier centro hospitalario sin importar si tengo o no constancia de afiliación.
3. A QUE antes de que sea ligado mi cordón umbilical se me permita rescatar la sangre placentaria de mi progenitora colocándome unos segundos al nivel de su pelvis y que su ligadura final sea hecha a 5 cm. de mi pared abdominal una vez establecida mi respiración normal.
4. A QUE a los segundos de haber nacido se me practique pronta y minuciosa valoración para conocer la calificación de salud que hube obtenido, previa e inmediata limpieza de mis vías aéreas y de la comprobación de mi permeabilidad recto-anal y esofágica.
5. A QUE permanezca en el regazo materno para que naturalmente roce el pezón de sus senos e inicie mi amamentación temprana, única, amorosa, calmada y privativa. Que me sean proscritos los sucedáneos lácteos fabricados, e igualmente el uso de los biberones, así como las infusiones de hojas llamadas popularmente té, porque estos disminuirán el insustituible nutriente que me prodiga mi madre y engañarán a mi apetito.
6. A QUE como niño-individuo que soy se respete mi decisión de no mutilar mi prepucio sano a través de la anticientífica circuncisión con el propósito de que permanezca natural, completo e indemne y contando con que después de los tres meses se me practicará la Sinequiotomía para mi higiene genital temprana y todo lo que ello representará para mi futuro. Que siendo niñas nunca se nos practique la clitoridectomía ni la infibulación ni la escisión
7. A QUE se me proporcionen las vacunas antituberculosa y antipoliomielítica, la de la hepatitis B y las nuevas que me sean benéficas (VIH); se me ministre un miligramo de la vitamina K1 para compensar mi inmadurez hepática y mi tendencia a la hemorragia y se me instilen las gotas oculares antisépticas que prevengan la infección de mis ojos
8. A QUE sea registrado en el mismo lugar en donde nazca, me sean colocadas mi pulsera o pechera de identificación anexándose los nombres de mis progenitores, mis huellas palmo-plantares y mis marcas de nacimiento, a fin de dificultar el robo el trueque, la venta, el obsequio, el abandono, la adopción, el tráfico y demás ilícitos.
9. A QUE para alguna investigación científica no riesgosa a la que pudiera ser invitado y pensando en que mi colaboración pudiera ser beneficiosa para el futuro de otros neonatos como yo, dicha investigación se me realizara sólo con la aprobación previa de un comité de bioética altamente calificado.
10. A QUE no se me comprima con la venda o el fajero abdominal a fin de que pueda respirar y digerir normalmente; a que mi ropa abrigadora no me ajuste y me

deje marcas en mi piel y que sea confeccionada con fibras naturales que absorben mejor mi sudoración y son más hipoalergénicas.

11. A QUE se me amamante con candoroso lenguaje de amor, con el horario libre que al principio establezca y después con el cercano a las 3 horas en la mayoría de las veces y permitiéndome mamar del pecho de mi amada madre cuando menos 15 minutos de cada lado sin que se olvide mi eructación. Que mi madre mientras me amamante no ingiera medicinas y productos que dañen mi salud.

12. A QUE duerma sólo en mi cuna y se evite el que concilie el sueño en "bambinetos" pequeños, en los llamados "moisés" o junto con adultos, así como el de no sacarme de mi acogedor aposento innecesariamente, porque todo ello procuraría a mi natural indefensión, cambios, enfriamientos e infecciones de repetición que vulnerarían mi aún inestable salud.

13. A QUE se me mantenga aseado, de preferencia con mi baño diario seguido de vigorosa fricción y se realicen oportunamente mis mudas, especialmente las del pañal, para evitarme las humedades e irritaciones.

14. A QUE no se me inculque el vicio del chupón, para no contraer infecciones y porque al cansar mis músculos de la deglución aminoraría mi apetito; a que se prohíba el uso del supositorio, de las peritas y de las gotas nasales por ser recursos contranatural; a que no se me ministre medicamento alguno sin prescripción facultativa y especialmente los antibióticos a los que me pudiera hacer resistente y los antitérmicos, porque mi centro termorregulador es frágil e inmaduro y al descendérsese la fiebre se abatirían mis defensas naturales.

15. A QUE de algún modo se conmemore los "5 de marzo" como el Día Mundial del Recién Nacido para recordarle a la humanidad que fuimos protegidos desde el momento mismo de nuestro nacimiento.

16. A QUE 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.³⁶

Declaración de los derechos del Recién Nacido.

- 1) La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales de dignidad y derechos
- 2) La dignidad del recién nacido, como persona humana, que es una valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño

³⁶ ANPREN" La asociación Nacional de Protección al Recién Nacido. [acceso 29 septiembre 2011. Disponible en <http://dcs.uqroo.mx/paginas/atlaspediatria/ix020.html>.

- 3) Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estados deberán tomar las medidas adecuadas para proteger a los niños frente a cualquier discriminación.
- 4) Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física sea a corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.
- 5) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como una nacionalidad. El Estado debe de garantizar este derecho igual que a cualquier persona en otras edades de la vida.
- 6) Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, efectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida, la sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe de ser realizado sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.
- 7) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promovida y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.
- 8) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica. Los neonatos tienen derecho de disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una adecuada atención sanitaria tanto prenatal como posnatal.
- 9) La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción dentro del parto legal de cada país. En el caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas útiles tras el nacimiento.
- 10) No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatalmente, siempre que ello sea posible. Se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar de nacimiento.
- 11) Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medias de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.

- 12) El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Sin embargo, en los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legales y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.
- 13) Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles. En los países en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.
- 14) Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en estas situaciones.

El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de su inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones, responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir.³⁷

DECÁLOGO DE LOS DERECHOS DE LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

La prematuridad es la principal causa de ingreso a las unidades de cuidados intensivos neonatales y ejerce una marcada influencia sobre la mortalidad infantil.

Esta condición biológica en aumento a nivel mundial cuyo origen es multifactorial (biológico, ambiental y social).

La información contenida en este decálogo está orientada hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal sobre algunos de los principales derechos que tienen los niños y adolescentes que nacen prematuramente.

- 1) La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
- 2) Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
- 3) El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

37Hernández J, Limón R, Gómez M. Bioética. Neonatal. En: Federación Nacional de Neonatología de México. 1a ed. México: Intersistemas; 2009. Cap.4. Vól.3. pp. 286-287

- 4) Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
- 5) Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna. La leche humana es el mejor alimento para los bebés, incluidos los prematuros. Si un niño nace prematuro, lo mejor es que la madre permanezca junto a él y lo alimente con su leche.
- 6) Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP). Un niño prematuro necesita controles oftalmológicos desde las primeras semanas de vida.
- 7) Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.
- 8) La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
- 9) El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo. Para un bebé prematuro es muy importante sentir las caricias, la voz y el olor de sus padres. Para eso, debe estar junto a ellos el mayor tiempo posible.
- 10) Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.³⁸

EXPEDIENTE CLÍNICO

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico orienta al desarrollo de una cultura de calidad, permitiendo los usos médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

- I. NOM-003SSA2-1993, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- II. NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación familiar.
- III. NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud
- IV. NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.

³⁸UNICEF. Decálogo del Prematuro. Semana del Prematuro 2010. [acceso 6 diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>.

- V. NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- VI. NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
- VII. NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.
- VIII. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del Útero y de la Mama en la Atención Primaria.
- IX. NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
- X. NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
- XI. NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- XII. NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de los servicios de salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

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 las disposiciones sanitarias.

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

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.
- Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

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.

Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la

solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso. 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.

Todas las notas en el expediente clínico 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.

El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la

condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, de etiología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el **expediente**.³⁹

³⁹Normas Oficiales Mexicanas NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. [acceso 6 diciembre de 2001]. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

5.7 DAÑOS A LA SALUD

PREMATURO TARDÍO

En 1948, la Primera Asamblea de Salud Mundial recomendó que los recién nacidos que pesaban 2,500g, o menos al nacimiento y aquellos nacidos antes de las 37 semanas fueron considerados inmaduros. En 1950, la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó esta definición después de reconocer que varios recién nacidos prematuros pesaron más de 2,500g, así como varios recién nacidos a término pesaron menos de 2,500g, al nacimiento. La nueva versión definió a los recién nacidos pretérmino a aquellos que tuvieron menos de 37 semanas de gestación cumplidas, contando desde el primer día del último periodo menstrual.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (CAGO), definen al recién nacido pretérmino (RNPT) como a todo recién nacido menor de 37 semanas de gestación (SDG), contando desde el primer día después de la fecha de la última menstruación.

A pesar de que existe unanimidad en la definición del recién nacido pretérmino, hay controversia para definir los subgrupos de prematurez. La terminología de los subgrupos comúnmente usada es:

- Recién nacido moderadamente prematuro (de 32 a 36 semanas).
- Recién nacido muy prematuro (menor a 32 semanas)
- Prematuro extremo (menor a 28 semanas).

Sin embargo, no existe consenso para definir al prematuro tardío, llamado también recién nacido cercano a término, pretérmino marginal, pretérmino moderado, pretérmino mínimo y pretérmino medio.

En el 2005, el Instituto Nacional de la Salud del Niño y de Desarrollo Humano (NICHD), sugirió un rango de 34. 0/36.6/7 SDG (239 – 259 días) para designar a este grupo de recién nacidos nombrándolo ahora prematuro tardío

Epidemiología

En EUA, hubo un incremento de 2/3 de nacimientos pretérmino. La proporción en EUA de los nacimientos prematuros tardíos, entre 1992 al 2002, fue del 74.1%, de un total de 394,996, de los cuales 342,234 fueron de entre 34, 35 y 36 SDG. En 2002, los nacimientos prematuros tardíos comprendieron 71% de todos los nacimientos pretérmino (< 37 semanas) y 8.5% de todos los nacimientos en EUA. La explicación más probable para el aumento de nacimientos de prematuros tardíos desde 1992 a 2002 es el aumento de las intervenciones médicas en embarazos de 34 semanas de gestación. Un estudio reciente de Wangy cols¹ examinó la morbilidad y costo acumulado durante la hospitalización entre los prematuros tardíos y nacidos a término. Los autores encontraron que los niños prematuros tardíos aumentan y su

impacto sobre los costos hospitalarios también se incrementa. Los esfuerzos para prevenir sus complicaciones postparto son difíciles por la limitada investigación sobre nacimientos de estos prematuros tardíos. No hay estudios que hayan examinado factores de riesgo entre prematuros tardíos “sanos”, para reingreso hospitalario o duración de observación durante su estadía en el hospital, durante el periodo neonatal y los que están; la mayoría son retrospectivos.

ETIOLOGÍA

CONDICIONES MATERNAS ASOCIADAS

Existen factores obstétricos que contribuyen al nacimiento pretérmino entre los cuales se mencionan:

- Incremento en la proporción de embarazos de madres de más de 35 años de edad
- Embarazos múltiples
- Indicaciones médicas por patología materna (placenta previa, sangrados, infección, hipotensión, preeclampsia, trabajo de parto, prematuro idiopático, ruptura prematura de membranas, retraso en el crecimiento intrauterino).

CARÁCTERÍSTICAS DEL PREMATURO TARDÍO

Comparado con el recién nacido de término (RNT), el prematuro tardío presenta mayor índice de morbilidad, esto a causa de las características específicas limítrofes que presentan en los diferentes órganos.

INESTABILIDAD TÉRMICA E HIPOGLUCEMIA

Los prematuros tardíos se encuentran en mayor riesgo de hipotermia temprana como resultado de su inmadurez y falla en su transición adecuada durante las primeras 12 horas de vida. La hipotermia e hipoglucemia pueden empeorar potencialmente la dificultad respiratoria preexistente. El considerar al paciente prematuro tardío como un recién nacido a término lo predispone a desarrollar hipotermia, por lo que se sugiere que a estos paciente se les debe evaluar durante las siguientes 24 a 72 h de vida, registrando la temperatura cada dos a cuatro horas, teniendo cuidado durante los cambios de ropa y considerando el retraso del baño; en caso de no ser necesario, no bañar al recién nacido.

SISTEMA CARDIORESPIRATORIO

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

Los prematuros tardíos se encuentran dos veces más en riesgo de presentar apnea y síndrome de muerte súbita 1.4 casos por 1,000 de las 33 a 36 semanas de gestación comparados con .7 de 1,000 en mayores de 37 semanas de gestación, aun cuando los mecanismos no son bien conocidos.

APARATO GASTROINTESTINAL

Al aparato gastrointestinal en el prematuro tardío, continúa todavía su desarrollo extrauterinamente, pero se adaptan rápidamente a la alimentación enteral, incluyendo los aspectos de digestión y absorción de lactosa, proteínas y lípidos. Sin embargo, la succión-deglución, así como las funciones peristálticas y el control de los esfínteres en esófago, estómago e intestinos parecen ser menos maduras en estos pacientes, comparados con los recién nacidos a término, lo cual puede conllevar a la dificultad en la coordinación de la succión y deglución, un retardo en la lactancia materna exitosa, pobre ganancia ponderal y deshidratación durante las primeras semanas postnatales tempranas. Los cambios en la flora gastrointestinal del intestino relativamente inmadura del prematuro tardío y su impacto potencial en el crecimiento y salud (alergia, diabetes).

SISTEMA NERVIOSO

Los prematuros tardíos tienen cerebros más inmaduros, comparados con los recién nacidos a término, se estima que a las 35 semanas de gestación, la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso del cerebro es de tan sólo el 60% que el de los recién nacidos a término. A lo largo de las 4 semanas finales de gestación se observa un crecimiento dramático en los giros, surcos, sinapsis, dendritas, axones, oligodendrocitos, astrocitos y microglia.

HIPERBILIRRUBINEMIA

Los prematuros tardíos tienen una mayor incidencia en la ictericia fisiológica prolongada, debido a que en los tardíos la vida media de los eritrocitos es menor que en los neonatos a término de 70 y 90 días, respectivamente, aunado a su inmadurez hepática.

RESPUESTA FARMACOLÓGICA

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

SISTEMA INMUNOLÓGICO

Comparados con los recién nacidos a término y los prematuros extremos, los prematuros tardíos se encuentran en un nivel intermedio con respecto a su madurez inmunológica.

Existen otros factores de riesgo identificados en estos recién nacidos prematuros tardíos como: ser el primer hijo, inicio de la alimentación al seno materno posterior al egreso, ser hijo de madre con patología asociada (preeclampsia, diabetes, hipertensión, cardiopatía (etc.) nacer en una hospital público.

Con todo lo mencionado, podemos concluir que el prematuro tardío es fisiológica y metabólicamente inmaduro y por consecuencia presenta un riesgo más alto que el recién nacido a término para desarrollar complicaciones médicas que resultan en un aumento de la morbimortalidad al nacimiento y durante su estancia hospitalaria. Así mismo, el prematuro tardío tiene un alto índice de reingreso hospitalario durante el periodo neonatal comparado con el de término.⁴⁰

TRATAMIENTO

Iniciar O₂ caliente y humidificado para mantener PaO₂ 50 – 80 Torr y SaO₂ 85-95%.

