



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



Caso Clínico

Neonato de 35.5 SDG, con Alteración del Requisito Prevención de Peligros para la Vida el Funcionamiento y Bienestar Humano secundario a Prematurez.

Que para obtener el grado de
Especialista en Enfermería neonatal

Presenta

LIC. ENF. CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ

ASESORA:

LAURA ALVAREZ GALLARDO



FECHA: JUNIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	4
II.	OBJETIVOS	6
	2.1 OBJETIVO GENERAL	6
	2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	6
III.	METODOLOGÍA.....	7
IV.	SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO.....	8
	4.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	8
	4.2 MOTIVO DE CONSULTA	8
	4.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO	8
	4.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS	8
	4.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS.....	9
	4.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.....	9
	4.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	9
	4.8 MAPA FAMILIAR	9
	4.9 DINÁMICA FAMILIAR	10
V.	FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO.....	11
	5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS REALIZADOS.....	11
	5.2 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERÍA.....	16
	5.3 TEORIA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO	29
	5.4 METODO ENFERMERO	40
	5.5 RELACION DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORIA DE DOROTEA E. OREM.....	50
	5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50

5.7 DAÑOS A LA SALUD	68
VI. APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO	77
6.1 ESQUEMA METODOLOGICO.....	77
6.2 FICHA DE IDENTIFICACION	78
6.3 MOTIVO DE INGRESO.....	78
6.4 FACTORES	BASICOS
CONDICIONANTE.....	78
6.5 VALORACIÓN POR REQUISITOS.....	79
6.6 VALORACIÓN POR REQUISITOS DEL DESARROLLO.....	83
6.7 VALORACION POR REQUISITOS DESVIACIÓN DE LA SALUD...	83
6.8 REQUISITOS UNIVERSALES	84
6.9 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO....	85
6.10 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS	91
VII. PLAN DE ALTA	108
VIII. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	117
IX. BIBLIOGRAFIA.....	118
ANEXOS.....	120

I.- INTRODUCCIÓN

El presente caso clínico trata de un neonato de 35.5 semanas de gestación al que se le realizó el proceso de atención de enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem.

El proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método por el cual se analiza al individuo, familia o comunidad, incluyendo su entorno, de manera ordenada y sistematizada, en el que se deben de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Es importante la aplicación del Proceso de enfermería (PAE) ya que este nos permite fomentar la relación enfermera-paciente-familia, identificando el estado de salud de la persona, identificar problemas de salud reales o potenciales y también nos permite establecer planes destinados a satisfacer las necesidades del paciente y familia, así como también proporcionar intervenciones de enfermería específicas.

Al hablar de cuidados de enfermería nos referimos al cuidado humano, como profesionales de enfermería conocemos que una de sus teorizantes en su modelo trae consigo un aire de renovación al mundo enfermero al sustentar el carácter humanitario del cuidado, basado fuertemente en el desarrollo emocional del profesional y en su capacidad para entender al otro como un ente separado de sí y como a través de la relación que surge entre los dos se puede generar una fuerza desarrollada, tanto del terapeuta como del paciente.

El principal objetivo de enfermería es el de elaborar un plan de cuidado integral e individualizado en función de las necesidades que aparezcan a corto, medio y largo plazo del neonato y de su familia para conseguir un grado de recuperación óptimo. Es por ello que se debe aplicar el PAE con todas sus etapas, para lograr obtener una valoración del estado de salud del paciente y abordar aquellas situaciones que el personal de enfermería pueda solventar o minimizar de manera efectiva.¹

La Prematurez es un problema de salud, que enfrenta tanto el obstetra como el neonatólogo y naturalmente es una situación aflictiva en extremo para los padres. Los avances producidos en la ciencia médica y el desarrollo de un complejo sistema de servicios de alta tecnología han generado un incremento en la supervivencia de niños prematuros, sin embargo aún con los esfuerzos más heroicos para que se salve la vida de estos y se evite retraso e incapacidad en el desarrollo, la mortalidad es alta, salvo que los padres se integren al equipo de cuidados que permite además de una relación afectiva con el bebé la adquisición de habilidades y destrezas al respecto.

En México la incidencia de Prematurez es de 48 por cada 1000 nacidos vivos y contribuyen directa e indirectamente en 25% a 35% de la mortalidad neonatal, los

¹ Medina, X. 2. Padilla, R.; 3. Sanmiguel, F. Enfermería , Pediatría y Neonatología , Artículos. Publicado: 15/12/2011
Recuperado 03 de enero 2012. Disponible en: www.cochrane.org

prematuros extremos ocupan 4.6%. La Prematurez tiene una causalidad múltiple, accidental e impredecible, pero estrechamente relacionada con condiciones socio económico desfavorable, tabaquismo, trabajo extenuante, condición madre trabajadora, y algunas afecciones uterinas entre otras. De las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales relacionadas con la gestante, las de mayor peso son: ingreso familiar insuficiente, escolaridad baja, inoportunidad en la atención médica y escasa o nula educación para la salud.

El incremento de riesgo para el neonato se debe principalmente a la inmadurez anatómica y funcional de diversos órganos, algunos de los ejemplos más importantes son: reflejo débil de succión, deglución y tusígeno que originan dificultad para comer y peligro de aspiración; tórax blando e inmadurez pulmonar que produce hipoventilación, hipoxia, acidosis respiratoria y metabólica, dificultad para mantener la temperatura corporal, mayor susceptibilidad a infecciones, depósitos limitados de hierro, capacidad limitada para excretar solutos en orina, estancia hospitalaria prolongada, etc.²

Todo ello repercute a corto y mediano plazo en el primer año de vida.

Una vez conocida la patología se realizó la valoración general del neonato mediante el proceso de atención de enfermería, se apoyo en la teoría de Dorothea Orem; Orem hace referencia a unas teorías, entre las cuales está la teoría del déficit del autocuidado, donde se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, como por ejemplo, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su estado de salud y hace referencia a la teoría de los sistemas de enfermería ; mediante la utilización de este modelo se puede emprender un mejor abordaje del paciente de este caso clínico.

² Félix, M. Rebeca, R. Alvarado, B. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

II OBJETIVOS

2.1.- Objetivo general.

- Realizar el estudio de caso clínico para obtener el grado de especialista Neonatal, basado en la teoría de Orem a un neonato elegido en el Hospital de la Mujer con diagnóstico de recién nacido prematuro de 35 semanas de gestación.

2.2.- Objetivos Específicos

- Aplicar el proceso de Enfermería en el neonato elegido para el caso clínico.
- Aplicar la valoración de Enfermería basado en la teoría de Dorothea Orem.
- Identificar demandas de autocuidado del neonato en estudio.
- Realizar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los requisitos alterados.
- Planear los cuidados especializados de enfermería, encaminados al cuidado del neonato.
- Evaluar los resultados de los cuidados proporcionados al neonato.

III METODOLOGIA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se realizó la selección de un paciente entre 28 Neonatos del servicio de crecimiento y desarrollo en el Hospital de la Mujer, solicitando posteriormente la autorización a la madre para recabar información relacionada con su hijo, dándole la explicación del estudio relacionado y se hizo la autorización por escrito mediante el consentimiento informado. Se aplicó la guía de valoración de Enfermería del Neonato .Se realiza la entrevista con el familiar para la obtención de datos importantes del neonato por aparatos y sistemas, de igual manera se prosiguió a la exploración física del neonato, prosiguiendo con la valoración del neonato basado en la teoría de Orem , encontrando los requisitos alterados para continuar con la formulación de los diagnósticos de enfermería

ELECCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL CASO.		10-22 DE OCTUBRE DEL 2011
APLICACIÓN DE GUIA DE VALORACIÓN.		24 DE OCT AL 11 DE NOVIEMBRE DEL 2011
ELABORACIÓN DE DIAGNOSTICO E INTERVENCIONES.		14 DE NOV AL 02 DE DICIEMBRE
ENTREVISTA AL FAMILIAR.		15 y 16 DE NOVIEMBRE
RECOLECCIÓN DE DATOS (EXPEDIENTE CLINICO).		15,16,17 DE NOVIEMBRE
IMPLEMENTACIÓN PLAN DE CUIDADOS		17 DE NOVIEMBRE
APLICACIÓN DEL PLAN DE ALTA.		17-20 DE NOVIEMBRE
EVALUACIÓN.		20 DE NOVIEMBRE

IV SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO

4.1.- Ficha de identificación

Nombre: Hernández Sánchez Recién nacido

Sexo: Masculino.

Fecha de Nacimiento: 14 de noviembre del 2011

Hora de Nacimiento: 15:38 **Lugar de Nacimiento:** México Distrito Federal

Registro: 490429

Peso: 1890 kg

Talla: 49 cm

Edad gestacional: 35.5 SDG **Tipo de parto:** eutócico

Unidad hospitalaria: Hospital de la Mujer

4.2.- Motivo de consulta

Neonato de 35.5 semanas de gestación que se encuentra en el servicio de crecimiento y desarrollo para incremento ponderal de peso y corrección de semanas de gestación.

4.3.- Descripción del caso

Neonato masculino, que nació el día 14 de noviembre del 2011, por parto fisiológico, liquido amniótico claro, llora y respira al nacer, es colocado bajo una fuente de calor radiante para evitar perdida de calor y realizar maniobras de reanimación básicas; respondiendo adecuadamente a estas, a los 30 segundos de vida con frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos, al minuto Apgar de 8, se continúan con cuidados mediatos de la reanimación, se pinza cordón umbilical, profilaxis oftálmica, vitamina k intramuscular 1 miligramo, a los 5 minutos Apgar de 9, Silverman de 0, Capurro 35 semanas de gestación.

Es trasladado al servicio de crecimiento y desarrollo para la corrección de semanas de gestación y incremento ponderal de peso.

4.4.- Antecedentes familiares no patológicos.

Interrogatorio Directo.

La madre refiere que habita en área urbana, en una vivienda (departamento) construida de concreto, tabique y cemento, la cual cuenta con 2 habitaciones para dormir, un baño, adecuada iluminación y los servicios de agua, drenaje, alumbrado público y pavimentación.

Habitan 2 personas, fauna nociva 1 perro, este tiene aplicadas todas sus vacunas y fue desparasitado.

4.5.- Antecedentes familiares patológicos.

La madre refiere haber presentado durante el primer trimestre del embarazo complicaciones como:

- Colesistitis la cual fue tratada con dieta (no Colecistoquineticos), respondiendo adecuadamente a este tratamiento.
- Infección de Vías urinarias en el primer trimestre del embarazo tratado con Metronidazol (óvulos vaginales) durante 7 días cada 24 horas e Indometacina (óvulos rectales) 3 días cada 24 horas.

4.6.- Antecedentes personales no patológicos.

Producto que nace por vía vaginal, obteniendo un apgar 7/9, silverman 2, cruzando su transición sin complicaciones y es traslado al servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital de la Mujer.

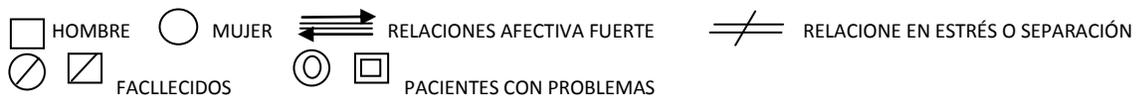
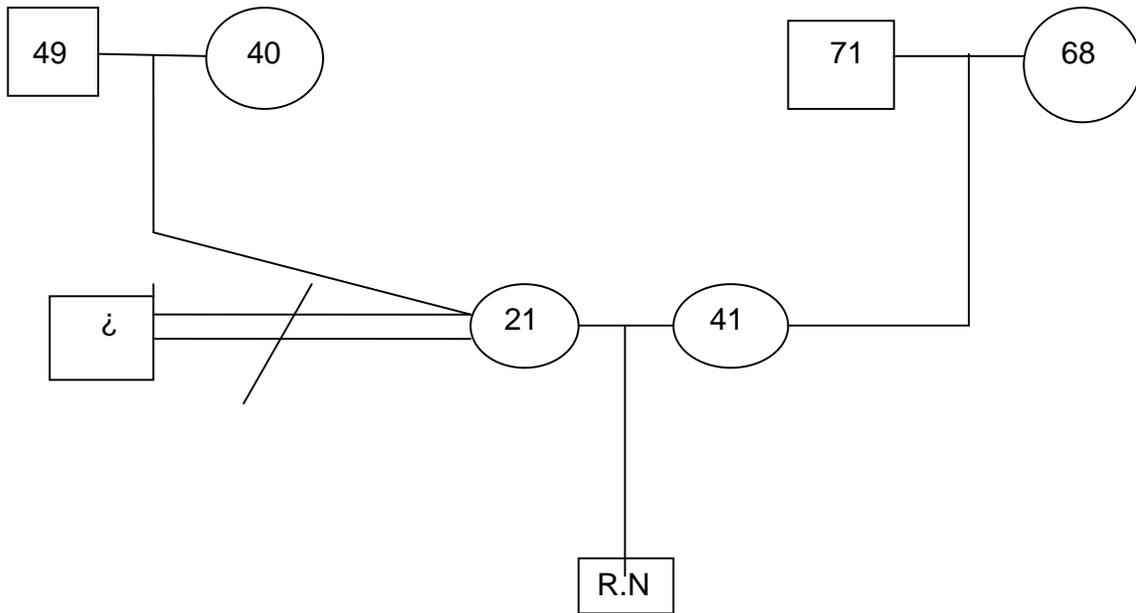
4.7.- Antecedentes personales patológicos

Neonato masculino que nace por vía vaginal, ruptura prematuras de membranas a las 35 semanas de gestación iniciando trabajo de parto espontaneo. Se realiza valoración neonatal de enfermería por la Prematurez del neonato y las posibles complicaciones que trae el nacimiento prematuro del neonato.

Prematurez

4.8 Mapa familiar.

NOMBRE	EDAD	OCUPACIÓN
HERNANDEZ SANCHEZ TANIA VANESSA	21	HOGAR
NORA ALEJANDRA DE LA CERDA MEDINA	41	QUIMICA



4.9.- Dinámica familiar.

Familia conformada por pareja del mismo sexo (femenino), desintegrada, que vive en unión libre, lazos afectivos fuertes (manifestado por ambas partes de la pareja).

En la interrogación la madre refiere que el embarazo fue resultado de una violación, siendo un momento difícil de asimilar, al enterarse de que había resultado embarazada el momento de enojo pasa ya que su pareja y ella se encuentran contentas por el embarazo.

Llevando ellas un año de relación, después de que se han enterado del embarazo se deciden a vivir juntas.

V.- FUNDAMENTACIÓN TEORICA DEL CASO

5.1.- Antecedentes de estudios relacionados

Actualmente toda investigación o trabajo del área médica debe ser basado en evidencias.

De acuerdo a la enfermería basada en evidencias se encontró en la base de datos de Cochrane un artículo relacionado con las causas de Morbilidad y mortalidad del prematuro, realizado en el servicio de neonatología del Hospital General de México. En el año 2005 donde habla de algunos estudios epidemiológicos los cuales han demostrado una relación constante entre diversas características demográficas y maternas, antecedentes obstétricos y riesgo de parto pretérmino.

Uno de los estudios más grandes realizado reveló que en la nulípara, un bajo índice de masa corporal, bajo estado socioeconómico y raza negra se vinculaba con mayor riesgo de parto pretérmino. En múltiparas, el vínculo más fuerte fue con el antecedente de parto pretérmino.

El momento más peligroso de la vida ocurre durante el trabajo de parto, el proceso de nacimiento y las primeras 24 horas siguientes. Más del 20% de los productos nacidos muertos y 50% de las defunciones neonatales se producen durante este periodo.³

Se efectuó un estudio retrospectivo con revisión de expedientes y de libretas de captación de ingresos y egresos de pacientes de toco cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), fueron analizados todos los neonatos de menos de 37 semanas de gestación.

Los resultados de este estudio mostraron que predominan los nacimientos prematuros del sexo masculino, lo cual coincide con lo registrado en la literatura, que finalmente se presenta como un factor pronóstico en la morbilidad y mortalidad, donde se beneficia el sexo femenino.

El total de pacientes que ingresa a las unidades de cuidados intensivos neonatales corresponden aproximadamente al 5% del total de nacimientos, lo que indica que el total de ingresos encontrados en el periodo estudiado es el esperado para una unidad de cuidados intensivos.

En cuanto a la edad gestacional, el estudio registró una mortalidad del 80% en menores de 30 semanas de gestación, observándose una supervivencia entre 70 y 80% en los mayores de 30 semanas, entre quienes se sitúa la mayoría de los nacimientos prematuros.

³ Félix, M. Rebeca, R. Alvarado, B. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

El estudio también arrojó que el nacimiento trasciende en la morbi-mortalidad neonatal, ya que la mayoría de nuestros prematuros nacen por vía vaginal, la edad materna como un factor predisponente favorece el nacimiento prematuro. Según lo consignado en la literatura, la edad ideal para el embarazo se encuentra entre los 25 y 35 años; en nuestro estudio se observó que la mayoría de las embarazadas que acude a dicho hospital es menor de 25 años de edad, ocupando el 62.5% con una percentil 50 de 22 años, la percentil 25 de 19 años, edad que predominó en este estudio.

Esto coincide con el hecho de que los nacimientos prematuros son más frecuentes en mujeres jóvenes menores de 25 años, así como en las mayores de 35 años.

También se observó que los nacimientos prematuros se encuentran en mujeres primigestas, reportándose en el estudio el 40.6%. La suma de estos dos factores, edad menor de 25 años y ser primigesta, eleva el riesgo de nacimientos prematuros en una proporción de tres a uno en relación con la población en edad ideal de 25 a 35 años.⁴

Otro estudio encontrado fue sobre las Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento de parto en los neonatos prematuros, ya que como sabemos todo neonato pierde calor al momento del nacimiento y más aún si es prematuro, al igual que el control eutérmico del neonato prematuro.

Esta búsqueda, nos habla de diversas formas para mantener el calor y evitar la pérdida de este en el recién nacido prematuro, se realizó la investigación con neonatos al azar en donde se probaron diversas tácticas el uso de gorros, bolsas, incubadoras de doble pared y el contacto piel con piel este último dio un buen resultado ya que al contacto el calor se contiene.

La hipotermia que aparece durante la reanimación postnatal habitual es una preocupación global (en todos los climas) y está asociada con morbilidad y mortalidad. Mantener calientes a los neonatos prematuros vulnerables es problemático incluso si se siguen en la sala de partos las normas recomendadas de atención térmica habitual.

Seis estudios asignaron al azar 304 neonatos y se incluyeron 295 que completaron los estudios. Se realizaron cuatro comparaciones de "atención habitual" dentro de dos categorías:

1) barreras para la pérdida de calor (cuatro estudios): cubierta o bolsa plástica, gorros tejidos

⁴ Del-Olmo H et al. *Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro*. Rev Med Hosp Gen Mex 2003; 66 (1): 22-28. , Recuperado 05 de noviembre del 2011. Disponible en: <http://www.medigrafix.com/pdfs/h-gral/hg-2003/hg031d.pdf> .

2) fuentes externas de calor (dos estudios): piel con piel, colchón transmisor de calor.

Las barreras plásticas fueron efectivas para reducir la pérdida de calor en los neonatos con < 28 semanas de gestación (tres estudios, n = 159; DMP 0,76°C; IC del 95%: 0,49 a 1,03), pero no en los neonatos entre 28 y 31 semanas de gestación. No hubo pruebas suficientes para indicar que la cubierta plástica reduce el riesgo de muerte durante la estancia hospitalaria (tres estudios, n = 161; RR típico 0,63; IC del 95%: 0,32 a 1,22; DR típica -0,09; IC del 95: -0,20 a 0,03).

No hubo pruebas de diferencias significativas en cuanto a lesión cerebral importante, duración media de la oxigenoterapia u hospitalización para los neonatos con < 29 semanas de gestación. Los gorros tejidos no fueron efectivos (significación marginal para los neonatos con peso al nacer < 2 000 g) para reducir las pérdidas de calor.

Las cubiertas o bolsas plásticas, la atención piel con piel y los colchones transmisores de calor mantienen a los neonatos prematuros más calientes, lo que da lugar a temperaturas más altas al ingreso en las unidades de cuidados neonatales y a menos hipotermia.⁵

Otra revisión sistemática encontrada referida a la pérdida de calor del neonato prematuro fue una investigación que nos habla sobre Incubadoras de doble pared comparadas con las de pared simple para reducir la pérdida de calor.

En este estudio nos habla sobre la comparación de incubadoras que son tecnología para el cuidado del neonato prematuro sobre las convencionales contra incubadoras de doble pared el estudio arrojó como resultado que la de doble pared ayuda más al control de temperatura del prematuro.⁵

Los neonatos mantenidos en el rango apropiado de temperatura tienen mejores probabilidades de sobrevivir. Cuando los neonatos están dentro del rango apropiado de temperatura, queman menos energía y presentan un mejor crecimiento. El concepto de una incubadora con aislamiento adicional, a saber una pared doble de plexiglás, es atractivo porque puede ayudar a que los neonatos con muy bajo peso al nacer se mantengan en un ambiente con temperatura apropiada. Se evaluaron los efectos de las incubadoras de pared doble comparadas con las incubadoras de pared simple sobre las necesidades de energía y el balance hídrico de los neonatos con muy bajo peso al nacer. Además, se consideraron resultados clínicos importantes como el crecimiento, la duración de estancia hospitalaria y la supervivencia. Se encontraron tres estudios que

⁵ McCall, EM, Alderdice, FA, Halliday, HL . Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2. Recuperado 18 de noviembre del 2011. Disponible en: www.cochrane.org

cumplieron los criterios. Las incubadoras de pared doble tuvieron ventajas al reducir la pérdida de calor y la producción de calor. Al parecer estos neonatos tuvieron el mejor rango de temperatura ya que su necesidad de quemar energía fue menor. Sin embargo, estos efectos fueron pequeños y no proporcionaron pruebas de mejorías a largo plazo con respecto a la duración de la hospitalización o la supervivencia. Aunque al parecer el cuidado de los neonatos sumamente pequeños en las incubadoras de pared doble puede dar lugar a ciertas ventajas metabólicas, esta revisión no pudo encontrar datos en la bibliografía para apoyar o refutar esta teoría. Los datos disponibles no son suficientes para guiar directamente la práctica clínica.

Los estudios han mostrado una mejor supervivencia en los neonatos mantenidos en un rango termoneutral. El concepto de una incubadora con aislamiento adicional (una pared de plexiglás doble) para los neonatos con muy bajo peso al nacer es atractivo porque puede ayudar a proporcionar un ambiente termoneutral.⁶

Aunque al parecer el cuidado de los neonatos sumamente pequeños en las incubadoras de pared doble teóricamente puede dar lugar a una hospitalización más corta y puede tener ventajas metabólicas, esta revisión no pudo encontrar datos en la bibliografía que apoyen o refuten esta hipótesis. Los estudios no proporcionan pruebas de que una disminución pequeña en la pérdida de calor mejore el resultado clínico. Por lo tanto, los datos disponibles no son suficientes para guiar directamente la práctica clínica.⁶

Una búsqueda sistemática más fue sobre la alimentación, el neonato del caso clínico iniciaba con la vía oral siendo iniciada con fórmula para prematuro ya que la madre iniciaba con la extracción de leche para complementarla para la alimentación.

Se trata de una investigación sobre la fórmula láctea contra la leche humana. Existen evidencias limitadas que comparan la leche humana de pretérmino con la fórmula láctea para niños prematuros o de bajo peso al nacer. La leche humana puede brindar efectos protectores para el sistema inmunitario del recién nacido. Las fórmulas lácteas pueden ser mejores para cubrir las necesidades nutricionales de estos niños.

La leche humana pretérmino, comparada con la fórmula láctea, puede ser insuficiente para la nutrición de los niños pretérmino o de bajo peso al nacer.

Solamente un estudio reunió el criterio de inclusión preestablecido. En niños pretérmino o de bajo peso al nacer alimentados por vía enteral con fórmula láctea

⁶ Jasso, L. Neonatología Práctica. 7ª Edición. México D.F: Manual Moderno; Año 2008. Pág. 415-420

enriquecida en proteínas se encontró una mayor ganancia de peso al corto plazo comparado con los alimentados con leche humana pretérmino, sin apreciarse deferencias en la talla o en el perímetro cefálico. En el grupo aleatorizado que recibió fórmula láctea se encontró un incremento en el riesgo de intolerancia a la alimentación con mínima diferencia estadística, sin ninguna evidencia de diferencia respecto de enterocolitis necrosante. No se encontraron estudios a largo plazo sobre el pronóstico en el crecimiento o en el neurodesarrollo. No hubo comparaciones aleatorizadas de la alimentación de los niños con leche humana pre término y con fórmula láctea.⁷

Otra búsqueda más que se encontró fue sobre la intervención educativa sobre el manejo del neonato prematuro, teniendo este que ver con el paciente elegido para el caso clínico, este estudio fue cuasiexperimental, longitudinal, prospectivo el cual se realizó en el Hospital Regional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Monterrey, Nuevo León, para evaluar competencias en el autocuidado materno, aumento de peso, talla y complicaciones de recién nacidos prematuros. Se seleccionaron 40 sujetos en total: 10 madres y 10 prematuros en el grupo control y la misma cantidad en el de estudio. En ambos grupos maternos se exploraron conocimientos sobre factores de riesgo, inmunizaciones, higiene, alimentación. El grupo de estudio recibió programa educativo (20 hrs) activo participativo, se midió el aprovechamiento del mismo. El seguimiento del prematuro fue en su domicilio a su egreso, dos y cuatro meses de vida. Las competencias de autocuidado materno se clasificaron en eficiente, suficientes y deficientes. La ganancia del peso y talla mediante su incremento sin tablas estandarizadas y comparación durante el seguimiento. Las complicaciones se clasificaron en respiratorias, dermatológicas y digestivas, contando con el expediente clínico y la referencia materna. Para el análisis estadístico se utilizó chi cuadrada, regresión logística, diferencia de medias. Las capacidades para autocuidado fueron eficientes en 90% del grupo de estudio, y 20% para el grupo control, valor $p=0.003$, la presencia de complicaciones en el grupo de estudio fue de 10%, y en el grupo control 40%. En conocimientos maternos en el grupo de estudio se observó una diferencia de medias de 2.5 valor $p<0.05$, el peso y la talla se incrementaron en el grupo de estudio desde su egreso hasta los cuatro meses de seguimiento, en forma muy adecuada.

Todos estos estudios en conjunto nos dan un panorama sobre los avances en las intervenciones en el manejo del neonato prematuro; así como diferentes técnicas, tecnología para salud para el manejo de estos neonatos.

⁷Jasso, L. Neonatología Práctica. 7ª Edición. México D.F: Manual Moderno; Año 2008. Pág. 446-447.

