



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

ESTUDIO DE CASO

**“DÉFICIT DE MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE,
EN UN PREMATURO TARDIO DE 35 SEMANAS DE GESTACIÓN CONDICIONADO
POR PREMATUREZ”**

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA

L.E.O. ROSA ISELA LÓPEZ VÁZQUEZ

ASESORA: E.E.I. LAURA ALVAREZ GALLARDO



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE.

	PAG
I. INTRODUCCIÓN.	01
II. OBJETIVOS.	03
2.1. Objetivo general.	03
2.2 Objetivo específico.	03
III. METODOLOGÍA.	04
3.1. Cronograma.	05
IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.	06
4.1. Antecedentes de estudios relacionados.	06
4.2. Conceptualización de enfermería.	13
4.3. Teoría del déficit de autocuidado “Dorothea E. Orem”.	20
4.4. Método enfermero.	29
4.5. Relación de la teoría de Dorothea E. Orem y el método enfermero.	40
4.6. Consideraciones éticas.	44
4.6.1. Principios éticos.	45
4.6.2. Consentimiento informado.	46
4.6.3. Código de ética.	49
4.6.4. Derechos del recién nacido.	53
4.6.5. Derechos del prematuro.	55
4.7. Daños a la salud. Prematurez.	56
V. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO.	62
5.1. Ficha de identificación.	62
5.2. Motivo de consulta.	62
5.3. Descripción del caso.	62
5.4. Factores condicionantes Básicos.	62
5.5. Mapa Familiar.	64
5.6. Dinámica Familiar.	64
VI. APLICACIÓN DE MÉTODO ENFERMERO.	65
6.1. Valoración de Enfermería: Exploración física.	65
6.2 Requisitos de Autocuidado Universal.	66
6.3 Requisitos de Autocuidado del Desarrollo.	68
6.4 Requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud.	69
6.5 Esquema metodológico de la teoría de Dorothea E. Orem.	70
6.6 Jerarquización por requisito.	71
6.7. Prescripción del cuidado.	72

6.7.1. Requisito universal: Mantenimiento de un aporte suficientes aire.	72
6.7.2. Requisito universal: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	74
6.7.3. Requisito universal: Mantenimiento entre la actividad y el reposo.	77
6.7.4. Requisito universal: Mantenimiento entre soledad e interacción social	80
6.7.5. Requisito universal: Prevención para los peligros de la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	83
6.7.7. Seguimiento del caso.	85
VII. PLAN DE ALTA.	88
VII. CONCLUSIONES.	91
IX. SUGERENCIAS.	92
X. BIBLIOGRAFÍA.	93
XI. ANEXOS.	96

AGRADECIMIENTO.

En medio de las luchas de la presente vida, el militante no se desanima, porque grande es la esperanza que le reserva el Señor al final de su combate; Salmo (27).

Le doy gracia a Dios por todas las bendiciones que me ha dado, por su infinita misericordia para conmigo y permitirme continuar en este largo camino que me tiene preparado para cumplir mis sueños y las misiones que el Señor tiene contempladas para mí en esta vida.

A mi madre por ser una mujer excepcional, amorosa, cariñosa y bondadosa, por estar siempre a mi lado cuando más la necesito, apoyándome en todo lo que me propongo, animándome a continuar cuando el camino es difícil y llenarme de bendiciones para llegar a la meta.

A mis hermanos por confiar en mí, por su apoyo y estar conmigo cuando los necesito.

A todos mis maestros que han contribuido a mi formación durante estos años y sobre todo a esos pequeños neonatos, que han permitido mi enseñanza día con día.

I. INTRODUCCIÓN.

La prematurez ha aumentado en las últimas décadas, principalmente por los prematuros tardíos. En EUA los nacimientos de prematuros tardíos, entre 1992 al 2002, fue del 74.1%. En el 2002, los nacimientos de prematuros tardíos son del 71% de todos los nacimientos pretérmino y 8.5% de todos los nacimientos en EUA.

En México, la frecuencia de la prematurez es alrededor de 7 a 10% de los nacidos vivos, por lo que representa un costo económico y social muy importante, tanto a corto como a largo plazo.

En 1948, la primera Asamblea de Salud Mundial, considera al recién nacido inmaduro, al nacido antes de las 37 semanas y con peso de 2500 gramos o menos al nacimiento.

En 1950, la Organización Mundial de la Salud, separa el concepto de edad gestacional y peso al nacimiento. Definió a los recién nacidos pretérminos como todo recién nacido menor de 37 semanas de gestación cumplidas.

En el 2005, el National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), define al prematuro tardío entre 34 0/6 a 36 6/7 semanas de gestación y/o 239-259 días.¹

La renovada atención por los prematuros cercanos al término surge en el año 2005, en el que se generó un consenso mundial respecto a considerarlos como un grupo de riesgo biológico, basado en la evidencia que son fisiológicamente inmaduros y por ende tienen un elevado riesgo de mortalidad y morbilidad tanto a corto como a largo plazo. A partir de entonces, se acordó calificarlos como prematuros tardíos para enfatizar la vulnerabilidad inherente a la condición de prematuridad.

Las principales causas de hospitalización neonatal en los prematuros tardíos, se infiere que puede ser por la inmadurez y en su mayoría la dificultad en la adaptación a la vida extrauterina. Entre las complicaciones respiratorias son frecuentes la enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria y las apneas; entre las metabólicas prevalecen la hipoglucemia, hiperbilirrubinemia e hipocalcemia. Los problemas en la alimentación son dados por la inmadurez en la coordinación de succión-deglución-respiración. Otros problemas médicos menos frecuentes pero de gran relevancia por su severidad son el conducto arterioso persistente, enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular.²

Para este estudio de caso la Teoría ayuda a desarrollar las habilidades analíticas, estimulando el razonamiento, a determinar los objetivos, la educación y la investigación en enfermería.

Los cuidados de enfermería representan un servicio especializado, porque está centrado sobre las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado, como los recién nacidos que son dependientes. La enfermera completa el déficit de autocuidado causados por la diferencia que se plantean entre las necesidades de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.

El método enfermero permite organizar y administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas que responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de salud. La forma práctica de usar el método enfermero es valorar, diagnosticar, planificar, brindar y evaluar los cuidados del recién nacido.

En el estudio de caso la enfermera proporciona soporte emocional y educativo a los padres de familia, lo que facilita su manejo y ayuda a que los padres pierdan el temor por cuidarlo e identificar signos de alarma que pongan en peligro su vida.

El presente estudio de caso es de un prematuro tardío de 35 semanas de edad gestacional, que ingresa al Instituto Nacional de Pediatría a la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal, por no contar con recursos económicos para continuar su tratamiento. Ingresó con dificultad respiratoria leve, que se caracteriza por aleteo nasal y tiros intercostales. A su ingreso se dejó en fase I de ventilación, con O₂ por campana cefálica, con líquidos a requerimiento. Permaneció cinco días hospitalizado, egresa sin ningún problema aparente.

II. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Realizar un estudio de caso enfocado en la “Teoría General del Déficit de autocuidado” de Dorothea E. Orem basado en el método enfermero a un prematuro tardío, detectando déficit en los requisitos de autocuidado universal y estableciendo prioridades para proporcionar cuidados especializados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ✓ Realizar valoración de enfermería a un prematuro tardío, aplicando el instrumento de valoración neonatal, en el servicio de Terapia Intermedia del Instituto Nacional de Pediatría.
- ✓ Desarrollar diagnósticos de enfermería por medio del formato PES (problema, etiología y signos y síntomas) mediante la priorización de los requisitos de autocuidado universales.
- ✓ Proporcionar cuidado terapéutico especializado de enfermería a un prematuro tardío con alteración en los requisitos de autocuidado universal.
- ✓ Realizar el control de caso de acuerdo a los objetivos planeados.
- ✓ Proporcionar el sistema de enfermería educativo al cuidador primario, durante la estancia hospitalaria, para poderlos brindar en casa por medio del plan de alta (Figura 1).



Figura 1: paciente A.M.P.

Fuente: Tomada por L.E.O. Rosa Isela López Vázquez en el Instituto Nacional de Pediatría octubre 2011.

III. METODOLOGÍA.

El estudio de caso se realizó en el Instituto Nacional de Pediatría en el servicio de Terapia Intermedia Neonatal en el mes de octubre del 2010, donde llevé a cabo la selección del paciente, de una población de seis recién nacidos con diferentes patologías, se elige a un prematuro tardío de 35 semanas de gestación por Capurro, por ser una condición muy frecuente en los neonatos, se aplicó el instrumento de valoración neonatal basado en la Teoría del déficit de autocuidado de Elizabeth Orem, así como el consentimiento informado, posterior se realizó la revisión bibliográfica de estudios relacionados, se estructuró el estudio de caso en extenso y la presentación en power point.

El estudio de caso se realiza en base a las etapas del método enfermero.

VALORACIÓN: En la primera fase se realizó la valoración inicial y focalizada de un prematuro tardío de 35 semanas de gestación por Capurro, en donde se llevó a cabo la recopilación de los datos sobre el estado de salud del paciente a través de una fuente primaria: expediente clínico y la madre; y una fuente secundaria: libros, artículos, revistas para elaboración del marco teórico.

Los datos obtenidos fueron objetivos y subjetivos, se obtuvieron por medio de la observación, exploración física y entrevista con la madre.

Se aplicó un instrumento de valoración basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, para detectar las alteraciones en los requisitos de Autocuidado Universal, de desarrollo y desviaciones de salud.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA: En la segunda fase se identificaron las alteraciones en los requisitos de Autocuidado, para elaborar los diagnósticos de Enfermería con el formato PES.

PLANEACIÓN: En esta etapa se elaboraron objetivos y se desarrollaron estrategias para la prescripción del cuidado, las actividades se dirigen a la resolución de problemas detectados en los requisitos de autocuidado; para elaborar un plan de cuidados.

EJECUCIÓN: Se llevó a cabo la prescripción de cuidados, se realizaron intervenciones para la resolución de alteraciones detectadas en los requisitos de autocuidado.

EVALUACIÓN: En esta etapa se describió la evolución del paciente y el cumplimiento de los objetivos trazados.

3.1. CRONOGRAMA.

FECHA.	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
ACTIVIDAD.								
Selección del caso.	★							
Entrevista con la madre y consentimiento informado.	★							
Valoración del neonato a través de la aplicación del instrumento.	★							
Selección y revisión de la literatura para elaboración de marco teórico.		★	★	★	★	★	★	
Elaborar los diagnósticos de Enfermería con el formato PES.			★	★	★	★		
Desarrollar estrategias para la prescripción del cuidado.					★	★	★	
Realizar control del caso.					★	★	★	
Construcción del trabajo.						★	★	★
Presentación del trabajo en extenso.								★
Presentación del estudio de caso en power point.								★

IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO.

4.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS.

En la revisión en buscadores electrónicos se encontraron estudios relacionados sobre la morbilidad y mortalidad en el prematuro tardío, las investigaciones encontradas fueron realizadas por médicos en su mayoría y muy pocos por enfermeras. Los artículos realizados por enfermeras son sobre cuidados en los recién nacidos pretérmino.

CONSENSO PREMATURO TARDÍO.

Silvia Romero-Maldonado, Leyla María Arroyo-Cabrales, Edna Rocely Reyna-Ríos.

RESUMEN: La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), define al prematuro tardío como todo recién nacido de 34 a 36.6 semanas de gestación.

Este prematuro es considerado de bajo riesgo, no se les otorga el cuidado idóneo y son considerados como recién nacidos a término, olvidando que por su edad gestacional pueden sufrir trastornos de succión, deglución, hipoglucemia, deshidratación, hiperbilirrubinemia, riesgo aumentado de parálisis cerebral, retraso mental y retraso en el desarrollo.