- CPAP NASAL si requiere FiO₂ mayor de 40%, Ventilación con presión positiva intermitente y surfactante si los requerimientos de O₂ > 40% a pesar del CPAPn

LÍQUIDOS Y ELECTRÓLITOS

- Las pérdidas insensibles aumentan a menor edad gestacional (relación inversa). Esto se debe a mayor superficie corporal y a un aumento de la permeabilidad de la piel.
- Las cunas radiantes pueden aumentar las pérdidas insensibles hasta en un 100%.
- Fototerapia puede aumentar las pérdidas insensibles en más de un 100% en un prematuro extremo.
- La baja humedad ambiental puede aumentar las pérdidas insensibles en más de 30%.
- Primera semana de vida, pérdida de un 15 a 20% de peso (2-3% diario)
- Peso diario para monitorizar hidratación.

⁴⁰Romero S, Arroyo L.M., Reyna E.R. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum [en línea] 2010 Abril-Junio [acceso 22 de octubre de 2011]; 24(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102f.pdf>. pp.124-130

PÉRDIDAS INSENSIBLES

PESO DE NACIMIENTO GRS	PÉRDIDAS INSENSIBLES PROMEDIO (ml/k/día.	PÉRDIDAS INSENSIBLES PROMEDIO (ml/K/hora).
750-1000	64	2,6
1001-1250	56	2,3
1251-1500	38	1,6
1501-1750	23	0,95
1750-2000	20	0,83
2001-3250	20	0,83

Guidelines for acute care of the neonate 2007/2008 Baylor College of Medicine, Sección of Neonatology.

PESO (grs.)	DIA 1 - 2	DIA 3	➤ DIA 5
750-1000	105	140	150
1001-1250	100	130	140
1251-1500	90	120	130
1501-1750	80	110	130
1750-2000	80	110	130
TERMINO	70	80	100

- Pesar cada 24 horas
- Medir electrolitos cada 12 a 24 horas.
- Excreta urinaria Oliguria <1ml/kg/h
Normal 2-4ml/kg/h
Poliuria >5 ml/kg/h⁴¹

NUTRICIÓN

Alimentación enteral

Los requerimientos de energía del prematuro, están basados para mantener un crecimiento semejante al crecimiento en útero.

1. Para mantener peso: 60 kcal/kg en condiciones basales.
2. Para ganancia de peso: 110 a 165 Kcal/kg. (para incrementar 7 -14 g/día)
3. Para ganar 1 gramo de peso se requieren alrededor de 5-7 Kcal.

⁴¹ Ordoñez R. Manejo Integral del prematuro. [en línea] 2008 [acceso 2 octubre de 2011] Disponible en: <http://www.slideshare.net/rordonez/manejo-integral-del-prematuro>

Carbohidratos

El aporte de hidratos de carbono de una fórmula para recién nacido prétermo sea de 7,0 a 14, 0g/100 kcal, y de lactosa debe aportare de 3.2 a 12g/100kcal.

7-14 g/kg/ o 40 -60% del total de calorías.

Proteínas

La función de las proteínas no es energética sino trófica, es decir contribuye a la estructura de los tejidos.

3.4 a 4 g/kg/d ó 7-15% del total de calorías

Grasas

Las grasas aportan no solo elementos energéticos, sino también plásticos, como constituyentes de membranas celulares, cerebro, retina y funcionan como precursores de prostanoïdes. Las grasas se fijan en 40 a 50% de la energía total.

4.4-6 g/100Kcal

Vitaminas

La vitamina A se transporte en el plasma a unida a proteínas, una parte e emulsionada por las sales biliares y absorbidas directamente, la otra es hidrolizada por la lipasa. Requerimientos diarios 600-1500 UI a partir de 7º. Día o al llegar a 150 ml/kg/d de leche por vía enteral.

Vitamina D

La deficiencia de vitamina D en el prétermo, ocasiona una pobre absorción de calcio e inadecuada mineralización ósea, a nivel intestinal promueve el transporte de calcio y la absorción de fosfato, a nivel del túbulo renal aumenta la reabsorción de fosfato. Requerimientos diarios: prematuros, 800UI; neonatos de término 40 UI (no se recomienda dar dosis más elevadas).

Vitamina K

Los neonatos de pretérmino, así como los de término, deben ser tratados al nacimiento con vitamina k, 0.5 a 1.0 mg IM para evitar la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Vitamina C

La deficiencia produce tirosinemia neonatal transitoria. Requerimientos por día 25-30 mg/día VO, en prematuros hasta 50 mg/día.

CALCIO

Al nacimiento hay un dramático cambio fisiológico en lo que respecta al metabolismo óseo, resultado del nacimiento prematuro, disminución en el aporte de calcio, así como en la función paratiroidea y alteración en el ambiente hormonal, originando osteopenia del prematuro. Se ha considerado que para una apropiada mineralización, se necesita una retención de calcio del 60 a 90 mg/kg/día; para disminuir riesgo de fracturas y síntomas clínicos de osteopenia, se requiere una ingesta entre 150 a 200 mg/kg/d y 75 a 100 mg/kg/d de fósforo.

Esquema de alimentación en neonatos menores de 1,000-1,500g.

DÍAS	VOLUMEN ml/kg/d	LECHE LH O LEEP/KCAL
1	12.5	24
2	25	24
3	37.5	24
4	50	24
5	62.5	24
6	75	24
7	100	24

Al llegar a 75 ml/kg/d incrementar 25 ml/kg/d hasta 200 ml/kg/d.

ALIMENTACIÓN TROFICA TEMPRANA

Prematuros < 1500 grs. <32s.

LH o fórmula para prematuros no diluida.

FORTIFICACIÓN DE LA LECHE MATERNA

- < 1500 grs. Deben recibir LM fortificada hasta llegar a 1800grs.
- Iniciar fortificación al llegar a 100ml/kg de LM o una semana de LM
- No hay estudios que confirmen que usar fortificante aumenta ECN

Ganancia de peso 15 -20 grs. (kg/d.)

<15 grs. /kg/d. en una semana considerar:

Aumento de ingesta hasta 170 ml/kg/d

Aumentar fórmula a 27 cal. /onza

Si no hay aumento de peso evaluar morbilidad: Anemia, acidosis, hiponatremia, enfriamiento.

ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL

La alimentación parenteral total (APT) en el recién nacido, es un método desarrollado para suministrar por vía endovenosa los sustratos energéticos y nutricios a un paciente cuya función gastrointestinal está comprometida debido a condiciones clínicas patológicas, malformaciones o inmadurez.

La APT temprana en los recién nacidos prematuros, es una estrategia que implica iniciar dentro de la primera 24 h de vida extrauterina (VEU). El papel de la APT es proveer un apoyo nutricional máximo y rápido, mientras que el esquema de estimulación enteral mínima ejerce efecto trófico para el intestino y estimula la actividad del tracto gastrointestinal.

Iniciar infusión de glucosa para mantener 4.5 – 6 mg/kg/min.

< 1000 grs. Dextrosa 5%

>1000 grs. Dextrosa 10%

Iniciar alimentación parenteral temprana en < 1500 grs.: 30 – 45 cal/Kg proteínas 2g/kg Lípidos 1 g/kg Ca. 40 mg/kg

INDICACIONES

Médicas: síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrosante, septicemia, bajo peso al nacer, asfixia, entre otras.

Quirúrgicas: atresia intestinal, fístula traqueoesofágica, oclusión intestinal, defectos de la pared abdominal.

ACCESO

Periférico: cuando se considere que la alimentación parenteral va a durar menos de una semana. Para evitar riesgos de infiltración y de flebitis, se recomienda no sobrepasar >900mOsm/l y >12% de glucosa.

Central: duración más de una semana. Los catéteres más adecuados son los de silastic o de teflón. Se pueden administrar soluciones con más de 900mOsm, concentraciones de glucosa entre 20 y 30% y proteínas hasta 15%.

Aminoácidos

Se recomienda el empleo de aminoácidos cristalinos, diseñados para el neonato (trophamine). En recién nacidos estables, se recomienda iniciar en el primer día de vida a 3 g/kg/d y mantenerse así en recién nacidos a término e incluso avanzar a 4 g/kg/d en recién nacidos prematuros y en los que su condición no sea tan estable, se puede iniciar con 1 a 1.5 g/kg/d y avanzar 0.5 a 1 g/kg/d aún máximo de 3 g/kg/d en recién nacidos a término y hasta 3.5 g/kg/d en recién nacidos prematuros y de bajo peso.

Lípidos

Su administración previene la deficiencia de ácidos grasos esenciales. Suele iniciarse a 0.5 1 g/kg/d con un aporte máximo de 3 g/kg/d. Se recomienda las emulsiones de lípidos al 20% que facilitan el aclaramiento plasmático de triglicéridos. Como parte de la vigilancia semanal, se debe procurar mantener las concentraciones máximas de triglicéridos en 150 mg/dl y no exceder de 0.15 g/kg/h.

Vitaminas

Formulación de multivitamínicos recomendada por el Grupo de Nutrición de la Asociación Médica Americana.

A	equivalentes de retinol	2,300 UI
D	ergocalciferol	400 UI
E	acetato de tocoferol	7 UI
K	fitonadiona	200 mcg
C	ácido ascórbico	89 mg
B1	tiamina	1.2 mg
B2	riboflavina	1.4 mg
B6	piridoxina	1 mg
	Niacinamida	17 mg
	Dexpantenol	5 mg
	Biotina	20 mcg
	Ácido Fólico	140 mg
	B12 cianocobalamina	1 mcg

Se recomienda: 2ml/kg de peso sin exceder de 5 ml totales de la presentación de multivitamínicos pediátrico. Este aporte es subóptimo en cuanto a vitaminas liposolubles para el recién nacido prematuro y excede el aporte en hidrosolubles para el recién nacido a término.

Elementos traza

Incluyen el zinc, cobre, cromo, manganeso y yodo. La presentación de los elementos traza es en forma de solución que al calcularse a 0.5 ml/kg, aporta la cantidad recomendada de oligoelementos. En casos de colestasis hepática se recomienda suspender su administración y suplementar Zinc en forma individual.

La administración de alimentación parenteral deben emplearse bolsas y equipo ámbar que protejan de la luz y fototerapias a la emulsión, y así prevenir la formación de hidoperóxidos de triglicéridos que generan daño oxidativo en el prematuro⁴²

CRÍTERIOS DE EGRESO

- Verificar que la edad gestacional se haya determinado adecuadamente.
- El egreso debe ser individualizado.
- El recién nacido deberá tener un peso mayor o igual a 1,800 g.
- El recién nacido debe regular su temperatura. La temperatura axilar debe mantenerse entre 36.5 y 37.4°C medidos en cuna abierta con ropa adecuada.
- Debe comprobarse que tenga una adecuada coordinación de succión y deglución mientras está respirando. Al menos 24 horas de éxito en la alimentación con seno materno y /o biberón, con adecuada tolerancia.
- Se debe evaluar de manera formal la alimentación al seno materno, incluyendo la observación de la posición, la fuerza de succión, de la forma del pezón, y la cantidad de la producción de leche . Se debe tener un registro de la cantidad de leche extraída de al menos dos veces al día después del nacimiento.
- Mantener en observación por lo menos 48 horas posteriores a su nacimiento.
- Los signos vitales deben estar dentro de los rangos establecidos como normales, durante las 24 horas previas al egreso, incluyendo frecuencia respiratoria menor a 60 por minuto, frecuencia cardiaca de 100 a 160 latidos por minuto y la temperatura en rangos previamente mencionados.
- Que presente al menos una evacuación espontánea.
- Ningún prematuro tardío, que presente pérdida de peso de más del 2 a 3% al día o más del 7% de su peso al nacimiento durante su hospitalización se egresará. Considerar deshidratación antes de egresarse.
- Un plan de alimentación y orientación a los familiares (padres y familia).
- Evaluar el riesgo a desarrollar hiperbilirrubinemia severa y darle un seguimiento apropiado, egresando al prematuro hasta que esté fuera de riesgo de hiperbilirrubinemia.
- Revisar resultados de los exámenes del prematuro, los cuales incluyen: biometría hemática completa, resultado de sífilis materna y hepatitis B, grupo sanguíneo y Coombs directo. En los menores de 35 semanas se realizará ultrasonido cerebral.

⁴² Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de neonatología. México, D.F: Instituto Nacional de Perinatología; 2009. pp. 50-58

- Aplicación de la vacuna de hepatitis B o darle una cita para su administración.
- Realizar el tamiz neonatal ampliado, de acuerdo a las normas de cada Estado de la Republica Mexicana.
- Descartar la presencia de cianosis o desaturaciones. De acuerdo a la evaluación de cada prematuro, evaluar el estudio poligráfico del sueño previo al egreso.
- Cuando se identifican factores familiares y/o sociales de riesgo, el egreso debe ser retrasado, hasta que estos factores se hayan resuelto, en la medida de lo posible (madres adolescentes, adictas).
- Evaluar que la madre y/o el o la responsable hayan recibido entrenamiento e información sobre las condiciones y evolución durante la estancia hospitalaria.
- Evaluación del patrón de diuresis y evacuaciones en número y frecuencia, de la alimentación al seno materno o sucedáneo de leche para prematuro.
- Indicaciones del cuidado del cordón umbilical, cuidado de la piel y genitales del recién nacido.

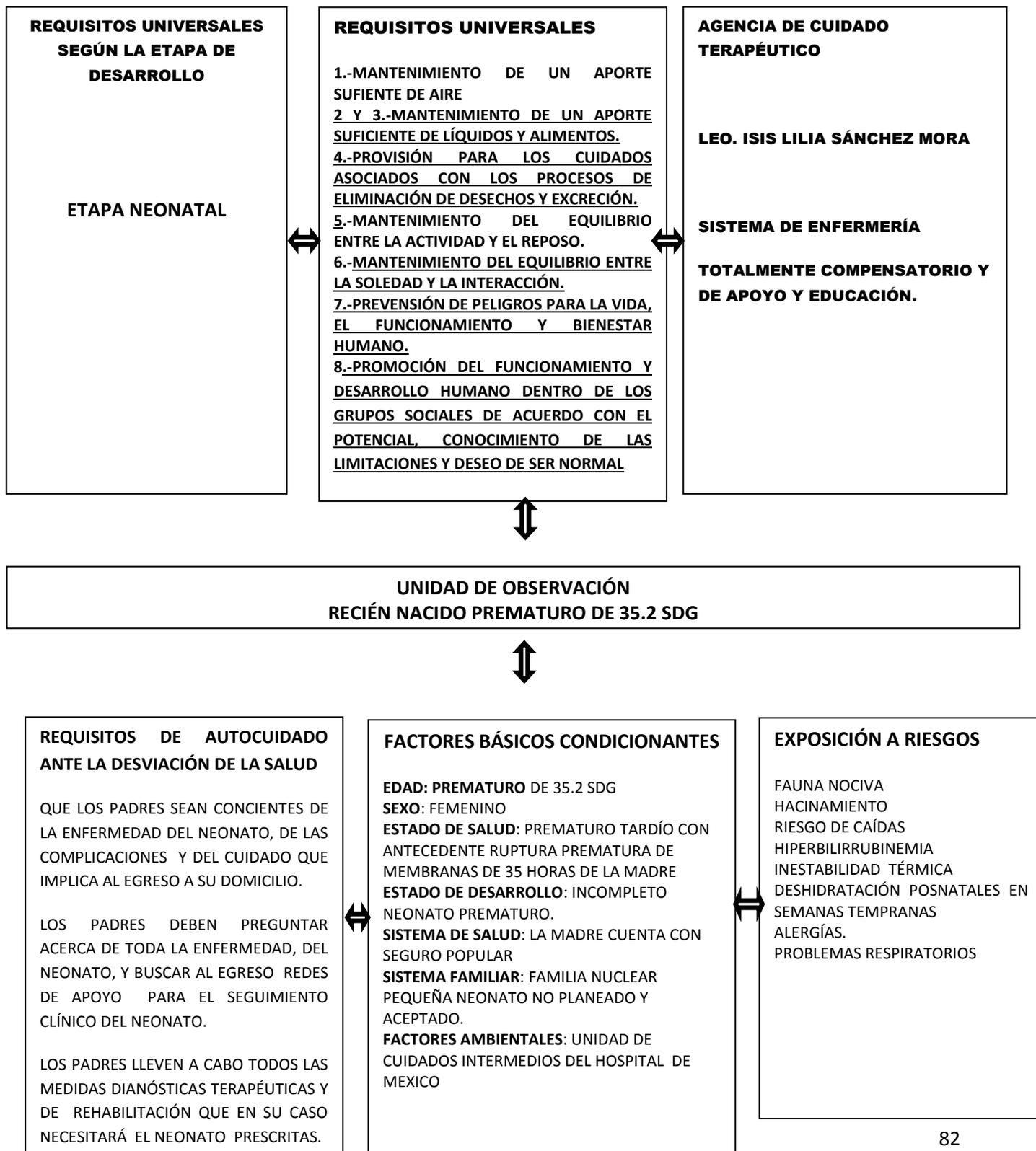
Medidas generales de higiene.