5.2.- Conceptualización de Enfermería

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. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978).⁸

Se reconoce que enfermería es una DISCIPLINA PROFESIONAL (Johnson 1959; Leninger 1968; Dickoff y James 1968; Donalson y Crowley, 1979; Rogers 1971; Woods y Cantusaro 1988), un campo científico de aplicación porque el desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades

Concepto de ciencia.

Desde el siglo XVIII hombres y mujeres han discutido ampliamente, en los medios académicos, sobre la naturaleza de la ciencia.

Bunge (1957) define la ciencia como “un cuerpo creciente de ideas que puede caracterizarse como conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y falible, que se alcanza por medio de la investigación científica.”

La ciencia es la vez una empresa humana y un desarrollo histórico. Como empresa humana refleja los diferentes intereses del hombre, la complejidad de sus motivaciones, las paradojas del proceso de su pensamiento, la ingenuidad en la habilidad para sortear los obstáculos que se anteponen a su metas, y la limitaciones al igual que las posibilidades de su naturaleza (Crowley, 1968).⁹

También, ha sido descrita como un producto y un proceso (Greene, 1979; Jacobs y Huether, 1978, Jacox, 1979). Entendiéndose como producto al cuerpo teórico de

⁸ Plascencia, Ma. Cuidados avanzados en el neonato. México D.F: Intersistemas; 2010.

⁹ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición.

conocimientos relacionados (Andreoli y Thomson, 1977; Johnson, 1974), y como proceso de actividad refiriéndose al método de investigación o proceso de conocimiento que se aplica a la vida social (Newman).

El desarrollo científico en las áreas de la salud

Las profesiones aplicadas de la salud tienen responsabilidades básicas que cumplir para satisfacer el mandato social sobre el cual se soporta su existencia: deben lograr u obtener las metas de las razones sociales que soportan su existencia, 2. Deben reclutar, educar y retener un número suficiente de individuos preparados y motivados para lograr satisfacer las necesidades sociales, y 3. Deben desarrollar y expandir el cuerpo de conocimiento científico que forma y cimienta las base de la práctica.¹⁰

Es imposible pensar que la enfermera clínica desarrolle por sí misma el cuerpo de conocimientos necesarios para su práctica. Utiliza el conocimiento, contribuye con ideas, identifica necesidades del campo clínico y demanda respuestas para sus preguntas.

Enfermería: disciplina profesional.

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión. Como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes.

Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. La disciplina de enfermería ha surgido de la perspectiva que enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocado desde el espectro del

¹⁰ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición

as respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud (Donalson y Crowley, 1978).¹¹

Según Shermis (1962), las disciplinas académicas tradicionales se caracterizan por tener un cuerpo de conocimientos sólido y probado, técnicas adecuadas, inquietudes de interés para los humanos, tradiciones e inspiraciones unificadas, y grandes logros científicos.

Aunque la disciplina y la profesión está estrechamente ligadas y se realimentan, se deben distinguir de forma independiente.

La disciplina de enfermería debe gobernar la práctica clínica y no ser definida por ésta. La práctica se centra en el cliente, en el cuándo y en él cómo un problema requiere acción y solución apropiadas.¹²

La ciencia de enfermería se ha definido como un cuerpo de conocimientos científicos cumulativo y único derivados de las ciencias físicas, biológicas, humanísticas, del comportamiento, y sociales, que hace pertinencia a enfermería.

La ciencia de enfermería como cualquier otra ciencia debe retarse y probarse permanentemente. De esta forma los fenómenos novedosos que se observan y los eventos y hechos que son aceptado o rechazados dentro de su cuerpo de conocimientos.

Grandes corrientes del conocimiento

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina

¹¹ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición Pg 12-15

¹² Ibidem Pg 35-49

Paradigma de la categorización.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.¹³

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión sino también en la observación y la experiencia.

Nightingale 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. Este potencial de la persona es así mismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del **entorno** son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. Nightingale (1859) las ha llamado “leyes de la salud o del cuidado enfermero”. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” (Nightingale, 1885).

Toda información relativa a la mejora de las condiciones sanitarias favorece la salud. El **cuidado** es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

Paradigma de la integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Según 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

¹³ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición
Pag 66-70

globalidad. Intervenir significa actuar con la persona a fin de responde a sus necesidades.

En la medida de que 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, de ahí la expresión: la persona es un ser biopsicosocial-cultural-espiritual.

Siempre según esta orientación a la persona, **la salud** y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que ha de conseguir y está influenciada por el contexto en que la persona vive.¹⁴

El **entorno** está constituido por los diversos contextos en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación.

En resumen, la orientación hacia la persona se caracteriza por el conocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina medica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas la necesidad de una formación básica más progresista se impone.

Paradigma de la transformación

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea.

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más dinámica.

Dentro de esta óptica, **la persona** es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser, entero y único, es

¹⁴ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición
Pag 71-72

indisociable. **La salud** no es bien que posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define:

El 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, la persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultaneo.

Las concepciones elaboradas para la profesión enfermera permiten precisar la relación entre estos conceptos. Estas concepciones son las formas de concebir el servicio específico que las enfermeras prestan a la sociedad.

Por supuesto, no todas las concepciones son modelos conceptuales. Por ejemplo cada enfermera tiene una concepción más o menos clara del servicio enfermero que ella presta: esta concepción es también más o menos específica de su disciplina.

Las grandes corrientes del pensamiento, principalmente el paradigma de la integración que ha conducido a una orientación hacia la persona y el paradigma de la transformación que lleva a la apertura hacia el mundo, han influenciado la elaboración de los modelos conceptuales. Resulta interesantemente compararlas a partir de sus diversos elementos, pero sobre todo a partir de sus postulados.¹⁵

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Los modelos de la escuela de las necesidades responden a la pregunta: “¿Qué hacen las enfermeras?” (Meleis, 1991). Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1964) 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.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah. A modo de ejemplo, describimos dos modelos

¹⁵ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición
Pag 87-90

conceptuales: el modelo de la independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales de Virginia Henderson y el modelo del autocuidado, de Dorothea Orem.

Independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, según Virginia Henderson

Según la concepción de Henderson, los **cuidados** enfermeros consisten en una 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 (Henderson y Nite , 1978). El objetivo de la profesión enfermera es, pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Adam, 1991, Henderson, 1964).

Henderson (Henderson y Nite , 1978) postula que la **persona** es un todo complejo presentando catorce 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. Según Henderson, una necesidad es un requisito más que una carencia (Adam, 1991). Las necesidades comunes a toda persona, enferma o sana, son: respirar normalmente, beber y comer adecuadamente, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, comunicarse con otras personas, practicar su religión y actuar según sus creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, describir y satisfacer su curiosidad (Henderson, 1966).

Henderson no ha presentado una definición formal de la salud y del entorno. Sin embargo, podemos deducir de sus escritos que la **salud** es la capacidad que posee una persona de satisfacer de una manera independiente sus catorce necesidades fundamentales a (Runk y Quillin, 1989). Igualmente podemos deducir que el **entorno**, según Henderson, es la naturaleza o el medio que actúa de manera “positiva” o “negativa” sobre la persona. Con esta óptica, la enfermera se esfuerza en crear un entorno favorable a la salud.¹⁶

¹⁶ Orem, EO. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Barcelona , España: Editorial Masson Salva; 1993.

Autocuidado, según Dorothea Orem

Orem especifica que ningún autor en particular ha influenciado en sus trabajos; sin embargo menciona que sus interacciones con varias enfermeras teorizadoras han nutrido su pensamiento han sido fuentes de inspiración. Orem cita igualmente en sus escritos a numerosos autores de otras disciplinas. La discusión de Nagel sobre la estructura de la ciencia ha marcado particularmente el enfoque de Orem en la elaboración de una teoría general para la práctica enfermera (Johnston, 1989).

Según Orem (1991), 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 la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado.

Siempre según Orem (1991), la **persona** es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Es una unidad que posee las capacidades, las aptitudes y el poder de comprometerse y de llevar a cabo autocuidados que son de tres tipos: los autocuidados universales, los autocuidados asociados a procesos de crecimiento y de desarrollo humano y los autocuidados unidos a las desviaciones de la salud (orem, 1991).¹⁷

Referente a la **salud**, ésta se define como un estado de integridad de los componentes del sistema biológico y de los modos de funcionamiento biológico, simbólico y social del ser humano (orem , 19919. Finalmente el **entorno** representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos.

ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

La escuela de la apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del Norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela.

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta: “¿ Como hacen las enfermeras lo que están

¹⁷ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición

haciendo?”(Meleis, 1991). Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King (Meleis , 1991). La descripción del proceso interpersonal de Peplau, pionera de esta escuela, servirá para su comprensión.

Proceso interpersonal, según Hildegard Peplau.

Peplau ha participado activamente en el cambio de perspectiva de la disciplina enfermera subrayado la contribución específica de la enfermera en la sociedad y reconociendo la ciencia enfermera como una ciencia humana. Desde una perspectiva intrapsíquica en cuidados enfermeros psiquiátricos y centrada en los cuidados físicos en lo concerniente a cuidados generales.

Peplau describe los **cuidados** 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 responderle a estas. La intervención de la enfermera es terapéutica, y supone ayuda y asistencia.

Cuatro fases secuenciales componen la relación interpersonal terapéutica: la orientación, la identificación, la profundización y la resolución (Peplau, 1952; 1988). La fase de orientación sirve para clarificar la necesidad de ayuda, para orientar hacia otros recursos necesarios y para utilizar de manera productiva la energía acumulada a causa de la ansiedad. En la fase de identificación la persona se sitúa en función de su necesidad de ayuda. La persona toma posición de interdependencia, de dependencia o de independencia con respecto a la enfermera .La enfermera asiste a la persona y comprende su situación presente teniendo en cuenta su historia personal. La enfermera ayuda a la persona a extraer lo máximo de todos los caminos posibles; es una persona-recurso, una consultora.¹⁸

¹⁸ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición. Pag 93-97

Peplau define a **la persona** como un ser bío-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. Percibe la **salud** como representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria, creativa, constructiva y productiva. La enfermedad es una experiencia que puede permitir el desarrollo. Finalmente, peplau no ha definido claramente **al entorno**, pero sugiere a las enfermeras tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno, por ejemplo, cuando una persona es hospitalizada.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

Según Meleis, la escuela de los efectos deseables en la persona quiere responder a la pregunta: “ ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen ¿” Sin ignorar el “que” y el “como” este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas.¹⁹

Adaptación, según Callista Roy.

Roy ha extraído de la teoría de los niveles de adaptación de Helson y de la teoría general de los sistemas de von, los elementos clave para elaborar su modelo conceptual. Ha examinado igualmente otros escritos del ámbito de la adaptación, del estrés y del coping, igual que los sistemas para elaborar su modelo conceptual.

Roy postula así que la persona es un biosicosocial 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 los cuales está expuesta y de su nivel de adaptación. Los estímulos del entorno son de tres órdenes: el estímulo

¹⁹ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición. Pag 94- 98

focal o aquél al que la persona hace frente inmediatamente; los estímulos contextuales o todos los que están presentes 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 del carácter.²⁰

Según 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 “función según los roles”, y el modo “interdependencia” con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida y a la muerte.

En este modelo conceptual; 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. Estos procesos engloban dos categorías esenciales de mecanismos de adaptación; los mecanismos reguladores y los mecanismos cognitivos.

Según Roy la **salud**, que es un estado y un proceso, permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado. El entorno, por su parte, es conceptualizado como un conjunto de circunstancias, de situaciones y de influencias que pueden modificar o influenciar 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 “¿Que hacen las enfermeras?”. A pesar de estar centrada sobre el “que” de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta “¿ A quién va dirigidos los cuidados enfermeros?”.

²⁰ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición
Pag 96-100

Promoción de la salud en la familia, según Moyra Allen

Moyra Allen se ha inspirado en el enfoque sistémico para la elaboración de su modelo de cuidados enfermeros. 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.

Según Allen, 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.²¹

Según Allen, la **persona** es, pues, conceptualizada como la familia. Esta 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. No se sitúa en una continua salud- enfermedad, por lo tanto, no es ni un estado ni una finalidad. 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 la enfermedad sola no significa una salud óptima. La Salud es proceso social que comprende de los atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje, de los cuales proceden el coping y el desarrollo de la familia y de sus miembros.

Estos dos elementos dinámicos y cambiantes están interrelacionados y evolucionan con el tiempo.

Finalmente 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 (Gottlieb y Rowat, 1987).

²¹ Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

La escuela del ser humano unitario se 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?

Ser humano unitario, según Martha Rogers

Rogers ha buscado en los conocimientos provenientes de numerosas disciplinas, entre ellas psicología, sociología, astronomía, filosofía, historia, biología y física para crear su modelo conceptual del ser humano unitario.²²

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. En este sentido, la persona es un sistema abierto, un campo de energía que no cesa de cambiar.

Define seguidamente la **salud** como un valor que varía según las personas y las culturas. Este valor que es la salud, pues, definido por las personas o la sociedad y cambia de una persona a otra y de una sociedad a otra.

Finalmente Rogers describe también el **entorno** como un sistema abierto y un campo de energía en cambio continuo. Utiliza los principios de la hemodinámica para describir la naturaleza y la dirección del cambio de la persona y del entorno. Así, los campos de energía (persona y entorno) están en interacción constante y en cambio simultáneo; es el principio de la integridad.

El ser hacia se conceptualización, según Rizzo Parse

Según parse, la ciencia enfermera es una ciencia humana. Los **cuidados** enfermeros están centrados en el ser humano- unidad viva- y en su participación cualitativa a las experiencias de salud. Los objetivos de la práctica enfermera partir del modelo conceptual del ser hacia su actualización consisten en favorecer la calidad de vida, tal como es percibida por la persona o la familia, y en preservar su dignidad.

La persona es un ser humano abierto que es más grande que la suma de sus partes y diferentes de ésta, libre de escoger un significado en cada situación. Participa en la creación de patrones de relación en un cambio mutuo y simultáneo con el entorno.

²² Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología segunda edición
Pag 98-101

Aunque distinto a la persona, Parse concibe el **entorno** de tal forma que el entorno y la persona coparticipan en su creación intercambiada.

5.3.- Teoría del Déficit de Autocuidado

TEORIA DE OREM

BIOGRAFIA.

Dorothea Elizabeth Orem, enfermera americana destacada, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Su padre era constructor y su madre era ama de casa. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera de enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D.C., donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.²³

De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería?, en 1959 se publicó *Guidelines for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*.

En 1971 edita el libro sobre la Teoría General del Déficit de Autocuidado, con la cual en 1996 obtiene el título honorífico de Doctora en Ciencias.

La propuesta teórica de Orem ha tenido buena aceptación por la comunidad de enfermeras y se ha reflejado específicamente en el ejercicio profesional, formativo e investigación.²⁴

²³ Taylor, s. Modelos Enfermeros, E Orem. España: elsevier; 2002. Pag 267-286

²⁴ G. Taylor, S. (2002). Modelos Enfermeros. E Orem . España, Elsevier. Pag. 267- 286

TEORIA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría tiene como origen la finalidad propia de la enfermería, a saber: “los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado”.

IDEA CENTRAL DE LA TEORÍA

Todas las limitaciones de las personas, para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos.

PROPOSITO

El objetivo de la Teoría General del Déficit de Autocuidado 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 de una teoría de tipo descriptivo-explicativo.

PARADIGMAS

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

Persona.- Es 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.²⁵

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

²⁵ Meléndez, O. De la Luz, M. Teoría del Déficit de Autocuidado. Guía Básica Ilustrada. México D.F.: El Manual Moderno; 2001.

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

FUNCIONES

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 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 a las enfermeras un estilo de pensamiento.
8. Constituir a las enfermeras como grupos de investigación de la estructuración, validación y desarrollo de la disciplina.

Orem etiqueta su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

1. *La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.*
2. *La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.*
3. *La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.²⁶*

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

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

²⁶ Orem, DE .Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona, España: Editorial Masson Salvat, 1993.

mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001, p.522).

A partir de este supuesto se sustenta la Teoría de autocuidado, misma que incluye conceptos como el de **agente de autocuidado** que se refiere 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 que quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es miembro de una familia.

Los propios factores se agrupan en tres categorías:

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. ²⁷

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.

Los factores condicionantes básicos afectan la capacidad de autocuidado del individuo o al tipo y cantidad de autocuidado requerido. (EDAD, SEXO, ESTADO DE DESARROLLO, ESTADO DE SALUD, ORIENTACIÓN SOCIOCULTURAL,

²⁷ Orem, ED. Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica Barcelona, España: Editorial Masson; 1999.

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR, PATRÓN DE VIDA, FACTORES AMBIENTALES, DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS.)

Los requisitos de autocuidado para la intervención de enfermería propuesta por Orem (universal, de desarrollo y desviación de la salud) son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que los individuos requieren.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida.

Requisitos de autocuidado universal

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

En total son 8, siendo los siguientes:

- Mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- Mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente.
- Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.
- Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.
- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y bienestar humano.
- 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.²⁸

²⁸ Orem, DE .Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona, España: Editorial Masson Salvat; 1993.

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 o asociados a un condicionamiento.

Se clasifican en dos grupos.

- Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración, y previenen afectos negativos: vida intrauterina, vida neonatal(parto, termino/prematuro), lactancia, infancia, adolescencia y adulto joven, adulto y embarazo.
- Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales: privación educacional, problemas de adaptación social, pérdida de familiares; amigos o colaboradores, perdida del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social o económica, mala salud, condiciones de vida o incapacidad; enfermedad terminal, muerte, peligros ambientales.

Requisitos del Autocuidado en la desviación de la salud

Están asociados con los defectos de constitución corporal, genéticos y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico.²⁹

- Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.

²⁹ Ostiguin,RM. De La Luz, S. Teoría general del déficit de autocuidado Guia básica Ilustrada .México D. F: Manual Moderno; 2001.

- Estar consciente de los efectos y resultados en las condiciones y estados patológicos.
- Realizar las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- Estar consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas realizadas o prescritas.
- Modificar el auto concepto.
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.

ENFERMERIA

- Apoya en procesos vitales esenciales.
- Mantiene la estructura y funcionamiento humano.
- Desarrolla su potencial.
- Previene lesiones.
- Cura o regula la enfermedad por sí mismo.
- Cura y regula los efectos de la enfermedad con ayuda apropiada.

Demanda de autocuidado terapéutico.

Es la acción de cuidado, visitar al médico e usar medicina alternativa u otro sistema no convencional en relación con el desarrollo, estructura y función. (Participación del cuidado).

TEORIA 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 relacionado con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.³⁰

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. Están los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes de cuidado para manejar de alguna manera los

³⁰Orem, DE. Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la Práctica Barcelona, España: Editorial Masson; 1999.

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 en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer algunas condiciones subyacentes a una demanda de cuidado terapéutico. Los déficit de autocuidado están asociados no sólo 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.

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.

TEORIAS DE SISTEMAS

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que se “refiere una serie continua de acciones cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.

Apoyo educativo	Parcialmente Compensatorio	Totalmente compensatorio
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el cuidado terapéutico del paciente. • Compensa la incapacidad del paciente para 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente. • Compensa las limitaciones del 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza el autocuidado. • Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.

realizar su autocuidado. • Apoya y protege al paciente. Dejar hacer el otro	paciente para realizar su autocuidado. • Ayuda al paciente en lo que necesite Hacer con el otro	Hacer por el otro
---	---	-------------------

FUENTE: Ostinguin Meléndez, R. M. Teoría déficit de autocuidado. Guía Básica ilustrada. México D.F. El Manual moderno. 2001.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.MODELO DE OREM

El proceso de enfermería implica el uso de técnicas de recolección y valoración. La esencia de los datos reunidos y su interpretación variará dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica.

En lo relacionado con y el Proceso de atención, Orem señala que es un método en el cual se requieren dos tipos de operaciones.

- a) interpersonales
- b) tecnológico-profesionales.

a) Operaciones Interpersonales	b) Operaciones tecnológicoprofesionales
Condiciones del ambiente y comunicación con paciente y familia	Considera cuatro etapas: Diagnóstico Operaciones prescriptivas Reguladoras o de tratamiento Cuidados reguladores

FUENTE: Ostinguin Meléndez, R. M. Teoría déficit de autocuidado. Guía Básica ilustrada. México D.F. El Manual moderno. 2001.

DIAGNOSTICO

Pretende establecer las demandas de autocuidado y determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras.

Demanda de autocuidado	Demanda de las capacidades De autocuidado
• Explorar cada requisito de autocuidado.	• Identificar y describir capacidades de autocuidado.

<ul style="list-style-type: none"> • Establecer interacción entre los requisitos. • Precisar factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar conocimientos del paciente, aptitudes y deseos para satisfacer demandas de autocuidado. • Evaluar lo que el paciente debe hacer para satisfacer demandas de autocuidado.
---	--

FUENTE: Ostinguin Meléndez, R. M. Teoría déficit de autocuidado. Guía Básica ilustrada. México D.F. El Manual moderno. 2001.

OPERACIONES DESCRIPTIVAS

(Planificación)

Son juicios prácticos que permiten abordar problemas de lo que puede hacer un individuo dadas sus circunstancias. (Planificación)

Cuatro tipos:

- Totalidad de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado.
- Medios usados para satisfacer los requisitos de autocuidado.
- Roles enfermera-paciente-agente de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado.
- Rol enfermera-paciente-agente dependiente en la regulación del ejercicio de la agencia de autocuidado.

REGULADORAS O DE TRATAMIENTO

(Intervención de enfermería)

Las operaciones reguladoras o de tratamiento se refiere a los sistemas de enfermería. El sistema de enfermería se desarrolla a partir de los acontecimientos y suele ser enunciado en tres niveles:

- a) Totalmente compensatorio.
- b) Parcialmente compensatorio.
- c) Apoyo educativo.

a) Sistema totalmente compensatorio

Paciente	Enfermera
Asume	Toma decisiones
Incapaz de ocuparse de cualquier	Compensa las incapacidades que

acción intencionada de autocuidado. Incapaz de controlar sus movimientos o de responder a estímulos o comunicarse. Incapaz de ser consciente de la necesidad de ocuparse de sí mismo y de su salud, o de tomar decisiones.	pueda tener el paciente para el autocuidado. Apoya y protege al paciente mientras proporciona un entorno apropiado a través de juicios y acciones.
--	--

FUENTE: Ostinguin Meléndez, R. M. Teoría déficit de autocuidado. Guía Básica ilustrada. México D.F. El Manual moderno. 2001

b) Sistema parcialmente compensatorio.

El paciente tiene: (acepta los cuidados y la ayuda Para el autocuidado)	La enfermera: (guía-hace-apoya)
Limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación. Déficit de conocimiento, habilidades, o ambas, para satisfacer demandas de autocuidado. Indisposición psicológica para realizar o aprender conductas de autocuidado.	Guía. Hace. Apoya. Favorece el desarrollo de capacidades. enseña

FUENTE: Ostinguin Meléndez, R. M. Teoría déficit de autocuidado. Guía Básica ilustrada. México D.F. El Manual moderno. 2001.

c) Sistema de apoyo educativo

El paciente:	Enfermera:
Es capaz de realizar acciones necesarias para su autocuidado y puede aprender a adaptarse.	Auxilia en la toma de decisiones. Comunica conocimientos y habilidades. Es consultora. Regula la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

FUENTE: Ostinguin Meléndez, R. M. Teoría déficit de autocuidado. Guía Básica ilustrada. México D.F. El Manual moderno. 2001.

CUIDADOS REGULADORES

Esta etapa corresponde a la evaluación y requiere de cuestionamientos por parte de la enfermera y el paciente.³¹

Enfermera:

- ¿Qué actividades o tareas de autocuidado hay que ayudarle a efectuar?
- ¿Cuáles son de la familia?
- ¿Qué del entorno no apoya el autocuidado?

Conjunta:

- ¿la dirección de qué actividades o decisiones son necesarias para el autocuidado?
- ¿En qué intervenciones se requiere estimular el interés del autocuidado?
- ¿Qué actividades requieren guía?

5.4.- Método enfermero

PROCESO DE ENFERMERÍA

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El Proceso de Enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de la enfermería. se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del familiar. El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Hall (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967,

³¹ Meléndez, OR. De la Luz, M. Teoría del Déficit de Autocuidado. Guía Básica Ilustrada .Mexico D.F: El Manual Moderno; 2001.

Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974) Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron a la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de Enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.³²

DEFINICIÓN.

El Proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que “el Proceso de Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este estado cambia, proporciona la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar.

En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible”.³³

³² Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ta edición; Edielser Masson.

³³ Rosalinda Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería. Guía Práctica. Editorial doyma. Barcelona, Madrid.

Alfaro 1999, ha definido el proceso de enfermero como “...un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad, a las alteraciones de salud reales y potenciales” que se caracterizan fundamentalmente por ser sistemático, humanista, intencionado, dinámico, flexible e interactivo.

Es sistemático por que se encuentra conformado por cinco etapas durante las cuales, el personal de enfermería realiza acciones deliberadas y centradas en el logro de objetivos, a saber: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Es humanista por que considera a la persona como un ser holístico, pues en el proceso enfermero no sólo se considera el conocimiento científico como un soporte para conocer e identificar los problemas de salud que avasallan las posibilidades individuales del autocuidado en las personas y poder intervenir en la solución de los mismos, sino que también se contempla la manera importante la espiritualidad y todo el aspecto metafísico del hombre.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, de tal manera que permite guiar intervenciones específicas de enfermería en la solución de los problemas de salud o disminución de los factores de riesgo; además de valorar las capacidades del usuario y de las competencias del profesional de enfermería.

Es también un método dinámico porque responde a un cambio continuo derivado de la misma naturaleza humana; es flexible por que se adapta a los diversos contextos del ejercicio de la enfermería, en la utilización de cualquier teoría y modelo de enfermería y porque sus fases se pueden utilizar de manera conjunta y sucesivamente. También es interactivo, porque requiere de la relación interhumana para acordar y lograr objetivos comunes entre enfermera (o) y usuario.³⁴

OBJETIVO.

El objetivo principal del Proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El Proceso de Enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de Enfermería. Esto ayuda al cliente

³⁴ Rosalinda Alfaro. Aplicación del proceso de enfermería. Guía Práctica. Editorial doyma. Barcelona, Madrid

a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

Como ya fue señalado, el método enfermero consta de cinco etapas, en las que se describen de manera sencilla a fin de dar cauce al proceso enfermero en neonatología: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución, evaluación. Cada una de ellas puede describirse además de la siguiente manera:

VALORACIÓN:

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de la enfermería.

Esta primera etapa del método requiere especial atención, sabiduría y conocimientos del profesional de enfermería para detectar las respuestas humanas del neonato que conducirán a determinar los problemas y cambios en su estado de salud. Asimismo, se identifican las capacidades del neonato (respiración, reflejos de succión y deglución, eliminación y movilidad), así como las capacidades de los padres para participar e el cuidado del mismo.