El estudio concluye que el prematuro tardío es fisiológica y metabólicamente inmaduro y en consecuencia presenta un riesgo mayor para desarrollar complicaciones médicas que resultan en un aumento de la morbimortalidad al nacimiento y durante su estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES.

1. Los prematuros tardíos son inmaduros.
2. Se definen como prematuros tardíos a los RN de 34.0 a 36.6.
3. Los prematuros tardíos son fisiológicamente inmaduros y tienen una respuesta compensatoria limitada al medio ambiente de la vida extrauterina, comparados con los recién nacidos a término.
4. Tienen un riesgo aumentado de morbimortalidad en comparación con los recién nacidos a término.
5. Durante el periodo temprano de hospitalización es más probable que cursen con inestabilidad térmica, hipoglucemia, distress respiratorio, apnea, hiperbilirrubinemia.
6. Debido a su inmadurez, pueden cursar con problemas de alimentación.
7. Durante el primer mes de vida, tienen mayor probabilidad de rehospitalización por hiperbilirrubinemia, trastornos de succión-deglución, deshidratación y sospecha de sepsis.
8. Otros factores de riesgo identificados para rehospitalización son: ser el primer hijo, ser hijo de madre con patología asociada, cuando la madre presento complicaciones en el parto.¹

MORBILIDAD DE PREMATUROS TARDÍOS: EVIDENCIA ACTUAL Y NUEVO ENFOQUE.

Alvarado Sepúlveda M. Stephanie Kobrich., Rodolfo Guíñez G., Jorge Hasbun H.

RESUMEN: Se considera un parto prematuro a todo embarazo que finaliza antes de las 37 semanas. Se ha definido prematuros tardíos a los recién nacidos entre las 34+0 y las 36+6 semanas de edad gestacional. La prematuridad es la principal causa de morbilidad perinatal, principalmente en los prematuros menores a 32 semanas de edad gestacional. Los nacidos entre las 34 y 36 semanas, hace unos años fueron considerados como un grupo de bajo riesgo neonatal. Actualmente se definen como prematuros tardíos y de alto riesgo.

OBJETIVO: Revisar la morbilidad e incidencia descritas en las casuísticas internacionales del grupo pretérmino tardío y determinar la incidencia en la casuística del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

METODOLOGÍA: Se revisa la literatura Internacional en la base de datos Pubmed en todas las publicaciones en el periodo 2000 al 2011 referente a prematuros tardíos. Se seleccionaron estudios de caso control cohorte, revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados publicados en inglés y español en revistas indexadas. Obteniendo 33 documentos para el análisis final.

RESULTADOS: En su institución a diferencia de lo reportado en la literatura internacional, se ha observado una ligera disminución en la tasa de los prematuros tardíos y un incremento de los prematuros menores de 34 semanas.

Comparativamente el mayor costo en los recursos médicos está en el grupo de menos de 32 semanas, más vulnerables y de morbilidad más severa a corto y largo plazo. Los pretérminos tardíos son un grupo de riesgo que puede beneficiarse con medidas de prevención, como el uso de corticoesteroides y tocolisis.

MacBird y Cols (2010), mencionan en el riesgo a largo plazo un aumento significativo en gastos médicos durante el primer año de vida en 5.188 niños nacidos entre las 34 y 36 semanas, en comparación con 15.303 niños nacidos a término.

Morse y Cols (2009), demostraron que los pretérminos tardíos tienen un riesgo 36% mayor de retraso del desarrollo hasta los cinco años de vida que los recién nacidos a término, siendo necesario crear conciencia dentro del ámbito obstétrico.

CONCLUSIONES: El análisis de la evidencia demuestra que los pretérminos representan un grupo de mayor riesgo neonatal, es conveniente asumir pautas en la prevención de prematuros menores de 34 semanas.³

MORBILIDAD ASOCIADA A LA EDAD GESTACIONAL EN NEONATOS PREMATUROS TARDÍOS.

Msc. Dr. Luis Alfonso Mendoza Tascón, Dra. Diana María Rueda Giraldo, Dra. Katherine Paola Gallego Henao, Dr. Milton Fabián Vásquez Martínez, Dra. Jenny Lorena Celis Quintero, Dr. Juan Carlos de León Suárez.

RESUMEN: El parto prematuro es el factor determinante más importante de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados. Comparado con el recién nacido a término, el prematuro tardío presenta mayor índice de morbilidad y mortalidad, debido a las características específicas limítrofes que presenta en los diferentes órganos.

OBJETIVO: Comparar la morbilidad a corto plazo, intervenciones, estancia hospitalaria y costos de prematuros de 34 semanas, con prematuros mayores a 34 semanas (35-36 semanas), hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Fundación Hospital San José de Buga, Colombia, entre el 19 de septiembre de 2005 y el 18 de septiembre de 2011.

MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo, con 40 recién nacidos de 34 semanas de gestación y 129 de 35-36 semanas. El análisis incluyó estadísticas descriptivas y análisis bivariado. Los eventos a determinar son las morbilidades ocurridas al nacer y durante la hospitalización, así como las terapias e intervenciones realizadas y costos generados por atención.

RESULTADO: Se hallaron morbilidades respiratorias en el 32.5%, ictericia en el 29%, morbilidades gastrointestinales en el 13.6%, metabólicas en el 13.6%, cardíacas en el 1.8%, hematológicas en el 1.2%, e hipotermia y sepsis también en el 1.2%. La falla renal en el 0.6%.

Se encontró una diferencia estadística ($p < 0,05$) para tiempo de ayuno (>2 días), administración de nutrición parenteral, horas de oxigenoterapia (>2 y 5 días), horas de ventilación mecánica y estancia prolongada (>7 días).

El peso, talla y perímetro cefálico al nacer y egreso, fueron menores en aquellos de 34 semanas, mientras el retardo del crecimiento intrauterino fue superior en los de 35 y 36 semanas (26.4 vs. 7.5%; .RR: 1.3; IC 95%: 1.1-1.5; $p > 0.05$).

La atención hospitalaria de los neonatos de 34 semanas resulta ser 1.6 y 0.6 veces más costosa en dinero, que la de 35 y 36 semanas.

CONCLUSIONES: El prematuro tardío debe considerarse inmaduro y con riesgo de morbilidad y mortalidad. Teniendo una gran incidencia de ictericia, morbilidad respiratoria, gastrointestinal y metabólica que requieren más intervenciones.⁴

RECIÉN NACIDO “PREMATURO TARDIO” FRENTE A LOS RIESGOS QUE DEBEN TENERSE EN CUENTA.

Rubén Arandía Valdez, Maryluz Ayala Balderrama.

RESUMEN: Frecuentemente los prematuros tardíos muestran un tamaño y peso similar a los recién nacidos a término y pueden ser tratados como niños sanos y de bajo riesgo de morbilidad. Constituyen el 9% de todos los nacimientos y la probabilidad de que desarrollen complicaciones es de 4 veces mayor que la de un niño a término.

Se realizó una revisión de libros y 6 artículos pediátricos de diferentes países, todos llegan a la conclusión de que el prematuro tardío es fisiológica y metabólicamente inmaduro, presentando complicaciones, dentro las más frecuentes son respiratorias, metabólicas e hiperbilirrubinemia.

A pesar de las evidencias publicadas, no hay una firme percepción entre Neonatólogos y Obstetras sobre el impacto para las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal.

En Venezuela en el Hospital Universitario Dr. Alfredo Van Grieken, durante un lapso entre Enero y Septiembre del 2008. Su objetivo fue determinar la incidencia de nacimientos prematuros tardíos y su relación con complicaciones en el periodo neonatal. Los resultados fueron; los prematuros tardíos conforman el 12% del total de nacidos y 66% de todos los prematuros. El 62.5% de los prematuros tardíos presentan alguna complicación. Las causas de admisión fueron enfermedades respiratorias e ictericia. La mortalidad fue 4.7%, mientras que en los de término fue 0.3%.

CONCLUSIONES: Los prematuros tardíos son fisiológica y metabólicamente inmaduros, tienen una capacidad de respuesta compensadora limitada frente a los cambios extrauterinos, esto involucra alto costo de salud y mayor ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos.

Los prematuros tardíos no deben ser considerados como neonatos casi maduros, ameritan una vigilancia estricta desde el momento del nacimiento en busca de complicaciones.⁵

PREMATUROS TARDÍOS: UNA POBLACIÓN DE RIESGO INFAVALORADA.

X. Demestre Guasch, F. Raspall Torrent, S. Martínez-Nadal, C. Vila Cerén, M.J. Elizari Saco y P.Sala Castellví. Servicio de Pediatría y Neonatología SCIAS-Hospital de Barcelona, Barcelona, España.

RESUMEN: La tasa de prematuridad ha experimentado un incremento progresivo en los últimos años casi exclusivamente por los prematuros tardíos (34 a 36 semanas). Es una población con menor riesgo que los prematuros de menor edad gestacional, tienen una tasa de morbimortalidad significativamente mayor que los recién nacidos a término. Sin embargo, hay una cierta infravaloración respecto a su evolución a corto y a largo plazo. Las complicaciones con mayor incidencia son los problemas respiratorios (retraso en la reabsorción de líquido pulmonar fetal, membrana hialina, hipertensión pulmonar persistente, síndromes de aspiración), apneas, inestabilidad térmica, hipoglucemia y dificultades en la alimentación. Siguen siendo con frecuencia, poco valorada su mayor fragilidad y no se considera que pasar la barrera de las 34 semanas de gestación no garantiza una maduración completa de todos los órganos y funciones del recién nacido.

OBJETIVO: Es revisar la incidencia de prematuridad en este centro y analizar la morbimortalidad en los prematuros tardíos comparada con los recién nacidos a término.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los recién nacidos en el hospital desde el 1 de enero de 1992 hasta el 31 de diciembre de 2008. Entre las 34 0/7 y las 36 6/7 semanas de gestación, formaron el grupo de prematuros tardíos (n=2.003), y los de 37 a 42 semanas cumplidas de gestación conformaron el grupo de recién nacidos a término (n=32.015). Se formaron 2 subgrupos según 2 períodos de tiempo (de 1992 a 1998 y de 2000 a 2008). Se analizaron las tasas de morbimortalidad, para cada uno de los grupos y subgrupos, y se compararon, así como la morbilidad semana a semana desde la semana 34 a la semana 42.

RESULTADOS: La tasa de prematuridad aumentó del 3,9 al 9,8%, a expensas exclusivamente de los prematuros tardíos (el 79% del total). La tasa de mortalidad en los prematuros tardíos fue del 5% comparada con el 1,1% en los a término ($p < 0,0001$; odds ratio de 4,71; intervalo de confianza del 95%: 2,3 a 9,5). La incidencia de ingreso en la Unidad de Neonatología, tasa de cesáreas, gemelaridad, trastornos respiratorios, necesidad de asistencia respiratoria en forma de presión positiva continua en la vía respiratoria nasal o ventilación mecánica, incidencia de apneas, ictericia que precisó fototerapia, hipoglucemia y necesidad de nutrición parenteral fueron significativamente superiores ($p < 0,0001$) en el grupo de pretérminos tardíos comparado con los recién nacidos a término. La tasa de morbilidad fue descendente a medida que aumentaba la edad gestacional, con el valor más bajo a partir de las 39 semanas.