- Uso del termómetro para evaluar la toma de temperatura axilar.
- Identificación de signos y síntomas comunes de enfermedad, como hiperbilirrubinemia, sepsis y deshidratación.
- Informar de la posición segura para dormir al paciente y la posición antireflujo cuando sea conveniente.
- Recomendar los accesorios de seguridad del recién nacido, incluyendo: silla portabebés de auto, alarmas de seguridad humo, fuego, así como informar del daño secundario por tabaco y contaminación ambiental
- Respuesta apropiada a complicaciones o a una emergencia.
- Conocer la ubicación de Centros de Salud y Hospitales Especializados de Urgencias cercanos a su domicilio, en caso necesario.⁴³

⁴³Romero S, Arroyo L.M., Reyna E.R. Consenso prematuro tardío. Perinatol Reprod Hum [en línea] 2010 Abril-Junio [acceso 22 de octubre de 2011]; 24(2). Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-ip102f2010/.pdf>

VI APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

6.1 ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM



6.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

PREPARACIÓN PARA EL ENTORNO

Sala preparada para recepción del recién nacido, con iluminación, temperatura adecuada y personal profesional (médicos pediatras y enfermeras).

PREPARACION DEL EQUIPO:

Incubadora encendida , revisión de tomas de oxígeno con extensión de oxígeno y borboteador, aspirador para secreciones con frasco de aspiración, termómetro, cinta métrica, sondas para aspiración #8F y reloj.

INSPECCIÓN GENERAL.

Recién nacido piel hidratada, tinte icterico zona de fijación Kramer II, mucosas orales hidratadas, catéter umbilical 1 lumen (retirado el día 19 octubre 2011), sonda orogástrica #32 para alimentación la cual se retira en cada toma.

CABEZA, CUELLO Y TÓRAX

Craneo redondo con fontanela anterior bregmatica ligeramente amplia mide 2 centímetros de diametro por 2 centímetros, fontanela posterior puntiforme mide 1cm. Implantación de cabello alta, delgado, fino, escaso y lacio, cara simétrica, cejas escasas, parpados simétricos, ojos con respuesta a la luz, parpadeo, pupilas centrales, escleróticas blanca, no existe secreción, reflejo palpebral presente. Implantación de papellones auriculares adecuada integros, curvatura de una parte del borde del pabellón, nariz en línea media de la cara, permeable, boca chica labios delgados hidratados, reflejos de succión y deglución débiles, reflejo de busqueda débil, encias rosadas. Cuello simético movable, tráquea central, clavícula simétrica sin datos de fractura, integras, torax simétrico, redondo, movimientos toraco-abdominales, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, mamas palpables menor de 5mm de diámetro.

CORAZÓN.

Ruidos cardiacos rítmicos, con presencia de soplo tenue escuchado por enfermería, con frecuencia cardiaca de 150 lat.xmin.

ABDOMEN

Blando depresible con dibujo de asa intestinal, peristalsis audible, sin presencia de masas y dolor a la palpación, con cateter umbilical venoso 1 lumen retirado el día 19 de octubre 2011 sin problema, no se cultiva catéter.

GENITALES

Genitales externos labios mayores no cubren a los menores, ano central, permeable, sin fístulas.

TRONCO Y COLUMNA VERTEBRAL

Columna vertebral integra , sin datos de malformaciones, recta.

EXTREMIDADES

Sin malformaciones, extremidades en semiflexión, simétricas, con movimientos de flexión, extensión, abducción, aducción no presenta facies de dolor. Cadera simétrica estable con barlow negativo y ortolani negativo.

SISTEMA NERVIOSO

Reflejos primarios: succión, deglución y búsqueda débil, reflejo del moro positivo, tonico del cuellos presente así como enderezamiento del tronco, reflejo de arrastre negativo, intervención del tronco, presión plantar, palmar y reflejo de babinsky positivo.

6.3 VALORACIÓN POR REQUISITO

FECHA: 17 OCTUBRE 2011

REQUISITO 1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Bienestar en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de aire m/p silverman anderson de cero, signos vitales dentro de los parámetros normales, FC.156 lat. x minuto. frecuencia respiratoria 52 x minuto, temperatura 36.5°C permeabilidad de nariñas, campos pulmonares ventilados, con soplo grado 2 tenue sin datos de repercusión hemodinámica o pulsos saltones, llenado capilar de 2 segundos .

Neonato con signos vitales dentro de los parámetros normales, incubadora programada humedad a 34.2, no se toma presión arterial y saturaciones de oxígeno, llenado capilar de 2 segundos, peso de 1,200 grs, coanas permeables, sin datos de inflamación del conducto nasolacrimal, valoración de silverman- anderson de cero, respiración toraco-abdominal, tórax simétrico y cónico, campos pulmonares ventilados, frecuencia cardiaca dentro de valores normales con auscultación de soplo grado 2 tenue sin datos de repercusión hemodinámica ni pulsos saltones o precordio hiperdinámico.

FECHA: 17 OCTUBRE 2011

REQUISITO 2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Patrón de alimentación ineficaz r/c la incapacidad para coordinar reflejos de succión y deglución m/p succión lenta y deglución débil.

Alimentación con Leche humana o Leche especial para prematuro (enfamil) proporcionando 24 kcal en cada toma, de 17ml con incrementos de hasta 28 ml del día 17 al 22 de octubre toma con sonda orogástrica, por succión lenta y deglución débil, Con solución de base glucosa 10% 24 ml más sodio, potasio y calcio para 24 horas, primer y segundo día, el tercer día glucosa el 10% exclusiva para 24 horas, al cuarto día se suspenden soluciones. Con peso de 1,200 a 1,250gr con incremento ponderal de peso del 50 del día 17 al 21 de octubre de 2011. Glicemia semicuantitativa de 98- 88 mg.

FECHA: 21 OCTUBRE 2011

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Bienestar en el requisito del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo m/p estabilidad, sin datos de estrés.

Neonato con signos vitales estables, cambios posturales cada 3 horas, bajo sueño fisiológico, responde a estímulos externos. Coloración icterica, sin lesiones dérmicas en piel. PC. 28 centímetros.

De acuerdo a la escala de Brazelton se valora al neonato en 3 estados de conciencia Estado I que corresponde a sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontánea a excepción de los sobresaltos, Estado II sueño ligero, respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión, y Estado III somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de los párpados, expresión aturdida. En la Teoría Sinactiva el sistema que predomina es el Sistema Autónomo y motor con signos de estabilidad.

FECHA: 21 OCTUBRE 2011

REQUISITO 5. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de estreñimiento r/c la fórmula especial para prematuro y la inmadurez del sistema gastrointestinal.

No se observa la presencia de vómitos, Abdomen blando depresible, sin red venosa presente y distensión abdominal, con peristálsis presente y audible, el día 21 de octubre con 24 horas sin evacuar con dibujo de asa intestinal, ligera distensión, se realiza masaje abdominal antes de cada alimentación, no se observa evacuación y se procede a realizar estimulación rectal la cual es positiva evacuando amarillo grumoso abundante, micción presente espontáneas, color amarillo.

FECHA: 18 OCTUBRE 2011

REQUISITO 6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Deterioro del vínculo materno r/c separación temprana de madre-hijo m/p neonato hospitalizado en el servicio de prematuros

Frecuencia cardiaca 136 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria 42 respiraciones por minuto. Temperatura 36 - 36.5°C

Neonato pretérmino en el área de prematuros, en incubadora, bajo sueño fisiológico, reacciona a estímulos externos, tranquilo. Recibe visita materna con el horario establecido por el Hospital de 10 a 11 de la mañana, el contacto físico únicamente es a través de las ventanas de la incubadora donde la madre plástica con el neonato y sostiene su mano, el contacto piel-piel no es llevado a cabo en este servicio. El padre por cuestiones de trabajo no asiste a las visitas. La estimulación temprana por personal del hospital no es llevada a cabo en el servicio.

FECHA: 17 OCTUBRE 2011

REQUISITO 7. PREVENSIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Riesgo de la alteración del patrón del sueño r/c estímulos externos

Riesgo de infección r/c exposición ambiental a agentes patógenos cerca de la incubadora del neonato.

Existen factores que ponen en peligro la vida del neonato, este se encuentra identificado con pulsera con nombre, registro, fecha de nacimiento y sexo, así como membrete en la incubadora y un círculo azul de acuerdo al protocolo de caídas, en cuanto riesgo de infecciones nosocomiales no se llevan a cabo las precauciones estándar por parte del personal del hospital y existe fauna nociva cerca de las incubadoras. Existe apego en cuanto a la madre, pero por parte del padre no, por motivos de horario de trabajo. La madre no tiene conocimientos sobre el cuidado del neonato, no sabe que hacer cuando deje de respirar. En cuanto a la escala de dolor se utilizó PPIP para valorar el dolor en el neonato con un puntaje de 6 y 5 que corresponde a no dolor. En los factores ambientales las luces de las lámparas de la unidad de prematuros dan en forma directa a la incubadora del neonato, por lo tanto presentó periodos cortos de estrés.

FECHA: 20 OCTUBRE 2011
REQUISITO 8 PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Conocimientos deficientes de los padres r/c falta de conocimiento de los signos de alarma del neonato m/p estrés y verbalización del problema.

El baño de esponja es realizado los días martes y jueves, el baño parcial los días lunes, miércoles y viernes, el aseo de cavidades se realiza diariamente. Para baño el material utilizado es: torundas, jabón neutro y vaselina. En cuanto al horario del baño está estipulado a las 8 de la mañana cada tercer día. Por lo tanto la mamá no interviene en cuanto a la decisión de la higiene del neonato. Para mantener el equilibrio organizativo y dar límites en la cabeza, columna dorsal y los pies se coloca barrera de contención improvisado con sabanas de hospitalización.

La madre no conoce las medidas de alarma de urgencia del neonato.

6.4 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

REQUISITO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN
Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos	Patrón de alimentación ineficaz r/c la incapacidad para coordinar los reflejos de succión y deglución m/p succión lenta y deglución débil.	17 Octubre 2011
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social	Deterioro del vínculo materno r/c separación temprana de madre-hijo m/p neonato hospitalizado en el servicio de prematuros	18 Octubre 2011
Promoción a la normalidad	Conocimientos deficientes de los padres r/c falta de conocimientos de los signos de alarma del neonato m/p estrés y verbalización del problema	20 Octubre 2011
Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano	Riesgo de infección r/c exposición ambiental a agentes patógenos cerca de la incubadora del neonato. Riesgo de alteración del patrón del sueño r/ c estímulos externos	17 Octubre 2011
Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación de excretas	Riesgo de estreñimiento r/c la formula especial para prematuro y la inmadurez del sistema gastrointestinal	21 Octubre 2011
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Bienestar en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de aire m/p silverman- anderson de cero, signos vitales dentro de los parámetros normales FC 156 latidos x minuto, FR.52 x minuto, temperatura 36.5°C, permeabilidad nasal y campos pulmonares ventilados con soplo grado 2 tenue sin datos de repercusión hemodinámica o pulsos saltones, llenado capilar de 2 segundos.	17 Octubre 2001
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Bienestar en el requisito entre la actividad y el reposo m/p estabilidad sin datos de estrés	20 Octubre 2011

6.5 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO 2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE NEONATO: H. G.	FECHA 17 OCTUBRE 2011
DIAGNOSTICO PATRÒN DE ALIMENTACIÒN INEFICAZ R/C LA INCAPACIDAD PARA COORDINAR LOS REFLEJOS DE SUCCIÒN Y DEGLUCIÒN M/P SUCCIÒN LENTA Y DEGLUCIÒN DÈBIL	
AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO LEO. Isis Lilia Sánchez Mora	OBJETIVO EL agente de cuidado dependiente mejorará en una semana los reflejos de succión y deglución mediante ejercicios proporcionados por la agencia de cuidado terapéutico SISTEMA DE ENFERMERIA Totalmente compensatorio.
INDICADOR Momento del reflejo de deglución Número de degluciones Estado de deglución: fase faríngea	
INTERVENCIÓN o prescripción del cuidado Succión no nutritiva	ACCIONES: o tratamiento regulador *Seleccionar un chupón suave para evitar la obstrucción de las vías aéreas. *Colocar el dedo pulgar y el índice en la mandíbula del bebé para apoyar el reflejo de succión. *Presionar la lengua y el paladar del neonato rítmicamente con el chupón para fomentar la succión *Dar masajes en forma circular en las mejillas para estimular el reflejo de succión. *Dar masaje en las encías. *Proporcionar el chupón para fomentar la succión durante la alimentación por sonda orogástrica y durante 5 minutos después de la alimentación por sonda orogástrica. *Mecer y abrazar al neonato mientras succiona el chupón. *Informar a los padres de la importancia de satisfacer las necesidades de succión *Informar a los padres de las alternativas de la succión (pulgares, dedo del padre, chupón). *Instruir a los padres acerca del uso de la succión no nutritiva y explicar los ejercicios para fortalecer la succión y deglución.
Técnica de vaso	*Sostener al neonato sentado o semi-sentado en su regazo, envolverlo con una frazada o sábana para brindarle soporte y para evitar que golpee el vaso o taza con sus manos. * Colocar el vaso o taza con leche descansando sobre el labio inferior, de manera que el borde

	<p>toque el labio superior del lactante.</p> <p>*Inclinar el vaso o taza justo hasta que la leche toque los labios del neonato.</p> <p>*El neonato de menor edad gestacional comenzará a tomarla leche empleando la lengua. El de término o de más edad, succionará la leche, derramándola un poco.</p> <p>*No vaciar la leche en la boca del lactante, sostener el vaso o taza contra los labios del lactante y deje que tome la leche por sí mismo.</p> <p>*Cerrar boca al recibir suficiente leche y este deja de tomar.</p> <p>* Medir la ingesta de leche de 24 horas, no solo la de cada toma.</p>
<p>Alimentación por sonda orogástrica</p>	<p>*Colocar al neonato en decúbito dorsal en posición semi-fowler.</p> <p>*Medir la distancia entre la nariz y el lóbulo de la oreja sumándoles lo que existe entre este y el apéndice xifoides.</p> <p>*Insertar sonda orogástrica.</p> <p>*Fijar sonda orogástrica.</p> <p>*Observar si la colocación de la sonda es correcta.</p> <p>*Marcar sonda en el punto de salida para mantener la colocación correcta.</p> <p>*Eleva la cama 30 a 45ª durante la alimentación.</p> <p>*Adaptar el cuerpo de la jeringa a la sonda y verter la leche del vaso en la jeringa.</p> <p>*Levantar 15 a 20 cm sobre el nivel del colchón y dejar que el líquido fluya lentamente por gravedad.</p> <p>*Proporcionar chupón al niño durante la alimentación.</p> <p>* Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al neonato en posición horizontal.</p> <p>*Utilizar técnica higiénica en la administración de esta técnica.</p> <p>* Antes de que la jeringa quede vacía, se pinza la sonda para evitar la entrada de aire al estómago y volver a verter leche en la jeringa hasta completar la cantidad indicada.</p> <p>*Vigilar al neonato observando cualquier cambio de coloración, apnea o regurgitación.</p> <p>*Retira la sonda cerrada o pinzada con movimientos firmes y rápidos para evitar la introducción de leche a las vías aéreas ó la fijar si hay indicación de permanencia</p> <p>*Antes de cada alimentación, comprobar si hay residuos.</p>

FUNDAMENTACIÓN:

Para la succión nutritiva se necesita la coordinación de la sucesión de succión deglución respiración, mayor que en la succión no nutritiva.