La valoración implica tres pasos fundamentales a realizar: recolección de información, validación de información y registro de información.

A.-Recolección de información. La recolección de información se realiza a partir de fuentes directas e indirectas y de la aplicación de métodos como la observación, la entrevista y la exploración física.³⁵

- Las fuentes directas se dividen a su vez en primarias y secundarias.
- Fuentes primarias: el neonato y sus padres se consideran como las fuentes más confiables y de primera instancia debido a que no existen intermediarios al obtener la información. Los padres del neonato pueden

³⁵ Plascencia, M. Cuidados Avanzados en el Neonato. Mexico D : F: Intersistemas; 2010

proporcionar información elemental sobre los antecedentes y cambios que han observado en él. Posterior o simultáneamente al interrogatorio, y de preferencia al primer contacto con el neonato, se obtiene información a través de la exploración física cefalocaudal completa.

- Fuentes secundarias: se considera a los integrantes del equipo de salud que participan en el tratamiento del neonato (enfermera del turno anterior, medico, personal de inhaloterapia y trabajo social, entre otros).
- Fuentes indirectas: este tipo de fuentes, como el expediente clínico y bibliografía relacionada con los cambios en el estado de salud detectados en el neonato y con el cuidado del mismo.
- Los tipos de datos que se detectan en la valoración son objetivos, subjetivos, históricos y actuales. Los datos objetivos son aquellos que se pueden observar, medir o comprobar y se obtienen generalmente a través de la exploración física del neonato. Los datos subjetivos son los que el usuario refiere o manifiesta como una percepción individual; en el caso del neonato constituyen los datos que refieren los padres y que no se pueden comprobar.
- La metodología a utilizar para la recolección de información se realiza mediante una guía de valoración previamente estructurada que integre datos obtenidos a través de los métodos que se enuncian a continuación.
 - a. Entrevista a los padres sobre los siguientes puntos:
 - Datos del neonato
 - Observación
 - Motivo de consulta o ingreso.
 - Datos de la madre.
 - Datos del padre
 - En caso de inicio de alimentación al neonato: tipo, frecuencia y cantidad.
 - Características de la diuresis y evacuación.
 - Cambios en el patrón de actividad.
 - Tratamiento médico iniciado.
 - b. Examen físico: es recomendable realizar la exploración física del neonato de manera cefalocaudal a su ingreso o bien, lo más pronto posible y debe abarcar los siguientes aspectos:
 - Medición de constantes vitales.
 - Somatometría
 - Exploración superficie total de la piel.
 - Cabeza
 - Cara

- Ojos
- Nariz
- Oreja
- Boca
- Torax
- Pulmones
- Corazón
- Abdomen
- Genitales
- Extremidades

c. Revisión de resultados de estudios de laboratorio y gabinete.

- Validación de la información. Posterior a la recolección de información se procede a realizar la validación con la finalidad de confirmar datos y evitar errores al estructurar el diagnóstico de enfermería.
- Registro de información. Es imprescindible el registro en el plan de cuidados (hoja de enfermería), de los datos obtenidos durante la valoración, para facilitar no sólo la comunicación entre los integrantes del equipo de salud, sino también, contar una base de datos que refleje los cambios del neonato posterior a la ejecución del plan de intervenciones de enfermería.³⁶

DIAGNOSTICO

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña un plan de cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Para la elaboración del diagnóstico de enfermería se requiere de la “aplicación del pensamiento crítico a la solución de problemas”

La elaboración del diagnóstico involucra cuatro pasos a seguir: análisis de datos utilizando el pensamiento crítico, identificación de problemas de salud y factores relacionados, formulación de enunciados diagnóstico enfermeros y problemas interdependientes y registro del plan de cuidados.

³⁶ Plascencia, M. Cuidados Avanzados en el Neonato. Mexico D : F: Intersistemas; 2010

- A) Análisis de datos. Consiste en realizar una comparación de datos en busca de alteraciones o cambios de acuerdo con estándares según la edad y peso del neonato; para tal efecto, el profesional de enfermería utiliza conocimientos de anatomía, fisiología etc. Posteriormente, se agrupan los datos significativos
- B) Identificación de problemas de salud y factores relacionados. Después de agrupar los datos y asignarles una etiqueta provisional, el profesional de enfermería está en posibilidades de identificar con precisión las causas o factores relacionados de los problemas detectados. Es importante destacar, que la determinación de las causas orientará la selección del tipo de intervenciones que de enfermería se requieren para dar solución al problema.
- C) Formulación de enunciados diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Una vez que se ha concluido la agrupación de datos y determinado la etiología, se procede a formular el diagnóstico de enfermería.
- D) Registro del plan de cuidados. Todas las intervenciones de enfermería que se aplican a través del cuidado se registran en la hoja de enfermería, con la finalidad de mantener comunicación estrecha con el personal de salud involucrado en la atención del neonato y favorecer la continuidad del tratamiento de enfermería.³⁷

PLANEACIÓN

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

³⁷ Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Fomentar el Cuidado en colaboración. 5 ta Edición: Edielser Masson;2010.

EJECUCIÓN

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

El cuidado del neonato se debe realizar con especial dedicación y esmero para conseguir los objetivos planteados, pero además, con la finalidad de evitar lesiones, pérdida de calor y peso; por tal motivo es necesario establecer horarios que favorezcan el descanso y ganancia de peso en el neonato.

Los pasos a seguir en la ejecución son: preparación, intervención y registro. La preparación involucra determinar si se cuenta con conocimientos y habilidades para realizar los cuidados, reunir el material y equipo considerando las posibles complicaciones que se pueden presentar y crear un ambiente confortable para el neonato. La intervención implica realizar cada intervención planeada y consignada en el plan de cuidados y, finalmente, el registro de los cuidados realizados permitirá dar continuidad al plan de cuidados por los profesionales de enfermería de los siguientes turnos.³⁸

EVALUACIÓN

La última fase del Proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece

³⁸ Método Enfermero .recuperado el 13 de septiembre 2011. Disponible en :http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MA4ofsSAoHAC&oi=fnd&pg=PA37&dq=metodo+enfermero&ots=XJyDmORPP9&sig=bZlmlrIBwQz7_lc9yCcD8qqsDoq4#v=onepage&q&f=false

medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

En este comentario, se ha separado el Proceso de Enfermería en cinco fases diferentes. En la práctica real, es posible que no siempre se termine una fase antes de pasar a la siguiente. Por ejemplo, si los datos de valoración preliminares determinan que el cliente presenta dificultades para respirar, es muy posible que tenga que suministrar el oxígeno antes de completar el resto de la valoración. Sin embargo, las fases del proceso están interrelacionadas y son interdependientes. Los datos de la evaluación ofrecen información para las fases del diagnóstico y de planificación. De forma similar, el plan de cuidados sirve de guía para la fase de ejecución y determinar los criterios para la evaluación.

Es de destacar que las dos primeras etapas del método enfermero, esto es, valoración y diagnóstico, constituyen las más importantes del mismo, toda vez que de ellas depende el despliegue de las etapas que siguen. Por ello, cualquier error cometido, u omisión en la información en cualquiera de estas dos etapas, alterará de manera irremediable los resultados en las siguientes etapas.

Los pasos a seguir en la evaluación del neonato son: determinar los cambios del neonato posterior al cuidado, toma de decisiones respecto a continuar, modificar o concluir el plan y registro de información.³⁹

- A) Determinar los cambios del neonato posterior al cuidado. La susceptibilidad del neonato se incrementa cuando la edad gestacional al nacimiento es menor o mayor a la considerada como de término (menor de 37 o mayor a 41 semanas), asimismo, los cambios que presenta el neonato pueden ser súbitos e inesperados según su estado de salud, por lo que a medida que el profesional de enfermería adquiere habilidad y experiencia en el cuidado del mismo, se desarrolla su intuición para detectar cualquier cambio o respuesta humana en él. Para tal efecto, la enfermera puede emplear diferentes métodos que le permitan detectar óptimamente los cambios y respuestas del paciente neonatal como: la exploración física focalizada a zonas afectadas, entrevista y observación.
- B) Toma de decisiones respecto a continuar, modificar o concluir el plan. Después de proporcionar el cuidado específico se observa la respuesta del

³⁹ Plascencia, M.J. *Cuidados avanzados en el neonato*. Mexico D.f: Intersistemas; 2010.

neonato para determinar el logro de los objetivos y la eficacia del plan de atención, por lo que permitirá al profesional de enfermería tomar la decisión más pertinente sobre continuar, modificar y concluir el plan de cuidados.

- C) Registro de información. Los informes exactos y oportunos sobre los cambios en el neonato resultan ser indispensables para comunicar a todo el equipo de salud sobre el progreso, estabilidad o deterioro para tomar decisiones de manera oportuna respecto al cuidado y tratamiento, lo que puede llegar a determinar la diferencia para el futuro del neonato y su familia.

La evaluación es un proceso continuo y se aplica en todas las etapas del método enfermero, toda vez que de manera continua se valora el estado de salud del neonato a fin de identificar, oportunamente, las respuestas humanas y fisiopatológicas; este hecho permitirá al profesional de enfermería la adecuada toma de decisiones en el cuidado que brinda.⁴⁰

5.5.- Relación del Proceso Enfermero y la Teoría de Dorothea E. Orem

Sabemos que el Proceso de Enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La ANA utilizó el Proceso de Enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia.

En el cual se busca sistematizar el cuidado de enfermería para que sea especializado. Para este proceso tenemos diferentes corrientes en las que no podemos adecuar para la valoración del paciente. En este trabajo se basará en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem la cual su idea principal es sobre las limitaciones de las personas, para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociadas con la subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o del de las personas que dependen de ellos.

⁴⁰ Plascencia, M. Cuidados Avanzados en el Neonato. México D.F.: Intersistemas; 2010

5.6.- Consideraciones Éticas.

El término *bioética* fue utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter como una propuesta de una nueva disciplina que sirviera como un puente entre dos culturas: la científica, en torno a la vida y al medio ambiente, y la humanista centrada en la ética.

Aunque no existe una sola manera de definir a la bioética, la Bioética se puede definir como el estudio sistemático de las dimensiones de la moral- incluyendo a la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario.⁴¹

La bioética ha evolucionado hacia un movimiento internacional que abarca los aspectos tradicionales de la ética médica, la ética ambiental, los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, el desarrollo sostenible, etc. La bioética es una instancia de juicio práctico que se ejerce en circunstancias concretas y a la que se le asigna una finalidad práctica a través de diferentes formas de institucionalización. La bioética se concibe como un campo interdisciplinario de especialistas y como un movimiento social y cultural de los ciudadanos. Es un área de conocimiento que se refiere a la moralidad de las nuevas formas de nacer, morir, curar y cuidar.

La bioética es una disciplina:

- Laica.** Busca acuerdos racionales entre personas de diversas filiaciones religiosas o ateas. Es tolerante.

- Plural.** Reconoce y promueve la diversidad y trata de alcanzar acuerdos razonables entre diversas posturas dentro de una discusión que parta de mínimos compartidos. Reconoce la pluralidad no sólo como un hecho sino como un valor.

- Autónoma.** Es libre de influencias políticas, religiosas y económicas. Reconoce la capacidad de autorregulación del ser humano.

- Racional, filosófica y discursiva.** La realidad ética no se conoce *a priori* sino a través de la reflexión sobre las consecuencias de las decisiones.

⁴¹ Secretaría de Salud Hospital Juárez Comité Institucional de bioética. Concepto y Principios de la Bioética Recuperado 17 de noviembre del 2011 . Disponible en:
http://www.hjc.salud.gob.mx/interior/Bioetica/CONCEPTO_Y_PRINCIPIOS_DE_LA_BIOETICA.pdf

□ **Universal.** Válida para todos, en cualquier lugar. Las decisiones deben ir más allá de los convencionalismos morales pues se aspira a decisiones responsables por vía del acuerdo intersubjetivo pero con base en acuerdos objetivos de mínimos como lo son los derechos humanos.⁴²

□ **Interdisciplinaria.** Comprende aspectos filosóficos, científicos, sociales, antropológicos, psicológicos, técnicos, legales, del cuidado de la salud y de la investigación en salud.

□ **Intermediadora.** Promueve mecanismos razonados y racionales para la toma de decisiones difíciles y para resolver conflictos.

□ **Regulatoria o procedimental.** Apoyo a los protocolos, procedimientos, cuerpos colegiados.

□ **Aplicada.** Reflexiona y cuestiona problemas reales, cotidianos y concretos.

Con base en lo anterior, la bioética no se reduce a la deontología médica clásica. No ofrece un conjunto de recetas simplistas, de valores rígidamente preestablecidos o fórmulas hechas que indiquen claramente lo que está bien y lo que está mal. La bioética, al ser dinámica, no es un conjunto de mandamientos o de prohibiciones absolutas, o un conjunto de afirmaciones subjetivas y relativas. Dentro de la bioética, la corriente principialista es una de las aproximaciones teóricas directamente relacionada con el desarrollo de la disciplina. En el centro de la misma se encuentran los principios ampliamente conocidos que se han retomado en la mayoría de los documentos éticos y normativos. Entre ellos, el más conocido es el Informe Belmont elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta (1978). Dicho Informe expresó los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia. Posteriormente, estos principios fueron ampliados y aplicados para la ética biomédica por Beauchamp y Childress. Son los siguientes:

1. Respeto por la Autonomía. Se refiere a la necesidad de respetar, tanto en acciones como en actitudes, a la capacidad y al derecho que poseen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado, conforme a sus valores, creencias y planes de vida. Son decisiones respecto a su cuerpo y a su salud, tanto en términos de intervenciones como de investigación.

⁴² Ibidem. Disponible en: http://www.hjc.salud.gob.mx/interior/Bioetica/CONCEPTO_Y_PRINCIPIOS_DE_LA_BIOETICA.pdf

Este principio sustenta la necesidad de contar con un consentimiento informado y del derecho a negarse a una intervención o participación en una relación clínica o de investigación.

No se refiere a la no interferencia con las decisiones del otro. Implica la obligación de crear y de mantener las condiciones para tomar decisiones autónomas al tiempo que se ayuda a despejar el temor y otras situaciones que destruyen o interfieren con las acciones autónomas. De este principio se desprende el deber de proteger a quienes no tienen esta capacidad.⁴³

2. Beneficencia. Este principio considera la necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos. Tiene una dimensión positiva que implica el deber inquebrantable de llevar a cabo acciones específicas encaminadas a procurar el bienestar de las personas, defender sus derechos, prevenir el daño, eliminar las condiciones que le generan riesgo, malestar y dolor, entre otras.

3. No Maleficencia. No se debe infligir daño o hacer mal. Este principio obliga a evitar el daño físico o emocional y el perjuicio en la aplicación de procedimientos o de intervenciones.

5. **Justicia.** Es el principio por el cual se pretende que la distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria o en la investigación, se realicen en forma justa. Es decir, que se distribuyan equitativamente entre todos los grupos de la sociedad, tomando en cuenta la edad, el sexo, el estado económico y cultural, y consideraciones étnicas. Se refiere, asimismo, a que todos los pacientes en situaciones parecidas deban tratarse de manera similar y con las mismas oportunidades de acceso a los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos.⁴⁴

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A partir del año 2001 las líneas de acción en el combate de la corrupción se han modificado, hacia un enfoque más preventivo y propositivo, en la búsqueda de la "transparencia" en los procesos administrativos, principalmente en el Sector Público y con especial atención en los servicios de salud. Tomando como ejemplo el éxito que los programas de integridad han tenido en diferentes instituciones a nivel mundial, como la Clínica Mayo y el American College of Physicians, en que el

⁴³ Ibidem. Disponible en : http://www.hjc.salud.gob.mx/interior/Bioetica/CONCEPTO_Y_PRINCIPIOS_DE_LA_BIOETICA.pdf

⁴⁴ Gas, H. Seminario. El ejercicio actual de la Medicina. Ética Médica. Consentimiento Informado.

comportamiento de sus miembros desde el punto de vista ético y moral, puede atribuirse en buena medida a que cuentan con lineamientos escritos claros, en los manuales y códigos de ética o integridad correspondientes, por lo tanto se hace necesario contar con lineamientos generales que puedan conducir la práctica médica en nuestro País, en congruencia con los principios éticos vigentes.

A partir de la bibliografía más significativa, se tomaron los conceptos éticos considerados como vigentes, para integrarlos en forma lógica en el entorno de nuestro País, dentro del contexto de una práctica médica realizada con calidad.

Especial atención se dio a documentos rectores emitidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en el año 2001, como son: las "Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina" y la "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes", el "Código de Bioética para el Personal de Salud", "Código de Bioética para el Personal de Salud" que la Comisión Nacional de Bioética tiene en proceso de elaboración, como marco normativo para incorporarse al Programa Nacional de Salud , conjuntamente con la Cruzada Nacional por la Calidad y la NOM 168 del Expediente Clínico.

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

Si leemos con detalle el "Juramento Hipocrático", identificaremos una gran parte de los principios éticos vigentes, algunos que desafortunadamente se han olvidado y otros que se han actualizado, para adecuarlos a la cultura contemporánea, sin embargo todos ellos nos deben mover a la reflexión. Dentro de los documentos que pueden ser considerados como base de la ética moderna, debe tenerse en cuenta el Programa de Integridad de la Mayo Clinic Foundation, que tiene como eje la honestidad en todos los aspectos del trabajo, aplicable a todo el personal.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico en 2001 presentó siete Recomendaciones para Mejorar la Práctica de la Medicina, todas ellas con un profundo sentido ético, mismas que se enuncias a continuación.⁴⁵

1. Relación médico-paciente respetuosa, donde se indican elementos como la oportunidad de la atención, comunicación adecuada, confidencialidad e información sobre el pronóstico.
2. Consentimiento informado antes de una intervención con riesgo o para ser sujeto de un proyecto de investigación.
3. Contar con registros en su expediente clínico.

⁴⁵ Gas, H. Seminario. El ejercicio actual de la Medicina. Etica Medica. Consentimiento Informado.

4. Actuar en congruencia con los conocimientos médicos vigentes, evitar la medicina defensiva.
5. Atender pacientes solamente cuando se está facultado para ello, mediante el título o diploma de la especialidad que se trate; no participar en prácticas delictivas como; aborto, eutanasia y falsos certificados médicos.
6. Referir al paciente cuando no cuente con los recursos para su atención.
7. Atender las urgencias; no abandonar al paciente, inclusive en casos de: huelga, catástrofe o epidemia, inclusive con riesgo para el médico.

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

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, óptima y veraz.
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Tener facilidades para contar con una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un excelente expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En junio de 2002 en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se editó el Código de Ética, dedicado a la aplicación de los preceptos que contiene en el ámbito del propio Hospital, con un enfoque dirigido a la mejora de la calidad de la atención médica.

El paciente también tiene derecho a:

- Que se tomen en cuenta sus preferencias en el ejercicio de su autonomía para tomar una decisión, particularmente si está conciente o si las dejó por escrito cuando lo estaba (testamento vital).
- Cuando el paciente no este en condiciones de otorgar su consentimiento, cualquier indicación relacionada con la abstención o suspensión de apoyo vital, debe ser informada y consensada con la familia o con el familiar legalmente responsable. Si existe desacuerdo con la familia, se puede recurrir a la intervención de un médico de su confianza, al Comité de Ética Hospitalario o al poder judicial, y en caso necesario trasladar al paciente a otra institución. Todo deberá quedar escrupulosamente registrado en el expediente clínico.
- Elaborar su "testamento de vida", mientras esté conciente, en el que determine los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que acepta que

se les realicen y cuáles no, así como el destino de sus órganos susceptibles de ser trasplantados.⁴⁶

- En pacientes con padecimientos terminales que no están en condiciones de tomar decisiones, debe tenerse en cuenta la posible existencia del "*testamento de vida*" sobre su atención, en que con anticipación y por escrito, hubiera expresado su voluntad de ser sujetos o no a determinados procedimientos médicos. El médico no debe sustituir la concepción de calidad de vida del paciente, por la suya propia

CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MEXICO

INTRODUCCIÓN

La condición fundamental para el logro del desarrollo integral de toda sociedad es el bienestar que conlleva a la salud de todos los ciudadanos. En nuestro país se viene haciendo un reclamo de la mayor justicia, para contar con la mejor calidad de los servicios de salud ya sean públicos o privados. Este reclamo obliga a los profesionales que interactúan en la atención a la salud a encontrar alternativas de mejoramiento en su saber, en su práctica y en la forma de asumir la responsabilidad ética que les corresponde.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada en fundamentos técnicos-científicos, humanísticos y éticos que le permiten desempeñar su ejercicio con calidad y conciencia profesional.

Durante su formación adquiere conocimientos, habilidades y atributos para ejercer la enfermería y en ese sentido las instituciones educativas tienen como función asegurar a la sociedad el tipo de cualidades que requiere un profesionista para ejercer su práctica formal, como una garantía de interés público regulado por las instituciones, por lo tanto, el título y la cédula profesional constituyen un requisito indispensable para ejercer la práctica profesional de la enfermería en México.

Como resultado de su educación formal, la enfermera se encuentra identificada con los más altos valores morales y sociales de la humanidad y comprometida con aquellos que en particular propician una convivencia de dignidad y justicia e igualdad. El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del *deber ser* para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas.

Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

⁴⁶ Dr. Hector G. Aguirre Gas .Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Etica Medica. Consentimiento Informado

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la vida profesional.⁴⁷

Es importante recordar que un código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. Esto exige excelencia en los estándares de la práctica, y mantiene una estrecha relación con la ley de ejercicio profesional que determina las normas mínimas aceptadas por ambos para evitar discrepancias.

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad. El compendio de los deberes que los profesionistas de la enfermería asumen al aceptar como suyo un código de ética se resume en el denominado Decálogo.

Con motivo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud que la Secretaría de Salud emprende en esta gestión, y en la cual el Código de Ética se constituye en un imperativo para fortalecer el comportamiento ético de los profesionales de la salud y con ello contribuir a mejorar la calidad de los servicios, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, en su carácter propositivo e integrador de todos los esfuerzos que desarrollan los diferentes grupos de la enfermería en el ámbito nacional, presenta para su conocimiento y en su caso aceptación y cumplimiento por la comunidad de enfermería, el presente

⁴⁷ Dr. Hector G. Aguirre Gas .Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Etica Medica. Consentimiento Informado

documento que concluye la iniciativa asumida por el Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería (COMLE), mismo que socializó en tres versiones a nivel nacional en diferentes instituciones educativas y de salud, así como en la Asamblea del Colegio Nacional de Enfermeras.

Con la misma intención, la Comisión Interinstitucional trabajó dicho documento y lo socializó a nivel nacional en las Comisiones Interinstitucionales de los estados de la república y en el Distrito Federal en la mayoría de los hospitales e institutos del sector salud.

MARCO CONCEPTUAL

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

Esta reflexión es intransferible, pues en la ética cada hombre se obliga por su condición humana al bien propio y al de sus semejantes. La reflexión ética en un sentido estricto alude al bien como fin último 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.

La ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar. El objeto material de la ética es el acto humano, es decir el acto realizado consciente y libremente. Su objeto formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno. Para que un acto sea considerado como bueno o moral debe de realizarse conforme a la naturaleza humana, por lo tanto la ética estudia la moralidad de los actos humanos.

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 responsablemente. En él lo más esencial es la intencionalidad, 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 sancionan la ética y la moral están determinados por el conocimiento, la voluntad, la aceptación y la responsabilidad.⁴⁸

⁴⁸ Dr. Hector G. Aguirre Gas .Seminarario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Etica Medica. Consentimiento Informado

Los seres humanos durante todos los tiempos se han regido por las exigencias, principios y valores que sustentan el comportamiento humano en forma individual o colectiva. La ética hace referencia a estas exigencias a través del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad de los actos realizados, por ello se le llama acto *humano*, porque fue razonado; éste compromete porque involucra la voluntad y libertad para decidir, esta característica es en sí misma exclusiva del ser humano. 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 costumbres y con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente *malas* o *inmorales* por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

La moral debe guiar la conducta humana en los comportamientos cotidianos de acuerdo a los principios y valores de un grupo determinado. Apela a las propias convicciones del individuo y se relaciona directamente con el quehacer humano haciendo referencia al bien y al mal. Marca las directrices que dentro del grupo son aceptadas como buenas, por consiguiente, se puede decir que la moral es la regla de las costumbres dirigidas o encaminadas hacia el bien de las personas. La conciencia moral u órgano axiológico de lo ético va más allá de la mera complacencia o convicción personal, en tanto que juzga el bien o el mal de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace, porque el hombre siempre elige un bien pero en ocasiones no elige bien.

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 que tiene la naturaleza humana por tener un libre uso de la razón y del juicio que da la inteligencia. La dignidad, por ser un valor inviolable que tienen esencialmente todos y cada uno de los seres humanos, independientemente de sus atributos accidentales, no tiene precio, no es comparable en ningún sentido con las cosas materiales que tienen un precio y que nunca equivaldrán al valor que la propia naturaleza concedió al hombre como ser de razón, insustituible e irreplicable, capaz de expresarse en actos de afecto, simpatía y amistad.

Cada hombre en su semejanza es diverso en sus valores, sin embargo la dignidad es un valor universal que se deriva de la apreciación que cada persona hace de su propia dignidad.

En este sentido la corriente personalista que propugna la afirmación de la persona, el rescate de sus derechos y el restablecimiento de la cultura de la responsabilidad personal, centra la atención del comportamiento moral en la persona, tomándola como protagonista de la historia y como fundadora de la sociedad en el conjunto de relaciones que se dan en la conciencia individual y social; en esta concepción la persona es consciente de sí misma, responsable de sus actos y con la libertad que la hace *ser*, con fines que la trascienden y con capacidad de desentenderse de sí misma para darse a los demás en una existencia humana fiel a sí misma y a su grupo social.

Esta concepción también es vista en el humanismo Kantiano, el que como filosofía del comportamiento señala: *Obra siempre de tal suerte que trates a la humanidad en tu persona tanto como en la persona del prójimo, como un fin y no como un simple medio.* Al considerar al hombre como fin, el humanismo se constituye en la reflexión de que la preocupación máxima del hombre debe ser el propio hombre y todo lo que significan sus intereses, sus problemas y su posición en la vida, constituyéndose esto, en el ideal por desarrollar en sí y en cada individuo lo que hay específicamente de humano. Así, el deber, la solidaridad y la fraternidad, como formas de conducta, responden a la capacidad de interacción entre los seres humanos que comparten la misma visión humanista.