CONCLUSIONES: La morbimortalidad en los prematuros tardíos es significativamente superior a la de los recién nacidos a término. Es necesario revisar las pautas ante estos prematuros nacidos cerca de término, buscar las posibles causas de su prematuridad, intentar reducir su incidencia y elaborar un cuidadoso protocolo de atención y vigilancia para minimizar la morbimortalidad asociada. Sería aconsejable establecer un seguimiento a largo plazo, a fin de conocer cuáles son las consecuencias sobre su desarrollo psicomotor. El colectivo obstétrico debe sensibilizarse del verdadero riesgo del nacimiento en estas edades gestacionales cercanas a término.⁶

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO EN CASA: INTERVENCIÓN EDUCATIVA APLICANDO EL MODELO DE DOROTHEA OREM.

Marina Higuera de Quintero, Heidi Christiansen, Claudia Cifuentes, Diana Contreras, Paola Cubillos, Diana Gutiérrez.

RESUMEN: Para el desarrollo de este estudio se contó con la evaluación preliminar de los conocimientos de un grupo de 20 madres cuyos hijos estuvieron hospitalizados en la unidad de recién nacidos del Hospital de San José durante el segundo semestre del 2006.

El presente estudio es de tipo comparativo transversal entre un grupo intervenido y uno no intervenido y tiene como objetivo evaluar la influencia de un programa educativo sobre los cuidados niño prematuro en casa, aplicando el modelo de autocuidado de Dorothea Orem.

METODO: Estudio comparativo de corte transversal, entre una población no capacitada y otra capacitada.

RESULTADOS: Sólo entre 7 y 12 madres conocían el programa madre canguro, no había claridad sobre el objetivo, vestido y posición canguro. En cuanto al objetivo, pensaban que solo era para proporcionar calor al recién nacido y para aumento de peso; las madres de la población de estudio desconocen la importancia del contacto piel a piel como una necesidad básica del recién nacido, así mismo desconocían que la posición vertical o levantada es la adecuada para evitar broncoaspiración y apneas en el recién nacido. El objetivo de la educación es afianzar el vínculo madre- hijo, y evitar complicaciones en casa.

CONCLUSIONES: La enfermera juega un papel importante en la identificación temprana de problemas de salud en los niños prematuros, que tiene un impacto significativo en su prevención. La enfermera al proporcionar soporte emocional y educativo a los padres de familia, facilita el manejo del niño, coadyuvando a perder el temor por atenderlo; debe lograr una participación activa de la familia para ofrecer un nivel de vida de calidad y un entorno cálido para el niño el cuál se integrará a la sociedad con un actuar positivo y provechoso tanto para él como en la familia.⁷

VISIÓN DE LAS MADRES EN EL CUIDADO DEL HIJO PREMATURO EN EL HOGAR.

Nubia Castiblanco López, Lucí Muños de Rodríguez.

RESUMEN: La importancia de un ambiente cálido para el neonato prematuro fue documentada en 1800 en Francia y la primera incubadora fue utilizada en el siglo XIX. En 1979 el doctor Edgar Rey Sanabria vio la necesidad de crear un método que permitiera a la madre estar con su hijo en casa y existían pocas incubadoras. Por lo que el Instituto Materno Infantil de Bogotá, propuso que las madres podrían realizar un manejo ambulatorio de su hijo, así se inició el programa Madre Canguro.

En la actualidad se ha devuelto el cuidado de los prematuros a las madres, quienes han demostrado ser muy eficientes, con resultados favorables en la recuperación de su hijo.

OBJETIVO: Describir el significado que tiene para las madres cuidar el recién nacido prematuro en el hogar, desde su contexto cultural.

METODO: Estudio de tipo cualitativo etnográfico focalizado, con soporte en la etnoenfermería. Este es un método de investigación cualitativa propuesto por Leininger para obtener las ideas, valores, creencias y prácticas de cuidado de la gente y compararlas con el conocimiento de los enfermeros.

La información fue obtenida por la observación y 23 entrevistas a las madres en su hogar, se recolecto y analizo.

Las participantes fueron ocho madres de recién nacidos prematuros que asistieron a control al programa Madre Canguro Integral, Hospital Universitario San Ignacio, entre noviembre del 2007 y mayo de 2008.

RESULTADO: Surgen dos temas el cuidado directo al prematuro y el camino hacia la adaptación.

El cuidado directo del prematuro para la madre significa cangrear, masajear, proteger del frío, alimentarlo, mantener higiene, protección, dar amor y colocar oxígeno suplementario.

El camino hacia la adaptación materna es criar al niño. Ellas manifiestan lo difícil que son las noches, expresan sus sentimientos y la manera de cómo acostumbrarse.

CONCLUSIONES: Para las madres el significado de cuidar a un recién nacido prematuro es universal: cuidar mucho y estar pendientes.

La percepción del cuidado es diversa, como el cuidado extremo, básico, esencial y especial. Las madres dejaron conocer sus creencias, valores, tradiciones y mitos.⁸

NIVELES DE RUIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL CIRENA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, CALI COLOMBIA.

Diana Lorena Fajardo, Sonia Yurany Gallego, Luz Angela Argote.

RESUMEN: Los recién nacidos de alto riesgo requieren tratamiento y cuidado especializado por lo que ingresan a una área exclusiva de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, Cirena, donde permanecen hospitalizados por largos periodos y son más vulnerables a la exposición de múltiples agresiones físicas y ambientales como el ruido que pueden influir negativamente en su situación clínica y evolución posterior. Al nacimiento el ambiente cambia, se encuentra en un entorno con luces brillantes, ruidos altos y repentinos, experiencias dolorosas y agresivas que influyen en su conducta. La Academia Americana de Pediatría y el Comité de Salud Ambiental recomiendan un nivel máximo de sonido de 45 dB en toda la UCIN en el día y 35 dB en la noche.

OBJETIVO: Determinar los niveles y fuentes de ruido en Cirena del Hospital Universitario del Valle, con el fin de plantear cuidados de enfermería que contribuyan al bienestar del recién nacido.

METODOLOGÍA: Es un estudio descriptivo prospectivo donde se cuantificó la intensidad sonora en diferentes áreas de la unidad, con un sonómetro digital, se identificaron las horas del día y las actividades relacionadas con el incremento de los niveles de ruido en Cirena, según estándares internacionales. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 11.5.

Las mediciones de ruido se efectuaron en el mes de agosto de 2005, en un periodo de 7 días continuos, durante las 24 horas del día.

RESULTADOS: Se encontraron niveles de ruido en Cirena están por encima de lo permitido; el valor máximo permitido fue 73.6 dB y el mínimo 46.5 db; la principal fuente de ruido fue el personal de la sala. Se requiere sensibilizar a todo el equipo de salud sobre la necesidad de aplicar estrategias para disminuir los niveles de ruido existentes y de esta manera favorecer la reducción del nivel de estrés de los niños hospitalizados.

Las variables con mayor nivel de ruido son llanto de los bebés en las cuatro áreas, entrega de turno en dos áreas, equipos con alarmas activas, visita médica en un área, grabadora encendida.

CONCLUSIONES: Es necesario establecer rutinas de intervención con todo el personal, planificar y ejecutar campañas educativas que sensibilicen a todos los trabajadores de la unidad para que ejecuten acciones que modifiquen el nivel de ruido. En la UCIN estos niveles se pueden reducir significativamente a través de acciones individuales o cambio globales.⁹

4.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

Enfermería se ha descrito como una serie de tareas y técnicas (subordinadas a la medicina); como un servicio humano, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina que maneja el cuidado de la salud en el transcurso del proceso vital humano.¹⁰

Al conceptualizar lo que es Enfermería, es una profesión orientada a cuidar “to care” en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar “to cure”. Cuidado ha sido descrito como la esencia de Enfermería y el enfoque central que unifica la práctica.

El origen del cuidado de enfermería está íntimamente ligado al acto de cuidar de la naturaleza humana, y en ese sentido podemos ubicar su desarrollo paralelo al desarrollo del hombre y de toda la humanidad, identificándolo como un recurso de las personas para procurarse los elementos necesarios para el mantenimiento de la vida y su supervivencia en condiciones de salud y/o enfermedad.

En el siglo XIX cuando Florencia Nightingale, quien es considerada la madre de la enfermería moderna, en su trabajo identificó a “el cuidado”, como el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería. Ella reconoció que el propósito de la enfermería no se limitaba a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir. Su marco de trabajo enfatizaba la utilidad del conocimiento empírico y la sistematización del registro de datos para mejorar la calidad del cuidado brindado.

En su libro Notas de enfermería (1859/1990), Nightingale estableció la manipulación del ambiente como elemento central del proceso de cuidado, afirmando que de él dependía el proceso sanador de la persona; por este motivo se ha denominado a su trabajo “Teoría de enfermería del medio ambiente”.

Jean Watson define a la enfermería como una ciencia humana a la que ha denominado “ciencia del cuidado”.

En conclusión, podemos afirmar que damos “cuidado de enfermería” solo cuando utilizamos el conocimiento surgido de la ciencia del cuidado como respaldo de las acciones de cuidar y hacemos un arte de la conjugación de la ciencia con la interrelación enfermera personas que cuida.¹¹

Desde 1959 con Johnson a 1988 con Woods & Catansaro reconocen a enfermería como Disciplina Profesional, con un campo científico de aplicación, porque su desarrollo se basa en conocimientos propios particulares y otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de humanidades.

Enfermería es una disciplina profesional constituida por un componente disciplinar y un componente profesional.

Como profesión forma parte de los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas. La profesión de enfermería se interesa en actividades para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y bienestar de los seres humanos.

Como disciplina es 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 por que realiza el cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria, enfocándola en las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud.

Uno de los propósitos de la disciplina de enfermería es facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben utilizar los profesionales en la práctica.¹⁰

Para Orem el arte de enfermería se “expresa individualmente por cada enfermera a través de su creatividad y el estilo al diseñar y proveer el cuidado que es efectivo y satisfactorio.

PARADIGMA.

Las grandes corrientes de pensamiento, o maneras de ver el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente por el filósofo Jun (1970) y el físico Capra (1982). Estos pensadores han precisado los paradigmas que han influenciado a todas las disciplinas.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN.

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

El paradigma de la categorización se ha inspirado en dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa en la persona y la enfermedad y otra centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

ORIENTACIÓN A SALUD PÚBLICA 1850-1900.

Se sitúa en la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX, por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas.

Florencia Nightingale, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentar el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea. Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en la higiene pública, en nutrición y sobre las competencias administrativas.

El cuidado: Es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal. Consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.

Persona: La considera según sus componentes físico, intelectual, emocional o espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente.

La salud: La voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos.

Entorno: Compuesto por elementos externos a la persona, que pueden ser controlados a fin de que esta pueda movilizar sus energías para la curación o conservación de la salud.

Práctica: En el medio clínico y comunitario. Control de condiciones sanitarias.

Formación: Principios de higiene pública, prevención de infecciones y heridas. Enseñanza de modos de vida sano.

ORIENTACIÓN HACIA LA ENFERMEDAD 1900-1950.

Se sitúa a finales del siglo XIX, por la expansión del control de infecciones, es decir la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y técnicas quirúrgicas.

El cuidado: Enfocado hacia los problemas, su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los deficit y ayudar a los incapacitados. La enfermera es la experta que posee conocimientos y habilidades.

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

La salud: Es un equilibrio altamente deseable, es percibida como positiva, mientras que la enfermedad como negativa.

Entorno: Es físico, social y cultural, es hostil al ser humano, ya que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado.

Práctica: Medidas de higiene específicas para el control de las enfermedades. Realización de procedimientos específicos y tareas delegadas.

Formación: Memorización de signos y síntomas de enfermedad, habilidades técnicas. Conferencia de médicos.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN.

Persona 1950-1975.