El hábito de la succión-deglución debe ser lo más normal posible en tanto el neonato conserva su estabilidad fisiológica motora y neuroconductual.

Hay cuatro tipos de succión nutritiva:

- 1.-Succión madura dos succiones por segundo, en tanto que durante los episodios de succión se produce la deglución simultanea
- 2.-Episodio de succión inmadura: una a cuatro succiones por episodio y antes y después de las succiones se produce la deglución, después de 40 semanas serían 10 o más succiones por episodio.
- 3.-Hábito desorganizado: refleja asimetría en la respuesta total de succión y no falta de coordinación.
- 4.-Tipo disfuncional: comprende el proceso de alimentación por movimientos anormales de la lengua y el maxilar inferior, como el hecho de no cambiar la rapidez entre la succión nutritiva y la no nutritiva, desplazamientos amplios del maxilar inferior y movimiento flácido de la lengua.

DEACON, J. O'Neill, P. (2001). Cuidados intensivos de enfermería en neonatos.

Evaluación o CONTROL DE CASO

En el primer día de que se realizaron los cuidados al neonato la alimentación se proporciona con alimentador observando succión y deglución débiles, con cianosis peribucal y fatiga marcada, un día se otorgó la alimentación con técnica de vaso y se observó igualmente fatiga, lo cual deciden dar con sonda orogástrica. Se realizan antes de cada una de las tomas ejercicios para estimular la succión y deglución, así continuar también con succión nutritiva, el avance en las reflejos de succión y deglución no fueron muy notorios ya que solo se proporcionaron en el turno matutino.

REQUISITO 5. PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE NEONATO: H. G.	FECHA: 21 OCTUBRE 2011
DIAGNOSTICO: RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C LA INGESTA DE FÒRMULA ESPECIAL PARA PREMATURO Y LA INMADUREZ DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL.	
AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO LEO. Isis Lilia Sánchez Mora	OBJETIVO El agente de cuidado dependiente mantendrá un patrón de eliminación adecuado durante el turno matutino mediante las intervenciones de la agencia de cuidado terapéutico. SISTEMA DE ENFERMERIA Totalmente compensatorio.
INDICADOR Perímetro abdominal, frecuencia de las evacuaciones y ruidos abdominales	
INTERVENCIÓN o prescripción del cuidado Manejo intestinal	ACCIONES: o tratamiento regulador *Escuchar ruidos intestinales *Informar de aumento de frecuencia y /o sonidos intestinales *Escuchar si hay disminución de ruidos intestinales *Masaje intestinal *Medición de perímetro abdominal. *Vigilar presencia de evacuaciones
Fundamentación: Se ha descrito que los niños que reciben masajes presentan menos signos de estrés como gestos faciales y movimientos que expresan desagrado. Un masaje en círculos en el sentido de las agujas del reloj o en forma de "u" en la zona abdominal con lo que se produce una estimulación que ayuda a los niños que están estreñidos, también sirve para aliviar las molestias provocadas por los gases y a la tonificación de la musculatura, se inicia el masaje bajo la zona costal derecha, después en la izquierda y se irá descendiendo. Vázquez, M.A. Collado, Susana. 2006. Fisioterapia en Neonatología. http://books.google.com.mx/books/about/Fisioterapia_en_neonatolog%C3%ADa.html	

Evaluación o CONTROL DE CASO

La agencia de cuidado terapéutico proporciona masaje abdominal antes de cada alimentación 9 y 12 horas, al revisar que el agente de cuidado dependiente no había evacuado en un lapso de 24 horas, y no obteniendo un resultado favorecedor por lo que se procedió a realizar estimulación rectal la cual fue positiva.

externos que llegan a percibir, son un estímulo definitivo para el desarrollo intelectual del neonato. Nascimento, R. Silva, M.J. 2008. Enfermería en el Cuidado Intensivo Neonatal.

El apego del neonato por su madre se inicia desde el nacimiento, cuando empieza a percibir los sonidos y el olor de la madre y continúa después con el reconocimiento del rostro de su madre y de cualidades adicionales al olor y sonidos del medio ambiente, creándose el puente ambiental pre y posnatal. El olor y la vocalización materna producen respuestas de orientación y tranquilización frente al llanto del niño y nuevos olores adquieren rápidamente, algunas de las propiedades del condicionamiento clásico. Estos olores pueden poseer las características del apego. Así este primer aprendizaje del cuidador en la etapa neonatal es la primera expresión posnatal del aprendizaje con el sistema de apego y una de las primeras bases donde se construye la seguridad.

Vargas, A, Chaskel, R. (2007). Neurobiología del apego.

Evaluación o CONTROL DE CASO

En el servicio de prematuros del hospital de la mujer la visita de los padres es solamente de una hora en la mañana y una hora por la tarde, además las políticas del mismo hospital no permiten el contacto piel a piel; por otra parte la agencia de cuidado terapéutico ofreció información a la madre acerca de tocar, acariciar y hablar al neonato, logrando que la madre pasara el tiempo de visita hablando y ofreciendo terapia táctil y auditiva al agente de cuidado dependiente.

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

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE NEONATO: H.G.	FECHA 17 OCTUBRE 2011
DIAGNOSTICO: RIESGO DE ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C ESTÍMULOS EXTERNOS.	
AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO LEO. Isis Lilia Sánchez Mora	OBJETIVO El agente de cuidado dependiente durante una semana seguirá en ambiente tranquilo que se verá reflejado en la estabilidad de los signos vitales, los periodos de sueño, mejorará su ganancia de peso y ahorro de calorías. SISTEMA DE ENFERMERIA Totalmente compensatorio.
INDICADOR Responde a estímulos Autoconsolación Sueño ligero	
INTERVENCIÓN o prescripción del cuidado Manejo ambiental	ACCIONES: o tratamiento regulador *Evitar exposiciones innecesarias. *Exceso de calefacción o frío. *Ajustar iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa de los ojos. *Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos en lo posible. *Colocar al neonato de forma que se facilite su comodidad utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadillas. *Vigilar la piel especialmente en prominencias óseas o si hubiera signos de presión o irritación. *Colocar sobre un colchón adecuado *Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición.
Cambios de posición	*Colocar la posición terapéutica específica para el neonato *Colocar la alineación corporal correcta. *Movilizar al paciente al menos cada 2 horas, según el programa específico *Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. *Determinar fuentes de incomodidad como vendajes mojados posición de la sonda, ropa de cama arrugada y factores ambientales irritantes.
FUNDAMENTACIÓN: LUZ Las normas de la American Academy of Pediatrics y The American Collage of Obstetric and Gynecologists recomiendan la introducción de ciclos día-noche en la unidad de cuidados	

intensivos neonatales y en cuidados intermedios.

Otros estudios demuestran que la disminución de la intensidad de luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, la frecuencia cardíaca.

RUIDO

Las unidades de cuidados intensivos se caracterizan por ambientes ruidosos, sin ritmo diurno y con actividad intensa por parte de los profesionales. El niño prematuro tiene una extrema sensibilidad al ruido. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial, irreversible.

La Academia Americana de Pediatría recomienda que los sonidos crónicos de una unidad no deben sobrepasar los 45 decibelios.

Marques, Dos Santos, I.M. Ibarra, A.J. (2010) Medidas de Seguridad, Protección y Confort.
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo12/capitulo12.htm>

Evaluación o CONTROL DE CASO

El agente de cuidado dependiente no presentaba demasiada sobrestimulación, respetando el sueño-vigilia aproximadamente 2 horas, procurando la agencia de cuidado terapéutico cubrir incubadora y mantenerlo en contención, no observando signos de estrés o dolor en el agente cuidado dependiente.

FUNDAMENTACIÓN:

El recién nacido es lábil a las infecciones como consecuencia de la alteración de sus mecanismos de defensa inmunes y no inmunes que los hacen más susceptibles a las infecciones en comparación a los demás grupos de edades, con deficiencia de inmunoglobulinas que son anticuerpos empleados por el sistema inmunitario para identificar y neutralizar elementos extraños tales como bacterias virus o parásitos.

Algunos de los mecanismos de defensa del prematuro son deficientes y en menor grado del recién nacido a término: los niveles de anticuerpos están disminuidos, existiendo un paso incompleto de IGG antes de la semana 32-34 de gestación; IGM, IGE e IGA, no pasan la barrera placentaria. La función de los linfocitos t y los niveles de algunos componentes del complemento están disminuidos; la función quimiotáctica y fagocítica de los neutrófilos es deficiente y existe una tendencia hacia la depleción de la médula ósea con la sepsis grave. Dado que el recién nacido está iniciando la colonización bacteriana puede ser colonizado por organismos intrahospitalarios. La alta densidad de población en estas salas favorece la diseminación de cualquier infección. Las técnicas invasivas necesarias en prematuros favorecen la entrada de gérmenes patógenos.

Secretaría de Salud.(19-08.2010) Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales.

Existen 3 tipos de lavado de manos: el social, el clínico y el quirúrgico en las unidades de atención médica se realizan los dos últimos.

Lavado clínico

Es la fricción breve y enérgica de las manos que va de 15 a 30 segundos, mediante el cual se remueve la suciedad visible, material orgánico y flora transitoria de la piel por acción mecánica, adquirida por contacto reciente con pacientes o fómites.

Lavado quirúrgico

Lavado de manos y antebrazos con fricción enérgica de todas las superficies hasta los codos con una solución antimicrobiana, por espacio de 3-5 minutos, con limpieza de uñas minuciosa, seguido de enjuague al chorro de agua. Busca eliminar la flora transitoria y disminuir la concentración de bacterias de la flora residente.

Epidemiología. (2007)S.S.A. Lavado de Manos Técnica y Práctica Principal en la Prevención y Control de Infecciones.

Evaluación o CONTROL DE CASO

El lavado de manos no es llevado a cabo por el personal, además otro problema es la introducción de alimentos dentro de la unidad terapia intermedia. La agencia de cuidado terapéutico checa diariamente que el personal de limpieza retire la basura apropiadamente de acuerdo a los normas de salud y limpie la tarja para el lavado de manos, viéndose esto reflejado en la semana durante el turno matutino no observando agentes patógenos cerca de la incubadora. En cuanto al lavado de manos, solamente se refirió antes de tocar al agente de cuidado dependiente.

REQUISITO 8 PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

<p>AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE</p> <p>NEONATO: H.G.</p>	<p>FECHA: 20 OCTUBRE 2011</p>
<p>DIAGNOSTICO: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DE LOS PADRES R/C FALTA DE CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL NEONATO M/P ESTRÉS Y VERBALIZACIÓN DEL PROBLEMA</p>	
<p>AGENCIA DE CUIDADO TERAPEUTICO</p> <p>LEO. Isis Lilia Sánchez Mora</p>	<p>OBJETIVO</p> <p>La agencia de cuidado terapéutico capacitará a los padres del agente de cuidado dependiente y serán capaces de detectar signos de alarma y sabrán los cuidados del neonato en el hogar.</p> <hr/> <p>SISTEMA DE ENFERMERIA</p> <p>De apoyo y educación.</p>
<p>INDICADOR</p> <p>Patrón sueño-vigilia del neonato Características del recién nacido prematuro Causas y factores que contribuyen a la prematuridad</p>	
<p>INTERVENCIÓN o prescripción del cuidado</p> <p>Educación Paterna: niño</p>	<p>ACCIONES: o tratamiento regulador</p> <ul style="list-style-type: none"> *Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los padres para aprender los cuidados del neonato. *Observar las necesidades de aprendizaje de la familia. *Proporcionar consejos acerca de los cambios en el desarrollo durante la estancia en el hospital. *Enseñar a los padres habilidades para cuidar al recién nacido. *Proporcionar consejos de acuerdo a los cambios en los patrones del sueño. *Mostrar como los padres pueden estimular el desarrollo del neonato. *Proporcionar información acerca de las características conductuales del recién nacido *Reforzar las habilidades que el padre desempeña adecuadamente para atender al bebé y darle confianza.