El humanismo, así concebido, tiene su expresión en un ser humano que ayuda a otro con la conciencia de lo valioso de la existencia y del respeto por ésta y su dignidad en todas las etapas de la vida, significando también, la disposición del hombre para responder a las necesidades de sus semejantes con una actitud humana que le dé esencia y valor a su propia vida. Después de todo, la sociedad es un sistema para las personas y toda institución es parte integral del sistema de ayudas.⁴⁹

El humanismo en términos generales, se define como la actitud centrada en el interés por lo humano no sólo de un modo genérico (pueblo, sociedad, humanidad) sino por la persona concreta con nombre y apellidos, y en el pleno desarrollo y bienestar de lo que el hombre es en lo biológico, psicológico, social, cultural y espiritual.

En este mismo sentido que se da en el humanismo, el hombre para realizarse como persona requiere de un comportamiento ético para practicar el respeto a la integridad que significa la vida y la dignidad de sus semejantes.

⁴⁹ Dr. Hector G. Aguirre Gas .Seminarario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Etica Medica. Consentimiento Informado

Practicar el humanismo es partir de conocerse a sí mismo. Es la idea de sí mismo reflejada en otra persona. Cada hombre será más hombre si se reconoce en la dignidad de los demás.

Ser humanista es ser capaz de reconocer y respetar la dignidad del hombre, de comprender la vida y entender al ser ajeno...*es la mejor forma de ser humano y de aspirar a la forma más elevada de vida humana.*⁵⁰

Quien pueda contribuir a que el hombre obtenga bienestar en todos estos aspectos que lo constituyen se realizará a sí mismo y se hará más humano. Esta premisa constituye un sustento a la enfermería, ya que ésta durante mucho tiempo se consideró como un trabajo intrascendente en lo social, que existió para alimentar o cuidar al enfermo sin un adiestramiento previo, orientada sólo por la inclinación hacia elevados valores espirituales o religiosos.

Después de varias décadas, la demanda de atención profesional ha motivado a la enfermería a incursionar en actividades propias del trabajo intelectual, porque reconoce la necesidad de sustentar su ejercicio en la aplicación razonada del conocimiento, en el uso lógico de la tecnología y en la reflexión ética del cuidado humanitario.

Por esto último, desde su formalización como carrera universitaria de sustento científico, respaldo técnico y orientación humanista se han venido impartiendo como materias obligadas la ética y la deontología. Aún así existe la necesidad de disponer de un código de ética especialmente concebido para las enfermeras y enfermeros en México, que sirva de guía para su comportamiento ético.

Un código que represente el ideal del ejercicio como orientación general, pues en ética no hay una única decisión correcta; siempre hay algunas mejores que otras, en eso estriba la reflexión responsable que implica esta disciplina y es en este sentido que el código pretende ayudar a tomar la decisión pertinente, sirviendo de guía, estableciendo deberes, estimulando la conducta ética y permitiendo identificar las conductas que no lo son .

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

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el

⁵⁰ www.ssa.gob.mx. Recuperado 13 de septiembre 2011
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere.⁵¹

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

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

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

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.

En este contexto es importante establecer la diferencia entre deontología y ética, en ambas se definen reglas; sin embargo es sabido desde siempre que a la deontología se le relaciona con los deberes y obligaciones en el ejercicio de una profesión y como la búsqueda de las exigencias éticas. No obstante en muchas ocasiones un código deontológico se apega más a reglas administrativas que a la esencia misma de la ética en el deber profesional, por esta razón se le da mayor relevancia a un código de ética, pues es precisamente la dignidad ontológica o constitutiva de la persona la que debe fundamentar todo planteamiento ético en la práctica de enfermería. Lo que la ética a la enfermera le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana, y que proporcione atención personalizada y humanizada, en un ejercicio de la profesión de constante interacción con la persona, concepto clave en la definición y práctica de la enfermería.

⁵¹ Recuperado 13 de septiembre 2011. Disponible en:
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

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 manifiesten 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. Por todo esto se hace necesario que la enfermera reconozca las potencialidades y debilidades de sí misma y de los demás, esa cualidad de reconocer su capacidad humana implica su disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño.⁵²

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, 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 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.

CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DE MÉXICO

*Para fines de este trabajo al hablar de la enfermera se hace referencia al personal de ambos sexos que se desempeña en el Secretaría de Salud • Instituto Mexicano del Seguro Social • Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado • Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la

⁵² Ibidem . Disponible en:

<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

Familia • Secretaría de la Defensa Nacional • Secretaría de Marina, Armada de México • Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos • Secretaría de Salud del Distrito Federal • Junta de Asistencia Privada • Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM • Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, IPN • Colegio Nacional de Enfermeras, A.C. • Federación de Religiosas Enfermeras Mexicanas, A.C. • Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería, A.C. • Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. • ISBN-970-721-023-⁵³.

DERECHOS DE LAS Y LOS ENFERMEROS

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
7. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

⁵³ www.ssa.gob.mx. Recuperado 13 de septiembre 2011 .
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>

EXPEDIENTE CLINICO

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.⁵⁴

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

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.⁵⁵

2. Campo de aplicación

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

⁵⁴ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO. Recuperado 15 de septiembre 2011 disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

⁵⁵ Ibidem. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO

Oficialmente la OMS sostiene que deben existir razones válidas para interferir con el proceso natural de un parto y que se prioricen los métodos no farmacológicos. El Senado Nacional promulgó la ley 25.959 de aplicación en el ámbito público y privado que establece entre otras cosas que se garantice la intimidad de las mujeres durante el proceso asistencial y se consideren sus pautas culturales y que la embarazada sea tratada como una persona sana, protagonista de su propio parto respetando sus tiempos biológicos y psicológicos evitando las prácticas invasivas y medicación que no estén justificadas.

En la “Guía para la Atención del parto normal en maternidades centradas en la familia” editado por el Ministerio de Salud de la Nación (2004) se advierte que el incremento del uso de la tecnología llevó a un incremento progresivo y abusivo de las cesáreas abdominales. Y que el estrés producido por un entorno desconocido durante el parto más la atención mecanizada medicalizada aumenta el dolor, el miedo y la ansiedad de las mujeres lo que produce un efecto en cascada que genera mayor cantidad de intervenciones con más efectos adversos sobre la madre y el bebé.

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 en dignidad y derechos.
2. La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del niño.⁵⁶
3. Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe de ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, raza, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los estados deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.
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 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 a una nacionalidad. El estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

⁵⁶ World Congress of Perinatal Medicine.(Barcelona 23 -27 de septiembre de 2001)

6. Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida .La sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse 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 promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.
8. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica .Los neonatos tienen derecho a disfrutar del mas alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben valar 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 derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país. En el caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles 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 ser 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 medidas de seguridad y protección social existentes e 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 su 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 sus padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.

13. Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, ésta 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 ser protegidos en los países en los que exista conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida de estas situaciones. El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben de hacer cumplir.⁵⁷

5.7.- Daños a la salud.

Prematurez

El periodo neonatal es una etapa vulnerable por ser un momento crítico de transición de la etapa fetal, al nacimiento, lapso en que la adaptación se relaciona con diversos factores como la edad gestacional, el peso, la inmadurez de cada uno de los órganos vitales.

La Prematurez es un problema de salud, que enfrenta tanto al obstetra como al pediatra y naturalmente es una situación aflictiva en extremo para los padres. Los esfuerzos para la recuperación de los niños prematuros dependen principalmente de los avances y calidad del manejo pediátrico. El obstetra juega un papel importante en algunas áreas de su especialidad como la elección de la adecuada anestesia en un trabajo de parto prematuro, el adecuado monitoreo fetal y el criterio para manejar situaciones y condiciones obstétricas específicas en un parto prematuro amenaza del mismo.

Es el recién nacido con edad gestacional menor de 37 semanas o 259 días.

Para el obstetra es importante anticiparse al parto prematuro y para ello es indispensable conocer sus causas y así tener conductas activas que incidan en la disminución de la frecuencia del fenómeno. Solo con fines didácticos es necesario que nos pregunte.

⁵⁷ World Congress of Perinatal Medicine. (Barcelona 23 -27 de septiembre de 2001)

En general, es también claro que el peso al nacimiento depende de la duración de la gestación y estas dos variables son las que durante mucho tiempo han influido para tener una definición universalmente aceptada.

RECIEN NACIDO (R.N). PREMATURO: R.N. cuyo peso al nacer es de 2.500 grs. o menos, independientemente de su edad gestacional.

RECIEN NACIDO (R.N) PRE-TERMINO: R.N. producto de una gestación de 37 semanas o menos.

RECIEN NACIDO PRETERMINO ADECUADO A SU EDAD GESTACIONAL (R.N. P. A.E.G.):

Es aquel R.N. de 37 semanas o menos cuyo peso al nacer se encuentra entre el percentil 10 y 90 de la curva de crecimiento intrauterino.

RECIEN NACIDO PRE-TERMINO PEQUEÑO PARA SU EDAD GESTACIONAL (R.N. P. P.E.G.): Es aquel R.N. de 37 semanas o menos de gestación cuyo peso al nacer se encuentra bajo el percentil 10 de la curva de crecimiento intrauterino.⁵⁸

Varios autores han determinado curvas de crecimiento ponderal intrauterino, pero la más usada en nuestro medio es la curva de Lubchenco.

RECIEN NACIDO DE BAJO PESO DE NACIMIENTO:

Para algunos autores es equivalente al R.N. prematuro peso <2500 g.

RECIEN NACIDO DE MUY BAJO PESO: Es aquel R.N. cuyo peso al nacer es < 1.500 g. al nacer.

PREMATURIDAD NO CALIFICADA: Niños que nacen vivos de 2.500 o menos y cuya causa de muerte se desconoce. (Según Clasificación Internacional de Enfermedad) < 28 SDG.

PARTO PREMATURO: Es aquel que ocurre entre la 28 y 37 semanas de gestación.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO: Aquel embarazo entre la 27a y 38a semanas de gestación que inicia contracciones uterinas similares a la del trabajo de parto.

DESNUTRIDO FETAL: Recién nacido con signos de mal nutrición fetal, (enflaquecido, ojos abiertos, piel macerada o descamada, impregnación de meconio, etc.) con peso al nacer frecuentemente bajo percentil 10 para su edad gestacional según la curva de crecimiento intrauterino.

⁵⁸ Félix, M. Márquez. Alvarado. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

Se clasifica también de la siguiente manera:

El nacimiento prematuro es definido como de menos de 37 semanas completas de gestación, que es la definición estándar de la OMS.

Los bebés prematuros se definen en tres categorías:

- Prematuro tardío—aquellos nacidos entre las 32 y 37 semanas—que representan el 84 por ciento del total de nacimientos prematuros o 12.5 millones. La mayoría sobrevive con atención de apoyo.
- Muy prematuros —aquellos nacidos entre las 28 y 32 semanas. Estos bebés requieren atención de apoyo adicional. La mayoría sobrevive.
- Extremadamente prematuros —aquellos nacidos antes de las 28 semanas. Estos recién nacidos requieren la atención más intensiva y costosa para sobrevivir. En los países desarrollados, estos bebés tienen un 90 por ciento de posibilidades de supervivencia, aunque pueden sufrir discapacidades física, neurológicas y de aprendizaje. En países de bajos ingresos, sólo el 10 por ciento sobrevive.

El estado nutricional general de la madre durante el embarazo es un contribuyente significativo a la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal (Koblinsky 1995)). Es probable que lo anterior sea aún más crucial en los países en desarrollo donde la anemia y las infecciones, como la malaria, agravan adicionalmente el problema⁵⁹

Se conoce que el Zinc desempeña una función importante en muchas funciones biológicas, incluida la síntesis de proteínas y el metabolismo del ácido nucleico (Valee 1993). Aunque actualmente la deficiencia grave de Zinc se considera infrecuente, la deficiencia leve a moderada puede ser relativamente frecuente en todo el mundo (Sanstead 1991). En una revisión de la bibliografía publicada entre 1970 y 1991, Parr 1996 observó que en todo el mundo, como promedio, las mujeres embarazadas y las que lactan consumieron 9,6 mg de cinc por día, muy por debajo de los 15 mg diarios recomendados, durante los dos últimos trimestres del embarazo (Sanstead 1996; WHO 1996). En los estudios en animales la deficiencia de cinc durante los estadios iniciales del embarazo se asocia con una reducción en la fertilidad (Apgar 1970), malformaciones neurológicas fetales y retraso del crecimiento (McKenzie 1975), y la deficiencia en estadios posteriores del embarazo afecta negativamente al crecimiento neuronal y también se puede asociar con deterioro de la función cerebral y trastornos conductuales (Golub 1995)).

⁵⁹ Félix, M. Márquez. Alvarado. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

La mantención de un ambiente térmico óptimo es un aspecto crítico del cuidado neonatal y frecuentemente se incurre en errores por desconocimiento de las variables que inciden en el proceso de termorregulación y también por no hacer uso adecuado de la tecnología disponible. Los estudios muestran que la temperatura del ambiente influye el crecimiento y la supervivencia de los neonatos. La historia más reciente data de 1957 cuando Silverman y Blanc reportaron que prematuros mantenidos en incubadoras con 80% de humedad tenían una tasa de supervivencia más alta que los mantenidos en incubadoras con humedad al 60%. Ellos especularon que estos resultados estaban relacionados a diferencias térmicas, hecho que fue comprobado más tarde por otros autores. La preocupación de muchos neonatólogos de que el uso de niveles elevados de humedad aumenta el riesgo de infección, provoca renuencia a usar incubadoras humidificadas, a pesar de entender que, debido al pobre desarrollo de la epidermis, las pérdidas de agua por evaporación están aumentadas en niños de muy bajo peso.

Con el número creciente de prematuros de muy bajo peso que se atienden hoy en día en unidades de cuidado intensivo neonatal, es esencial que la enfermera o matrona entienda la transición y adaptación fisiológica que estos niños deben hacer, para que les pueda proporcionar un ambiente que les ayude a mantener su estabilidad térmica.

Por lo anterior resulta necesario revisar aspectos de la termorregulación neonatal, tales como mecanismos de pérdida y ganancia de calor, respuesta a la injuria por frío, formas de mantener al niño en un ambiente térmico óptimo con la tecnología disponible actualmente.

Termorregulación.

La termorregulación es controlada por el hipotálamo. Los estímulos térmicos que proporcionan información al hipotálamo provienen de la piel, de receptores térmicos profundos y también de receptores térmicos en el área preóptica del hipotálamo. En el hipotálamo, la información que describe el estado térmico corporal se procesa y se compara con el punto de set del sistema de control térmico. La temperatura corporal se modifica, ya sea para producir o perder calor, por alteraciones del metabolismo, actividad y tono motor, actividad vasomotora y sudoración.⁶⁰

Bajo circunstancias normales, la temperatura uterina de 37.9°C fluctúa muy poco. Al nacer, la transición del ambiente intrauterino al extrauterino crea un cambio térmico significativo que desafía la habilidad de termorregulación del niño. Debido a las diferencias en la función fisiológica y al pequeño tamaño corporal, estos niños son vulnerables tanto al enfriamiento como al sobrecalentamiento. Tienen una tasa metabólica mayor que los niños mayores o adultos, la que se debe no

⁶⁰ Plascencia, MJ. Herrera, R. Cuidados Avanzados en el Neonato. Libro 1. México D.F.: Intersistemas;2010.

sólo a las demandas de energía relacionadas con el crecimiento, sino también a los requerimientos de mantención relacionados con la gran área de superficie corporal y el aumento de la relación superficie - masa. El calor corporal, generado por la masa corporal, se pierde por el área de superficie. Por lo tanto, mientras más pequeño es el recién nacido, mayor es la diferencia entre la habilidad de producir calor y la pérdida de calor. El área de superficie mayor con relación a la masa, requiere un aporte calórico mayor para mantener el balance de temperatura.

Factores que contribuyen a la vulnerabilidad del neonato al estrés térmico.

Producción de calor

La habilidad para aumentar tasa metabólica en respuesta al estrés por frío empieza alrededor de las 28-30 semanas post concepción. Niños de edades post concepcional mayores pueden aumentar la producción de calor, pero la respuesta es más débil que en el adulto 10.

- Depósito limitado de sustratos metabólicos (glucosa, grasa, glicógeno, etc.)
- Producción de calor principalmente a través de termogénesis química (metabolismo grasa parda), sin embargo los depósitos de grasa parda están inversamente relacionados a la edad gestacional.
- La producción de calor obliga al consumo de oxígeno, desafiando los sistemas cardiovascular y pulmonar inmaduros.
- Alta tasa metabólica como resultado de la relación volumen/masa aumentada y a la gran superficie para pérdida de calor con relación a la habilidad de generar calor.
- Grandes pérdidas por evaporación debido a las condiciones de maduración de la piel. Las pérdidas por evaporación, por si solas, pueden exceder la capacidad de producir calor.
- Respuesta muscular involuntaria (escalofrío) no bien desarrollada. No puede aumentar el tono y tiritar para aumentar la producción de calor.⁶¹

Aislamiento

- Capa limitada de grasa subcutánea, desarrollo muscular y de otros tejidos limitados.
-

Respuesta Vasomotora

- Habilidad competente para regular flujo sanguíneo periférico (vasoconstricción) documentada en niños que pesan • 1kg, sin embargo es sobrepasada por la propensión a perder calor.

⁶¹ McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL. Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2 .recuperado 18 de noviembre del 2011. Disponible en: www.cochrane.com

- Respuesta sudo motora
- Producción de sudor observada en RN de 29 semanas de edad gestacional, maduración de la respuesta mejora con el desarrollo extra uterino.
- La respuesta es más lenta, menos eficiente que en niños de más edad o adultos, y ocurre a temperaturas ambientales mayores.

Tono Motor y Actividad

- Niños enfermos y de edades gestacionales más bajas son propensos a tener tono motor y actividad disminuida que resulta en disminución de la producción de calor.
- Niño con pobre tono muscular no puede usar posición en flexión efectivamente para reducir el área de superficie y por lo tanto la pérdida de calor.

Conductual

- Limitada habilidad para comunicar efectivamente las necesidades térmicas. Los signos son sutiles y no específicos.
- No pueden usar acciones de la voluntad tales como alterar el vestuario, aumentar temperatura del ambiente, beber líquidos calientes, etc., para modificar la temperatura.

Pérdida y ganancia de calor.

El calor se gana o se pierde por convección, conducción, radiación y evaporación. El entendimiento de estas formas de intercambio calórico proporciona las bases científicas para las intervenciones de enfermería destinadas a modificar el ambiente. Para evaluar el ambiente térmico es importante considerar todas las fuentes de pérdida y ganancia de calor. La transferencia de calor es debida a una gradiente (de más alta a más baja temperatura), a mayor gradiente, mayor es el flujo de calor.⁶²

MANEJO DE LA TERMOREGULACIÓN. APLICACIONES PRÁCTICAS.

Sala de Partos

La temperatura del ambiente recomendada para proporcionar una adecuada calefacción de un recién nacido es 24°C - 26°C ya sea en sala de parto o nursery 3,8. El niño se debe secar rápidamente después de nacido y envuelto en toallas

⁶² McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL. Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2 .recuperado 18 de noviembre del 2011. Disponible en: www.cochrane.com

secas precalentadas, teniendo especial cuidado de incluir la cabeza en la envoltura, ya que es una gran área de superficie. También se puede cubrir la cabeza con un gorro. El primer baño debe ser postergado hasta que la temperatura corporal se estabilice en 36.6°C - 37°C. Una cuna de calor radiante o incubadora puede usarse para calentar al niño. No hay que olvidar que el cuerpo tibio de la madre también es útil para satisfacer esta necesidad. Se ha demostrado el descenso de la temperatura de un niño que se seca bien, se envuelve y es acunado por su madre, es igual a la del niño que recibe calor de una fuente estándar.

Incubadora

Es el elemento de uso más común para calentar al niño. Calientan el aire (convección) disminuyendo la gradiente de temperatura entre el ambiente y el niño. Siempre que sea posible, debe haber una incubadora precalentada a 34°C-36°C, disponible para un niño prematuro o enfermo que nace inesperadamente. La temperatura prefijada se alcanzará en 30-45 min. Los niños que han estado severamente estresados por frío deben ser calentados lentamente para evitar hipotensión y acidosis. Debido a que el consumo de oxígeno es mínimo cuando la gradiente de temperatura es menor que 1.5°C, la temperatura de la incubadora debe programarse 1.5°C más alta que la temperatura corporal del RN y ajustarla cada 30-60 minutos.

El recién nacido debe estar desnudo para permitir que el calor de la incubadora sea efectivo. Vestirlo o cubrirlo puede frustrar los esfuerzos por calentarlo. Poner al neonato en una incubadora, no garantiza que se mantenga en un ATN. Si el ambiente está frío o la incubadora se localiza próxima a una ventana, será prácticamente imposible mantener al niño en ATN. A menos que la temperatura de la incubadora, del aire, y de las superficies radiantes sea similar, pueden existir innumerables condiciones térmicas. Esto se debe tener en cuenta cuando se utilizan las tablas de ATN como guía para prefijar la temperatura de las incubadoras de acuerdo al peso y edad del niño, dado que para realizar esta tabla, las paredes de la incubadora se mantuvieron 1°C- 2°C más alta que la temperatura del aire ambiental. Las incubadoras modernas permiten un ajuste automático de la temperatura del aire o la temperatura de piel del niño (servo control), según la decisión del operador.⁶³

Cuna de Calor Radiante

Los calefactores radiantes son también de uso común. La principal ventaja de este elemento es la accesibilidad al paciente para procedimientos de enfermería, médicos y de diagnóstico, sin interrumpir la fuente de calor directa al niño. Son útiles por lo tanto, en sala de parto y unidades de terapia intensiva. Los calentadores radiantes son fuentes de alta energía, por lo que requieren el uso de servo control de piel para asegurar que el niño no es sobre calentado. La única

⁶³ Plascencia, MJ. Herrera, R. Cuidados Avanzados en el Neonato. Libro 1. Mexico D.F: Intersistemas; 2010.

excepción es cuando se utilizan por un tiempo breve en el período de recién nacido inmediato y con asistencia permanente. La superficie del colchón de la cuna de calor radiante se demorará en calentarse completamente, por lo que el equipo debe encenderse anticipadamente. Con la tecnología actual, gracias al modo de pre-calentamiento incorporado a los equipos, es posible lograrlo sin ruido molesto de alarmas. Diversos autores han descrito aumento de las pérdidas insensibles de agua en niños que se mantienen en calentadores radiantes. Se debe considerar el uso de cobertores plásticos como un medio consistente de controlar estas pérdidas, así como también para reducir las pérdidas por convección. Las pérdidas de agua deben considerarse en el manejo total de un neonato que se mantiene en un calefactor radiante por un período más prolongado.⁶⁴

Servo Control

Es un mecanismo que consiste en un control automático de la temperatura de acuerdo a un punto de set fijado por el operador. Actualmente, tanto las incubadoras como los calefactores radiantes pueden ser servo controlados lo que significa que un sensor de temperatura envía una señal al equipo que proporciona el calor necesario para mantener la temperatura pre-fijada. El servo control, por lo tanto, puede ser de aire o de piel, dependiendo de si el lector que envía la señal es un sensor de temperatura del aire o un sensor localizado en la piel del niño.

Generalmente, nos referimos a servo control cuando hablamos de un sensor en la piel. La temperatura a fijar y el sitio de ubicación de los sensores, son dos puntos críticos a considerar cuando se usa un mecanismo servo controlado de piel. Para mantener al niño en el rango de termo neutralidad, se recomienda una temperatura abdominal de 36.2°-36.5°C. La AAP define 36°.

36.5° C, como rango de normalidad para temperatura de piel abdominal. No hay datos disponibles para prematuros de bajo peso extremo, pero se debe considerar el uso de puntos de set más altos dado que, por las características anatómicas fisiológicas de este recién nacido, la lectura de la temperatura cutánea está muy próxima a la temperatura central (valores recomendados por AAP para temperatura central son 36.5-37.5°C).

Los sensores deben estar bien adheridos a la piel, sobre una superficie lisa, no ósea y alejada de las áreas donde hay grasa parda. El sitio recomendado es línea media abdominal, entre apéndices xifoides y el ombligo.

No se debe cubrir el sensor con ropa o pañal, tampoco recostar al niño sobre el sensor. Se recomienda cubrirlo con un cobertor de aluminio que refleje las ondas infrarrojas emitidas por la fuente de calor.

⁶⁴ Félix, M. Márquez. Alvarado. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

Es importante evaluar en conjunto la temperatura de la piel del niño y la cantidad de energía requerida, para detectar cualquier problema.

Cubiertas Protectoras Plásticas

Clínicamente se ha demostrado que cubrir al niño que está en cuna de calor radiante, con un cobertor de plástico fino, transparente y flexible, reduce las pérdidas insensibles de agua, las pérdidas por convección y las demandas de energía radiante. La cubierta no debe impedir la transmisión de energía radiante y debe permitir la visibilidad del paciente. Algunos estudio han demostrado que el uso de cubiertas rígidas de (cúpulas) en cuna radiante es inadecuado, ya que es virtualmente opaca a la radiación infrarroja, por lo que bloquea la captación de calor. Korones recomienda el uso de paredes laterales rígidas de cúpulas, con una cubierta de plástico fino en la superficie, con lo que se obtiene los efectos beneficiosos de la cubierta y se elimina el efecto indeseado de adherencia del plástico fino la piel del niño, con probable maceración de ella.⁶⁵

Gorros

La pérdida de calor a través de la cabeza es clínicamente importante y puede reducirse significativamente cubriendo la cabeza con un gorro. En muchas unidades se utiliza un tubular de algodón al que se le ocluye un extremo o gorros tejidos de lana. Algunos estudios han demostrado que los gorros de tubular no son efectivos en reducir las pérdidas de calor. Los que parecen producir un buen aislamiento son los hechos de: 1) lana con forro de gasa y algodón, 2) micro fibra (usualmente utilizada para fabricar impermeables, etc.) y 3) algodón, relleno de polyester. De acuerdo a la Oficina de Estándares Americana, el valor de aislamiento de una tela depende de su grosor, la cantidad de aire atrapado entre la fibra textil y la habilidad de mantener la forma con el uso constante. Esto podría explicar por qué los gorros de tubular de algodón no son efectivos, ni aún los de doble capa, ya que tienden a perder su forma con el uso y al poco aire atrapado entre el tejido apretado de la tela.

Vestuario En un neonato vestido, la resistencia a la pérdida de calor es mayor que en el niño desnudo. Vestir ligeramente al niño, disminuirá los efectos de la fluctuación en la temperatura ambiental, es de bajo costo y útil cuando no se requiere de una observación estricta y continua del recién nacido. Debe tenerse presente como un elemento importante en el manejo de la termoregulación en situaciones que la condición general del paciente lo permita.⁶⁶

⁶⁵ Félix, M. Márquez. Alvarado. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

⁶⁶ McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL. Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2 .recuperado 18 de noviembre del 2011. Disponible en: www.cochrane.com

HUMEDAD

Humidificación es el proceso de agregar humedad por sobre la que está naturalmente presente en el ambiente.