Este paradigma prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Se ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Está marcado por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación.

El cuidado: Va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. Intervenir significa “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.

Persona: Es un todo formado por la suma de cada una de sus partes, la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Participa en sus cuidados.

Salud: Está influenciada por el contexto en el que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad.

Entorno: Está constituido por diversos contextos; histórico, social, político, etc. En el que la persona vive.

Práctica: Avances tecnológicos para la conservación de la vida. Inicio de los conocimientos propios de la disciplina aplicados a la práctica. Plan de cuidados según la gestión de resolución de problemas aplicados a los cuidados.

Formación: Conocimiento de otras disciplinas en ciencias humanas y sociales. Gestión de resolución de problemas aplicados a los cuidados.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN.

Hacia el nuevo mundo 1975-20XX.

Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro.

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad, es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

En la apertura hacia el mundo en 1978 la Conferencia Internacional sobre los Cuidados de Salud Primarios destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo

El cuidado: Va dirigido al bienestar, acompañar a la persona en sus experiencias de salud. Intervenir es “estar con”. Individualiza los cuidados. La enfermera y la persona son colaboradores en los cuidados

La persona: Es un todo indivisible, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta. Es única en relación consigo misma y con el universo. Orienta los cuidados según sus prioridades.

La salud: Valor y experiencias vividas según las perspectivas de cada persona.

El entorno: Está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Caracterizado por su propio ritmo y una orientación imprevisible.

Práctica: Utilización de la tecnología que respeta los recursos disponibles y la dignidad del ser humano. Conocimientos en atención a una calidad de vida. Dualidad persona-enfermera. Cuidado global según modelo conceptual.

Formación: Base científica que permite utilizar el conocimiento propio de la disciplina de forma creativa.¹⁰

ESCUELAS DE ENFERMERÍA.

De acuerdo a las bases filosóficas y científicas, se agrupan las concepciones de la disciplina de enfermería en seis escuelas: escuela de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción a la salud, todas orientadas hacia la persona y las escuelas del ser humano unitario y del cuidado caracterizadas por una apertura hacia el mundo.

ESCUELA DE LAS NECESIDADES.

En los modelos de las escuelas de las necesidades, el cuidado está centrado en la independencia de la persona, en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson) o en su capacidad de llevar a cabo su autocuidado (Orem). Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

Virginia Henderson.

Cuidado: Asistencia a la persona enferma o sana en las actividades que no puede hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntad o de conocimientos. El objetivo es conservar y restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

Persona: Ser biológico, psicológico y social que entiende hacia la independencia en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Salud: Capacidad que posee la persona para satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades.

Entorno: Factores externos que actúan de forma positiva o negativa.

Dorothea E. Orem.

Cuidado: Es un servicio especializado, porque está centrado en las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado.

Persona: Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que presenta exigencias de autocuidados universales, de desarrollo y desviaciones de salud.

Salud: Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modos de funcionamiento.

Entorno: Todos los factores externos que afectan los autocuidados o el ejercicio de autocuidados.

ESCUELA DE INTERACCIÓN.

Aparece a finales de los años 50 y principios de los 60. En esta escuela el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle esta ayuda. La enfermera debe clarificar sus propios valores, utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.

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

Hildegard Peplau.

Cuidado: Es un proceso interpersonal terapéutico. La intervención de la enfermera es terapéutica, de ayuda y de asistencia. Su objetivo es favorecer el desarrollo de la personalidad según las fases de su proceso: orientación, identificación, profundización y resolución.

Persona: Es un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante.

Salud: Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.

Entorno: Grupo de personas significativas con quien la persona interactúa.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES.

Esta escuela propone que el objetivo de los cuidados enfermeros, es restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o preservar la energía.

Propone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros, destinados a la persona que es vista como un sistema.

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

Callista Roy.

Cuidado: El objetivo es promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación; modo fisiológico, autoimagen, función según los roles e interdependencia, con el fin de contribuir a la salud, a la calidad de vida y una muerte digna.

Persona: Sistema adaptativo que tiene mecanismos reguladores y cognitivos. Ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante que tiene cuatro modos de adaptación; fisiológico, auto-concepto, función según los roles y modo interdependencia.

Salud: Estado y proceso de ser una persona íntegra y unificada. La salud es la adaptación en cada uno de los cuatro modos.

Entorno: Todas las situaciones, circunstancias e influencias susceptibles de afectar el desarrollo y comportamientos de las personas o grupos.

ESCUELA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Los cuidados se amplían a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Moyra Allen.

Cuidado: Es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros para la activación de aprendizaje. La enfermera es agente facilitador, estimulador y motivador de aprendizaje.

Persona: Es conceptualizada como la familia. La familia es activa, resuelve sus problemas y aprende de sus experiencias.

Salud: Proceso social que reafirma los atributos interpersonales aprendidos y desarrollados con el tiempo.

Entorno: Contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden.

ESCUELA DEL SER UNITARIO.

Esta escuela se sitúa en la orientación a la apertura hacia el mundo y del paradigma de transformación. Donde el holismo ha conseguido todo su significado.

Rogers evita el concepto holismo a causa de la mala utilización, prefiere el concepto de persona unitaria.

Martha Rogers.

Cuidado: Promoción a la salud favoreciendo una interacción armoniosa entre el hombre y el entorno, centrado en la integridad de los campos de energía.

Persona: Es un ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferente de esta. Es un sistema abierto, un campo de energía que se caracteriza por patrones y no cesa de cambiar.

Salud: Se refiere al bienestar, la autorrealización, la actualización y la realización del potencial de las personas por una participación consciente al cambio.

Entorno: Campo de energía paradimensional donde están agrupados y organizados todos los elementos exteriores del campo externo.

ESCUELA DEL CUIDADO.

Cuidado significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias la forma de vida y la cultura de las personas. Los conceptos centrales en esta escuela son el cuidado y la cultura y se sitúa en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de transformación.

Cuidado humano, según Jean Watson.

Cuidado: Es arte y ciencia humana del cuidado. El objetivo es el ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, cuerpo u espíritu, utilizando diez factores de cuidados.

Persona: Es un “ser en el mundo” que percibe, vive de experiencias y está en continuidad en el tiempo y espacio, en sus tres esferas que son el alma, cuerpo y espíritu.

Salud: Unidad y armonía entre el cuerpo, el alma y el espíritu.

Entorno: Está constituido por el mundo material y espiritual, representa todas las fuerzas del universo.

Cuidado transcultural, según Madeleine Leininger.

Cuidado: Ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de la salud o recuperación, preservando los cuidados culturales.

Persona: Ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio.

Salud: Creencias, valores y forma de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas.

Entorno: Todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.¹⁰

4.3. “TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO” DOROTHEA E. OREM.



Figura 2 Dorothea E. Orem.

BIOGRAFÍA.

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore en 1914 y muere el 22 de junio del 2007. Inicó su carrera profesional en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington donde finalizó su diplomatura a principios de la década de los 30. En 1939 obtuvo un BSN de la Universidad Católica de América y en 1945 un Master of Science en formación de enfermería. Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, hospitalario y docente. Desde 1940-1949 fue directora de la escuela de enfermería y del departamento del Providence Hospital de Detroit. En 1949-1957 trabajó en la división de Estudios de Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del estado de Indiana con el objeto de mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Fue asesora de programas de estudio desde 1958 hasta 1960 y trabajó en un proyecto para mejorar la formación en enfermería práctica. En 1970 fundó su propia empresa de consultoría, llamada Orem and Shields. Su primer gran libro se publicó en 1971 fue: *Concept of Practice*, seguido de *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*. En 1976 recibió el título honorífico de doctora en ciencias. En 1980 recibe el premio a la Teoría de Enfermería en la Universidad Católica de América. Orem se retiró en 1984.

FUENTES TEÓRICAS.

No acepta ninguna fuente como influencia directa en su obra, menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a la base teórica de la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Jonson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita a diferentes autores de otras disciplinas.

SUPUESTOS PRINCIPALES.

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de los años 70.

Orem identificó cinco supuestos subyacentes en la teoría general de enfermería:

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.

2. La actividad del hombre, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Las personas maduras experimentan privación en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas y de los demás.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Los grupos de seres humanos; agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen de privaciones y aporta estímulos aporta estímulos.

EJERCICIO PROFESIONAL.

Muchos artículos documentan la utilización de la teoría del autocuidado como base del ejercicio profesional. El primer uso documentado en la teoría de Orem se encuentra en las descripciones clínicas dirigidas por las enfermeras en el Johns Hopkins Hospital en 1973. Desde entonces la teoría se ha aplicado a diversas poblaciones clínicas y grupos de edad, desde neonatos hasta ancianos.

La teoría de Orem se ha empleado en el proceso de enfermería para enseñar a los pacientes a incrementar su acción de autocuidado, evaluar el ejercicio profesional de la enfermera y diferenciar la profesión de enfermería de la del médico.

INVESTIGACIÓN.

La investigación derivada de la Teoría de Orem se asocia con:

- 1) El desarrollo de instrumentos de investigación destinados a medir elementos conceptuales de la teoría.
- 2) El estudio de dichos elementos en un grupo específico.¹²

METAPARADIGMA.

Un paradigma es un “diagrama conceptual”. Puede ser una amplia estructura en torno a la cual se articula la teoría.¹³

Son los conceptos globales de interés de la disciplina de Enfermería; persona, salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales.

Orem define el objetivo de la enfermería como: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

Métodos de ayuda: Actuar compensando el déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.

CONCEPTO DE ENFERMERÍA.

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos de asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que viven dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

CONCEPTO DE PERSONA.

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

CONCEPTO DE SALUD.

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

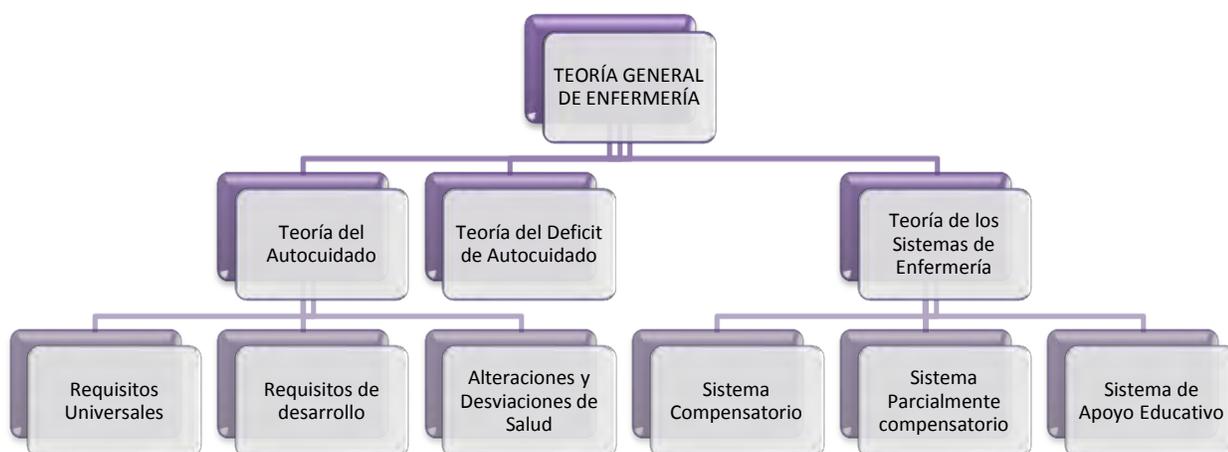
ENTORNO.

Son todos aquellos factores, físicos químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.¹⁴

AFIRMACIONES TEÓRICAS.