<p>FUNDAMENTACIÓN:</p> <p>La temprana relación que se establece entre los padres y sus hijos es la piedra angular en el desarrollo del niño, estas interacciones le dan al niño confianza y seguridad y además le permiten desarrollar lazos emocionales saludables que son importantes para el proceso del apego. Investigaciones sobre la interacción padre-recién nacido en las unidades de cuidados intensivos han mostrado que frecuentemente los padres experimentan sentimientos de culpabilidad o depresión, que producen distanciamiento y dificultad inicial para establecer apego con sus hijos. En los últimos años, los investigadores y clínicos han expresado la creciente necesidad de fortalecer un medio ambiente emocional positivo para los padres y sus hijos internados en la UCIN neonatal, esto refleja el conocimiento de la necesidad de la familia y su importante rol en promover el bienestar de sus hijos. Las intervenciones han sido desarrolladas para asistir a las familias mientras el recién nacido se encuentra hospitalizado en unidades de cuidados intensivos y durante su transición al hogar.</p> <p>Nascimento, R. Silva, M. J. (2008) Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales http://books.google.com.pe/books/about/Enfermeria_en_la_unidad_de_cuidados_inte.html?id=M7Fh5smslQC&q</p>	

<p>Evaluación o CONTROL DE CASO</p> <p>La agencia de cuidado terapéutico observó que el estrés de la madre disminuyó, realizando preguntas acerca de los signos de alarma, y aclarando cuales eran, ya que también presentaba un poco de desconfianza al tocar al neonato, y se orientó sobre los cuidados centrados en el neurodesarrollo, no se pudo orientar al padre ya que por cuestiones de trabajo no se presentaba a la visita en el turno matutino.</p>

PLAN DE ALTA

Cuando el paciente es dado de alta en la Unidad de Cuidados Críticos, es necesario garantizar la continuidad de cuidados, planificando el alta con anterioridad, realizando un informe de Enfermería al Alta y cuando sea necesario se impartiendo educación sanitaria al cuidador principal (debemos identificar al cuidador principal, habitualmente este rol lo desempeña la madre).

Se desarrollaran registros enfermeros unificados, que facilitarán la tarea de coordinación. Resaltar la importancia de planificar el alta con anterioridad, identificando problemas y valorando necesidades, y realizando un plan de cuidados individualizado tanto para paciente como para el cuidador principal familia, como la necesidad de realizar protocolos para la atención domiciliaria.

Una planificación eficaz del alta garantiza la continuidad de la asistencia desde el hospital al domicilio. Es preciso que el plan sea adecuado a las necesidades individualizadas de la familia y su hijo y prepare tanto a los miembros de la familia como los prestadores de servicios de salud para las necesidades de cuidados que requiere el recién nacido.

Planificación del alta:

Objetivo principal.

La planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social, antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre profesionales de la salud, dentro del centro y la comunidad en general.

Afirma que la planificación del alta consiste en prever y planificar las necesidades del paciente, después de dejar el hospital, añadiendo que un plan de alta eficaz comienza al ingreso de la persona y continua con la valoración sucesiva de las necesidades, tanto del cliente como de la familia, incluidos los recursos comunitarios.

La clave para que una planificación del alta tenga éxito es anticiparse a la necesidad que tiene el paciente de unos cuidados continuados o de ayuda después de dejar el hospital.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DE ALTA

- Debe ser individualizado para satisfacer las necesidades y los recursos del recién nacido y la Familia.
- Se establece de antemano
- Incluye objetivos identificados con claridad.
- Reduce la fragmentación y duplicación de servicios.
- Reduce los retrasos en el acceso a la asistencia y progresa a través del sistema de prestaciones.
- Anticipa los posibles retrasos del desarrollo y dirige la asistencia hacia la prevención y una intervención precoz.
- Basado en la comunidad
- Mejora la calidad de asistencia.⁴⁴

⁴⁴ Clohert J.P, Eichenwal E.C, Stark A.R. Manual de Cuidados Neonatales. [en línea] 4ª ed. Barcelona 2005. [acceso 31 de junio de 2012]
Disponible en: http://books.google.com.mx/books/about/Cloherty_J_P_Manual_de_cuidados_neonatal.html p.191

VII. PLAN DE ALTA

NOMBRE: H.G. RECIEN NACIDO	REGISTRO: 488832	DVEU: 14 DIAS	PESO: 1250 GRS.
--------------------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------

1.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

Aunque el recién nacido no presenta datos de dificultad respiratoria es importante capacitar a los padres en cuanto a que puedan identificar los signos de dificultad respiratorio tanto en el hospital como en la casa: (cianosis: coloración morada) tiraje intercostal, aleteo nasal.

2.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA y ALIMENTOS.

Explicarle a la madre que un recién nacido prematuro con bajo peso al nacimiento, tiene que recuperar su peso, por lo tanto la alimentación por sonda orogástrica es la adecuada para el momento de la hospitalización, pero es importen que ella se siga extrayendo leche de sus senos y orientarla para la lactancia materna y el contacto piel-piel cuando ya estén en casa sea lo más apropiado, como ventajas para el binomio madre-hijo.

Referirle cada cuando va a alimentarse el neonato, seno materno es a libre demanda, antes de amamantarlo lavarse las manos, observar dificultad para tomar el seno, no dejarlo más de tres horas sin comer, dar el pecho mínimo 15 minutos de cada seno y cambiar, realizar ejercicios de succión en caso de observar que no existen buenos reflejos de succión.

Recordarle que debe de sacar el aire cada que termine su alimentación.

Durante la alimentación la madre deberá observar la coloración del neonato, si tira leche, no succiona, presenta sudoración o no puede respirar, observar que no este deshidratado, y como esta lubricada la piel.

Explicarle que el contacto piel a piel favorece el crecimiento y desarrollo durante la alimentación al seno materno y posteriormente en la vida adulta.

Durante la alimentación no dejar el biberón en la boca del recién nacido porque puede broncoaspirar, colocar contenciones en su espalda si esta acostado de lado, no dejarlo solo en la habitación y posterior a la alimentación.

4.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Explicarle que la mejor posición para dormir en decúbito supino o de lado para evitar muerte súbita en posición boca abajo (decúbito ventral).

Estimulación temprana: poner música de la cual tolere el neonato para que se relaje, darle a oler diferentes aromas naturales agradables, desagradables, suaves y fuertes, colocar frente de él figuras en blanco y negro, dar masajes en el cuello de arriba-abajo para ayudar a la deglución, presionar el labio superior y nariz con el dedo para provocar el cierre de los labios y así degluta, masajes en dedos pies manos suavemente. El ambiente deberá estar tranquilo disminuir el ruido en las tardes para favorecer el descanso. Observarlo mientras duerme si no hay cambios en el patrón de sueño, de sueño tranquilo o inquieto, si deja de respirar, temblores finos, o si al dormir arquea la espalda o pega la nuca a la espalda.

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

El cambio de pañal lo hará cada que el neonato evacue y miccione y son normales de seis a ocho micciones y de dos a ocho evacuaciones color amarillo mostaza, aguadas y con grumos blancos si es alimentado al seno exclusivamente, si es con formula verdes o cafés, pastosas, entre dos evacuaciones. El manejo de eritema perianal es el cambio de pañal frecuente, higiene en esa zona y permanecerá limpia y seca, la limpieza con agua tibia y jabón neutro, no utilizar jabones perfumados colocar pasta lassar en esa zona, procurando tener por un tiempo al neonato sin pañal. En caso de que no pueda evacuar el niño o le cueste trabajo enseñarle a la madre ejercicios abdominales conforme a las manecillas del reloj, para favorecer la motilidad intestinal.

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

Apego materno: acercarse, tocarlo, besarlo, acariciarlo, sostenerlo, calmarlo, hablarle o leerle un cuento ya que esto crea en el neonato confianza seguridad, consuelo y agrado.

Técnica de mama canguro: colocarse al bebe en su pecho para que escuche el ritmo de su corazón para fortalecer su autoestima y favorecer el vínculo madre hijo, mejorando la regulación térmica.

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

Vacunas: tiene que empezar con su esquema de vacunación con B.C.G. (tuberculosis) y hepatitis B. y las que siguen a los 2, y 4 y 6 meses que es la PENTAVALENTE DPT, ROTAVIRUS, NEOMOCÓCICA e INFLUENZA es responsabilidad de los padres que los niños tengan sus vacunas ya que estos los va a prevenir de enfermedades y secuelas de las mismas.

Tamizaje: tomar tamiz neonatal antes del mes de vida, esto para prevenir el retraso mental solamente se picara el talón del pie y se tomarán unas gotas.

Educación para la salud: a pautas de evolución normal del niño. Estimulación temprana, vigilar habilidades motoras. Enseñarle el manejo de los medicamentos vía oral que se llevara a casa

8.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL

Identificación de signos de alarma:

Neonato se quede todo el tiempo dormido, coloración amarillo, fiebre, que llore mucho y se distienda después de comer, que no orine, haga poco menos de 3 veces al día. Presencia de sangre en pañal sea en pipi o popo, diarrea o vomitos. La temperatura aumente o disminuye. Que los labios se pongan azules, uñas manos, piel, todo el cuerpo o que se ponga pálido. Que no responda a sonidos, que ponga los brazos y piernas rígidas o demasiado quietas o flojas, frecuentes, convulsiones, mal olor del cordón umbilical. Proteger al neonato contra infecciones con el lavado de manos antes de que lo toquen. Esperar por lo menos un mes para poder llevarlo a otro lugar.

Evitar lugares o personas cerca del neonato que fumen o que se encuentren enfermos.

Para el baño del neonato usar jabón neutro y Shampoo, posterior al baño que lave y seque el muñón umbilical, si éste está húmedo, secarlo cada vez que sea necesario, no tallar o curar el sitio de aplicación de vacunas. Aseo diario si el clima permite.

Observaciones: cualquier signo de alarma acudir a la unidad médica que le corresponda y no dejar pasar más tiempo.

VIII. CONCLUSIONES

El cuidado integral del recién nacido prematuro tardío depende directamente del profesional de enfermería porque es quien se da cuenta de las posibles alteraciones que se puedan presentar. En este caso del recién nacido prematuro tardío ya había pasado por las etapas más delicadas, pero no deja de tener importancia porque todavía está en una fase de latencia que tiene riesgo de presentar alteraciones graves en la salud. Problemas como enterocolitis necrotizante, PCA, apneas, succión y deglución deficiente

Entre los requisitos universales más afectados en este trabajo fueron mantenimiento de un aporte de líquidos y alimentos, proceso de eliminación y excreta, mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano y promoción de la normalidad, en algunos no se pudieron cumplir los objetivos por políticas del hospital, pero si se pudo dar apoyo educativo a la mamá en cuanto al vínculo madre-hijo, signos de alarma y cuidados del recién nacido en el hogar.

El tratar con un prematuro no solo tardío como es en este caso, es reconocer que tanto estamos haciendo por ellos, necesitamos valorar bien a estos neonatos y realizar diagnósticos de enfermería que nos permitan realizar las acciones de enfermería más apropiadas para cada uno en forma individualizada y poder evaluar que tanto hemos avanzado en su cuidado para mejorar su calidad de vida y evitar secuelas que en ellos puedan presentarse.

IX. SUGERENCIAS

El elaborar este estudio de caso fue realmente un reto, ya que el adaptar la teoría del Déficit de autocuidado de Dorothea Orem a un neonato prematuro, no fue fácil. En cuanto a la entrega del caso clínico por etapas con cada uno de los puntos que lleva este, fue acertivo porque a últimas fechas para entregarlo solamente fueron solo detalles que faltaban.

La guía de valoración me hubiera gustado que como ejemplo, la entregaran ya resuelta, porque durante la práctica se tuvo muchas dudas acerca de como llenar lo referente a las escalas de dolor y de brazelton, y cuantificar las pérdidas insensibles así como sacar los líquidos reales, totales y las calorías aportadas en la alimentación.

Durante las prácticas en el Hospital de la Mujer, se tuvo la oportunidad de pasar servicios que realmente fueron de provecho para el estudiante de la especialidad en enfermería del neonato, donde realmente aplicamos nuestros conocimientos en el servicio de Reanimación y como sugerencia pasar más tiempo por ese servicio.

En cuanto a las valoraciones focalizadas fueron de gran ayuda para entender la teoría de Dorothea E. Orem.

Me gustaría que se conjuntara teoría-práctica, es decir que la práctica se hiciera desde el inicio y tener la teoría saliendo de la práctica, con guardias, porque de esto surgirían las dudas y se aprendería más de la patología y de los cuidados oportunos al neonato.

X. BIBLIOGRAFIA

- 1.-Alfaro, R. (2007). Aplicación del Proceso Enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. (en línea). (pp.4). Barcelona, España: Elsevier Doyma S.L. Recuperado 22 septiembre de 2011 de [http://books.google.com.mx/books/about/Aplicación del proceso enfermero.html](http://books.google.com.mx/books/about/Aplicación%20del%20proceso%20enfermero.html)
- 2.-Andrade, G. Chávez, M.R. (2004) Manual del Proceso del Cuidado Enfermero. (en línea).San Luis Potosí: Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí Recuperado el 22 de agosto de 2011 de [http://books.google.com.mx/books/about/Manual del proceso de cuidado en Enferme.html](http://books.google.com.mx/books/about/Manual%20del%20proceso%20de%20cuidado%20en%20Enferme.html)
- 3.-ANPREN" La asociación Nacional de Protección al Recién Nacido. (s.f.). Recuperado el 29 de septiembre 201 de <http://dcs.uqroo.mx/paginas/atlaspediatria/ix020.html>.
- 4.-Balam, C. y Franco, M. (2009). Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado. México, D.F. 2ª ed. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 5.-Cloherty, J.P. Eichenwal, E.C. Stark, A.R. (2005) Manual de Cuidados Neonatales. 4ª. Edición Barcelona, España. [en línea] Recuperado el 31 de junio de 2012 de Disponible en: http://books.google.com.mx/books/about/Cloherty_J_P_Manual_de_cuidados_neonatal.html p.191
- 6.-Comisión Interinstitucional de Enfermería. (2001, Diciembre). Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. [en línea]: S.S.A. Recuperado 29 de septiembre de 2011 de http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf
- 7.-Deacon, J. O'Neill, P. (2009). Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos. México. D.F., México: Mcgraw-ill interamericana
- 8.-Epidemiología. (2007). Lavado de Manos Técnica y Práctica Principal en la Prevención y Control de Infecciones. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. SSA. México, D.F. 24(30). Recuperado el 31 de mayo de 2012 de <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/2007/sem30/pdf/edit3007.pdf>
- 9.-García, M.J. (2004). El Proceso Enfermería y el Modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza. (en línea) Progreso: México, D.F: Recuperado 22 septiembre de 2011 de [http://books.google.com.mx/books/about/El Proceso de la enfermería y el modelo.html](http://books.google.com.mx/books/about/El%20Proceso%20de%20la%20enfermeria%20y%20el%20modelo.html). p.24.