Problemas en la limpieza y regulación de la entrega de humedad, junto con el riesgo de infección, han resultado en renuencia a usar humedad. Hasta hace muy poco, el método común de humidificación era el sistema integrado pasivo. Consiste en un reservorio de agua ubicado bajo la bandeja del colchón, sobre el cual pasa el flujo de aire. La humedad se evapora hacia el flujo de aire que circula por la cúpula de la incubadora.

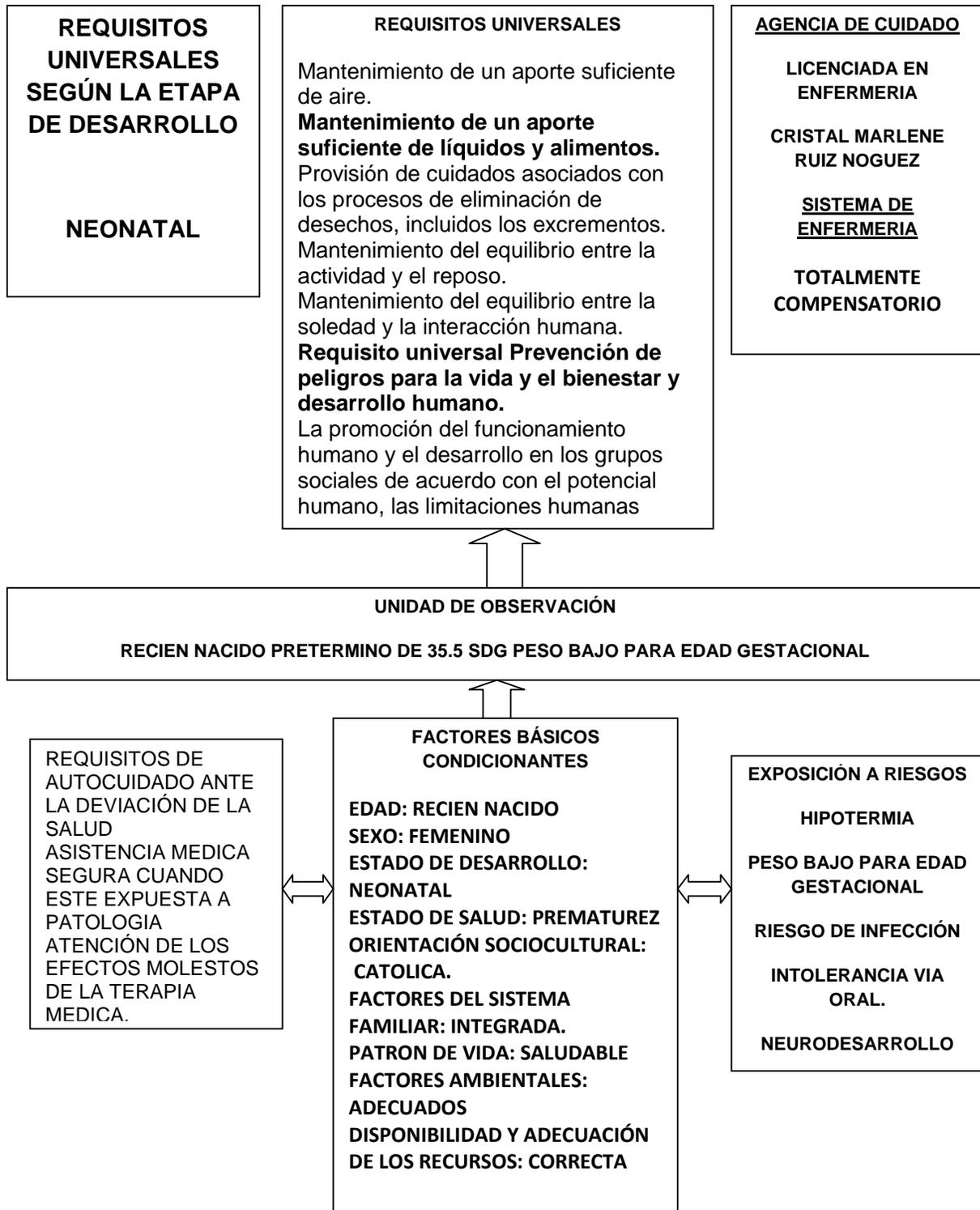
Es un procedimiento simple y de bajo costo, pero no permite aportes estables de humedad, no se logran altas concentraciones y es difícil de limpiar sin molestar al niño. Recientemente, hay disponibles humidificadores activos que consisten en un reservorio de agua independiente, calentado activamente, separado del flujo de aire y que ingresa a la cúpula de la incubadora por un proceso de vaporización. La principal ventaja sobre los humidificadores pasivos, es que no ingresan partículas de aerosol en el aire, donde podría haber desarrollo y crecimiento de gérmenes. Típicamente estos sistemas son servo-controlados permitiendo un control preciso de la humedad necesaria para cada niño. Ofrece también la ventaja de ser modular, más fácil de limpiar sin molestar al paciente.

El nivel óptimo de humedad a usar en cada niño puede ser determinado evaluando la edad gestacional, madurez de la piel, habilidad para mantener la temperatura corporal y condición general del niño, junto con la temperatura y nivel de humedad existente. A medida que la piel del niño madura y el control de la temperatura mejora.⁶⁷

⁶⁷ Félix, M. Márquez. Alvarado. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León: Recuperado 18 de noviembre 2011.

VI.- APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO

6.1.- Esquema Metodológico.



6.2.- Ficha de identificación

Nombre: Hernández Sánchez Recién nacido

Sexo: Masculino.

Fecha de Nacimiento: 14 de noviembre del 2011

Hora de Nacimiento: 15:38 **Lugar de Nacimiento:** México Distrito Federal

Registro: 490429

Peso: 1890 kg

Talla: 49 cm

Edad gestacional: 35.5 SDG **Tipo de parto:** eutócico

Unidad hospitalaria: Hospital de la Mujer

6.3.- Motivo de ingreso

Neonato de 35.5 semanas de gestación que se encuentra en el servicio de crecimiento y desarrollo para incremento ponderal de peso y corrección de semanas de gestación.

6.4.- Factores Básicos Condicionantes

Exploración física

Preparación del entorno: la realización de la valoración, fue en el servicio de crecimiento y desarrollo en la incubadora, se realizo de forma y rápida y cómoda ya que el lugar permitía la realización de la exploración.

Preparación del equipo: el equipo utilizado para la valoración del neonato fue un Estetoscopio, cinta métrica y termómetro.

Neonato de 35 semanas de gestación, que se encuentra en incubadora la cual esta tendida con sabanas, edad igual a la cronológica, actitud libre escogida, fascias de tranquilidad, se encuentra en posición decúbito lateral derecho con flexión de extremidades, esta contenido con una sabana en forma de columpio, sin ropa solo con pañal .

A la exploración física, piel con coloración rosada, integridad cutánea, turgente, hidratada.

Cabeza: redonda, perímetro cefálico 30 centímetros, Normocéfalo, fontanelas esfenoidal y mastoideas palpables (cerradas), fontanela bregmática normotensa, suturas (coronal, sagital, lamboidea, escamosa) sin cabalgamiento.

Cuero cabelludo: con implantación alta, color castaño, sedoso.

Cara: simétrica, cejas presentes con implantación adecuada; párpados simétricos con implantación adecuada de pestañas, ligero edema palpebral; ojos presentes y simétricos, esclera blanca, brillante, cornea con adecuada coloración , presencia de reflejos culares (iris y pupila), reflejo glabellar presente; nariz simétrica, forma

piramidal, fosas nasales permeables, mucosa hidratadas;(boca) ,labios rojizos; encías integra, rosadas, hidratadas; lengua rosada, movable; paladar integro con úvula central; oídos adecuada implantación, simétricas.

Cuello y hombros: rectilíneo, movimientos presentes; tráquea ubicada en línea media, movimientos presentes; clavícula simétrica.

Tórax: mamas simétricas, miden 5mm, simétricas; tórax normolineo, silverman de 0, frecuencia respiratoria 56 por minuto, rítmico, respiración abdominal, ruidos respiratorios normales (murmullo vesicular, respiración bronquial, respiración broncovesicular.), sin presencia de soplos; ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca 143 por minuto, pulsos con adecuada intensidad.

Abdomen: blando, depresible, integridad de la pared abdominal, Peristalsis presente; en cuadrante superior hígado palpable no doloroso; riñones palpables, vejiga palpable sin presencia de globo vesical; cordón umbilical pinzado, normal, en proceso de momificación.

Genitales: fenotípicamente masculino, adecuada coloración, pene integro, glande cubierto por el prepucio, meato central en el glande, escroto normal, testículos en el interior; ano permeable con presencia de evacuaciones espontaneas, pliegues simétricos.

Columna: simétrica, lineal, con continuidad.

Extremidades: integra, simétricas, presencia de dedos de mano pies 5 en cada extremidad, uñas débiles. Presencia de pliegues plantares, adecuado tono muscular.

Cadera: integra, simétrica, Barlow y Ortolani negativo.

Valoración neurológica.

Reflejos de succión y deglución presentes, débiles.

Puntos cardinales presentes, adecuada presión palmar, reflejo tónico del cuello débil, reflejo del moro presente, babinski presente.

6.5.- Valoración por requisitos.

Neonato de 35.5 semanas de gestación, del sexo masculino en etapa del desarrollo neonatal, estado de salud alterado por nacimiento prematuro, la orientación sociocultural de acuerdo a la madre es católica, con factores del sistema familiar integrada, actualmente en el cunero de crecimiento y desarrollo con un patrón de sueño adecuado.

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Neonato que a la exploración física se encuentra; nariz simétrica, forma piramidal, tamaño adecuado, fosas nasales permeables.

Respiración normal (abdominal), ausencia de apneas.

Silverman Andersen de 0, ya que se encuentran ausentes; aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción esternal, disociación toracoabdominal.

Tórax simétrico, normolineo, adecuada coloración. Campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores o sibilancias.

Precordio normodinámico, ruidos cardíacos audibles, adecuada intensidad, simétricos, ausencia de soplos y ruidos agregados, frecuencia cardíaca 156 por minuto.

Pulsos con adecuada intensidad, simétricos.

Llenado capilar de 3 segundos.

Bienestar del requisito del mantenimiento de un aporte suficiente de aire manifestado por frecuencia respiratoria 60 por minuto, saturación 97% coloración rosada.

2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos.

Neonato que a la exploración física se encuentra con integridad de la piel, coloración rosada, turgente, hidratada, flexible sin presencia de lesiones en la piel.

Cráneo normocefalo, cabeza redonda, perímetro cefálico 30 centímetros, fontanelas esfenoidal y mastoideas palpables (cerradas), fontanela bregmática normotensa, suturas (coronal, sagital, lambdoidea, escamosa) sin cabalgamiento. Mucosas hidratadas; (boca) ,labios rojizos; encías integra, rosadas, hidratadas; lengua rosada, movable; paladar integro con úvula central.

Abdomen blando depresible, forma redondeado, integridad abdominal, Peristalsis presente, ruidos normales de los cuatro cuadrantes, cordón umbilical en proceso de momificación, perímetro abdominal 27 cm.

Genitales fenotípicamente masculinos, adecuada coloración, glánde cubierto por el prepucio, meato centrado en el glánde, escroto de adecuado tamaño para edad gestacional, testículos descendidos, micciones presentes y espontáneas.

Ano permeable, presencia de evacuaciones espontáneas, pliegues glúteos simétricos.

Reflejos de succión, deglución, búsqueda presentes.

Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con alteración del mecanismo de succión y deglución manifestado por incapacidad para iniciar una succión efectiva.

3.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.

Abdomen blando depresible, forma redondeado, integridad abdominal, Peristalsis presente, ruidos normales de los cuatro cuadrantes, cordón umbilical en proceso de momificación, perímetro abdominal 27 cm, ausencia de red venosa abdominal, sin dibujo de asa, no se presenta distensión abdominal.

Genitales fenotípicamente masculinos, adecuada coloración, glande cubierto por el prepucio, meato centrado en el glande, escroto de adecuado tamaño para edad gestacional, testículos descendidos, micciones presentes y espontaneas.

Ano permeable, presencia de evacuaciones espontaneas, pliegues glúteos simétricos.

- Bienestar del requisito de eliminación y excretas manifestado por micciones y evacuaciones presentes y espontaneas, abdomen blando y depresible.

4.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Neonato de 35.5 SDG que se encuentra en el área de crecimiento y desarrollo. Con cambios posturales cada dos horas, adecuada coloración, sin presencia de zonas de presión.

Estado de alerta, consiente, bajo sueño fisiológico, reactivo a estimulación táctil y auditiva.

En su entorno se llega a percibir alarmas de incubadoras y bombas de infusión, la voz del personal es moderada, se tiene la precaución de no hacer ruidos innecesarios. Se encuentra con luz ambiental. Temperatura normal.

Se realiza baño cada tercer día, por normas del hospital no se realiza la técnica de mama canguro solo se permite tocarlo con la manos, la estimulación temprana no es iniciada en el hospital si no hasta que se dan de alta.

- Bienestar del requisito del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo manifestado por confort y descanso, fascias de tranquilidad, sueño fisiológico.

5.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Neonato que se encuentra en el servicio de crecimiento y desarrollo, en incubadora consiente, bajo sueño fisiológico, con fascias de tranquilidad, responde a estimulación táctil y auditiva.

Por el momento no se permite la lactancia materna, ni programa de estimulación temprana

El contacto de los padres es durante la visita demuestra interés por el neonato por lo que sucede a su alrededor y sobre todo por su evolución.

Los familiares asisten a todas las visitas y hay participación de los mismos.

Son de religión católica por lo cual no afecta su tratamiento médico.

- Bienestar del requisito mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social manifestado por apego materno, tranquilidad durante la visita.

6.- Requisito Universal Prevención de peligros para la vida y el bienestar y desarrollo humano.

Neonato de 35.5 SDG, que se encuentra en el área de crecimiento y desarrollo, en incubadora, adecuada coloración rosada, presenta hipotermia durante el turno, presenta cianosis distal, durante la visita se observa apego de los padres.

El hospital cuenta con metas de seguridad que se aplican en esta área los cuales son:

- Identificación correcta del neonato.
- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
- Reducir el riesgo de daño del paciente por causa de caídas

Presenta cambios en la temperatura corporal relacionada con una termorregulación ineficaz.

7.-La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

Neonato de 35.5 SDG, que se encuentra en el área de crecimiento y desarrollo en incubadora al cual se le realiza baño de esponja cada tercer día, con aseo de cavidad oral durante el baño, de igual manera en cada cambio de pañal se realiza aseo en la región perianal.

Por norma del hospital todos los procedimientos higiénicos son realizados por el personal de enfermería, a pesar de eso la madre presenta interés sobre el cuidado del neonato.

- Bienestar del requisito funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales manifestado por higiene postural, sueño fisiológico, fascias de tranquilidad.

6.6.- Valoración de requisitos del desarrollo

Para la evaluación del neurodesarrollo del neonato se utilizo el material (EVANENE); el cual está diseñado para determinar la condición funcional del sistema nervioso, en el recién nacido de término o prematuro, pronosticar neurodesarrollo de neonatos de riesgo como es el caso del neonato de este estudio, el material arrojó como resultado que el neonato se encuentra dentro de los parámetros normales para su edad gestacional el cual es de 35.5 SDG.

6.7.- Valoración de requisitos de desviación de la salud.

Neonato de 35.5 semanas de gestación nace por vía vaginal, respondiendo adecuadamente a las maniobras básicas de reanimación neonatal, presentando a los pocos minutos de haber nacido síndrome de adaptación pulmonar; el cual remite durante su periodo de adaptación, durante su estancia en cunero de crecimiento y desarrollo se inicia con su termorregulación presentando hipotermia siendo necesario proporcionar medidas de calentamiento, de igual manera al inicio de vía oral presenta succión y deglución débil a lo cual se le inician ejercicios mandibulares para la mejora de la succión y deglución.

6.8.- Requisitos Universales

REQUISITO		PRIORIDAD DE ACCIÓN
1.-Requisito Universal Prevención de peligros para la vida y el bienestar y desarrollo humano.	Con déficit	1
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Con déficit	2
3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Sin déficit	3
4.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Sin déficit	4
5.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.	Sin déficit	5
6.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Sin déficit	6
7.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.	Sin déficit	7
8.- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.	Sin déficit	8

6.9.- Jerarquización de los Requisitos de Autocuidado

RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ			ETAPA DE DESARROLLO: NEONATAL	
REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
REQUISITO UNIVERSAL PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR Y DESARROLLO HUMANO.	EDAD ESTADO DE SALUD ESTADO DE DESARROLLO	INMADUREZ TERMORREGULACIÓN INEFICAZ	HIPOTERMIA CIANOSIS DISTAL COLORACIÓN DE LA PIEL HIDRATACIÓN	EL NEONATO REQUIERE DE UN CUIDADOR PRIMARIO PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE AUTOCUIDADO COMO EL COLOCARLO EN INCUBADORA, PROPORCIONARLE CALOR POR MEDIO DE MANTAS , GORROS .

**RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ
SANCHEZ R/N
AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL
MARLENE RUIZ NOGUEZ**

**ETAPA DE
DESARROLLO:
NEONATAL**

REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
<p>MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.</p>	<p>EDAD ESTADO DE DESARROLLO ESTAAO DE SALUD</p>	<p>INMADUREZ ALTERACIÓN DEL MECANISMO DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN.</p>	<p>SUCCIÓN Y DEGLLUCIÓN DEBIL.</p>	<p>EL NEONATO REQUIERE DE UN CUIDADOR PRIMARIO PARA REALIZARLE EJERCICIOS MANDIBULARES LOS CUALES SON REALIZADOS POR LA MADRE Y EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA MEJORAR LA SUCCIÓN.</p>

RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ			ETAPA DE DESARROLLO: NEONATAL	
REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA	EDAD ESTADO DE DESARROLLO	APOORTE SUFICIENTE DE AGUA.	HIDRATACIÓN. PIEL TURGENTE COLORACIÓN ROSADA.	EL CUIDADOR PRIMARIO PROPORCIONA LAS MEDIDAS PARA LA HIDRATACIÓN Y CUIDADOS DE LA PIEL.

RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ			ETAPA DE DESARROLLO: NEONATAL	
REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	EDAD ESTADO DE DEASARROLLO ESTADO DE SALUD	APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.	COLORACIÓN ROSADA, SATURACIÓN 97%	EL NEONATO CUENTA CON UN PATRON RESPIRATORIO

			FRECUENCIA RESPIRATORIA 60 POR MINUTO.	EFICAZ QUE LE PROPORCIONA UN APORTE ADDECUADO DE AIRE
--	--	--	---	---

RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N
AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ

ETAPA DE DESARROLLO: NEONATAL

REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS	EDAD ESTADO DE DEASARROLLO ESTADO DE SALUD	ELIMINACIÓN Y EXCRETAS ADECUADAS	MICCIONES Y EVACUACIONES ESPONTANEAS, ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE	EL NEONATO CUENTA CON UN PATRON DE ELIMINACIÓN EFICAZ PRESENTANDO MICCIONES Y EVACUACIONES ESPONTANEAS Y MANTENIENDO UN PATRON DE ELIMINACIÓN ADECUADO.

RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ			ETAPA DE DESARROLLO: NEONATAL	
REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACITIVIDAD Y EL REPOSO.	ESTADO DE SALUD FACTORES AMBIENTALES	EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD REPOSO.	CONFORT, DESCANSO, FASCIAS DE TRANQUILIDAD.	EL NEONATO CUENTA CON UN PATRON DE SUEÑO ADECUADO EL CUAL LE PROPORCIONA CONORT, DESCANSO Y SE MANTIENE BAJO SUEÑO FISIOLÓGICO.

RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ			ETAPA DE DESARROLLO: NEONATAL	
REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE	FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR.	EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD	APEGO MATERNO,	LA MADRE COMO CUIDADOR

LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL.	ESTADO DE SALUD	E INTERACCIÓN SOCIAL.	TRANQUILIDAD DURANTE LA VISITA FAMILIAR.	PRIMARIO PROPORCIONA AL NEONATO LA INTERACCIÓN Y COMPAÑÍA DURANTE LA VISITA FAMILIAR.
-------------------------------------	-----------------	-----------------------	--	---

**RECEPTOR DEL CUIDADO: HERNANDEZ SANCHEZ R/N
 AGENCIA DE ENFERMERIA: LE CRISTAL
 MARLENE RUIZ NOGUEZ**

**ETAPA DE DESARROLLO:
 NEONATAL**

REQUISITO UNIVERSAL	FACTORES BASICOS CONDICIONANTES	FACTOR QUE INFLUYE	DEFICIT DE AUTOCUIDADO	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO
LA PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO Y EL DESARROLLO EN LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESARROLLO DE SER NORMAL.	ESTADO DE SALUD EDAD ESATDO DE DESARRROLLO FACTORES AMBIENTALES	EQUILIBRIO.	HIGIENE POSTURAL, SUEÑO FISIOLÓGICO Y FASCIAS DE TRANQUILIDAD.	LOS CUIDADORES PRIMARIOS TANTO MADRE COMO EL PERSONAL DE ENFERMERIA PROPORCIONANAL NEONATO LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA EL DESARROLLO ADECUADO DEL NEONATO.

6.10.- Jerarquización de Requisitos Universales Alterados.

JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

REQUISITO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN	FECHA DE RESOLUCIÓN
1.-Requisito Universal Prevención de peligros para la vida y el bienestar y desarrollo humano.	Termorregulación ineficaz relacionada con inmadurez en el centro regulador de temperatura manifestado por hipotermia, cianosis distal.	18/NOVIEMBRE/2011	21/NOVIEMBRE/2011
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con alteración del mecanismo de succión y deglución manifestado por incapacidad para iniciar una succión efectiva.	15/NOVIEMBRE/2011	24/NOVIEMBRE/2011
3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Bienestar del requisito del mantenimiento de un aporte suficiente de agua manifestado piel turgente, hidratada.	15/NOVIEMBRE/2011	15/NOVIEMBRE/2011
4.- Mantenimiento de un aporte suficiente de	Bienestar del requisito del mantenimiento		

<p>aire.</p>	<p>de un aporte suficiente de aire manifestado por frecuencia respiratoria 60 por minuto, coloración rosada.</p>	<p>16/NOVIEMBRE/2011</p>	<p>16/NOVIEMBRE/2011</p>
<p>5.-Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.</p>	<p>Bienestar del requisito de eliminación y excretas manifestado por micciones y evacuaciones presentes y espontaneas, abdomen blando y depresible.</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>
<p>6.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.</p>	<p>Bienestar del requisito del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo manifestado por confort y descanso, fascias de tranquilidad, sueño fisiológico.</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>
<p>7.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.</p>	<p>Bienestar del requisito mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social manifestado por apego materno, tranquilidad durante la visita.</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>

<p>8.- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.</p>	<p>Bienestar del requisito funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales manifestado por higiene postural, sueño fisiológico, fascias de tranquilidad.</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>	<p>15/NOVIEMBRE/2011</p>
--	---	--------------------------	--------------------------

Diagnostico de Enfermería.

- 1.-Termorregulación ineficaz relacionada con inmadurez en el centro regulador de temperatura manifestado por hipotermia, cianosis distal.
- 2.-Patrón de alimentación ineficaz del neonato relacionado con alteración del mecanismo de succión y deglución manifestado por incapacidad para iniciar una succión efectiva.
- 3.-Interrupción de la lactancia materna relacionada con hospitalización prolongada manifestado por separación madre- hijo, succión inefectiva del neonato.
- 4.-Bienestar del requisito del mantenimiento de un aporte suficiente de aire manifestado por frecuencia respiratoria 60 por minuto, coloración rosada.
- 5.-Bienestar del requisito de eliminación y excretas manifestado por micciones y evacuaciones presentes y espontaneas, abdomen blando y depresible.
- 6.-Bienestar del requisito del mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo manifestado por confort y descanso, fascias de tranquilidad, sueño fisiológico.
- 7.-Bienestar del requisito mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social manifestado por apego materno, tranquilidad durante la visita.

6.11.-Prescripción del Cuidado

REQUISITO: UNIVERSAL DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENESTAR HUMANO.	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: HERNANDEZ SANCHEZ R/N	FECHA: 18 DE NOVIEMBRE DEL 2011
DIAGNOSTICO: TERMORREGULACIÓN INEFICAZ R/C INMADUREZ DEL CENTRO REGULADOR DE LA TEMPERATURA M/P HIPOTERMIA DE 35.9, CIANOSIS DISTAL.	
AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO: LIC. EN ENF CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ	SISTEMA DE ENFERMERIA: TOTALMENTE COMPENSATORIA.
OBJETIVO: EL AGENTE DE CUIDADO TERAPEUTICO MANTENDRA LA TEMPERATURA CORPORAL DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE ENTRE 36.5 A 37.5 DURANTE EL TURNO	
INDICADORES: <u>TEMPERATURA:</u> EL NEONATO AL INICIO DEL TURNO TUVO UNA TEMPERATURA DE 35.9 ° c RECTAL. <u>COLORACIÓN DE LA PIEL:</u> EL NEONATO PRESENTÓ CIANOSIS DISTAL A LA EXPLORACIÓN.	

HIPOTERMIA:
LA TEMPERATURA Y LA COLORACIÓN DEL NEONATO NOS DAN SIGNOS DE PRESENCIA DEL MISMO

INTERVENCIÓN:

REGULACIÓN DE TEMPERATURA

ACCIONES:

VIGILAR TEMPERATURA DEL RECIEN NACIDO HASTA QUE SE ESTABILICE.

OBSERVAR EL COLOR Y LA TEMPERATURA DE LA PIEL.

PONER GORRO PARA EVITAR LA PERDIDA DE CALOR.

UTILIZACIÓN DE COLCHON TERMICO.

MANTAS CALIENTES.

EVITAR EXPOSICIONES INNECESARIAS.

AJUSTAR UNA TEMPERATURA AMBIENTAL ADAPTADA A LA NECESIDADES DEL PACIENTE.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

El recién nacido es homeotermo; mantiene su temperatura en límites estrechos, y el calor que pierde debe restituirse.

Elemento objetivo que permite evaluar la perfusión de los tejidos periféricos es el control de la temperatura corporal.

Lic. en Enf. Ma. Jovita Plascencia .Cuidados Avanzados en el Neonato. Estructura de la Atención y Cuidado Neonatales. Libro 1. México D.F. Editorial Intersistemas. Año 2010.

Los mecanismos fisiológicos de pérdida de calor son 4. Por lo consiguiente se puede perder fácilmente calor es realmente importante conocer estos mecanismos para evitar enfriamiento en el neonato.

McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2 ..recuperado 18 de noviembre del 2011.