El modelo muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor a la demanda de autocuidado terapéutico, la enfermera compensa el déficit de autocuidado o de asistencia dependiente (Cuadro 1).¹²

TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA.



Cuadro 1: Teoría General de Enfermería.
Elaborado: L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “**auto**” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “**cuidado**” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

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

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

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

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.¹⁵

El autocuidado es la acción propia de las personas maduras o en un proceso de maduración, que han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales.

A partir de este supuesto se sustenta la **Teoría de autocuidado**, misma que incluye conceptos como:

- ✓ **Agente de autocuidado:** Es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales como bañarse o vestirse, comer entre otros. Se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado.
- ✓ **Agente de autocuidado dependiente:** Es el proveedor de cuidados dependientes es decir, la persona externa que proporciona el cuidado a otro, mismo que no es terapéutico (agente la 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 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 es un profesional de la enfermería (Cuadro 2).¹⁶

Agente de autocuidado.	Agente de autocuidado dependiente.	Agencia de autocuidado terapéutico.
• El paciente.	• Persona que proporciona cuidado.	• Enfermera.

Cuadro 2: Agentes de autocuidado
Elaborado: L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO.

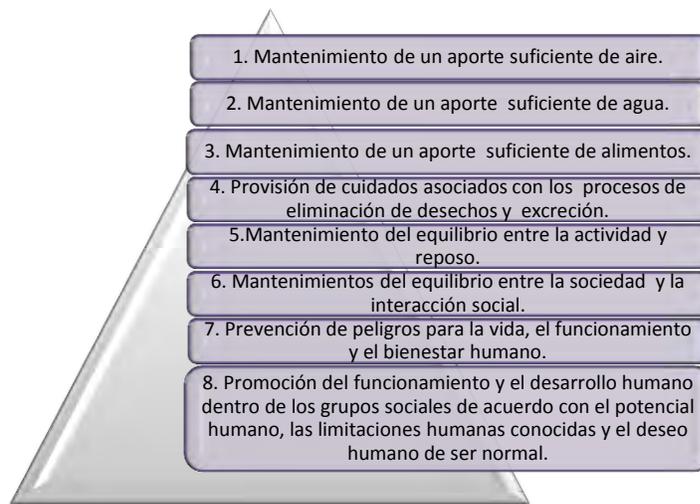
Los requisitos de autocuidado son esenciales en el modelo de Orem porque constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas requisitos de autocuidado universal.

El término “**requisito**” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.¹⁰

REQUISITOS UNIVERSALES.

Representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada, fomenta positivamente la salud y el bienestar.¹⁶

En total son ocho (Cuadro 3):

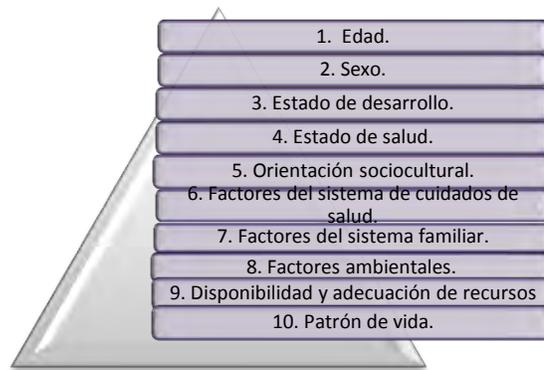


Cuadro 3 Requisitos de Autocuidado.
Elaborado: L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los “factores condicionantes básicos” que son determinantes en influyentes en el estado de salud.¹⁶

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS.

Se refieren a las características de todo individuo que incluyen propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos. Los factores condicionantes son 10 (Cuadro 4).¹⁶



Cuadro 4 Factores Condicionantes Básicos.
 Elaborado: L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.

LOS REQUISITOS DEL DESARROLLO.

Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición (embarazo) o están asociados a un acontecimiento de la vida (muerte) y de estos hay dos grupos.

- a. Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos.
 - ✓ Vida intrauterina.
 - ✓ Vida neonatal: parto a término/prematuro.
 - ✓ Lactancia.
 - ✓ Infancia, adolescencia y adulto joven.
 - ✓ Adulto.
 - ✓ Embarazo.

- b. Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales.
 - ✓ Privación educacional.
 - ✓ Problemas de adaptación social.
 - ✓ Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
 - ✓ Pérdida de 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.

Son Etapas específicas del Desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, es decir, son los requisitos determinados por el ciclo vital.

ALTERACIONES O DESVIACIONES DE SALUD.

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además, están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

El individuo tiene las siguientes demandas de cuidados a la salud:

- ✓ Buscar y asegurar ayuda médica en exposición a condiciones ambientales.
- ✓ 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 autoconcepto.
- ✓ Aprender a vivir con los efectos de condiciones o estados patológicos, así como efectos del diagnóstico y tratamiento.¹⁶

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona cumpla con cualquier intervención terapéutica que se le ofrezca.

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo.¹⁰

La Enfermera deberá de realizar lo siguiente:

- ✓ Apoyo a procesos vitales esenciales.
- ✓ Mantiene la estructura y funcionamiento humano.
- ✓ Desarrolla su potencial.
- ✓ Previene lesiones.
- ✓ Cura o regula la enfermedad por sí mismo.
- ✓ Cura o regula los efectos de la enfermedad con ayuda apropiada.¹⁶

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

Tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.¹⁶

La enfermedad reciente o crónica, o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros.

El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos.

El “déficit” debe contemplarse como la relación entre aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.¹⁰

El termino déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéuticos 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.¹⁶

DEMANDA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO.

Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Es por tanto la descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

AGENCIA DE AUTOCUIDADO.

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza una acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado y/o tienen la capacidad de participar se les considera agente de autocuidado.

AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE.

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan de otras sin que esto implique cuidados de enfermería. Es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras como niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente.

Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a sus pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías:

- ✓ Actuar por otros o hacer algo por otros.
- ✓ Guiar o dirigir a otros.
- ✓ Brindar apoyo, ya sea físico y psicológico.
- ✓ Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
- ✓ Enseñar.¹⁰

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA.

Un sistema de enfermería es algo que se construye a través de las actividades de las enfermeras y de las relaciones entre enfermeras y los pacientes.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana, en el ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

Se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, “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: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. Estos sistemas cuentan con intervenciones como las siguientes.¹⁶

SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATORIO.

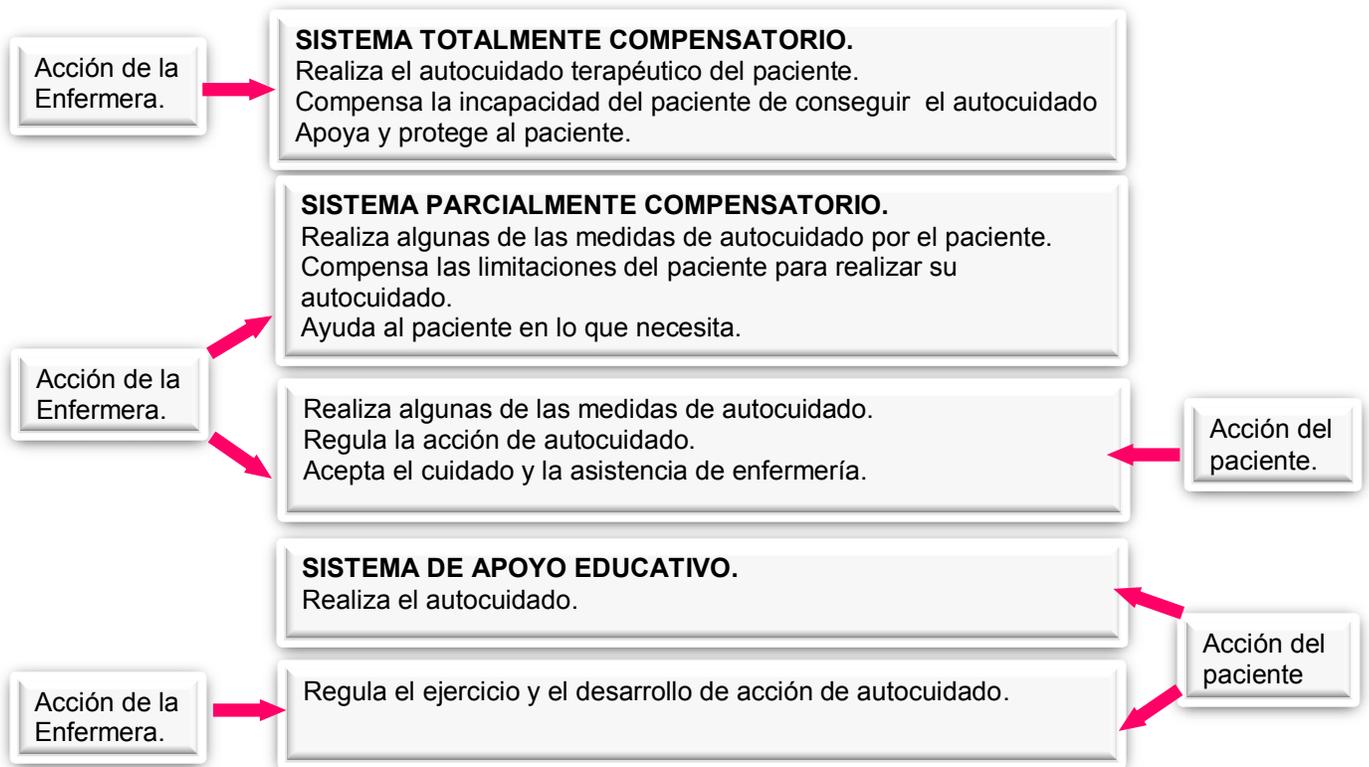
Es el tipo de sistema cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ello hasta el momento que el paciente pueda reanudar su propio cuidado.

SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO.

No requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería. La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente debe estar implicado en su propio cuidado en la toma de decisiones y acción.

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO.

El paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero necesita ayuda de enfermería. Este sistema requiere que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, puede tener un papel de consultora si solo se requiere información periódica o actualización (Cuadro 5).¹⁰



Cuadro 5. Sistemas básicos de enfermería.
 Fuente: Mariner T.A, Raile A.M. Modelos y teorías en enfermería. Op.Cit.p.185.

4.4. MÉTODO ENFERMERO.

Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centran en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud.¹⁶

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación.¹⁷

El proceso enfermero tiene sus orígenes cuando por primera vez fue considerado como un proceso, con Hall (1955), Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) fueron las primeras que lo utilizaron consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución). El proceso de enfermería en la práctica clínica adquirió más legitimidad en 1973 cuando la American Nurses Association (ANA) publicó la Standards of Nursing Practice, que describe las cinco fases del proceso de enfermería: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.¹⁸

El objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica; permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.¹⁶

VALORACIÓN.

La valoración es un proceso continuo que se realiza durante todas las fases del proceso de enfermería. La enfermera se interesa por las necesidades humanas que afectan en la totalidad de la persona o para satisfacer una parte de esas necesidades.

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería e incluye la recolección, organización y validación de los datos.

Hay cuatro clases distintas de valoración: valoración inicial, focalizada, de urgencia y valoración después de un tiempo.

- ✓ **Valoración inicial:** Es la base del plan de cuidados, permite recoger los datos sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre estos. Se realiza únicamente al ingreso del paciente por el personal de enfermería del turno o en cada ocasión que reingrese a la unidad hospitalaria.
- ✓ **Valoración focalizada:** Determina el estado de un problema específico identificado en la valoración inicial. Se realiza en forma progresiva durante los cuidados enfermeros.
- ✓ **Valoración urgente:** Identifica problemas que amenazan la vida. Se realiza durante cualquier crisis fisiológica o psicológica del paciente.