- 10.-Hernández J, Limón R, Gómez M. Capítulo 4, volumen 3, pp. 241-242, 257-258 286-287. Bioética Neonatal. En: Federación Nacional de Neonatología de México. 1ª ed. México: Intersistemas.
- 11.-Ibarra, A.J. Llanos, I. M. (2012). Medio Ambiente en Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales [en línea] ISSN: 1885-7124 Recuperado el 31 de mayo 2012 de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo3/capitulo3.htm>
- 12.-Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de neonatología. México, D.F: Instituto Nacional de Perinatología; 2009.
- 13.-Jonguitud, A. Salazar, M. Los olvidados: Epidemiología del paciente tardío con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatal Reprod. Hum. 2007; 21: 178-184. (en línea) Recuperado 22 octubre 2011 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip074c.pdf>.-
- 14.-Mata, M. Salazar, M. E. Herrera. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2009; 17(1): 45-54 (en línea) recuperado el 23 octubre 2011 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091h.pdf>
- 15.-Marques Dos Santos, I. M. Ibarra, A.J. (12 abril 2010) Medidas de Seguridad, Protección y Confort (en línea) ISSN: 1885-7124. Recuperado el 30 mayo 2012 de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo12/capitulo12.htm>
- 16.-Medline Plus, Biblioteca Nacional de Medicina EE. UU. (2011). Aumento de Peso y Nutrición Neonatal, [en línea] Recuperado el 23 de octubre de 2011 de: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007302.htm>
- 17.-Moore, E.R. Anderson, G.C. Berman N. (2007) Contacto piel- piel temprano para las madres y sus recién nacidos sano. (en línea). Recuperado 23 de octubre de 2011. Disponible en: <http://www.updatesoftware.com/bcp/bcpgetdocument.asp?docum entid=cd003519>
- 18.-Moreno, H. Rangel, H.A. Félix, A. Valdovinos, S. Méndez, D. H. Morbilidad a corto plazo de recién nacidos en el período pretérmino tardío. Ginecol obstet mex 2011; 79(3):116-124. (en línea). Recuperado 30 de noviembre 2011 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom113c.pdf>
- 19.-Nascimento, R. Silva, M. J. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [en línea]. 3ª ed. Buenos Aires Argentina: Médica Panamericana, 2008 (en línea). Recuperado 29 de mayo 2012 de http://books.google.com.pe/books/about/Enfermeria_en_la_unidad_de_cuidados_inte.html?id=M7Flh5smslQC&q=
- 20.-Normas Oficiales Mexicanas. NOM 168-SSA1-1998 del Expediente Clínico. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> Recuperado 6 diciembre 2011.

21.- Ordoñez R. Manejo Integral del prematuro. [en línea] 2008 [acceso 2 octubre de 2011] Disponible en: <http://www.slideshare.net/rordonez/manejo-integral-del-prematuro>

22.-Ostiguín, R. M. Velázquez, S. M. (2001). Teoría General del Déficit de Autocuidado. Guía básica ilustrada. México, D.F: El Manual Moderno.

24.-Romero, S. Arroyo, L.M. Reyna, E.R. (Abril-Junio, 2010). Consenso prematuro tardío. Revista Perinatología y Reproducción Humana. Volumen 24, Número 2 pp 124-130 (en línea). Recuperado l 22 de octubre de 2011 de: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102f.pdf>

24.-Rubio, S. Bernal, B. Téllez, S. E. (2010). Teoría del déficit de autocuidado. Teorías y Modelos para la Atención de Enfermería.2ª ed. México D. F: Universidad Nacional Autónoma de México.

25.-UNICEF. Decálogo del Prematuro. Semana del Prematuro 2010. Recuperado 6 de diciembre 2011 de <http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>

26.-Secretaría de Salud. Manual para la Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Nosocomiales. México, D.F. (en línea) [actualizado en agosto 2010; Recuperado el 30 de junio 2012 de http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/pdfs/vig_epid_manuales/manual19.-p.36

27.-Vargas, A. Chaskel, R. Neurobiología del Apego. Avances de Psiquiatría Biológica. (en línea) Recuperado 10 de julio de 2012 <http://es.extpdf.com/teoria-del-apego-pdf.html>

28.-Vázquez, M.A. Collado, S. (2006). Fisioterapia en Neonatología. [en línea] Madrid: Recuperado (12 abril 2012) de http://books.google.com.mx/books/about/Fisioterapia_en_neonatolog%C3%ADa.html

XI. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CICLO ESCOLAR 2012 – 1



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO

FORMATO DE VALORACIÓN NEONATAL

ELABORADO POR:

EEN. HERNÁNDEZ ROJAS CAROLINA

EEN. MARTÍNEZ CLEMENTE ARACELI

AGOSTO 2011

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: H.G. R.N. SEXO: (F) (M) HORA NACIMIENTO: 16:25
 LUGAR DE NACIMIENTO: MÉXICO, D.F. FECHA NACIMIENTO: 07-OCTUBRE-2011 REGISTRO: 488832
 PESO AL NACER: 1,430 G TALLA: 37 cm EDAD GESTACIONAL 34 SDG TIPO DE PARTO: CESÁREA
 FECHA DE INGRESO: 07-10-11 DIAS DE ESTANCIA: 12 días GRUPO Y RH: NO SE ENCONTRÓ EN EL EXPEDIENTE, SOLO EL COMBS NEGATIVO.
 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (SIX) (NO) O AVANZADAS (SI) (NOX)
 FUENTE DE INFORMACIÓN: EXPEDIENTE CLÍNICO.
 ELABORADO POR: LEO ISIS LILIA SANCHEZ MORA
 FECHA DE ELABORACIÓN: 17-OCTUBRE-2011 UNIDAD HOSPITALARIA: HOSPITAL DE LA MUJER SERVICIO PREMATUROS

2.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

2.1.- SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS: SEGURO POPULAR

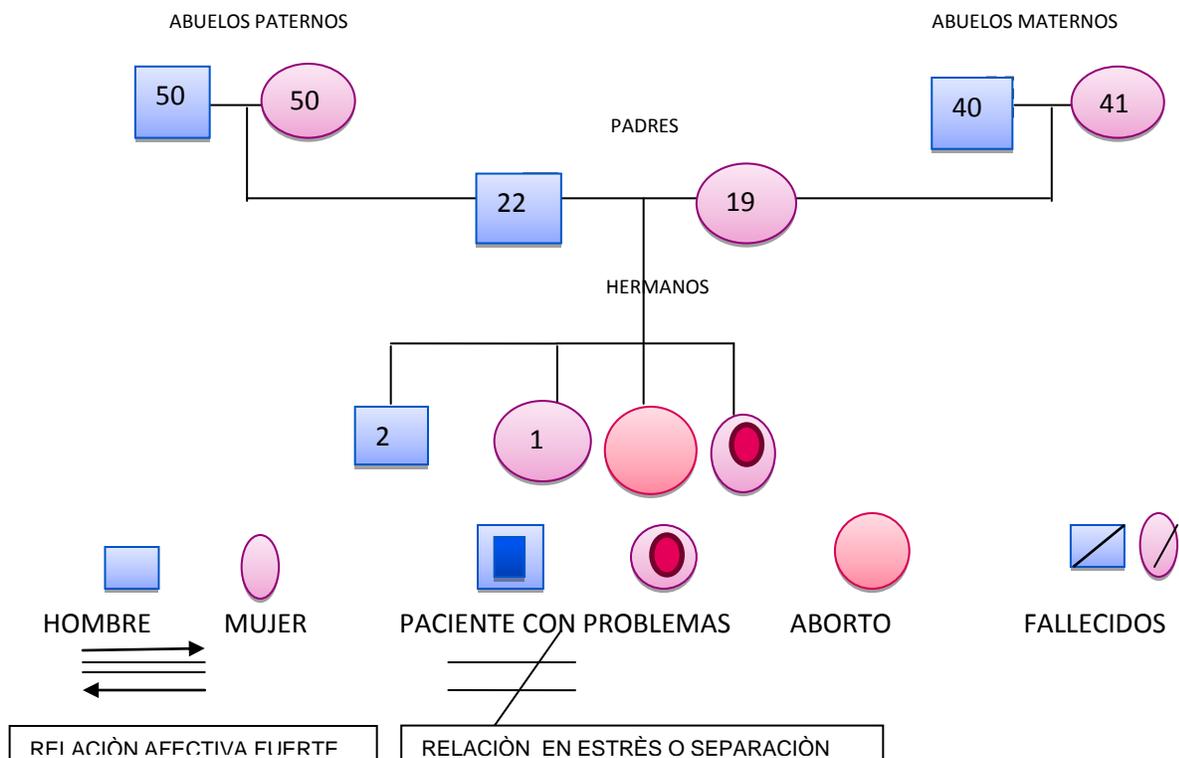
2.2.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA (X) DESINTEGRADA () NUCLEAR (X) EXTENSA ()

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: 4

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
MA. GUADALUPE HERNÁNDEZ GUZMÁN	19	SECUNDARIA	HOGAR
DIEGO ARMANDO RAMOS MARTÍNEZ	22	PREPARATORIA	ELÉCTRICO
DIEGO DONOVAN RAMOS HERNÁNDEZ	2		
MITZY NAHOMI RAMOS HERNÁNDEZ	1		

2.3.- FAMILIOGRAMA



3.- FACTORES AMBIENTALES

3.1.- ÀREA GEOGRÀFICA: **URBANA (X)** SUBURBANA () RURAL ()

3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO **LÀMINA (X)** CARTÓN () CONCRETO () OTROS: **ASBESTO**

PAREDES: **TABIQUE (X)** MADERA () OTROS P ISO: **CEMENTO (X)** TIERRA () OTROS: _____

No. HABITANTES: 4

3.3.- VENTILACIÒN E ILUMINACIÒN: **BUENA (X) REGULAR ()** DEFICIENTE ()

3.4.-SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: **AGUA (X) LUZ (X) DRENAJE (X) ALUMBRADO PUBLICO (X) PAVIMENTACIÒN (X) CUENTA CON JARDÌN (-)**

3.5.- FAUNA NOCIVA

PERROS: (X) No. (1) VACUNADOS (X) GATOS: () No. () VACUNADOS () AVES () No. () OTROS: _____

REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO DEL DESARROLLO

4.- ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA: IV PARA: 0 ABORTO I CESÀREA: III FUM: **NO RECUERDA** GRUPO: **NO SABE**
 ISOINMUNIZACIÒN PREVIA: **NO** CONTROL PRENATAL: **SI (X) NO ()** Nº DE CONSULTAS: 7
 ULTRASONIDO OBSTÈTRICO: **SI (X) NO ()** Nº7 A PARTIR DE LA SEMANA 20 DE GESTACIÒN, PRIMER TRIMESTRE 2 CONSULTAS, SEGUNDO TRIMESTRE 4 CONSULTAS Y EN EL TERCER TRIMESTRE 1 CONSULTA.

4.1 .- FACTOR DE RIESGO

POR FACTOR MATERNO

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD MATERNA	19	-----	17 – 35 AÑOS	<17 Y >35 AÑOS
NIVEL SOCIOECONOMICO	DEFICIT	-----	MEDIO – ALTO	BAJO
ALIMENTACION	POCO DEFICIENTE	ADECUADA	POCO DEFICIENTE	DSNUTRICIÒN – OBESIDAD
TABAQUISMO	NO	NO		SI
INGIERE ALCOHOL	NO	NO		SI
PRESENTA ALGUN TIPO DE ADICCION	NO	NO		SI
PADECIMIENTO ACTUAL ¿CONTROL?	NO	NO		SI
GESTA NUMERO	5	-----	<3	>3
CONTROL PRENATAL	SI	SI		NO
COMPLICACIONES PRENATALES O NEONATALES PREVIOS (MULTIGESTA)	SI	NO		SI
ANESTESIA	EPIDURAL	NO		SI
¿EN EL TRANCURSO Y HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE SALUD?	AMENAZA DE ABORTO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 35 HORAS	NO		SI

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO **XXX** _____

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

POR FACTOR NEONATAL

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
PESO	1,430 GRS.	2500g – 3999g		<2500g >4000g
SEMANAS DE GESTACIÓN (CAPURRO)	34 SDG	261 – 295 días 37 – 42 SDG		<37 SDG >42 SDG <260 días >295 días
GESTACIÓN	4	ÚNICO		GEMELAR
APGAR A LOS 5'	7/9	7 A 10	4 A 6	<3
SILVERMAN	1	<3	4 – 6	>7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO RELACIÓN PESO-EDAD (GRAFICA JURADO GARCÍA)	PESO BAJO PARA EDAD GESTACIONAL	AEG PORCENTILA DENTRO DE 10 Y 90		GEG ARRIBA DE PORCENTILA 90 Y BEG DEBAJO DE PORCENTILA 10
MALFORMACIONES PRESENTES O VISIBLES	NO	NO		SI
LESIÓN POR TRAUMA OBSTETRICO	NO	NO		SI
PROBLEMA DE SALUD ACTUAL	SI	NO		SI

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO XXXX

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

CUIDADOS INMEDIATOS

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

CUIDADOS MEDIATOS

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

RIESGO: ALTO

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

4.2.- VALORACION DEL NEONATO

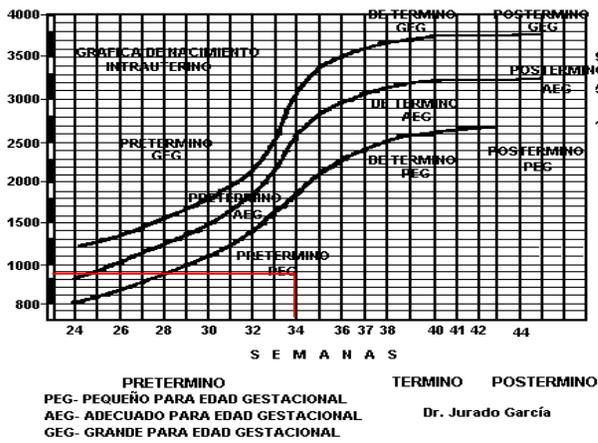
VALORACIÓN APGAR

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

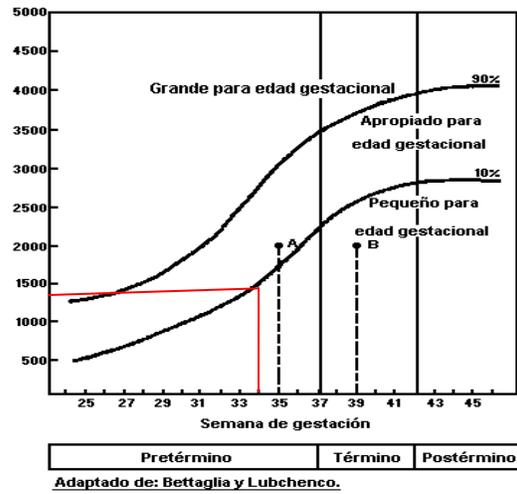
NORMAL Y SOLO NECESITAN DE SUCCIÓN NASOFARÍNGEA,

INTERPRETACÒN: 7/9 SE CONSIDERA

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL
AMBOS SEXOS



CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



INTERPRETACIÓN: RNPT PEG

INTERPRETACIÓN: RNPT POR DEBAJO DE LA PERCENTIL 10%

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: 35.5 SDG VALORADO (20-OCTUBRE-2011)

METODO BALLARD (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 popliteo	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 Puntos Sem.
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	10 28
Oído	Aplanado, permanente, doblado	Borde levemente curvo y suave, recuperación lenta	Borde curvo suave, de fácil recuperación	Formado, firme, recuperación instantánea	Cartilago grueso firme	15 30
Genitales ♂	Escroto vacío sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo, rugosidades completas	20 32
Genitales ♀	Clitoris prominente y labios menores		Labios mayores y menores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos	25 34
						30 36
						35 38
						40 40
						45 42
						50 44

INTERPRETACIÓN: _____
PUNTOS 29

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	-
	BRONCO DISPLASIA PULMONAR	-
	CARDIOVASCULAR	CARDIOPATÍAS ACIANOGENAS
GÁSTRICO	CARDIOPATÍAS CIANOGENAS	-
	ARRITMIAS	-
	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	-
	ATRESIA DUODENAL	-
	ATRESIA ESOFÁGICA	-
	GASTROQUISIS	-
	ONFALOCLISIS	-
	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	-
	HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL PÍLORO	-
	COLELITIASIS	-
	ANO IMPERFORADO	-
MALFORMACIONES ANORECTALES	-	
	ANEMIA	-