CONTROL DE CASOS:

EL NEONATO RECUPERO TEMPERATURA POR LA INTERVENCIONES REALIZADAS DURANTE EL TURNO, CON UNA TEMPERATURA DE 37 °RECTAL Y COLORACIÓN ROSADA AL FINAL DEL TURNO EL NEONATO REGULO TEMPERATURA ADECUADAMENTE.

REQUISITO: UNIVERSAL DE PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y BIENETAR HUMANO.

**AGENTE DE CUIDADO
DEPENDIENTE:**

HERNANDEZ SANCHEZ R/N

FECHA: 18 DE NOVIEMBRE DEL 2011

DIAGNOSTICO:

HIPOTERMIA R/C INADAPTACIÓN AL DESTETE DE INCUBADORA M/P
TEMPERATURA 35.9 °C, CIANOSIS DISTAL.

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO
TERAPEUTICO:**

LIC. EN ENF CRISTAL MARLENE RUIZ
NOGUEZ

SISTEMA DE ENFERMERIA:

TOTALMENTE COMPENSATORIA.

OBJETIVO:

EL AGENTE DE CUIDADO TERAPEUTICO MANTENDRA LA TEMPERATURA CORPORAL DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE ENTRE 36.5 A 37.5 DURANTE SU PERMANENCIA EN EL AREA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

INDICADORES:

DESTETE DE INCUBADORA:

AL INTENTAR DESTETAR AL NEONATO DE LA INCUBADORA PRESENTA TEMPERATURA DE 35.9 RECTAL.

TEMPERATURA:
PRESENTA EL NEONATO UNA TEMPERATURA DE 35.9 RECTAL.

INTERVENCIÓN:

MANEJO AMBIENTAL
(CONFORT).

ACCIONES:

AJUSTAR TEMPERATURA DE
INCUBADORA.

AJUSTAR LA TEMPERATURA
AMBIENTAL QUE SEA MÁS CÓMODA
PARA EL NEONATO.

PROPORCIONAR O RETIRAR LAS
MANTAS PARA FOMENTAR
COMODIDAD EN CUANTO A LA
TEMPERATURA.

CALENTAR OBJETOS CON
ANTERIORIDAD ANTES DEL
CONTACTO CON EL NEONATO.

MANTENER EN INCUBADORA EN
SERVO- CONTROL PARA
FAVORECER L CALENTAMIENTO.

FUNDAMENTACIÓN CIENTIFICA:

El recién nacido es homeotermo; mantiene su temperatura en límites estrechos, y el calor que pierde debe restituirse. Elemento objetivo que permite evaluar la perfusión de los tejidos periféricos es el control de la temperatura corporal.

Lic. en Enf. Ma. Jovita Plascencia .Cuidados Avanzados en el Neonato. Estructura de la Atención y Cuidado Neonatales. Libro 1. México D.F. Editorial Intersistemas. Año 2010.

Las pérdidas de calor por conducción involucra la transferencia de calor entre dos objetos sólidos que están en contacto uno con otro.

Kristine karlsen. S.T.A.B.L.E. 5° EDICIÓN. Park City, Utah. March of Dimes. 2006.

CONTROL DE CASOS:

EL NEONATO REGULO ADECUADAMENTE SU TEMPERATURA CON LAS

INTERVENCIONES APLICADAS DURANTE EL TURNO, SE LOGRO REALIZAR SU AMBIENTACIÓN Y MANTUVO ADECUADAMENTE SU TEMPERATURA.

REQUISITO: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LIQUIDOS Y ALIMENTOS

**AGENTE DE CUIDADO
DEPENDIENTE:**

HERNANDEZ SANCHEZ R/N

FECHA: 15 DE NOVIEMBRE DEL 2011

DIAGNOSTICO:

PATRON DE ALIMENTACIÓN INEFICAZ DEL NEONATO R/C ALTERACIÓN DEL MECANISMO DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN M/P INCAPACIDAD PARA INICIR LA SUCCIÓN EFECTIVA.

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO
TERAPEUTICO:**

LIC. EN ENF CRISTAL MARLENE RUIZ
NOGUEZ

SISTEMA DE ENFERMERIA:

TOTALMENTE COMPENSATORIA.

OBJETIVO:

EL AGENTE DE CUIDADO TERAPEUTICO MEJORARA EL PATRON DE ALIMENTACIÓN DEL AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE POR MEDIO DE TECNICAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SUCCIÓN DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA.

INDICADORES:

SUCCIÓN:

EL NEONATO DURANTE LA TOMA PRESNTE SUCCIÓN DEBIL.

DEGLUCIÓN:

EL NEONATO TIENE DEBIL EL REFLEJO DE DEGLUCIÓN DURANTE LA

TOMA.

CANTIDAD DE TOMA:
EL NEONATO REQUIERE COMPLEMENTACIÓN CON FORMULA YA QUE LA TOMA DEL SENO MATRENO NO ES SUFICIENTE.

INTERVENCIÓN:

EJERCICIOS PARA LA SUCCIÓN Y
DEGLUCIÓN

AYUDA EN LA LACTANCIA MATERNA

ACCIONES:

MASAJE EN ENCIAS.

MASAJE PERIBUCAL.

MASAJE EN CARRILLOS.

FOMENTAR SUCCIÓN CON CHUPON.

AYUDAR EN LA TOMA CON
ALIMENTADOR.

SI FUERA NECESARIO COMPLETAR
TOMA CON SONDA.

COMENTAR CON LOS PADRES UNA
ESTIMACIÓN DEL ESFUERZO Y DE
LA DURACIÓN QUE LES GUSTARÍA
DEDICAR A LA LACTANCIA
MATERNA.

VIGILAR LA CAPACIDAD DEL BEBÉ
PARA MAMAR.

ANIMAR A LA MADRE A QUE PIDA
AYUDA EN LOS PRIMEROS
INTENTOS DE CUIDADOS, PARA
QUE PUEDA CONSEGUIR DAR EL
PECHO

DE OCHO A DIEZ VECES CADA 24
HORAS.

ENSEÑAR A LA MADRE A
OBSERVAR CÓMO MAMA EL BEBÉ.

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La estimulación por medio de masaje nos ayuda al mejoramiento de la succión y deglución para una toma efectiva en el neonato.

Guía práctica nacer temprano, vivir en grande. Introducción a las estrategias para la prevención y el manejo del estrés del neonato pretérmino en UCIN.

La complementación de la alimentación por sonda orogastrica nos permite proporcionar una alimentación adecuada por vía oral, una nutrición e hidratación a través de una sonda.

Jane Deacon, RNC, MS, NNP. Cuidados Intensivos de Enfermería en neonatos. Segunda Edición. Mexico. Editorial McGraw-hill Interamericana. Año 2004.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

Dra Ana Luisa Argomedo. Guía del curso caalma. Asociación pro lactancia materna

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

Dra Ana Luisa Argomedo. Guía del curso caalma. Asociación pro lactancia materna.

CONTROL DE CASOS:

EL NEONATO INICIA LA SUCCIÓN CON APOYO DE CHUPON Y CON LOS EJERCICIOS E INTERVENCIONES APLICADAS, MEJORA CONSIDERABLEMENTE LA SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN CON APOYO DE EJERCICIOS PARA SU MEJORAMIENTO.

SE LE APOYO A LA MADRE DURANTE LA TOMA DE SENO MATERNO, ORIENTANDOLA SOBRE LA LACTANCIA MATERNA, RESOLVIENDO DUDAS Y EXPLICANDO TECNICA ADECUADA LA MADRE QUEDA SIN DUDAS.

REQUISITO: MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE	
AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: HERNANDEZ SANCHEZ R/N	FECHA: 16 DE NOVIEMBRE DEL 2011
DIAGNOSTICO: BIENESTAR DEL REQUISITO DEL MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE M/P FRECUENCIA RESPIRATORIA 60 POR MINUTO, SILVERMAN DE 0 Y COLORACIÓN ROSADA.	
AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO: LIC. EN ENF CRISTAL MARLENE RUIZ NOGUEZ	SISTEMA DE ENFERMERIA: TOTALMENTE COMPENSATORIA.
OBJETIVO: EL AGENTE DE CUIDADO TERAPEUTICO MANTENDRA UN PATRON RESPIRATORIO ADECUADO DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES DE SATURACIÓN Y FRECUENCIA RESPIRATORIA VIGILANDO ALGUN CAMBIO NEGATIVO EN SU PATRON.	
INDICADORES: SILVERMAN: EL NEONATO SE ENCUENTRA CON UN SILVERMAN DE 0 DURANTE EL TURNO.	
INTERVENCIÓN: MANEJO VIA AEREA. VIGILANCIA PATRON REPIRATORIO	ACCIONES: COLOCAR AL PACIENTE EN LA POSICIÓN QUE PERMITA QUE EL POTENCIAL DE VENTILACIÓN SEA EL MÁXIMO POSIBLE.

<p>OXIGENACIÓN</p>	<p>AUSCULTAR SONIDOS RESPIRATORIOS, OBSERVANDO LAS ÁREAS DE DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE VENTILACIÓN Y LA PRESENCIA DE SONIDOS ADVENTICIOS.</p> <p>VIGILAR EL ESTADO RESPIRATORIO Y DE OXIGENACIÓN</p> <p>VIGILAR LA FRECUENCIA, RITMO, PROFUNDIDAD Y ESFUERZO DE LAS RESPIRACIONES.</p> <p>VIGILAR LAS SECRECIONES RESPIRATORIAS EL PACIENTE.</p> <p>ELIMINAR LAS SECRECIONES BUCALES, NASALES Y TRAQUEALES, SI PROCEDE.</p> <p>MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <p>PREPARAR EL EQUIPO DE OXÍGENO Y ADMINISTRAR A TRAVÉS DE UN SISTEMA CALEFACTADO Y HUMIDIFICADO.</p> <p>ADMINISTRAR OXÍGENO SUPLEMENTARIO SI FUERA NECESARIO DURANTE LA TOMA. COLOCAR AL PACIENTE EN LA POSICIÓN QUE PERMITA QUE EL POTENCIAL DE VENTILACIÓN SEA EL MÁXIMO POSIBLE.</p> <p>AUSCULTAR SONIDOS RESPIRATORIOS, OBSERVANDO LAS ÁREAS DE DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE VENTILACIÓN Y LA PRESENCIA DE SONIDOS ADVENTICIOS.</p> <p>VIGILAR EL ESTADO RESPIRATORIO Y DE OXIGENACIÓN</p>
--------------------	--

	<p>VIGILAR LA FRECUENCIA, RITMO, PROFUNDIDAD Y ESFUERZO DE LAS RESPIRACIONES.</p> <p>VIGILAR LAS SECRECIONES RESPIRATORIAS EL PACIENTE.</p> <p>ELIMINAR LAS SECRECIONES BUCALES, NASALES Y TRAQUEALES, SI PROCEDE.</p> <p>MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS AÉREAS.</p> <p>PREPARAR EL EQUIPO DE OXÍGENO Y ADMINISTRAR A TRAVÉS DE UN SISTEMA CALEFACTADO Y HUMIDIFICADO.</p>
--	---

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

Los signos y síntomas de que el patrón respiratorio puede estar alterado se deben vigilar estrechamente para su manejo oportuno

Prof. Dr. J.P. Garrahan. Cuidados de Enfermería Neonatal. Tercera edición. Argentina. Editorial Ediciones Journal. Año 2009.

El vigilar el patrón respiratorio ayuda a establecer un diagnóstico oportuno si se presentara algún tipo de disfunción del patrón respiratorio. Es la administración de oxígeno en concentraciones que superan la concentración ambiental, a fin de tratar o prevenir los síntomas de hipoxia. el objetivo es proveer una oxigenación tisular adecuada, a efectos de lograr una saturación de o_2 superior a 90 %, equivalente a una pao_2 de 60 mmhg.

Prof. Dr. J.P. Garrahan. Cuidados de Enfermería Neonatal. Tercera edición. Argentina. Editorial Ediciones Journal. Año 2009.

CONTROL DE CASOS:

EL NEONATO PERMANECIO DUARANTE EL TURNO CON UN ADECUADO SILVERMAN DE 0, EL PATRON RESPIRATORIO DEL NEONATO ES EFICAZ, YA QUE SE MANTUVO Y SE VIGILO MEDIANTE LAS ACCIONES ESTABLECIDAS.

REQUISITO: PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS.

**AGENTE DE CUIDADO
DEPENDIENTE:**

HERNANDEZ SANCHEZ R/N

FECHA: 15 DE NOVIEMBRE DEL 2011

DIAGNOSTICO:

BIENESTAR DEL REQUISITO PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS M/P MICCIONES Y EVACUACIONES PRESENTES Y ESPONTANEAS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

**AGENCIA DE AUTOCUIDADO
TERAPEUTICO:**

LIC. EN ENF CRISTAL MARLENE RUIZ
NOGUEZ

SISTEMA DE ENFERMERIA:

TOTALMENTE COMPENSATORIA.

OBJETIVO:

EL AGENTE DE CUIDADO TERAPEUTICO FOMENTARA SOBRE LA ELIMINACIÓN Y EXCRETAS POR MEDIO DE LA PROMOCIÓN A LA SALUD A SU EGRESO.

INDICADORES:

MICCIONES:
PRESENTE EXPONTANEAMENTE.

EVACUACIONES:
EXPONTANEAS.

DISTENCIÓN ABDOMINAL:
SIN CAMBIOS

INTERVENCIÓN:	ACCIONES:
VIGILAR PRESENCIA DE MICCIONES	OBSERVAR SI HAY SONIDOS INTESTINALES.
VIGILAR PRESENCIA DE EVACUACIONES	INFORMAR SI HAY DISMINUCIÓN DE SONIDOS INTESTINALES.
EVALUAR PERIMETRO ABDOMINAL	OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DIARREA.
VIGILANCIA DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.	ESTREÑIMIENTO E IMPACTACIÓN.
	ADMINISTRAR SUPOSITORIOS DE GLICERINA, SI ES NECESARIO.
	EVACUACIONES Y CARACTERISTICAS PRIMERA SEMANA PRESENCIA DE MECONIO
	PRESENCIA DE EVACUACIONES DE 3 A 10 AL DIA.
	VIGILAR DISTENCIÓN ABDOMINAL
	VIGILAR PRESENCIA DE PERISTALSIS.
	COLORACIÓN DE LAPIEL
	INTEGRIDAD CUTANEA

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA:

La peristalsis intestinal es el conjunto de movimientos peristálticos del intestino cuando está trabajando para cumplir su función.

El intestino grueso por medio de los movimientos peristálticos, se contrae y expande. Con esos movimientos moviliza los desechos que se convierten en excretas o Heces fecales.

Lic. en Enf. Ma. Jovita Plascencia .Cuidados Avanzados en el Neonato. Nutrición en el Recién Nacido. Libro 2. México D.F. Editorial Intersistemas. Año 2011

El estreñimiento es el movimiento lento de las heces por el intestino grueso que resulta en el paso de heces secas y duras. Esto puede dar como resultado molestia o dolor.

Lic. en Enf. Ma. Jovita Plascencia .Cuidados Avanzados en el Neonato. Nutrición en el Recién Nacido. Libro 2. México D.F. Editorial Intersistemas. Año 2011

La piel o el sistema integumentario es fundamental para la supervivencia, su función principal es la protección. Las actividades realizadas en el neonato permiten que la función de la piel resultante fundamental para mantener la homeostasis y, en consecuencia, para supervivencia.

Prof. Dr. J.P. Garrahan. Cuidados de Enfermería Neonatal. Tercera edición. Argentina. Editorial Ediciones Journal. Año 2009.

CONTROL DE CASOS:

DURANTE EL TURNO EL NEONATO PERMANECE CON UN PATRON DE ELIMINACIÓN ADECUADO PRESENTANDO MICCIONES Y EVACUACIONES EXPONTANEAS, MANTENIENDO UN PERIMETRO ABDOMINAL SIN INCREMENTO Y UNA ADECUAADA TOLERANCIA GASTRICA.

VII.-PLAN DE ALTA

La planificación del alta es un proceso que incorpora una valoración de las necesidades del paciente obtenidas de él mismo, de otras personas importantes para él y del propio equipo de asistencia, lo que se traduce en un plan para coordinar los recursos disponibles de forma que se cubran las necesidades del paciente. Al planificar el alta, el personal de enfermería debe respetar las necesidades individuales y familiares e incorporarlas a sus decisiones y prioridades en dicha planificación.

Además ha de identificar las barreras personales que se oponen a la aceptación del , como las finanzas, el tiempo, las necesidades familiares y la motivación para el cambio; las actitudes personales, los recursos comunitarios, la forma de vida y la cultura pueden influir en las decisiones tomadas respecto al alta. La falta de conocimientos o de recursos, la ausencia de transporte, de experiencia o la carencia de respaldo económico pueden impedir que se sigan las recomendaciones en el domicilio. La creación de una buena relación con el paciente y su familia facilita el

HIGIENE

Mantener limpio al bebé es fundamental. Un aseo adecuado es la mejor garantía contra infecciones y enfermedades de origen contagioso. Sin embargo, más allá de la rutina de la higiene, el baño es un momento de bienestar y de relajación; ideal para llenar de ternura y de caricias Al recién nacido.

Empieza el aseo desde las zonas más pulcras a las más sucias, para que la esponja y el agua permanezcan más tiempo limpias. Aplica el jabón con un paño y enjuaga con otro limpio. No conviene abusar del jabón, por lo que bastaría con diluir unas gotitas de gel en el agua; excepto si utilizas jabón de Recién Nacido, su composición permite aplicarlo directamente sobre la piel. A continuación, sigue este orden:

- Cabeza: Usar jabón sólo una o dos veces por semana. El resto simplemente enjuaga con agua sola o con unas gotitas de jabón disueltas. Lavar sujetando la cabeza con la palma de la mano y secarlo bien con una toalla antes de continuar.
- Cara: Con gasas estériles humedecidas en agua hervida tibia o suero fisiológico, limpiar los ojos. Usar una gasa para cada uno. Limpiar con agua alrededor de las orejas, nunca los oídos, y seca todas las partes.
- Cuello y pecho: Insistir bien en los pliegues. Y secarlo.
- Brazos: Extiéndelos hasta llegar al pliegue del codo. Presionar las palmas de las manos para que abra el puño y lavarlas con jabón, enjuagándolas bien antes de que se las lleve a la boca y sécalas.

- Espalda: Apoyar al niño sobre el estómago con la cabeza de lado para lavarle la espalda. Una cuantas gotas de jabón líquido disueltas en el agua son suficientes para una limpieza eficaz pero suave. Sécalo y viste la parte de arriba antes de continuar. Así evitarás que coja frío.
- Piernas: Extiende las piernas hasta las corvas y lava bien los pliegues. Después sécalas.
- Zona del pañal: Sigue las indicaciones de tu matrona para el cuidado del cordón umbilical. Una de las más recomendadas es limpiarlo con una gasa estéril mojada en una solución aséptica o simplemente con agua y jabón. Sécalo muy bien y cambia el pañal, aplicando pomada en las zonas irritadas.

5. Después de ponerle el nuevo pañal, dejando el cordón descubierto.

La temperatura del agua ha de ser la adecuada, entre 34-37 grados centígrados. Podemos comprobar que no queme ni esté fría introduciendo la parte interna de nuestra muñeca, el dorso de la mano o el codo si no tenemos termómetro de baño.

También hemos de cuidar la temperatura ambiente, que debe ser de 22 a 25 grados centígrados, y evitar las corrientes de aire.

Debemos tener todo lo necesario para el baño preparado a nuestro alcance: esponja, toalla, jabón, ropa, cepillo.

No podemos dejar solo al bebé ni un momento.

Los jabones y el champú deben ser neutros y poco perfumados, pero podríamos bañar al bebé sólo con agua, especialmente en bebés con tan pocos días de vida. Conviene que la esponja sea natural y especial para bebés.

Se desnuda al bebé y se le limpia la zona del pañal antes de introducirlo en la bañera.

Los primeros días no conviene bañar al bebé en una bañera grande, además de difícil resulta peligroso.

La bañera o la superficie donde lo vayamos a asear han de estar limpias. Se ha de sujetar firmemente al bebé, al tiempo que con delicadeza.

La mejor postura para bañar al bebé si lo realiza una sola persona es mantener con un brazo su espalda de manera que el bebé apoye su cabeza en el antebrazo, sosteniéndole por la axila y hombro; así nos queda libre la otra mano y el bebé está acomodado.

El orden a seguir para el lavado es de arriba hacia abajo, empezando por la cabeza y acabando por los genitales.

Los ojos, la nariz y los oídos se tienen su propio proceso de limpieza, por lo que no hay que insistir en ellos.

No hay que lavar ni mojar especialmente el cordón, tampoco frotarlo.

Si le hablamos durante el baño, el bebé estará más tranquilo al escuchar nuestra voz.

Después del baño hay que secar muy bien todo el cuerpo del bebé, especialmente entre los pliegues y la zona del cordón, sin frotar. El secado de la delicada zona del cordón se realiza mediante toquitos suaves.

Para el secado podemos usar dos toallas de algodón, una más grande para el cuerpo y una pequeña para la cabecita y zonas sensibles.

Recordamos los consejos para vestir al bebé recién nacido, pues es el siguiente paso tras el baño, antes de que el bebé se enfríe.

Aprovechemos la hora del baño para revisar a al bebé para descartar erupciones, inflamaciones u otros problemas que de otro modo quedan más ocultos.

Pero sobre todo aprovechemos la hora del baño para disfrutar de él y que nos sienta cerca.

La mayoría de los bebés afrontan esta nueva experiencia de recién nacidos con gusto, pero no hay que desanimarse si el bebé llora en los primeros baños, ya que es lógico que le asuste lo desconocido. Pronto se acostumbrará y lo disfrutará como nosotros.

El baño puede realizarse como ya lo mencione bañar e ir vistiendo o terminar de bañar al recién nacido y vestirlo inmediatamente.

ALIMENTACIÓN

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.⁶⁸

“La lactancia está en el corazón mismo de nuestra identidad, inicia su evolución aún antes del embarazo y cada mamífero ha desarrollado por milenios una leche única para sus necesidades, su comportamiento y su entorno. Es una estrategia espectacular de supervivencia que nos sitúa entre los mamíferos ... animales que alimentan a sus crías con su leche”

Gabrielle Palmer

The politics of lactation 1993

BENEFICIOS

- Provee cantidad suficiente energía y nutrimentos para promover un crecimiento óptimo durante los primeros seis meses a excepción de hierro y vitamina K.
- Favorece la transición a la alimentación enteral completa
- Componentes inmunológicos, antimicrobianos, hormonales y enzimáticos
- Alto contenido de grasas
- Favorece al desarrollo neurológico

⁶⁸ Dra ana luisa argomedo. Guia del curso CAALMA

DURACIÓN

- Como una recomendación global de salud pública los infantes deben ser alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros seis meses de vida para alcanzar óptimo crecimiento, desarrollo y salud
- Posteriormente para encontrar sus requerimientos nutricionales deben recibir alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados mientras continúan con el seno materno hasta los dos años o más allá.

DESTETE

- Algunos pediatras aseguran que la duración de la gestación es igual al tiempo de lactancia en muchas especies
- Sería 9 meses
- Algunos pediatras aseguran que muchos mamíferos destetan a sus crías cuando triplican el peso al necesario.
- Serían 12 meses

SIGNOS DE ALARMA

El recién nacido (RN) es un ser vulnerable por la inmadurez que aun presentan muchos de sus órganos y sistemas. Por otro lado la manifestación de síntomas en los RN es muy sutil y atípica comparada con la de niños de más edad; de manera que un solo síntoma puede ser causado por muchas enfermedades y a veces es difícil distinguir entre una enfermedad y otra. Esto hace necesario conocer los síntomas y signos que puedan representar un peligro importante.

Los siguientes son signos y síntomas que deben tomarse como urgencia médica en un recién nacido:

Fiebre: la fiebre es la elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C y en la mayoría de los casos representa la presencia de una infección. Los recién nacidos tienen defensas débiles por lo que no focalizan las infecciones.

Llanto inconsolable: todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, incomodidad (pañal mojado) o dolor. Ningún RN llora por capricho o porque “se acostumbró a brazos”. Cualquier bebé que llora más de 1 hora y se comprueba que no es por hambre, frío, calor o pañal mojado, debe ser revisado.

No come: si el bebé que no quiere comer después de 5 horas de su última toma es porque tiene algún problema que amerita revisión. No existen los bebés “mañosos” pues comer es un instinto a esta edad.

Dificultad para respirar: la respiración difícil puede ser síntoma de algo transitorio o de algo que pone en riesgo la vida. Ante la duda, debe revisarse por un pediatra antes de que se convierta en algo más grave.

¿Cómo se manifiesta la dificultad respiratoria?

Lo que casi siempre hay es respiración rápida, esto es más de 70 respiraciones por minuto y a veces puede ser el único signo. En muchos casos también hay aleteo nasal (las narinas se abren y se cierran), tiraje intercostal (se le hunde la piel entre las costillas), retracción xifoidea (se le hunde por debajo del tórax), disociación tóraco - abdominal (se le “hunde” el abdomen) y quejido (se queja con cada respiración). Este último signo es de los que representan más gravedad.

Labios morados: Este signo se conoce como cianosis. Es importante mencionar que a menudo las manos y los pies pueden ponerse morados sin que esto represente peligro alguno siempre y cuando los labios estén rosaditos. Los labios morados pueden presentarse súbitamente o lentamente y en cualquier caso amerita que el bebé sea revisado.

Vómitos: los vómitos que se repiten pueden ser síntoma de reflujo o de un problema serio en el intestino. Debe diferenciarse el vómito de la regurgitación ya que esta última es cuando sale un poco de leche por la comisura labial y es normal en todos

los casos; el vómito en cambio es la expulsión de leche en volumen y en el que el bebé hace fuerza para ello y generalmente es precedido por náusea.

Diarrea: La diarrea se distingue por evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia. Los bebés alimentados con seno materno suelen tener evacuaciones aguadas (no líquidas) y pueden evacuar con cada toma de leche. Ante la duda, mejor consulte al pediatra.

Sangre en las evacuaciones: la presencia de sangre en las evacuaciones puede significar una infección intestinal que, como se mencionó, se puede diseminar rápidamente y convertirse en algo grave.

No orina: un bebé que no orina por más de 12 horas puede tener algún problema importante ya sea por deshidratación o por afección del riñón.

No evacua: un bebé que no evacua por más de 24 horas es necesario revisarse y dar algún manejo por estreñimiento. Todos estos signos y síntomas pueden presentarse solos o combinados pero no deje de llamar a su pediatra si encuentra cualquiera de ellos.

Ante cualquier tipo de presencia de algunos síntomas que le mencione acudir con el médico pediatra para revisión.