- ✓ **Valoración después de un tiempo:** Compara la evolución del paciente con los datos obtenidos anteriormente. Se ejecuta varios meses después del estudio inicial.¹⁸

TIPOS Y FUENTES DE DATOS.

- ✓ **Los datos subjetivos:** Son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud. Solo los pacientes pueden proporcionar este tipo de información. Solo los pacientes pueden proporcionar información sobre la frecuencia, duración, localización e intensidad de los síntomas.
- ✓ **Los datos objetivos:** Son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos. La medición de los datos objetivos está basada en un estándar aceptado, como la medición de Fahrenheit o Celsius en un termómetro.¹⁹
- ✓ **Fuentes primarias:** Son la observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- ✓ **Fuentes secundarias:** Es el expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.).²⁰

MÉTODOS DE VALORACIÓN.

Los métodos utilizados para la valoración del paciente son la observación, la entrevista y la exploración física.

LA OBSERVACIÓN.

Observar es reunir datos utilizando los cinco sentidos. Es una capacidad consciente y deliberada que se desarrolla con un esfuerzo y un método organizado. Las enfermeras realizan la observación con la vista principalmente, en las observaciones minuciosas se utiliza la mayoría de los cinco sentidos.

La observación tiene dos aspectos: reconocer los estímulos y seleccionar, organizar e interpretar los datos. Las observaciones de enfermería deben estar organizadas de manera que no se omita nada importante.

APTITUDES PARA LA OBSERVACIÓN.

- ✓ **Visión:** Se observa el aspecto general (dimensiones corporales, peso, postura, aseo personal); de malestar, de aflicción o tensión emocional; mímica facial y corporal; coloración y lesiones de piel, alteraciones de los movimientos; elementos no verbales de la conducta (signos de irritación o ansiedad), objetos religiosos o culturales.
- ✓ **Olfato:** Olores corporales o del aliento.
- ✓ **Audición:** Ruidos respiratorios y tonos cardiacos, facilidad para comunicarse, lenguaje hablado, capacidad para iniciar una conversación, para resolver hablar con otros, orientación en el tiempo, el espacio; ideas y opiniones acerca de uno mismo, de los demás y del estado de salud.
- ✓ **Tacto:** Temperatura y humedad de la piel, fuerza muscular, frecuencia, ritmo y volumen del pulso, lesiones palpables.

LA ENTREVISTA.

Una entrevista es una comunicación programada o una conversación que se realiza con un propósito. El propósito principal de la entrevista es la recolección de datos.

La entrevista dirigida: Está muy estructurada u proporciona información específica. La enfermera establece la finalidad de la entrevista y la dirige, el paciente responde a las preguntas.

La entrevista no dirigida: La enfermera inicia la conversación haciendo preguntas abiertas. Crea una relación de compenetración que es el entendimiento entre dos o más personas. La enfermera utiliza este tipo de entrevista para resolver problemas, asesorar y evaluar el rendimiento.

CLASES DE PREGUNTAS EN LA ENTREVISTA.

- ✓ **Pregunta cerrada:** Usada en la entrevista dirigida. Son restrictivas y generales, requiere respuestas cortas para obtener datos específicos.
- ✓ **Preguntas abiertas:** Se utiliza en la entrevista no dirigida. Son las que dirigen o invitan al paciente a descubrir y profundizar en sus ideas y sentimientos.
- ✓ **Pregunta neutra:** El paciente puede contestar sin que la enfermera dirija o presione la respuesta.

ETAPAS DE LA ENTREVISTA.

- ✓ **El comienzo:** Es la parte más importante de la entrevista, por lo que se dice o se hace en ese momento marca la pauta. Es un proceso que consta de dos pasos: la relación de compenetración y la orientación. Para conseguir una relación de compenetración debe existir buena voluntad y confianza.
- ✓ **El tema principal:** Al abordar el tema principal el paciente transmite lo que piensa, siente y sabe y percibe en respuesta a las preguntas de la enfermera.
- ✓ **La finalización:** La enfermera termina la entrevista cuando se obtiene la información necesaria. La conclusión de la entrevista es necesaria para mantener la relación de compromiso y confianza creada durante la misma, para facilitar los contactos futuros.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

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

La exploración se lleva de forma sistemática. Puede ser cefalocaudal (de la cabeza a los pies) o por aparatos y sistemas.¹⁸

La inspección: Es el proceso de la observación. El color y la textura de la piel o la presencia de un olor inusual puede alertar sobre alguna patología subyacente. Estas observaciones preliminares requieren unos segundos y proporcionan datos que influyen en el resto de la exploración.

La palpación: Se lleva a cabo con las manos y los dedos, a través de los cuales se obtiene información por medio del sentido del tacto. La palpación puede ser suave o profunda y se controla en función de la magnitud de la presión aplicada con los dedos.

La percusión: Consiste en golpear un objeto contra otro para producir vibración y en consecuencia ondas sonoras. La densidad del medio a través del cual se desplazan las ondas sonoras determina el grado de tono de percusión. Cuando más denso es el medio, menos intenso es el tono de la percusión, fuerte en el aire, menos fuerte en el líquido y leve en los sólidos.

Auscultación: Es la acción de escuchar sonidos producidos por el cuerpo. Uno de los aspectos más complejos de la auscultación es aprender a aislar los sonidos. No es posible auscultar todos los sonidos a la vez.²¹

PROCESO DE VALORACIÓN.

El proceso de valoración incluye cuatro etapas:

- ✓ Recolección de datos.
- ✓ Organización de los datos.
- ✓ Validación de los datos.
- ✓ Registro de los datos.

RECOLECCIÓN DE DATOS.

Consiste en reunir la información sobre el estado de salud del paciente. Es un proceso sistemático y continuo para evitar que se omitan datos importantes que reflejan el estado de salud del paciente.

En esta fase se observan los datos son subjetivos, que son los síntomas o datos no visibles, son evidentes solo para la persona afectada. Los datos objetivos, llamados signos o datos manifiestos, son detectables por un observador. Se pueden ver, sentir u oler, se obtienen mediante la observación o exploración física. Las fuentes de datos son primarias y secundarias.

ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.

La enfermera utiliza un esquema de estudio organizado, que es la historia o valoración de enfermería.

Hay muchos modelos disponibles para la recolección y el registro sistemático de los datos. Ejemplos de esto son el esquema de patrones funcionales de Gordon, el modelo de autocuidado de Orem y el modelo de adaptación de Roy.

Los modelos de bienestar: Son para ayudar a los pacientes a reconocer los riesgos de salud y profundizar en los hábitos de vida y en su conducta hacia la salud, ideas, valores y actitudes que influyan en el grado de bienestar.

El modelo de los sistemas corporales: es el de exploración por aparatos y sistemas corporales de los médicos se centra en alteraciones de los sistemas.

Jerarquía de necesidades de Maslow: Se basa en necesidades fisiológicas, de seguridad y protección, de amor y pertenencia, de autoestima y de autorrealización.

VALIDACIÓN DE LOS DATOS.

La información recolectada debe ser completa, objetiva y precisa. Consiste en un doble examen o inspección de los datos para confirmar que son exactos y objetivos. La

validación permite a la enfermera, asegurar que la información es completa que los datos objetivos y subjetivos son coherentes.

REGISTRO DE LOS DATOS.

Para finalizar la fase de valoración la enfermera registra los datos. La exactitud de la información es esencial y debe incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente.¹⁸

DIAGNÓSTICO.

Es la segunda etapa del método enfermero, en la que se organizan y agrupan los datos con el propósito de identificar y describir el estado de salud de la persona que, en el vocabulario de la Teoría General del Déficit del Autocuidado, corresponde a la identificación de déficit, capacidades, o ambos, de la persona, para proveerse autocuidado.¹⁶

DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

Juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones de Enfermería destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.²²

COMPONENTES DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO.

Un diagnóstico enfermero consta de tres componentes: el enunciado del problema, la etiología y las características definitorias.

Enunciado del problema (etiqueta diagnóstica): Describe su estado de salud con claridad y concisión. El fin de la etiqueta diagnóstica es guiar la elaboración de los objetivos del paciente e intervenciones de enfermería.

Los calificadores (definiciones) son palabras que se han añadido a las etiquetas de la NANDA para completar el significado del enunciado diagnóstico:

Alteración: Se ha producido un cambio con respecto a la situación inicial.

Deterioro: Mala evolución, debilitamiento, lesión, reducción.

Inefectivo o ineficaz: Que no produce el efecto deseado.

Agudo: Grave o de corta duración.

Crónico: De larga duración, recurrente o constante.

Etiología o factores relacionados y factores de riesgo: El componente etiológico identifica una o más causas probables del problema de salud, orienta al tratamiento de enfermería y permite individualizar la atención del paciente.

La NANDA utiliza el término factor relacionado para describir la etiología o la causa probable de los diagnósticos de enfermería reales. El término factor de riesgo se utiliza para describir la etiología de diagnósticos de enfermería de riesgo, no hay signos subjetivos ni objetivos.

Características definitorias: Son el conjunto de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica.¹⁸

TIPOS DE DIAGNÓSTICO.

Diagnóstico real: Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Esta apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas) que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas.

Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales (E) + signos/síntomas (S).

Diagnósticos de riesgo: describe respuestas humanas a estados de salud/ procesos vitales que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Esta apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad.

Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Diagnósticos de bienestar: Describe respuestas humanas a niveles de bienestar en una persona, familia o comunidad que están en disposición de mejorar. Esta disposición se apoya en las características definitorias.

Diagnósticos de promoción de la salud: Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, expresado por su disposición para mejorar conductas específicas de salud tales como la nutrición y el ejercicio.²²

PLANIFICACIÓN.

La planificación es la tercera fase del proceso enfermería, en la cual la enfermera y el paciente desarrollan los objetivos, resultados y las estrategias de enfermería para prevenir para prevenir, reducir o aliviar los problemas de salud del paciente.

TIPOS DE PLANIFICACIÓN.

- ✓ **Planificación inicial:** La enfermera realiza la valoración al ingreso del paciente y desarrolla un plan inicial y general de cuidados. Lo debe iniciar lo antes posible después de la valoración inicial.
- ✓ **Planificación continua:** La realizan todas las enfermeras que trabajan con el paciente, van obteniendo nueva información y evalúan las respuestas del cliente a los cuidados. Se lleva al iniciarse el turno.
- ✓ **Planificación de alta:** Es el proceso de prever y planificar las necesidades del paciente al salir del hospital.¹⁸

PROCESO DE PLANIFICACIÓN.

El proceso de planificación comprende las siguientes actividades:

- ✓ Establecer prioridades.
- ✓ Establecer los objetivos del paciente y criterios de resultados.
- ✓ Seleccionar las estrategias de enfermería.
- ✓ Desarrollar planes de cuidados.

ESTABLECER PRIORIDADES.

Se establecen prioridades para ayudar a la enfermera a anticipar y secuenciar las intervenciones cuando un paciente tiene alteraciones. Las necesidades fisiológicas básicas deben ser satisfechas primero.

Las enfermeras utilizan la jerarquía de las necesidades de Maslow para establecer prioridades. La primera es la de las necesidades fisiológicas como aire, agua y comida. La segunda categoría incluye las necesidades de seguridad y protección. La tercera categoría contiene las necesidades de amor y lazos afectivos. La cuarta categoría abarca las necesidades de estima y autoestima. La última categoría es la autorrealización.¹⁹

Las prioridades se clasifican en altas medias y bajas. Se considera prioridad alta a los problemas de riesgo vital, como la detención de la función respiratoria o cardíaca. La prioridad media es una amenaza para la salud, como una enfermedad aguda. Un problema de prioridad baja es aquel que surge de necesidades normales de desarrollo que solo requiere apoyo mínimo de enfermería.