HEMATOLÓGICO	HIPERBILIRRUBINEMIA	-
	POLIGLOBULIA	-
	ERITROBLASTOSIS	-
	PLAQUETOPENIA	-
	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR ISOINMUNIZACIÓN	-
APARATO NEUROLÓGICO	CAPUT SUCCEDANEUM	-
	CEFALHEMATOMA	-
	HEMORRAGIA INTERVENTRICULAR	-
	CONVULSIONES	-
	HIDROCEFALIA	-
	DEFECTOS DEL CIERRE DEL TUBO NEURAL	-
	ESPINA BÍFIDA	-
	MICROCEFALIA	-
	ANENCEFALIA	-
ALTERACIONES METABÓLICAS	HIPERGLUCEMIA	-
	HIPOGLUCEMIA	-
	HIPERPOTASEMIA	-
	HIPOPOTASEMIA	-
	HIPONATREMIA	-
	HIPERNATREMIA	-
ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS	HIPERPOTASEMIA	-
	HIPOTASEMIA	-
	BICARBONATO	-
TRASTORNOS MUSCOLOESQUELÉTICOS	LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL	-
	PIE EQUINOVARO	-
	DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA	-
	POLIDACTILIA	-
	ESCOLIOSIS CONGÉNITA	-
	ONTOGÉNESIS IMPERFECTA	-
INFECTOLOGÍA	FRACTURAS Y LESIONES	-
	NEUMONÍA	-
	SEPTICEMIA	-
	ENDOCARDITIS INFECCIOSA NEONATAL	-
	MENINGITIS BACTERIANA	-
	OTITIS MEDIA	-
	HIV	-
	CONJUNTIVITIS	-
DERMATOLOGÍA	HEMANGIOMAS	-
	DERMATITIS ATÓPICA	-
	DERMATITIS SEBORREICA	-
	DERMATITIS DE PAÑAL	-
	ERITEMA TÓXICO	-
	ACRODERMATITIS	-
UROLOGÍA	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	--
	ENFERMEDAD POLIQUISTICA RENAL	-
	RIÑÓN UNICO	-
OFTALMOLOGÍA	ROT	-
	CONJUNTIVITIS	-
	RETINOBLASTOMA	-
	DACRIOCISTITIS	-
	QUERATITIS	-

RIESGO: BAJO

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	156	144	156	158	158
RITMO CARDIACO (REGULAR, IRREGULAR, ARRITMIA)	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR	REGULAR SE AUSCULTA SOPLO
FRECUENCIA RESPIRATORIA	52	48	59	56	43
RUIDO RESPIRATORIO (ESPECIFICAR)					
TEMPERATURA CORPORAL	36.5	37	36.6	37.1	37.1
TEMPERATURA INCUBADORA O CUNA	34.2	33	34.2	34.2	34.2
TENSIÓN ARTERIAL	-	-	-	-	-
OXÍMETRIA DE PULSO	-	-	-	-	-
LLENADO CAPILAR	2"	2"	2"	2"	2"

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

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

RESULTADOS

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

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
0	0	0	0	0

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

1.2.- FASE DE VENTILACIÓN

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

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS (NO SE TOMA)

PARÁMETROS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PH					
PCO2					
PO2					
HCO3					
% SATURACIÓN O2					
INTERPRETACIÓN					

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

1.-BIENESTAR EN EL REQUISITO DE MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE M/P SILVERMAN ANDERSON DE CERO, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES, FRECUENCIA CARDIACA.156 LAT.XMIN. FRECUENCIA RESPIRATORIA 52 RESP.XMIN TEMPERATURA 36.5°C PERMEABILIDAD NASAL Y CAMPOS PULMONARES VENTILADOS CON SOPLO GRADO 2 TENUE SIN DATOS DE REPERCUSIÓN HEMODINÀMICA O PULSOS SALTONES Y LLENADO CAPILAR DE 2 SEGUNDOS.

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

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÈTRICA	X		
	INTEGRA	X		
	ÛVULA CENTRAL	X		
MUCOSAS	HÍDRATADAS	X		
	ROSADAS	X		
	SECAS	-	X	
	INTEGRAS	X		
LENGUA	TAMAÑO	NORMAL		
	INTEGRA	X		
	ROSADA	X		
	FRENILLO	-	X	
PALADAR	INTEGRO	X		
	ROSADO	X		
	PERLAS DE EPSTEIN	-		
ENCIAS	INTREGRA	X		
	ROSADA	X		
	DIENTES	-	X	
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL	24		
	BLANDO/DEPRESIBLE	X		
	DISTENDIDO/DURO	-	X	PARA EL DÍA SE ENCUENTRA CON DISTENSIÓN
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES	X		
	PERISTALSIS	X		
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO	X		CON ONFALOCLISIS, SE RETIRA (19 -OCTUBRE)
	ARETIAS 2	-		
	VENAS 1	-		
	MONIFICADO	-		
	ERITEMATOSO		X	
	HERNIADO		X	
PIEL	TURGENTE	X		
	HIDRATADA	X		
	HUMEDA	X		
FONTANELAS	NORMOTENSA	X		
	ABOMBADA			
	DEPRIMIDA			
	TENSA			

A) INGRESO

INGRESOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
VIA ENTERAL 1) SENO MATERNO 2) FORMULA (ESPECIFICAR)	2) EP1(ENFAMIL) 17ML	2) EP1 17 ML	2)EP1(ENFAMIL) 21ML+ LH incremento 1ml x toma a llegar a 23 ml	LH O EP1 23ML A las 12 hrs incrementa 25ml	EP1 28 ML + LH
VIA DE ADMON 1)SUCCIÓN 2)SOG 3)OTROS (ESPECIFICAR)	2) SOG	2) SOG	2) SOG	2) SOG	2) SOG
VIA PARENTERAL 1)NPT 2)SOLUCION BASE 3)SOLUCION PARA MANTENER VIA PERMEABLE	2)GLUC.10%24ML NA .4ML KCL .4 GLUC. CA .8 P/24HRS.	2)GLUC.10% 24ML NA .4ML KCL .4 GLUC. CA .8 P/24HRS.	2) GLUCOSA 10%PARA 24 HORAS I: 9 HRS.A.M. T: 9HRS.	SUSPENDEN SOLUCIONES	SUSPENDEN SOLUCIONES
Kcal POR DÍA	49.86 kcal	49.86KCal	65.27 kcal	71.40 kcal	78.84kcal
LIQUIDOS TOTALES	126mlkdía	126 mlkdía	137-150 mlkdía	164mlkdía	178mlkdía
LIQUIDOS REALES	134.66	134.6	168.03ml	162.29	179.2
BALANCE					

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PESO	1,200	1,200	1,220	1,220	1,250
TALLA					
INCREMENTO PONDERAL	-	-	20gr	-	30gr
GLICEMIA CAPILAR	98mg	93mg	80mg	85mg	88mg
GLICEMIA CENTRAL	-	-	-	-	-

TERAPIA TRANSFUNCIONAL

FECHA	TIPO UNIDAD	CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÓN	EFFECTOS ADVERSOS

F) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- PATRÓN DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ R/C LA INCAPACIDAD PARA COORDINAR LOS REFLEJOS DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN M/P SUCCIÓN LENTA Y DEGLUCIÓN DÉBIL

4.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

4.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión (LENTO) deglución (DÉBIL) búsqueda (-) moro (X) tónico cuello (-)

enderezamiento del tronco (X) puntos cardinales (-) Arrastre (-)

inervación del tronco (X) presión plantar (X) presión palmar (X) babinsky(X)

4.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontánea a excepción de los sobresaltos	X	X		X	
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión			X		
ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de los párpados, expresión aturdida					X
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el 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					

SE LLEVA A CABO DE 10 A 11 A.M. PERO ES LA HORA DE VISITA

4.3.- 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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA ESTABILIDAD ESTRÉS	AUTONOMO ESTABLE	AUTONOMO ESTABLE	MOTOR ESTABLE	AUTONOMO ESTABLE	MOTOR ESTABLE

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

1.-BIENESTAR EN EL REQUISITO DEL MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO M/P ESTABILIDAD SIN DATOS DE ESTRÉS.

5.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

PARAMETRO		SI	NO	COMENTARIO
GENITALES FEMENINOS	INTEGRO	X		
	LABIOS MAYORES	X		LOS MAYORES NO CUBREN A LOS MENORES
	LABIOS MENORES	X		
	MEATO URINARIO	X		
	PRESENCIA DE SECRECIÓN		X	
GENITALES MASCULINOS	ESCROTO	-		
	PREPUCIO	-		
	TESTICULOS	-		
	MEATO URETRAL	-		
ANO	PERMEABLE	X		
	CENTRAL	X		
	FISTULAS		X	
GLUTEOS	INTEGROS	X		
	SIMETRICOS	X		
	PLIEGUES PRESENTES	X		

5.1.- EGRESOS

ELIMINACIÓN URINARIA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA	X	X	X	X	X
FORZADA (ESPECIFICAR)	NO	NO	NO	NO	NO
CANTIDAD ml/hr	3.4	3.6	4.3	5	7
COLOR	AMARILLO CLARO				
OLOR					
DENSIDAD	-	-	1,005	-	1,010

ELIMINACION FECAL

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA	X	X	XX	X	X
FORZADA (ESPECIFICAR)	NO	NO	NO	NO	SI E.R.
ESTOMAS	-	-	-	-	-
CANTIDAD grs/ turno	35	35	15	10	20
OLOR					
CARACTERISTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)	AMARILLO GRUMOSO	AMARILLO GRUMOSOS	AMARILLO GRUMOSO	AMARILLO GRUMOSO	AMARILLO GRUMOSO

DRENES

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

PESO CORPORAL	PÈRDIDAS INSENSIBLES DE AGUA (ml/kg/día)		V A L O R A C I O N	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	EN CUNA RADIANTE	EN INCUBADORA						
<1,000	100-150	75-100						
1,000-1.500	75-100	50		60	60	61	61	62.5
1.500-2.000	50	25-50						
>2.000	50	25-50						

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

1.- RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C LA FÓRMULA ESPECIAL PARA PREMATURO Y LA INMADUREZ DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL.

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

6.1.- NEONATO: PLANEADO SI () NO (X) DESEADO () ACEPTADO (X)

6.2.- RECIBE VISITA MATERNA: SI

6.3.- PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO: SI

6.4.- APEGO MATERNO: SI

6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: NO

6.6.- RECIBE ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: NO

REGISTRO DE METODO DE MAMA CANGURO

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

ELABORO: E.E.N ARACELI MARTINEZ CLEMENTE

6.7.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 1.-

DETERIODO DEL VÍNCULO MATERNO R/C SEPARACIÓN TEMPRANA DE MADRE-HIJO M/P NEONATO HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE PREMATUROS

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 (X) NO ()

¿POR QUÉ? POR SER PREMATURO ESTA EXPUESTO A CAIDAS, INFECCIONES NOSOCOMIALES, MULTIPUNCIONES PARA TOMA DE LABORATORIOS, NO SER VIGILADO ESTRECHAMENTE POR SER PREMATURO TARDÍO.

7.2.- LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO

SI () NO(X) Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: EL NO SABER QUE HACER CUANDO EL NEONATO DEJE DE RESPIRAR.

7.3.- CARACTERISTICAS AMBIENTALES: LA LUZ DE LA LAMPARA DA DIRECTAMENTE A LNEONATO, ELNIVEL DE DECIBELES ES ALTO. EXISTE FAUNA NOCIVA CERCA DE LAS INCUBADORAS.

7.4.- PREPARACIÒN DEL AMBIENTE: _____

7.5.- VALORACIONES DEL DOLOR

CRIES

C-LLANTO (CRYING), R REQUERIMIENTO DE O2, I- INCREMENTO DE S.V., E- EXPRESIÒN S-SUEÑO

PARAMETROS	0	1	2
Llanto	No	Agudo	Inconsolable
Requerimiento de oxigeno	No	>30%	>30%
Aumento de las constantes vitales (FC, T/A)	Ninguno	>20%	>20%
Expresiòn 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
Expresiòn 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
Presiòn arterial	Basal	10 mm incremento	>10% incremento
Patròn respiratorio	Basal	Respiraciòn periòdica	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
Gráfica	Edad gestacional	≥36	32 a <36 sem	28 a 32 sem	≤28 sem
Observar al niño 15"	Comportamiento	Activo/desperto ojos abiertos mov. faciales.	Quieto/desperto ojos abiertos, no mov. faciales.	Activo/dormido, ojos cerrados, mov. faciales.	Quieto/dormido, ojos cerrados no mov. faciales.
Observar al niño 30"	FC máx. Sat O ₂ 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 nasolabial	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	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Escala utilizada	PPIP	PPIP	PPIP	PPIP	PPIP
Puntuación	6	6	5	5	6
Medida emprendida para control del dolor					
Resultado					

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

1.-RIESGO DE INFECCIÓN R/C EXPOSICIÓN AMBIENTAL A AGENTES PATÓGENOS CERCA DE LA INCUBADORA DEL NEONATO.