MEDICAMENTOS

SI EL RECIEN NACIDO CUANDO SEA DADO DE LATA DEBERA LLEVARSE DE IGUAL MANERA UN PLAN DE MEDICAMENTOS EN DONDE LLEVAR NOMBRE DEL MEDICAMENTO, PRESENTACIÓN, DOSIS, CANTIDAD, HORARIO Y FRECUENCIA.

Es importante el adecuado manejo de los medicamentos.

VACUNAS Y CITAS MÉDICAS

De igual manera es importante conocer las vacunas que se le deben aplicar al recién nacido y no faltar a su aplicación.

Vacunas

Las vacunas ayudan a prevenir enfermedades, consulta el proceso de aplicación y cómo éstas ayudan a proteger a tus hijos.

Vacuna SABIN o contra la Polio

Ayuda a prevenir la poliomielitis. Se aplican 2 gotitas en los menores de 5 años a partir de los 6 meses como dosis adicional en cada Semana Nacional de Salud.

Vacuna BCG

Es la vacuna contra la tuberculosis. Se aplica desde recién nacidos hasta los niños menores de 5 años y deja una cicatriz en el brazo posterior a su aplicación.

Vacuna Pentavalente

Es la vacuna que previene la difteria, tos ferina y tétanos, además también a la poliomielitis y a las bacterias del Haemophilus Influenzae del tipo b, que provocan neumonías y meningitis. Se aplica en 4 dosis a los 2, 4, 6, y 18 meses de edad.

Vacuna contra el rotavirus

Previene la gastroenteritis o la diarrea causada por el rotavirus en sus formas graves. Se aplican 3 dosis por vía oral, a los 2, 4 y 6 meses de edad y nunca después de los 8 meses de edad.

Vacuna Anti-influenza

Previene el virus de la influenza y se aplica a niños de 6 a 35 meses de edad desde octubre a febrero. En la primera ocasión se aplican dos dosis con intervalo de 1 mes y después cada año.

ES DE SUMA IMPORTANCIA ACUDIR A LAS CITAS PROGRAMADAS QUE TENDRA, YA QUE EN ESTAS CONSULTAS SE VIGILARA EL CRECIMIENTO Y LAS CONDICIONES DE SALUD.

VIII.-CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con este estudio de caso y mediante el proceso de atención de enfermería se busca dar un plan de cuidados al neonato durante su estancia hospitalaria y de igual manera al egreso del neonato.

El plan de cuidados realizado para este neonato nos llevo a mantener un adecuado estado de salud dentro de los parámetros normales.

Al igual que proporcionamos una alimentación adecuada fomentando también con la lactancia materna el apego al neonato.

Parte del plan de cuidados es la promoción a la salud mediante la educación continua en donde dimos parámetros de signos de alarma, cuidados del recién nacido en casa (higiene, alimentación, descanso).

La madre mostro interés en el proceso resolvió dudas lo más importante también fue que aprendió a identificar signos de alarma.

El formato de valoración del neonato es extenso y repetitivo si se podría analizar y encontrar puntos clave.

El periodo de aplicación del mismo suele ser un corto tiempo, aumentar el tiempo para la aplicación de este.

Para la realización del estudio de caso se podría dar más tiempo, ya que la planeación, la búsqueda de información y el acomodamiento llevan tiempo y puede no ser el suficiente

IX.-BIBLIOGRAFIA

1. J.P. Garrahan. Cuidados de Enfermería Neonatal. Tercera edición. Argentina: Editorial Ediciones Journal. Año 2009.
2. Jane Deacon, RNC, MS, NNP. Cuidados Intensivos de Enfermería en neonatos. Segunda Edición. México: Editorial McGraw-hill Interamericana; Año 2004.
3. Plascencia, MJ .Cuidados Avanzados en el Neonato. Estructura de la Atención y Cuidado Neonatales. Libro 1. México D.F: Editorial Intersistemas; Año 2010.
4. Plascencia, MJ .Cuidados Avanzados en el Neonato. Nutrición en el Recién Nacido. Libro 2. México D.F: Editorial Intersistemas; Año 2011.
5. Pérez, G. Normas y procedimientos de neonatología. INPerIER. México D.F. Año 2009.
6. Jasso, L. Neonatología practica. Séptima edición. México D.F: editorial Manual Moderno; Año 2008.
7. Orem, DE .Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la Práctica. Barcelona (España): Editorial Masson; Año 1999.
8. Rodrigo, L. De la teoría a la práctica. España: Editorial Masson; Año 1998.
9. Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía practica. Barcelona, Madrid.
10. Alfaro, R. Aplicación del Proceso de Enfermería. Fomentar el cuidado en colaboración. Quinta edición. Barcelona, Madrid: Editorial Edielser Masson.
11. G. Taylor, s. Modelos enfermeros. Dorothea e.orem. España: Editorial Elsevier; Año 2002
12. Melendez, O. Teoría del déficit de autocuidado. México D.f: Editorial Manual Moderno; Año 2001.
13. Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado, antología . segunda edición.
14. Argomedo, AL. Guía del curso caalma. Asociación pro lactancia materna.
15. Alvarado, GA. EVANENE. Universidad Autonoma Metropolitana. Año 2010
16. Guía práctica nacer temprano, vivir en grande. Introducción a las estrategias para la prevención y el manejo del estrés del neonato pretérmino en UCIN.
17. Medina, X.; 2. Padilla, R.; 3. Sanmiguel, F. Publicado: 15/12/2011 | [Enfermería , Pediatría y Neonatología , Articulos](#) Recuperado 03 de enero 2012.
18. Félix, M. Rebeca Márquez, Beatriz Alvarado Torres. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León. Recuperado 18 de noviembre 2011.

19. Del-Olmo, M. *Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro*. Rev Med Hosp Gen Mex 2003; 66 (1): 22-28. , <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2003/hg031d.pdf> . Recuperado 05 de noviembre del 2011
20. McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2 .Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto. Recuperado 18 de noviembre del 2011.
21. Secretaría de Salud Hospital Juárez Comité Institucional de Bioética. Concepto y Principios de la Bioética. Recuperado 17 de noviembre del 2011. http://www.hjc.salud.gob.mx/interior/Bioetica/CONCEPTO_Y_PRINCIPIOS_DE_LA_BIOETICA.pdf
22. World Congress of Perinatal Medicine.(Barcelona 23 -27 de septiembre de 2001).
23. Dr. Hector G. Aguirre Gas .Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. Ética Médica. Consentimiento Informado
24. [www.ssa.gob.](http://www.ssa.gob.mx)
<http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/DOCUMENTOSCONSULTA/10.pdf>
25. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
26. Félix,M. Márquez,R. Alvarado, B. Intervención educativa en el manejo del recién nacido prematuro. Hospital de Especialidades No 34, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey Nuevo León. Recuperado 18 de noviembre 2011.
27. McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2 .Intervenciones para prevenir la hipotermia en el momento del parto.recuperado 18 de noviembre del 2011.

**A
Z
E
X
O
S**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIRECCIÓN 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: _____ SEXO: (F) (M) HORA NACIMIENTO: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____ FECHA NACIMIENTO: _____ REGISTRO: _____ PESO AL
 NACER: TALLA: _____ EDAD GESTACIONAL TIPO DE PARTO: _____ FECHA DE INGRESO: _____
 DIAS DE ESTANCIA: _____ GRUPO Y RH: _____
 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (SI) (NO) O AVANZADAS (SI) (NO)
 FUENTE DE INFORMACIÓN: _____
 ELABORADO POR: _____
 FECHA DE ELABORACIÓN: _____ UNIDAD HOSPITALARIA: _____

2.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

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

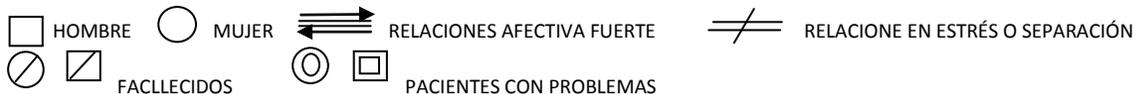
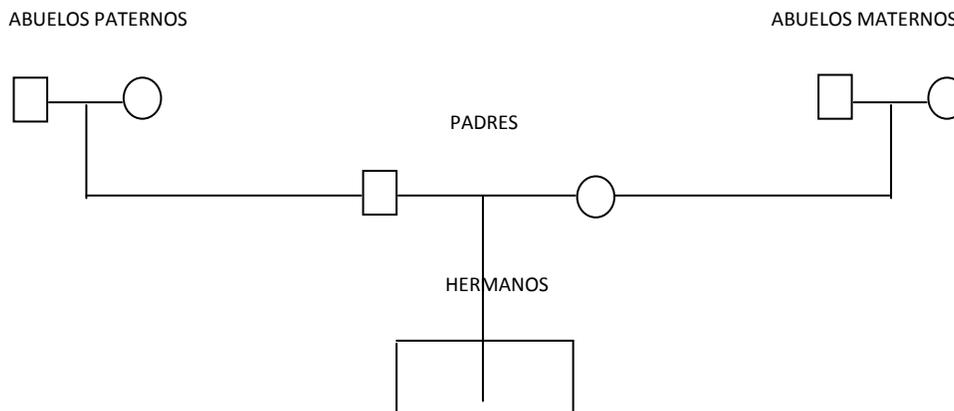
2.2.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

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

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: _____

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

2.3.- FAMILIOGRAMA



3.- FACTORES AMBIENTALES

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

3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO LÀMINA () CARTÒN () CONCRETO () OTROS: _____

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

No. HABITANTES: _____

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

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

3.5.- FAUNA NOCIVA

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

4.- ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA:_____ PARA:_____ ABORTO:_____ CESÀREA:_____ FUM: _____ GRUPO RH: _____

ISOINMUNIZACIÒN PREVIA: _____ CONTROL PRENATAL: SI () NO () N° DE CONSULTAS: _____

ULTRASONIDO OBSTÈTRICO: SI () NO () N°:_____

4.1 .- FACTOR DE RIESGO

POR FACTOR MATERNO

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

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

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

POR FACTOR NEONATAL

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

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

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

CUIDADOS INMEDIATOS

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

CUIDADOS MEDIATOS

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

RIESGO; _____

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

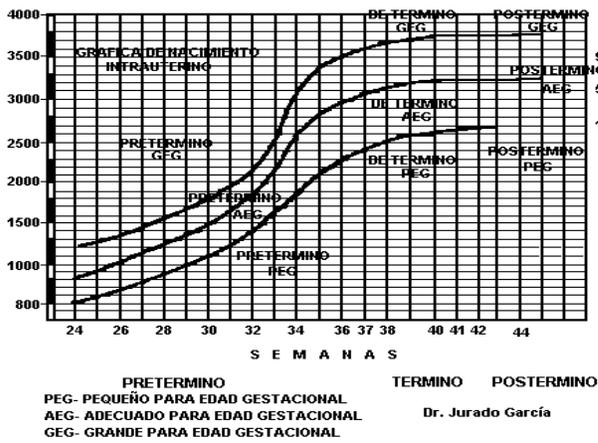
4.2.- VALORACION DEL NEONATO

VALORACIÓN APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E 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

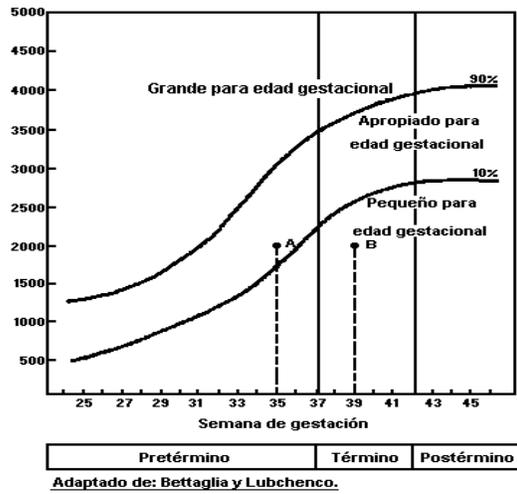
INTERPRETACIÓN: _____

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL
AMBOS SEXOS



INTERPRETACIÓN: _____

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



INTERPRETACIÓN: _____

MÉTODO CAPURRO PARA VALORACIÓN DE EDAD GESTACIONAL

A	B	Variables					
Somático y neurológico K=200 días	Somático K=204 días	Textura de la piel	Gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Algo más gruesa: leve descamación superficial 10	Gruesa con grietas superficiales, descamación en manos y pies 15	Gruesa, apergaminada, con grietas profundas 20
		Forma de la oreja	Aplanada sin forma, curvatura escasa o nula 0	Curvatura de una parte del borde del pabellón 8	Pabellón parcialmente curvado en toda la parte superior 15	Pabellón totalmente curvado 24	
		Tamaño de la glándula mamaria	No palpable 0	Palpable, menor de 5 mm de diámetro 5	Diámetro entre 5 y 10 mm 10	Diámetro mayor de 10 mm 15	
		Pliegues plantares	Sin pliegues 0	Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior 5	Pliegues bien definidos sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior 10	Surcos en la mitad anterior de la planta 15	Surcos en más de la mitad anterior 20
		Maniobra de la bufanda	 0	 6	 12	 18	
		Posición de la cabeza	 0	 4	 8	 12	

INTERPRETACIÓN: _____

METODO BALLRD (Evaluación de madurez neurológica y física)

Madurez neuromuscular						
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Angulo de la muñeca						
Rebote del brazo						
Angulo poplíteo						
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 ♀	Clítoris prominente y labios menores		Labios mayores y menores iguales	Labios mayores más grandes	Clítoris y labios menores cubiertos	25 34
						30 36
						35 38
						40 40
						45 42
						50 44

INTERPRETACIÓN: _____

4.3.- FACTORES DE RIESGO NEONATAL POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO O SISTEMA	FACTOR DE RIESGO	ALTO
RESPIRATORIO	ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	
	SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	
	APNEA	
	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO	
	NEUMONÍA	
	HERNIA DIAFRAGMÁTICA	
	BRONCO DISPLASIA PULMONAR	
CARDIOVASCULAR	CARDIOPATÍAS ACIANOGENAS	
	CARDIOPATÍAS CIANÓGENAS	
	ARRITMIAS	
GÁSTRICO	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	
APARATO NEUROLÓGICO	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR ISOINMUNIZACIÓN	
	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 HIDROELECTROLITICAS	HIPERPOTASEMIA	
	HIPOTASEMIA	
	BICARBONATO	
TRASTORNOS MUSCOLOESQUELETICOS	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:

TEORÌA GENERAL DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

SIGNOS VITALES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
FRECUENCIA CARDIACA					
RITMO CARDIACO (REGULAR, IRREGULAR, ARRITMIA)					
FRECUENCIA RESPIRATORIA					
RUIDO RESPIRATORIO (ESPECIFICAR)					
TEMPERATURA CORPORAL					
TEMPERATURA INCUBADORA O CUNA					
TENSIÒN ARTERIAL					
OXÌMETRIA DE PULSO					
LLENADO CAPILAR					

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

VALORACIÒN DE SILVERMAN-ANDERSON

RESULTADOS

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

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

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

1.2.- FASE DE VENTILACIÒN

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 CMV IMV PSV	PARAMETROS PIP PEEP FR CPM			

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

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

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

1.- _____

2.- _____

3.- _____

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

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÉTRICA			
	INTEGRA			
	ÚVULA CENTRAL			
MUCOSAS	HÍDRATADAS			
	ROSADAS			
	SECAS			
	INTEGRAS			
LENGUA	TAMAÑO			
	INTEGRA			
	ROSADA			
	FRENILLO			
PALADAR	INTEGRO			
	ROSADO			
	PERLAS DE EPSTEIN			
ENCIAS	INTREGRA			
	ROSADA			
	DIENTES			
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL			
	BLANDO/DEPRESIBLE			
	DISTENDIDO/DURO			
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES			
	PERISTALSIS			
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO			
	ARETIAS 2			
	VENAS 1			
	MONIFICADO			
	ERITEMATOSO			
	HERNIADO			
PIEL	TURGENTE HIDRATADA HUMEDA			
FONTANELAS	NORMOTENSA ABOMBADA DEPRIMIDA TENSA			

A) INGRESOS

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

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

TERAPIA TRANSFUNCIONAL

FECHA	TIPO UNIDAD	CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÓN	EFFECTOS ADVERSOS

F) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

4.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

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

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

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

4.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos					
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión					
ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturdida					
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO					
ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos					
ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia el lactante / NEONATO					
REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO					

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

INTERPRTACIÓN

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA ESTABILIDAD ESTRÉS					

4.4.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÌA

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

5.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

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

5.1.- EGRESOS

ELIMINACIÓN URINARIA

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

ELIMINACION FECAL

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA					
FORZADA (ESPECIFICAR)					
ESTOMAS					
CANTIDAD grs/ turno					
OLOR					
CARACTERISTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)					

DRENES

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

PESO CORPORAL	PÈRDIDAS INSENSIBLES DE AGUA (ml/kg/día)		VALORACION	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
	EN CUNA RADIANTE	EN INCUBADORA						
<1.000	100-150	75-100						
1.000-1.500	75-100	50						
1.500-2.000	50	25-50						
>2.000	50	25-50						

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

1.- _____

2.- _____

3.- _____

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

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

6.2.- RECIBE VISITA MATERNA: _____

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

6.4.- APEGO MATERNO: _____

6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: _____

6.6.- RECIBE ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: _____

REGISTRO DE METODO DE MÀMA 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 _____

2 _____

3 _____

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

7.1.- EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO

SI () NO ()

¿POR QUÉ? _____

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

SI () NO () Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: _____

7.3.- CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES: _____

7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: _____

7.5.- VALORACIONES DEL DOLOR

CRIES

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

PARAMETROS	0	1	2
Llanto	No	Agudo	Inconsolable
Requerimiento de oxígeno	No	>30%	>30%
Aumento de las constantes vitales (FC, T/A)	Ninguno	>20%	>20%
Expresión facial	Ninguna	Muecas	Muecas y gemido
Sueño	No	Despierto a intervalos frecuentes	Despierto constantemente
			TOTAL

10 – máximo dolor

05 – indicativo de dolor

00 – no dolor

NIPS

NEONATAL PAIN ASSEMENT SCORE

PARAMETROS	0	1	2
Sueño	Normal	Sueño corto 5 – 10 minutos	No
Expresión facial al dolor	Calmado y relajado	Intermitente	Constante y marcada
Actividad motora espontanea	Normal	Agitación moderada o disminuida	Sacudidas, agitación constante o no actividad
Tono global	Normal	hipertonía o hipotonía moderada	Fuerte hipertonía o hipotonía, flacidez
Consolabilidad	Quieto en 1 minuto	Después de un minuto	No
Llanto	No	Quejido	Vigoroso
FC	Basal	10-20% incremento	>20% incremento
Presión arterial	Basal	10 mm incremento	>10% incremento
Patrón respiratorio	Basal	Respiración periódica	Apnea o taquipnea
SaO ₂	No aumentada	<10% FiO ₂	> 10% en FiO ₂
			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					
Puntuación					
Medida emprendida para control del dolor					
Resultado					

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

1. _____

2. _____

3. _____

8.- PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

8.1.- HIGIENE

INTERVENCIÓN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
BAÑO DE ESPONJA					
BAÑO PARCIAL					
ASEO DE CAVIDADES					
ADICTAMENTOS UTILIZADOS					

8.2.-SEGURIDAD Y PROTECCION

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

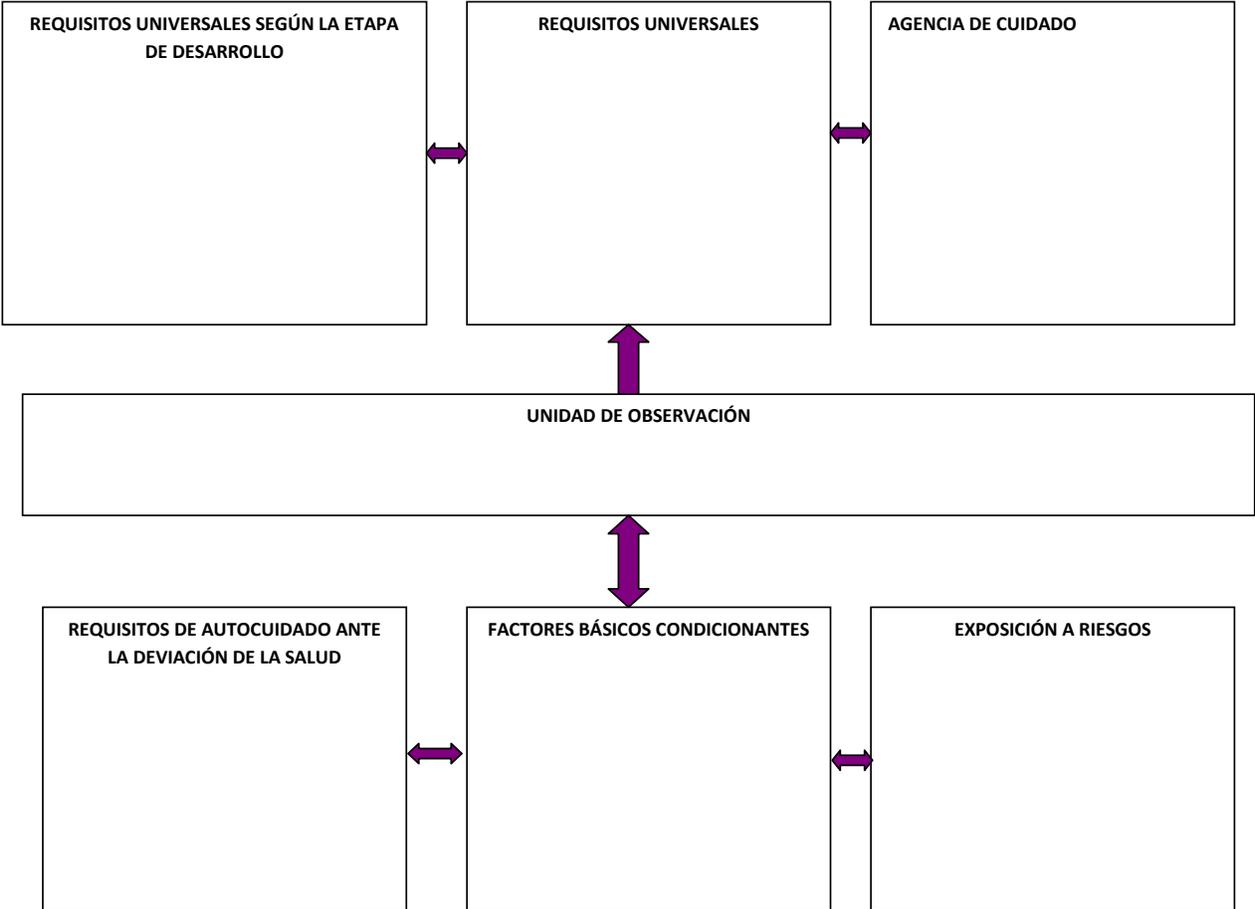
8.3.- INDICADORES DE CALIDAD

INDICADOR DE CALIDAD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1.- "Ministración de medicamentos por vía oral"(2003)					
2.- "Vigilancia y control de venoclisis instalada"(2003)					
3.- "Trato digno por enfermería"(2003)					
4.- "Prevención de úlceras por presión"(2006)					
5.- "Prevención de caídas en pacientes hospitalizados"(2006)					
6.- "Prevención de infección de vías urinarias por sonda vesical"(2006)					
7.- "Cuidado y manejo de la sonda vesical instalada"(2004)					
8.- "Curación de herida quirúrgica"(2004)					
9.- "Cuidado y manejo de catéter venoso central"(2005)					

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

1. _____
2. _____
3. _____

ESQUEMA METODOLÒGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM





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



NOMBRE:

FECHA:

REQUISITO:

NOMBRE DEL PACIENTE:

REGISTRO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

HABITUS EXTERIOR:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

OBSERVACIÓN, PALPACIÓN, AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERIA:

1.-

2.-

3.-

COMENTARIOS:

JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

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

PLAN DE ALTA

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

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA:

ORIENTACIÒN MATERNA:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

TIPO DE ALIMENTACIÒN Y MÈTODO:

ORIENTACIÒN MATERNA:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

TIPO DE ALIMENTACIÒN Y MÈTODO:

ORIENTACIÒN MATERNA:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

4.- PROVISIÒN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÒN Y LOS EXCREMENTOS

CAMBIO DE PAÑAL:

MANEJO DE ERITEMA PERIANAL:

MANEJO DE ESTOMAS:

OBSERVACIONES:

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

POSICIÓN PARA DORMIR:

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

OBSERVACIONES:

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

APEGO MATERNO:

TÉCNICA DE MAMA CANGURO:

OBSERVACIONES:

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

VACUNAS:

TAMIZAJE:

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA:

OBSERVACIONES:

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

NOMBRE: _____ REGISTRO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PESO AL NACER: _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ PESO ACTUAL: _____

DX. MEDICO: _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ FR: _____ T°: _____ T/A: _____ SPO2: _____

Inspección:

- Permeabilidad, forma, tamaño, presencia de inflamación sobre el conducto naso lacrimal
- Silverman Andersen

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

- Valorar simetría torácica, tipo de tórax y forma
- Valoración precordio (normodinamico, hiperdinamico, hipodinamico)
- fase ventilatoria I: O2 libre o indirecto, puntas nasales, casco cefálico
- fase ventilatoria II: CPAP, BPA
- fase ventilatoria III: ventilación mecánica invasiva (mascarar laríngicas, tubo endotraqueal y modo ventilatorio en que se encuentra el neonato.
- Monitorización de SV (FR,FC,SPO2,T° Y T/A)
- Valorar tipo de respiración y presencia y duración de apneas.

-Hiperventilación: se da cuando hay respiración muy profunda y rápida

-Hipo ventilación: cuando hay respiración muy superficial

Patrón respiratorio: normal, ineficaz

- Valoración de presencia de drenajes: sonda pleural,
- Tratamiento farmacológico y de inhaloterapia: (MNB, medicamentos como broncodilatadores etc)

- Valorar:
 - gasometría,
 - RX tórax

Auscultación:

- Ruidos pulmonares (estertores, crepitancias, sibilancias, quejido)
- Ruidos cardiacos: sístole, diástole y soplos por focos.
- Frecuencia cardiaca
- Permeabilidad de campos pulmonares

Palpación:

- Pulsos valorar intensidad y simetría.
- Simetría de movimientos respiratorios
 - Amplexion
 - Amplexacion
- Buena expansión torácica (simetría y ritmo)
- Valorar llenado capilar.