ESTABLECER OBJETIVOS Y RESULTADOS ESPERADOS.

Un objetivo es la evolución del paciente o una modificación de su comportamiento deseado.¹⁸

El propósito de registrar los objetivos y los resultados es proporcionar una guía para las intervenciones de enfermería individualizadas y formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones. Los objetivos son específicos y medibles, diseñados para reflejar el más alto bienestar posible de independencia, deben ser realistas y basados en las necesidades y recursos del paciente.

Se desarrollan dos tipos de objetivos, a corto y largo plazo:

- ✓ **Objetivos a corto plazo:** Es el que se espera alcanzar en poco tiempo, normalmente menos de una semana. Son los que dirigen el plan de cuidados inmediatos. Ejemplo “los pulmones del paciente permanecerán libre de secreciones”.
- ✓ **Objetivos a largo plazo:** Es el que se espera alcanzar en un periodo más largo de tiempo, semanas o meses. Son los más apropiados para la resolución de problemas después del alta. Se centran en la prevención, rehabilitación, alta y educación para la salud.

Resultados esperados.

Es una finalidad específica, que paso a paso, lleva a alcanzar un objetivo y a la resolución de una etiología. Un resultado es un cambio medible en el estado del paciente en respuesta a los cuidados enfermeros.

Los resultados esperados determinan cuando se ha alcanzado un objetivo específico centrado en el paciente y más tarde ayudan a evaluar la respuesta a un cuidado enfermero y a la resolución de un diagnóstico.

La enfermera utiliza los resultados esperados como criterio para evaluar la efectividad de las actividades de enfermería.¹⁹

Directrices para redactar objetivos/resultados.

- ✓ Escribir los objetivos y los criterios de resultado en términos de la conducta del paciente. Comenzar cada objetivo con las palabra “el paciente”
- ✓ Asegúrese que el enunciado del objetivo es apropiado para el diagnóstico enfermero.
- ✓ Los resultados deben ser realistas para las capacidades, limitaciones y plazo asignado.
- ✓ Los objetivos y criterios de resultado deben ser compatibles con el trabajo y terapias de otros profesionales.
- ✓ Cada objetivo deriva de un diagnóstico enfermero.
- ✓ Al escribir los resultados utilice términos observables y medibles.

SELECCIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Las intervenciones son actividades de enfermería que están relacionadas con un diagnóstico enfermero específico y que la enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente.

Las estrategias deben centrarse en eliminar o reducir la etiología del diagnóstico enfermero. En los diagnósticos potenciales, las estrategias deben concentrarse en medidas para reducir los factores de riesgo del paciente.

TIPOS DE ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA.

Se identifican y describen durante la etapa de planificación del proceso enfermero, sin embargo, se llevan a cabo durante la fase de ejecución.

Intervenciones independientes: Son actividades que las enfermeras están autorizadas para realizar con base a sus conocimientos y habilidades. Al realizar una actividad autónoma, la enfermera debe conocer porque, cuando y como realizar las intervenciones.

Es una acción autónoma basada en un fundamento científico que se lleva a cabo en beneficio del paciente en forma predeterminada en relación con el diagnóstico enfermero y los objetivos.

Intervenciones dependientes: Son las que se realizan por orden del médico bajo su supervisión. Las órdenes médicas suelen consistir en prescribir medicamentos, terapias intravenosas, pruebas diagnósticas, tratamientos. La enfermera es responsable de comprender y valorar la necesidad de las órdenes médicas y llevarlas a cabo.

Intervenciones interdependientes: Son acciones que la enfermera lleva a cabo en colaboración con el equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, etc.¹⁸

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

El plan de cuidados enfermeros es una guía escrita para el cuidado del paciente. El plan de cuidados favorece la continuidad de cuidados por medio de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.

Los planes organizan la información que intercambian las enfermeras en los cambios de turno. Al elaborar el plan de cuidados la enfermera hace intervenir al paciente y la familia.

Planes de cuidados institucionales: Son documentos concisos que forman parte de la historia médica del paciente. El kardex es un formulario para rellenar datos que permite una rápida referencia a las necesidades del paciente con respecto a los cuidados de enfermería. La información sobre medicación, actividad, autocuidados, dieta y tratamientos.

Planes de cuidados computarizados: Son un método para dinamizar y aumentar la planificación de los cuidados. El uso de ordenadores sirve para organizar eficazmente el tiempo de la enfermera. Cada plan de cuidados tiene listas generalizadas de diagnósticos enfermeros, objetivos, criterios de resultados e intervenciones.

Planes de cuidados para los estudiantes: Es más elaborado, su propósito es enseñar el proceso de planificación de cuidados y aplicar los conocimientos adquiridos. Para aprender el proceso de planificación el estudiante debe comenzar con la valoración y finalizar por la evaluación.¹⁹

EJECUCIÓN.

Es la fase en la que la enfermera pone en marcha el plan de cuidados de enfermería. La ejecución globalmente consiste en realizar, delegar y registrar.

La enfermera realiza o delega las ordenes de enfermería que fueron desarrolladas en la fase de planificación y concluye en la fase de ejecución registrando las actividades de enfermería y las respuestas del paciente.

Una ejecución satisfactoria depende de la calidad de la valoración, del diagnóstico y de la planificación que se hayan realizado. La valoración continua se produce de forma simultánea a la ejecución. Al ejecutar las órdenes de enfermería, la enfermera sigue valorando al paciente, recogiendo datos sobre las respuestas de este a las acciones de enfermería y sobre cualquier problema nuevo.

HABILIDADES DE EJECUCIÓN.

Para ejecutar el plan de cuidados satisfactoriamente las enfermeras requieren habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas.

- ✓ **Habilidades cognitivas:** Incluyen la solución de problemas, toma de decisiones, razonamiento crítico y pensamiento creativo.
- ✓ **Habilidades interpersonales:** Son todas las actividades que las personas utilizan al comunicarse directamente con otras. Incluyen actividades verbales y no verbales.
- ✓ **Habilidades técnicas:** Son habilidades manuales, como la manipulación del equipo, realización de procedimientos. Las habilidades técnicas requieren de conocimientos y destreza manual.

PROCESO DE EJECUCIÓN.

El proceso de ejecución incluye:

- ✓ Una nueva valoración del paciente.

- ✓ Determinar la necesidad de cuidados de enfermería.
- ✓ Ejecutar estrategias de enfermería.
- ✓ Comunicar las acciones de enfermería.

NUEVA VALORACIÓN DEL PACIENTE.

La valoración se realiza en todo el proceso de enfermería, siempre que la enfermera tenga contacto con el paciente.

Antes de la ejecución la enfermera valora si la intervención sigue siendo necesaria, porque la situación del paciente pudo cambiar. Los nuevos datos pueden, indicar la necesidad de cambiar las prioridades de las estrategias de enfermería.

DETERMINAR LA NECESIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Al ejecutar las estrategias de enfermería, la enfermera puede necesitar ayuda por los siguientes motivos:

- ✓ La enfermera es incapaz de ejecutar la estrategia de enfermería ella sola.
- ✓ La enfermera carece de conocimientos o habilidades para ejecutar una actividad determinada.

EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ENFERMERÍA.

Las actividades de enfermería incluyen cuidar, comunicar, ayudar, enseñar, aconsejar, actuar como defensor y agente de cambio, guiar y tratar.

Las enfermeras asignan y delegan cuidados a otro personal de enfermería y supervisan y evalúan las actividades de enfermería de otros.

COMUNICAR LAS ACCIONES DE ENFERMERÍA.

Al cumplir las órdenes de enfermería, la enfermera completa la fase de ejecución registrando las intervenciones, así como las respuestas del paciente, en las notas de evolución de enfermería.

Las acciones de enfermería no deben registrarse anticipadamente, ya que al valorar de nuevo al paciente, la acción no debe o no puede ser ejecutada. Por consiguiente las actividades se registran después de haberse realizado.

Las actuaciones de enfermería se comunican verbalmente y por escrito.¹⁸

EVALUACIÓN.

La evaluación compara las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Corresponde a la quinta y última etapa del método de trabajo enfermero, permite la reorientación de las intervenciones e incluso el replanteamiento de las inferencias elaboradas por la enfermera.¹⁶

La evaluación mide la respuesta del paciente a las acciones de enfermería y el progreso hacia el logro de los objetivos fijados.

La evaluación del cuidado requiere que la enfermera recoja las respuestas del paciente a las intervenciones de enfermería y que determine su efectividad. La enfermera aplica el pensamiento crítico para evaluar el plan de cuidados existente y para modificarlo si fuera necesario.

La enfermera debe saber que la evaluación es dinámica y cambiante, dependiendo del estado del paciente y de los diagnósticos enfermeros, a medida que el problema cambia, también pueden cambiar los resultados esperados.

OBJETIVOS.

En la evaluación de los objetivos la enfermera debe distinguir entre los objetivos que se han cumplido y objetivos que requieren intervención. Un objetivo especifica la conducta o la respuesta esperada que indica la resolución de un diagnóstico enfermero. Cuando un objetivo se ha cumplido, las intervenciones de enfermería han tenido éxito.

RESULTADOS ESPERADOS.

Son afirmaciones de las respuestas graduales y progresivas o de la conducta que un paciente necesita seguir para conseguir los objetivos de la atención prestada. Los resultados esperados en el paciente contribuyen a definir la efectividad, eficacia y la medición de los resultados de las intervenciones y de la práctica de enfermería.

EVALUACIÓN DE LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS.

El propósito de los cuidados enfermeros es ayudar al paciente a resolver sus problemas reales de salud, prevenir la aparición de problemas potenciales y mantener un estado saludable. La enfermera compara la conducta del paciente o la respuesta fisiológica con la conducta especificada en el objetivo.

REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Al evaluar los objetivos, se realizan ajustes en el plan de cuidados. Si un objetivo se ha cumplido satisfactoriamente se cierra el plan. Los objetivos cumplidos o cumplidos parcialmente la enfermera continúa con las intervenciones.

Después de la revaloración los diagnósticos enfermeros se modificaran o se agregaran nuevos, con los objetivos apropiados y los resultados esperados, se establecerán las intervenciones y prioridades.

El juicio clínico se basa en las observaciones de la enfermera acerca de lo que está pasando con el paciente.

Existen diferentes grados de consecución de los objetivos:

- ✓ Si la respuesta del paciente cumple o supera los criterios de resultado, se ha cumplido el objetivo.
- ✓ Si la conducta del paciente empieza a cambiar, pero no llega a cumplir los criterios establecidos, el objetivo se cumplió parcialmente.
- ✓ Si no hay progreso no se ha cumplido el objetivo.¹⁹

Se cumpliera o no los objetivos, hay que tomar decisión sobre continuar, modificar o suspender los cuidados de enfermería para cada problema. Antes de realizar modificaciones la enfermera, la enfermera debe determinar porque el plan no fue eficaz. Se requiere una revisión completa del plan de cuidados.

Valoración: Una base de datos incompleta o incorrecta influye en todas las fases posteriores del proceso enfermería. Si los datos son incompletos la enfermera debe valorar de nuevo al paciente y registrar los nuevos datos obtenidos.

Diagnóstico: Si la base de datos es incompleta, se requiere de nuevos diagnósticos. Tras enjuiciar el problema, la enfermera revisa o añade nuevos diagnósticos en función a las necesidades.

Planificación: Si el diagnóstico no es preciso se revisan los objetivos, si el diagnóstico es apropiado, la enfermera comprueba que los objetivos sean realistas y alcanzables. Debe determinar si las prioridades han cambiado.