2.-RIESGO DE ALTERACIÓN DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C ESTÍMULOS EXTERNOS

.8-. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

8.1.- HIGIENE

INTERVENCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
BAÑO DE ESPONJA		X		X	
BAÑO PARCIAL	X		X		X
ASEO DE CAVIDADES	X	X	X	X	X
ADICTAMENTOS UTILIZADOS	JABON NEUTRO	TORUNDA, APOSITO	VASELINA		

8.2.-SEGURIDAD Y PROTECCION

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BARRERA PRIMARIA: CATETERES: TIPO LOCALIZACIÓN	CATETER UMBILIAL 1 LUMEN	CATETER UMBILICAL 1 LUMEN	CATETER UMBILICAL 1 LUMEN (SE RETIRA T.N.)	-	-
BARRERA SECUNDARIA: LABORATORIOS BH INMUNOGLOBULINAS	-	-	-	-	-
FACTORES AMBIENTALES: LUZ RUIDO	si	si	si	si	si
RIESGO DE CAIDAS	Si	si	si	si	Si
RIESGO DE INFECCION	si	si	si	si	si

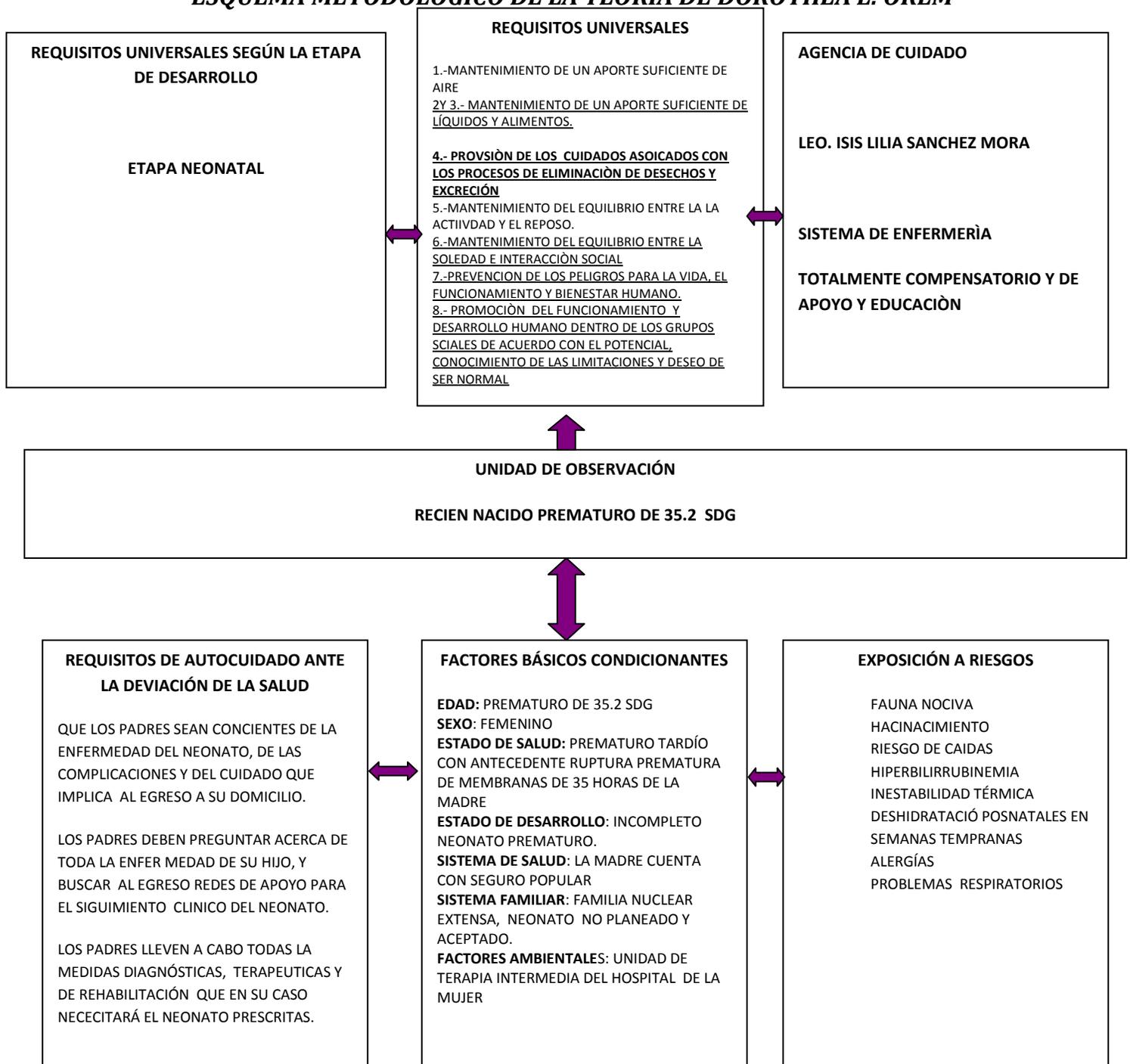
8.3.- INDICADORES DE CALIDAD

INDICADOR DE CALIDAD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1.- "Ministración de medicamentos por vía oral"(2003)	-	-	-	-	-
2.- "Vigilancia y control de venoclisis instalada"(2003)	X	X	X	X	X
3.- "Trato digno por enfermería"(2003)	-	-	-	-	-
4.- "Prevención de úlceras por presión"(2006)	-	-	-	-	-
5.- "Prevención de caídas en pacientes hospitalizados"(2006)	x	x	x	x	x
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)	-	-	-	-	-

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

1.- CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DE LOS PADRES R/C FALTA DE CONOCIMIENTOS DE LOS SIGNOS DE ALARMA DEL NEONATO M/P ESTRÉS Y VERBALIZACIÓN DEL PROBLEMA.

ESQUEMA METODOLÒGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
CICLO ESCOLAR 2012 – 1
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO



NOMBRE: ISIS LILIA SANCHEZ MORA

FECHA: 21 OCTUBRE 2011

REQUISITO:

NOMBRE DEL PACIENTE: H. G.REGISTRO: 488832

DIAGNÓSTICO MÉDICO: RNPT 35.4 SDGC, PBEG. RCIU, CYD

HABITUS EXTERIOR:

Neonato femenino que se encuentra en incubadora isoterm con humedad al 40% con temperatura en incubadora programada a 34.2°C, con edad igual a la cronológica, en posición decúbito ventral, actitud libre escogida, facies de tranquilidad, de constitución delgada, en nido de contención, con sábanas limpias, vestido solo con pañal.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

OBSERVACIÓN, PALPACIÓN, AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN

Neonato pretérmino que se encuentra en decúbito ventral, bajo sueño fisiológico con signos de estabilidad, respiración tranquila y regular, con modulación de postura y tono, actividad mano boca, con tinte icterico valorado con zona de fijación kramer III. Fontanela anterior bregmática ligeramente amplia normotensa, posterior triangular, con edema bipalpebral, narinas permeables, mucosas orales hidratadas cuello simétrico, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos, el día 21 de octubre se ausculta soplo muy tenue, por lo que se avisa a médico de guardia, no se palpan pulsos saltones, no se observa precordio hiperdinámico, abdomen blando depresible a la palpación con dibujo de asa intestinal, peristalsis audible, con catéter umbilical 1 lumen el cual se retira si n problema el día 19-octubre -2011, genitales externos labios mayores no cubren a los menores, ano central, alimentación con sog # 32 con buena tolerancia con residuo gástrico 2ml se realiza lavado gástrico extrayendo alimento digerido con sangre vieja hasta negativizar, requiere de una estimulación rectal la cual fue positiva. Con características de la evacuación amarillas grumosas, recibe visita solamente materna en la mañana, la cual le habla y toca al neonato pero sin contacto piel-piel, se coloca aislamiento a incubadora para disminuir estímulos de luz directa.



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo: Hacia Guadalupe Hernandez Guzman
otorgo mi consentimiento para que el
Licenciado en enfermería Isis lilia Sanchez Mora
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 19 del mes de Octubre del 2011

AUTORIZO: Hacia Guadalupe Hernandez Guzman N° Cipe: H6 N° Cpe: H-6

S. Martha Nelly Mercado Ramos

TESTIGO

Hernando Sanchez Castillo

TESTIGO

AUTORIZADO POR TUTOR CLÍNICO: Laura Alvarez Alcega

➤ **SUENO:**

- ✓ Mami yo duermo mucho durante el día, entre 18 y 22 horas.
- ✓ Debes evitar que me molesten con ruidos y luces brillantes.



➤ **EJERCICIO, AIRE, SOL:**

- ✓ Déjame mover los brazos y piernas.
- ✓ El aire fresco me ayuda a adaptarme a los cambios de temperatura.
- ✓ La luz del sol me ayuda a aprovechar la vitamina D.
- ✓ Protege mis ojitos de la luz directa del sol y cubre mi cabeza si voy a estar expuesto por algún período de tiempo.

➤ **MI CUARTO:**

- ✓ Sitio limpio,
- ✓ Cómodo
- ✓ Bien resguardado



➤ **MI ALIMENTACIÓN:** mami la mejor leche para mi es la **LECHE MATERNA**, pues me da:

- ✓ Protección contra enfermedades
- ✓ Alimento calentito y limpio
- ✓ Y no gastas dinero porque es gratis
- ✓ Solo acuérdate que debo comer cada 3 horas.



RECUERDA MAMI:

MI CUIDADO Y SALUD DEPENDEN DE TI



ELABORADO POR:

4a GENERACION DE POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO SEDE I.N.P.

➤ **MI HIGIENE Y CUIDADOS DE MI PIEL:**

- ✓ Mi baño debe ser cada tercer día con una esponja suave y jabón hipoalérgico (neutro) para que no irrite mi piel.
- ✓ Si no me bañas solo cambia mi ropa.
- ✓ Debes cambiar mi pañal cada que sea necesario y si lo amerita ponme una crema protectora para no rosarme.



➤ **MI OMBLIGO:**

- ✓ Debes lavarlos con agua y jabón cuando me bañes, no me pongas talco, alcohol u otras cosas porque me puedes dañar.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR



➤ **MI ROPA:**

- ✓ Deberá ser delicada, cómoda, liviana y fácil de poner y quitar.
- ✓ Debes lavarla con jabón o detergente neutro, no irritante.



➤ **COMO TOMARME EN BRAZOS:**

Mis músculos del cuello son muy débiles. Por eso, debes sostenerme la cabeza y la espalda, con cuidado, y déjame mover mis brazos y piernas



Cuidame

- ✓ 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 hipoalérgica.
- ✗ 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 RECIEN NACIDO PREMATURO

Mama cuidame

Vigila que respire normal

- ✗ Que no respire rápido.
- ✗ Que no se me hundan las costillas.
- ✗ Que no me queje cuando respiro.



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.



Vigila que haga pipi y popo

- ✓ Hago pipi y popo después de comer.



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 bebé 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 esta 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 consulté 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 periodo 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 de cuidar mas a mi bebé 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



Via 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 se recomienda:

- No dar aspirina.
- Si el brazo o pierna esta caliente rojo o inflamado colocar una toalla fresca sobre la parte de dolor no aplicar medicamentos.
- Checar la temperatura, de haber fiebre dar un baño con agua tibia.
- colocar ropa cómoda.
- Continuar su alimentación normal.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
CICLO ESCOLAR 2012 - 1
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO

VACUNAS



Asegúrate que tu hijo tenga las mismas oportunidades que los demás.

Al vacunarlo contra las enfermedades prevenibles, le estas garantizando el mejor comienzo de

¿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	DOSIJE	EDAD Y FRECUENCIA	ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN
B, C, G	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPT+VPI+HB	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMIELITE 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	DOSIJE	EDAD Y FRECUENCIA	ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN
NEUMOCOCCA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		OTRAS		
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL NASTA LOS 25 MESES	
SRP	SARAMPION RUBOLA PARDINHTIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPION Y RUBOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				

APENDICE B (Normativo)
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR

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

EVALUACION DE LA FUNCION RESPIRATORIA - 10º minuto (SILVERMAN-ANDERSEN)				
PARAMETROS	CERO	UNO	DOS	
MOV. TORACO-ABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOC. TORACO-ABDOM.	
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO	
RETRACCION XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA	
ALETEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO	
QUEJIDO ESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ACENTUADO Y CONSTANTE	
FRECUENCIA RESPIRATORIA				<input type="text"/>
PUNTAJE TOTAL				<input type="text"/>

APENDICE C (Normativo)

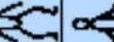
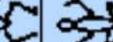
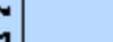
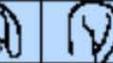
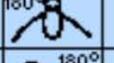
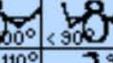
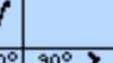
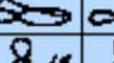
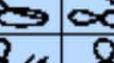
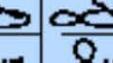
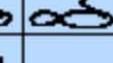
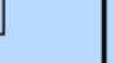
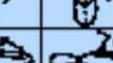
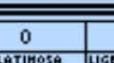
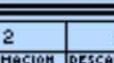
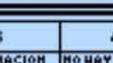
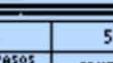
EDAD GESTACIONAL

SOMATICO Y NEUROLOGICO	K=204 días	FORMA DEL PEZON.	Pezón apenas visible. No se visualiza Areola. 0	Pezón bien definido Areola. 0.75 cm. 5	Areola bien definida. No sobresaliente. 0.75 cm. 10	Areola sobresaliente. 0.75 cm. 15	
		TEXTURA DE LA PIEL.	Muy fina Gelatinosa. 0	Fina y Lisa. 5	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial. 10	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial. 18	Gruesa y Apergaminada 22
		FORMA DE LA OREJA.	Plana y sin forma. 0	Inicio engrosamiento del borde. 5	Engrosamiento Incompleto sobre mitad anterior. 10	Engrosada e incurvada totalmente. 24	
		TAMAÑO DEL TEJIDO MAMARIO.	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm. 5	Diámetro 0.5-1.0 cm. 10	Diámetro > 1.0 cm. 15	
		PLIEGUES PLANTARES.	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior. 10	Surcos sobre mitad anterior. 15	Surcos profundos que sobresalen 1/2 anterior. 20
		SIGNO: "DE LA BUFANDA"	 0	 6	 12	 18	
K=200 días	SIGNO: "CABEZA EN GOTA".	 0	 4	 8	 12		

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR LA EDAD GESTACIONAL

APENDICE C (Normativo)

VALORACION FISICO - NEUROLOGICA

		0	1	2	3	4	5
MADUREZ NEURO MUSCULAR	POSTURA						
	ANGULO DE LA MUÑECA	 30°	 60°	 45°	 30°	 0°	
	ANGULO DEL CODO	 180°		 100°	 90°	 < 30°	
	ANGULO PLOPILEO	 180°	 160°	 130°	 110°	 30°	 30°
	SIGNO DE LA BUFANDA						
	TALON OREJA						
MADUREZ FISICA	PIEL	GELATINOSA ROJA TRANSPARENTE	LIGERAMENTE ROSADA VENAS VISIBLES	DESCAMACION SUPERFICIAL POCAS VENAS	DESCAMACION AREAS PALIDAS VENAS RARAS	NO HAY VASOS PLIEGUES PROFUNDOS	GRUESA RUGOSA
	LANUGO	NO HAY	ABUNDANTE	ADELGAZADO	AREAS SIN LANUGO	MUY ESCASO	
	PLIEGUES PLANTARES	NO HAY	MARCAS ROJAS TENUES	PLIEGUE ANTERIOR TRANSVERSO UNICO	PLIEGUES EN 2/3 ANT.	PLIEGUES EN TODA LA PLANTA	
	MAMAS	LIGERAMENTE PERCEPTIBLES	AREOLA PLANA SIN PEZON	AREOLA LEVANTADA 1-2 mm DE PEZON	AREOLA LEVANTADA 3-4 mm DE PEZON	AREOLA COMPLETA 5-18 mm DE PEZON	
	OIDO	APLANADO PERMANENTE DOBLADO	BORDE LIGERAMENTE CURVO, SUAVE RECUP. LENTA	BORDE CURVO SUAVE DE FACIL RECUPERACION	FORMADO FIRME RECUPERACION INSTANTANEA	CARTILAGO GRUESO FIRME	
	GENITALES	ESCROTO VACIO SIN ARRUGAS		TESTICULOS DESCENDIDOS POCAS RUGOSIDAD	TESTICULOS DESCENDIDOS MUCHAS RUGOSIDAD	TESTICULOS EN PENDULO RUGOSIDADES COMPLETAS	
	GENITALES	CLITORIS Y LABIOS MEJORES PROMINENTES		LABIOS MAYORES Y MENORES IGUALES	LABIOS MAYORES MAS GRANDES	CLITORIS Y LABIOS MEJORES CUBIERTOS	
							ESCALA DE MADUREZ
							CA LI FI CA CION
							5 26
							10 28
							15 30
							20 32
							25 34
							30 36
							35 38
							40 40
							45 42
							50 44

FUENTE: BALLARD