2-3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos

NOMBRE: _____ SEXO _____ REGISTRO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PESO AL NACER: _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ SDG CORREGIDAS _____ PESO ACTUAL: _____

TALLA _____ P.ABD _____

DX.MEDICO: _____

NOMBRE DEL ALUMNO _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ FR: _____ Tº: _____ T/A : _____ SPO2 : _____

INSPECCIÓN

Piel	Integra Turgente	Hidratada	Seca	Escamosa	Diáforetica		
Fontanela	Normotensa	Abombada	Deprimida	Tensa			
Boca	Integra simétrica	Rosada hidratada	Paladar hendido.	Ojival	Labio hendido unilateral	Perlas de epstein	Macroglosia
Mucosas	Hidratadas	Rosadas	Seca	Integra			
Abdomen	Blanda depresible	Cordon umbilical 2 arterias 1 vena	Peristalsis				
Malformaciones de pared abdominal	Onfalocele.	gastrosquisis	Hernia diafragmática	Mentón simétrico	Micrognatia	Retrog nata	

VALORACIÓN DE REFLEJOS.

REFLEJOS	Fuerte.	Débil.	Nula.
Succión.			
Deglución.			
Busqueda.			

APORTE CALÓRICO

ALIMENTACIÓN	Kcal. En 24 hrs
ENTERAL	
PARENTERAL.	
SOL. BASE	

CONDICIONANTES DE LA ALIMENTACIÓN.

Alimentación enteral.	TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN					
	Seno materno	SOG	Gastrostomía	Biberón	Vaso	Jeringa
Leche materna.						
Formula maternizada						

CONTROL DE LÍQUIDOS.

Ingresos								Egresos.				Total.
Horario	Vía oral	A	B	C	sangre	Otros	Medicamentos	orina	Evacuación	vómito	Secreción	

Total de ingresos en 24 horas	Total de egresos en 24 horas	Balance.

DETERMINACIÓN SEMICUANTITATIVA DE GLUCOSA EN SANGRE: _____

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

4.- PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS, INCLUIDOS LOS EXCREMENTOS.

NOMBRE: _____ **REGISTRO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **PESO AL NACER:** _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ **PESO ACTUAL:** _____

DX. MEDICO: _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ **FR:** _____ **T°:** _____ **T/A:** _____ **SPO2:** _____

Observación

- Vómito: si _____ no _____ Número: _____ cantidad _____
Características (consistencia, gástricas y biliares) _____

- Presencia de red venosa abdominal si _____ no _____ coloración _____
- Dibujo de asas: si _____ no _____
- Distensión abdominal : si _____ no _____ características: _____
- Perdidas Insensibles (Diaforesis Superficie Corporal, Incubadora: Humedad relativa, Cuna de Calor radiante, Fototerapia pedestal) _____

- Número de evacuaciones: _____ Características:(consistencia, coloración, forma, olor) _____
- Malestar o dolor abdominal: si _____ no _____
- Perímetro abdominal: _____
- Diarrea: si _____ no _____
- Atresia esofágica, hernia hiatal, estenosis pilórica, gastrosquisis: _____

Observación

Auscultación

- Peristalsis: presente _____ ausente _____
- Ruidos Intestinales: presente _____ ausente _____

Palpación

- Estreñimiento: si _____ no _____
- Dolor abdominal: si _____ no _____

Percusión:

Tono timpánico, mate.(Por cuadrantes R/N solo 4)

*Presencia de drenajes. (Vesical ,sonda orogástrica, gastrostomía, bolsa de colostomía, sonda pleural, penrose). Si _____ no _____ especifique _____

- Número de micciones: _____
- Características: _____ densidad urinaria: _____
medición de la presión vesical _____ cantidad: _____
- Cambios cuantitativos y cualitativos en la orina. _____
- Lesiones y cambios a nivel urinario: estructurales de uréteres, vejiga, uretra. _____

- Ano imperforado, onfalocele, mielomeningocele, Cirugías previas: Especifique _____

*Pruebas especiales: (urinario y eliminación)

Especifique _____

Laboratorio: pruebas de función renal, examen general de orina, urocultivo, coprocultivo, depuración de creatinina.

Gabinete: cistouretrografía miccional, urografía excretora, ultrasonido renal

Laboratorio: Bh, procalcitonina, enzimas gástricas, enzimas hepáticas.

Gabinete: Rx, fluroscopia, serie esofagogastroduodenal, colon por enema, transito intestinal.

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

NOMBRE: _____ REGISTRO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PESO AL NACER: _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ PESO ACTUAL: _____

DX. MEDICO: _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ FR: _____ T°: _____ T/A: _____ SPO2: _____

INSPECCIÓN

Entorno físico:

FACTOR	Si	No		
Cambio postural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frecuencia	
Piel coloración:				
Lesiones dérmicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitio: Que lo ocasiona	
Estado de alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cociente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sueño fisiológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sedación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Reacción ante estimulación táctil o auditiva:				
Presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fracturas y/o luxaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Columna	<input type="checkbox"/> Extremidades
Monitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Oxímetro

Entorno físico:

Ruido			
Alarmas:	<input type="checkbox"/> Incubadora	<input type="checkbox"/> Cuna térmica	<input type="checkbox"/> Monitor
	<input type="checkbox"/> Ventilador		
Voz:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Risas	<input type="checkbox"/> Gritos
Otros:	<input type="checkbox"/> Movilización de mobiliario	<input type="checkbox"/> Borboteador	<input type="checkbox"/> Fuga de oxígeno
	<input type="checkbox"/> Fuga de aire	<input type="checkbox"/> Cerrar puertas de incubadora	
Luz	<input type="checkbox"/> Ambiental	<input type="checkbox"/> Fototerapia	
Temperatura	<input type="checkbox"/> Aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Tocarlo con manos frías

Entorno social:

Baño:		
Técnica "mama canguro"	Frecuencia / día	Tiempo / hrs
Estimulación temprana	Frecuencia / día	Tiempo / min
Periodo de vigilia:	Frecuencia / día	Tiempo / min-hr

6.- Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

NOMBRE: _____ **REGISTRO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **PESO AL NACER:** _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ **PESO ACTUAL:** _____

DX. MEDICO: _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ **FR:** _____ **T°:** _____ **T/A:** _____ **SPO2:** _____

Este requisito solo se podrá realizar mediante la observación de los factores que puedan afectar a nuestro paciente en la interacción ya sea con las personas o con el ambiente que le rodea.

OBSERVACIÓN:

NEONATO	FAMILIA/PADRES
DESARROLLO FÍSICO: <input checked="" type="checkbox"/> PREMATURO <input checked="" type="checkbox"/> TÉRMINO <ul style="list-style-type: none"> TIPO DE AISLAMIENTO: <input checked="" type="checkbox"/> UCIN <input checked="" type="checkbox"/> TERAPIA INTERMEDIA <input checked="" type="checkbox"/> CRECIMIENTO Y DESARROLLO <input checked="" type="checkbox"/> ALOJAMIENTO CONJUNTO ESTADO DE ALERTA: <input checked="" type="checkbox"/> CONCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> IRRITABLE <input checked="" type="checkbox"/> SUEÑO FISIOLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> SEDACIÓN REACCIÓN ANTE ESTIMULACIÓN TÁCTIL O AUDITIVA <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE 	CONTACTO <input checked="" type="checkbox"/> MÍNIMO <input checked="" type="checkbox"/> INFRECUENTE <input checked="" type="checkbox"/> FRECUENTE <input checked="" type="checkbox"/> SIEMPRE <ul style="list-style-type: none"> PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA ANSIEDAD O TEMOR <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE CARÁCTERÍSTICAS PERSONALES O FÍSICAS <input checked="" type="checkbox"/> DISCAPACIDAD SI NO ¿CUÁL? <input checked="" type="checkbox"/> CREENCIAS, IDIOMA, CULTURA <input checked="" type="checkbox"/> EDO. SOCIOECONÓMICO: BAJO MEDIO ALTO
NEONATO	FAMILIA/PADRES
<ul style="list-style-type: none"> FACTOR AMBIENTAL <input checked="" type="checkbox"/> CUNA CALOR RADIANTE <input checked="" type="checkbox"/> INCUBADORA <input checked="" type="checkbox"/> BACINETE REACCIÓN AL SENTIRSE SOLO <input checked="" type="checkbox"/> LLANTO <input checked="" type="checkbox"/> IRRITABILIDAD <input checked="" type="checkbox"/> HIPERACTIVO <input checked="" type="checkbox"/> TRANQUILIDAD LACTANCIA MATERNA SI NO PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA SI NO ¿CUAL? ¿EL NEONATO LO ACEPTA? SI NO ¿SE MODIFICAN SIGNOS VITALES AL REALIZARLO? SI NO 	<ul style="list-style-type: none"> COMUNICACIÓN ENTRE LA FAMILIA PRESENTE AUSENTE BÚSQUEDA CONTINUA DE CONTACTO <input checked="" type="checkbox"/> ASISTENCIA A HORAS DE VISITA SI NO TÉCNICA PIEL A PIEL SI NO

7.- Requisito Universal Prevención de peligros para la vida.

NOMBRE: _____ **REGISTRO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **PESO AL NACER:** _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ **PESO ACTUAL:** _____

DX. MEDICO: _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ **FR:** _____ **T°:** _____ **T/A:** _____ **SPO2:** _____

FACTORES HUMANOS	SI	NO	¿CUAL?
Apego afectivo padres/ neonato.			
Metas de seguridad del paciente.			
1.-Identificar correctamente al neonato.			
2.- Mejorar la comunicación efectiva.			
3.-Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.			
4.- Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.			
5.- Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención medica.			
6.- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.			
Orientación e integración a los padres.			
Barrera 1ria. (accesos venosos)			
Barrera 2ria. (laboratorios)			

FACTORES	SI	NO	¿CUAL?
AMBIENTALES			
FÍSICOS			
ESCALA DE DOLOR UTILIZADA		PUNTAJE	

8.- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.

NOMBRE: _____ **REGISTRO:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **PESO AL NACER:** _____

SDG AL NACIMIENTO: _____ **PESO ACTUAL:** _____

DX. MEDICO: _____

SIGNOS VITALES:

FC: _____ **FR:** _____ **T°:** _____ **T/A:** _____ **SPO2:** _____

1. ¿se realizó el baño el día de hoy?
2. ¿Qué tipo de baño fue esponja, atresa, aseo general?
3. Se realiza aseo de cavidad oral.
4. Se realiza aseo de región perianal en cada cambio de pañal.
5. ¿La mamá interviene en la toma de decisiones en cuanto a la higiene del neonato?
6. Se mantiene higiene postural ¿Sí o no?
7. Dispositivos de apoyo
8. ¿Presenta alguna malformación congénita y cuál es?
9. ¿Lleva acabo alguna rehabilitación?
10. ¿la mamá conoce las medidas de alarma para una urgencia con el neonato? Si o no y ¿cuáles conoce?

RESPONSABILIDADES

1. PROPORCIONANDO INFORMACIÓN.

Los padres de un paciente neonatal tienen la responsabilidad de proporcionar información completa, tanto como médica y sicosocial, referente al niño, la madre, el padre y la familia.

2. VISITAS.

Los padres pueden visitar al niño regularmente y asegurar que el personal sabe como pueden ponerse en contacto en caso de una emergencia.

3. CUMPLIENDO CON LA ATENCIÓN MÉDICA.

Los padres deben cumplir mutuamente con los planes de tratamiento.



4. RESPETO Y CONSIDERACION.

Los padres tienen el derecho de ser responsables de los otros pacientes y el personal de salud de la FTM por asistir en el control de ruido, no fumar, y el número de visitas. Los padres son responsables de ser respetuosos de la propiedad de otras personas y de la FTM.

5. OBLIGACIONES FINANCIERAS.

Los padres son responsables de asegurar que las obligaciones financieras incurridas por el cuidado de su hijo estén cumplidas lo más pronto posible.

6. REPORTE DE QUEJAS. Los padres tienen la responsabilidad de ayudar al Comandante de la FTM proveer la mejor atención posible a todos los pacientes.

Las recomendaciones de los padres,

ELABORÓ:

ALUMNOS POSGRADO

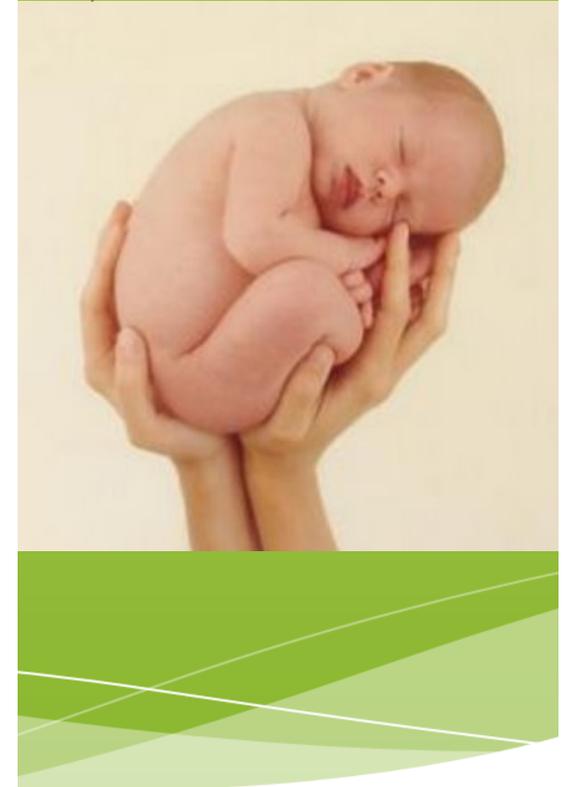
ENFERMERÍA DEL NEONATO I

SEDE

INP



UNIVERSIDAD NACIONAL ATÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO ENFERMERÍA
DEL NEONATO I
SEDE
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
GENERACIÓN
2012-1



DERECHOS DE LOS NEONATOS

DERECHOS DEL PACIENTE NEONATAL Y LAS RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES

TODO NEONATO TIENE DERECHOS Y COMO PADRES EXISTEN RESPONSABILIDADES



DERECHOS:

1. **ATENCIÓN MÉDICA.** El derecho a tratamiento y cuidado de calidad.
2. **ALIVIO DEL DOLOR.** El derecho a la tecnología disponible por el alivio del dolor y malestares al extenso máximo consistente con pruebas de seguridad y beneficio.
3. **SEPARACIÓN MÍNIMA.**



4. **CONTENTIMIENTO INFORMADO.**



APOYO EMOCIONAL.



6. IDENTIDAD.



7. AMBIENTE SEGURO

8. REGLAS Y REGLAMENTOS DE LA FACILIDAD DE TRATAMIENTO MÉDICO.



9. DIRECTIVA AVANZADA.

Bajo la ley Estatal de Carolina Norte, los padres tienen la responsabilidad de asegurar que los deseos del cuidado de su neonato será conocido.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

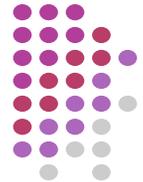
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

POSGRADO DE ENFERMERIA EN EL NEONATO

SEDE INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA



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 período de incubación de la enfermedad respiratoria por VSR se estima en 5 días.

Hay que higienizar constantemente sábanas, juguetes, chupetes y todo aquello que esté en contacto con el bebé y mantener la higiene de los habitantes.



¿Por qué debo 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.

Vigila que respire normal



Estoy chiquito y necesito dormir



Pregunta por mis vacunas, Tamiz metabólico, auditivo y fecha para mi próxima cita

Vigila que haga pipi y popo



MAMITA CUIDAME

Vigila mi temperatura



Cuida mi piel porque es delgadita y frágil



Papis denme mucho amor



Que coma bien



No tomo medicamentos

Recuerda que debes llevarme a estimulación temprana





Mamita cuida que mi crecimiento y desarrollo sea correcto...

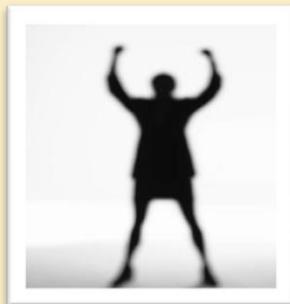
TENGO DERECHOS



CUIDA MI ALIMENTACION Y LA HIGIENE



NO TE DESEPERES SI VES QUE LLORO MUCHO



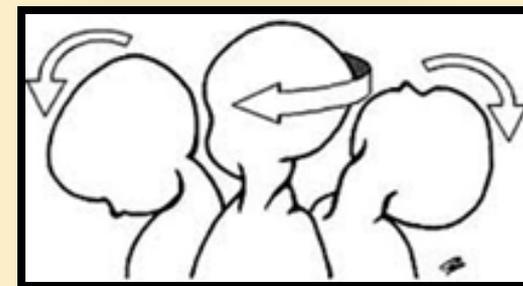
SI SIENTES ESTRÉS, FALTA DE APOYO MORAL O ECONOMICO NO OLVIDES LOS NUMEROS QUE ESTAN EN EL FOLLETO



YO SE QUE TU QUIERES LO MEJOR PARA MI:
GRACIAS MAMITA



EVITA AVENTARME HACIA ARRIVA O HACIA LOS LADOS O SIN QUERER ME SACUDAS



4ª GENERACION DE ENFERMERIA EN EL NEONATO
SEDE: I.N.P.

Mamita cuida que mi crecimiento y desarrollo sea correcto.

Desde que me encuentro en tu pancita ya tengo derechos a la vida, como a tener un nombre y una nacionalidad.

•Otro de mis derechos al nacimiento es crecer y desarrollarme física y espiritualmente.

•También de ser educado en la paz con el amor y la compañía de mis padres y la sociedad.

•Derecho a recibir atención médica.

•De una vivienda aseada.

CUIDA MI HIGIENE:

La higiene y la alimentación son también factores que influyen en mi crecimiento y desarrollo intelectual.

Baño , Cambio de pañal, y alimento.

Si me ves que lloro mucho y a cada rato no te desesperes se que tienes muchas cosas que hacer.

Pero antes de que te irrites piensa que puedo tener hambre, estar sucio mi pañal o me puede doler algo o simplemente quiero estar en tu brazos.

El estrés y la rutina de trabajo pueden hacer que te irrites, me grites o hagas algo sin pensar, pero yo soy muy pequeño para saberlo.

Otra cosa muy importante es que evites aventarme hacia arriba o a los lados o sin querer me sacudas, el movimiento fuerte puede lastimar mi cuello, mis ojitos o mis costillas ocasionándome un daño que no se podría remediar.

Mamita se que tu jamás querrías hacerme daño y mucho menos alguna discapacidad en mi personita.

Si sientes algún tipo de desesperación por estrés, falta de apoyo económico o moral no olvides los teléfonos y direcciones que en el folleto vienen, es importante para nosotros.

Yo se que tu quieres lo mejor para mi te amo mamita.

Locatel: 56 58 11 11

Las 24 horas del día, con atención psicológica los 365 días del año.

*En el estado de México: INMUJERES Vida sin violencia
018009112511*

Instituto Nacional de las mujeres

Distrito Federal - Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (ADIVAC) Pitágoras No.842, Col. Narvarte.,

Del. Benito Juárez., C.P. 03020, México, D.F .59 04 70 65 Lunes a Viernes de 10:00 a 20:00 horas <http://www.laneta.apc.org/adivac/>

ADIVAC es un organismo no gubernamental especializado en brindar atención médica, legal y psicológica para personas que hayan vivido agresión sexual. Aquí te ayudaremos a tomar una decisión sobre lo que puedes hacer, sin hacer juicios y de manera confidencial y ética. Sí no deseas denunciar el delito a la Agencia Especializada en delitos sexuales, pero quieres recibir atención médica, puedes llamar a **ADIVAC** al teléfono: 56.82.79.69 o 55.43.47.00.

Puedes llamar las 24 horas. los 365 días del año a:

Apoyo Psicológico por Teléfono
SAPTEL al 53.95.06.60 Apoyo Legal por Teléfono
VICTIMATEL al 55.75.54.61 Apoyo a niños (as) víctimas de abuso sexual

Niño TEL: 5658-1111

Llama de 10 a 20 horas. de lunes a viernes a:
ADIVAC

al teléfono 56.82.79.69 y 55.43.47.00

Muerte de cuna

¿Cómo se previene?

El bebe debe dormir boca arriba, en colchón semiduro y no deben tener almohadas ni muñecos en la cuna. Se debe evitar el humo de cigarrillo en la alcoba, así como las temperaturas extremas, no cubrirlo demasiado.



DESHIDRATACIÓN

EL NIÑO ESTÁ MENOS ACTIVO, ORINA POCO Y DE COLOR OSCURO, TIENE LA BOCA SECA, AL LLORAR APENAS PRODUCE LÁGRIMAS, SU FONTANELA (MOLLERA) ESTÁ HUNDIDA Y SU PIEL PRESENTA TIENE ASPECTO ARRUGADO

Qué lo ocasiona?

+ **Vomito**

+ **Falta de alimento (seno materno) adecuado.**

+ **Diarrea**

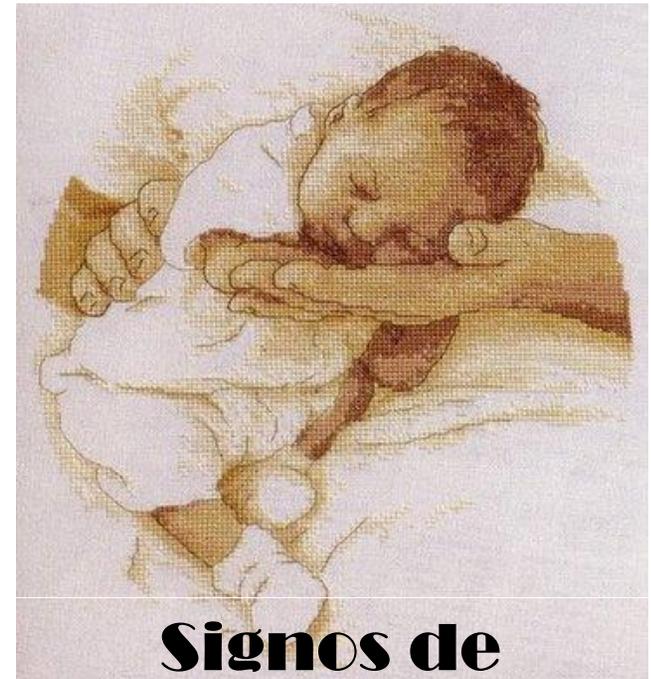
3 o más evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia. Los bebés alimentados con seno materno suelen tener evacuaciones aguadas (no líquidas) y pueden evacuar con cada toma de leche

Tu bebe es un gran regalo
CUIDALO



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y
Obstetricia

División de Estudios de Posgrado
4ª Generación Enfermería del Neonato



**Signos de
Alarma
en el
Recién Nacido**

¿QUE SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

SON LOS CAMBIOS ANORMALES EN SU BEBE QUE DEBEN DE SER ATENDIDOS DE INMEDIATO POR UN MÉDICO O EN UNA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

Fiebre

Es la elevación de la temperatura de 37.5°C o más.

Si su bebe está muy abrigado hay que descubrirlo, esperar 10 minutos y volver a tomar la temperatura.



Temperatura baja

Es aquella menor a 36.5°C
¿Qué hacer?

Utilizaremos mantas o ropas calientes o podemos darle calor con nuestro propio cuerpo, poniéndolo piel con piel, a la altura del pecho (el bebe sólo usara su pañal) y una manta cubrirá a ambos.

Mantener caliente la habitación donde se halle el niño.

Llanto inconsolable

Todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, pañal mojado o dolor.

Si su bebe no tiene nada de esto y tiene más de una hora llorando, debe ser revisado por el médico.

NO COME

NO ES NORMAL QUE UN BEBE NO QUIERA COMER.



Esta decaído

Que no se mueve con la energía con la que normalmente lo hace.

Dificultad para respirar

- ⊕ Es respiración rápida
- ⊕ Aleteo nasal (las narinas se abren y se cierran)
- ⊕ Se le hunde la piel entre las costillas.
- ⊕ Se le hunde por debajo del tórax
- ⊕ Se queja con cada respiración
- ⊕ El bebe se pone morado o pálido.



➤ **SUEÑO:**

- ✓ 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.

**RECUERDA MAMI:
MI CUIDADO Y SALUD DEPENDEN**



DE TI

ELABORADO POR:

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



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

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR



- **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.



- **MI HIGIENE Y CUIDADOS DE MI PIEL:**
- ✓ Mi baño debe ser cada tercer día con una esponja suave y jabón hipoalergénico (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 lavarlo con agua y jabón cuando me bañes, no me pongas talco, alcohol u otras cosas porque me puedes dañar.



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

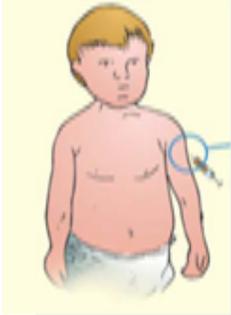


- **COMO TOMARME EN BRAZOS:** Mis músculos del cuello son muy débiles. Por eso, debes sostenerme la cabeza y la espalda, con cuidado, y déjame mover mis brazos y piernas



SITIOS DE APLICACIÓN

PARA VACUNAS



*Inyecciones en
Ambos Brazos*

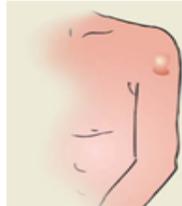


Via oral



*Inyecciones
en Ambas
piernas*

Efectos locales y Cuidados posteriores a la aplicación de la vacuna



*Reacciones locales:
d o l o r ,
enrojecimiento e
hinchazón en el
lugar de inoculación.*



*R e a c c i o n e s
generales: fiebre
que puede ser
variable no dura
mas de 2 días..*

*Después de recibir vacunas, los
niños pueden sestar 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.*

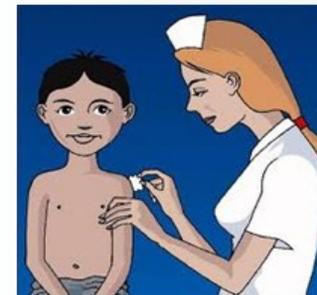
*-Checar la temperatura, de haber
fiebre dar un baño con agua tibia.*

-colocar ropa cómoda.

*-Continuar su alimentación
normal.*

*-De persistir la molestia acudir al
hospital.*

VACUNAS



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

*Al vacunarlos contra las
enfermedades prevenibles, le estas
garantizando el mejor comienzo de
su vida.*

¿Que son las Vacunas ?

Una vacuna es un medicamento que proporciona protección contra futuras infecciones se obtiene a partir de un microorganismo que hacen que el organismo produzca defensas contra enfermedades .



Gracias a las vacunas, se han podido erradicar muchas enfermedades infecciosas .



Cartilla nacional de vacunación

Las Cartillas Nacionales de Salud son documentos oficiales para las familias mexicanas, que se entregan en forma gratuita en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud. .

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+HiB	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMIELITIS INFECCIONES POR <i>H. influenzae</i> tipo B	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		OTRAS		
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 35 MESES	
SRP	SARAMPIÓN RUBEOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS	ADICIONALES		
SR	SARAMPIÓN Y RUBEOLA	ADICIONALES		
OTRAS VACUNAS				