Ejecución: Antes de seleccionar nuevas intervenciones, la enfermera debe comprobar si las ordenes de enfermería fueron cumplidas. Tras realizar modificaciones necesarias en el plan de cuidados, la enfermera ejecuta el plan modificado y empieza un nuevo ciclo del proceso de enfermería.¹⁸

4.5. RELACIÓN DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM Y EL MÉTODO ENFERMERO.

Orem ha destacado en toda su teoría que la enfermería es acción, al igual que otros modelos las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica.

La traducción se logra usando el método enfermero que tradicionalmente consiste en cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación.

El método enfermero implica el uso de técnicas de recolección y valoración. Los datos reunidos y su interpretación varían dependiendo de la perspectiva filosófica y teórica.

Orem señala que es un método en el cual se requiere de dos tipos de operaciones:

- ✓ Interpersonales y sociales.
- ✓ Tecnológico profesionales.

OPERACIONES INTERPERSONALES Y SOCIALES.

Implica que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. Las enfermeras deberían:

- ✓ Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.
- ✓ Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones de salud.
- ✓ Colaborar continuamente y revisar información.

OPERACIONES TECNOLÓGICO PROFESIONALES.

Considera cuatro etapas:

- ✓ Diagnóstico
- ✓ Operaciones prescriptivas.
- ✓ Reguladoras o de tratamiento.
- ✓ Cuidados reguladores.

Orem contempla las operaciones técnico-profesionales como las “piedras angulares” en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, de su familia, las enfermeras y de otros factores.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Para Orem implica la investigación y el cumulo de los factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la relación entre ambas. Esencialmente, determina si el paciente necesita ayuda de enfermería y puede relacionarse con la etapa de valoración.¹⁰

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

Demandas de autocuidado:

- ✓ Explorara cada requisito de autocuidado.
- ✓ Establecer interacción entre los requisitos.
- ✓ Precisar factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito.

Demandas de las capacidades de autocuidado:

- ✓ Identificar y describir capacidades de autocuidado.
- ✓ Determinar conocimientos del paciente, aptitudes y deseos para satisfacer demandas de autocuidado.
- ✓ Evaluar lo que el paciente debe hacer para satisfacer demandas de autocuidado.

OPERACIONES PRESCRIPTIVAS (PLANIFICACIÓN).

Son juicios prácticos que permiten abordar problemas de lo que puede hacer un individuo dadas sus circunstancias.¹⁶

Son los juicios prácticos que debe realizar la enfermera y el paciente después de la obtención de datos y que pueden equiparse con la fase de “planificación” del método enfermero tradicional.

Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dada sus circunstancias y conocimientos actuales y lo que podría suceder en el futuro.¹⁰

Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos de cuidado:

- ✓ Medios usados para satisfacer los requisitos de autocuidado.
- ✓ Totalidad de medidas de cuidados para satisfacer las demandas de autocuidado.
- ✓ Roles enfermería-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.

Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso global de prescripción. Reconoce que algunas personas querrán tomar parte plena y activa de su propio autocuidado o cuidado dependiente.

REGULADORAS O DE TRATAMIENTO.

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

TOTALMENTE COMPENSATORIO.

Paciente: Asume.

- ✓ Incapaz de ocuparse de cualquier 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.

Enfermera: Toma decisiones.

- ✓ Compensa las incapacidades que pueda tener el paciente para el autocuidado.
- ✓ Apoya y protege al paciente mientras proporciona un entorno apropiado a través de juicios y acciones.

SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATORIO.

El paciente: Acepta los cuidados y la ayuda para el autocuidado.

- ✓ El paciente tiene limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación.
- ✓ Déficit de conocimientos, habilidades, o ambas, para satisfacer demandas de autocuidado.
- ✓ Indisposición psicológica para realizar o aprender conductas de autocuidado.

La enfermera:

- ✓ Guía.
- ✓ Hace.
- ✓ Apoya.
- ✓ Favorece el desarrollo de las capacidades.
- ✓ Enseña.

SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO.

El paciente:

- ✓ Es capaz de realizar acciones necesarias para su autocuidado y puede aprender a adaptarse.

Enfermera:

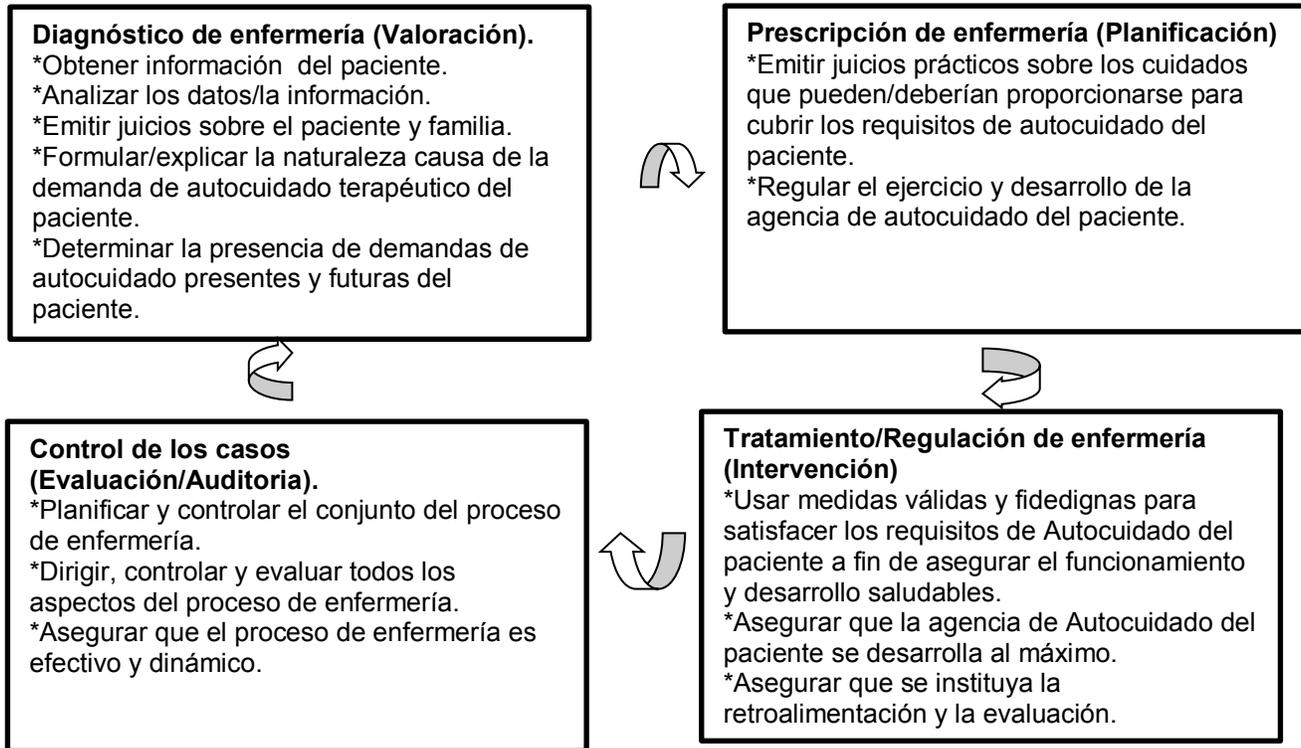
- ✓ Auxilia en la toma de decisiones.
- ✓ Comunica conocimientos y habilidades.
- ✓ Es consultora.
- ✓ Reguladora la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado.

CUIDADOS REGULADORES.

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

Las acciones de enfermería se centran en:

- ✓ **Actuar y hacer por otro:** Tarea relacionada con el cuidado de la salud, generalmente asociado con el cuidado físico.
- ✓ **Guiar o dirigir:** Proporcionar información o consejo relevante para satisfacer sus necesidades de autocuidado.
- ✓ **Brindar apoyo:** Otorga apoyo físico, que implica una asociación de cooperación paciente-enfermera y otros para satisfacción de necesidades de autocuidado a la salud. El apoyo psicológico es la provisión de una presencia comprensiva: capacidad de escucha y aplicar métodos de ayuda.
- ✓ **Proporcionar un entorno adecuado:** Entorno que favorezca la satisfacción de necesidades de autocuidado de la salud del paciente, que le ayuden a evitar limitaciones nuevas y desarrollar nuevas aptitudes.
- ✓ **Enseñar:** Describir y explicar al paciente sus propias demandas de autocuidado, los métodos y acciones fundamentales para satisfacciones de autocuidado (Cuadro 6).¹⁶



Cuadro 6: Perspectiva general del proceso de enfermería con el modelo de enfermería de Orem. Fuente: Balan GC, Franco OM.

4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

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.

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 ética como ciencia aplicada se sustenta en los principios universales del bien, válidos en cualquier circunstancia de tiempo y de lugar.²³

La bioética es una rama de la filosofía moral que trata todo lo relativo a la vida, la salud, la medicina y el respeto a la dignidad humana. Es un conjunto de normas morales de conducta y responsabilidad profesional.

En neonatología, la bioética determina la conducta moral y la responsabilidad profesional que tiene el médico para con el recién nacido, buscando siempre en su manejo lo mejor que es para él.

En México, antes de 1960 era pequeña la proporción de los niños que nacían en el hospital, debido a la falta de recursos y conocimientos médicos, el único tratamiento para los prematuros con insuficiencia respiratoria grave consistía en administrarles calor, humedad y oxígeno en incubadora, soluciones intravenosas con glucosa, electrolitos, alimentación con sonda y antibióticos.

Con el tiempo ocurrieron avances en la atención del embarazo, con la inhibición del trabajo de parto prematuro, el empleo de esteroides para inducir la maduración pulmonar, el uso del agente tensoactivo (surfactante) pulmonar, la reanimación neonatal, la vigilancia electrónica de signos vitales y saturación de oxígeno, la corrección temprana del conducto arterioso persistente por medios médicos y quirúrgicos, y los desarrollos de imagenología, farmacología y antibioticoterapia.

Todo lo anterior permite actualmente la supervivencia de niños cada vez de menor peso y edad gestacional, así como los portadores de malformaciones congénitas graves o con antecedente de haber sufrido hipoxia perinatal, de modo que algunos no presentan secuelas o solo sufren daño mínimo mientras que muchos otros tienen neurodesarrollo muy deficiente y secuelas graves discapacitantes que desestabilizan la familia.

El médico deberá darse tiempo para evaluar el neurodesarrollo y hablar con los padres sobre el pronóstico de su hijo a fin de no caer en un *“encarnizamiento terapéutico”* y de hacer sobrevivir a niños que tengan secuelas graves con antecedentes de hipoxia grave o malformaciones incompatibles con la vida que antes fallecían al poco tiempo de nacer.

El médico debe mantener una actitud abierta para evaluar los acontecimientos que se presentan durante la evolución del neonato gravemente enfermo y detectar el momento

en que se encuentra en un estado terminal en que su condición es irrecuperable, para no caer en el ensañamiento terapéutico, de realizar procedimientos que solo prolongan la agonía. No deben administrarse medidas extraordinarias al neonato cuando este manejo se considere inútil y no haga más que prolongar el proceso agónico.²⁴

4.6.1. PRINCIPIOS ÉTICOS.

PRINCIPIOS.

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

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

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales.

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

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

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

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial de los cuidados de enfermería.

Privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad: Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hacer una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

Veracidad: Es el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad: Se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

Solidaridad: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia: Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de la debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o de fanatismo.²³

4.6.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El consentimiento informado, como lo conocemos hoy en día, tiene su antecedente histórico y evolución a partir del Código de Nuremberg en 1947, que surge a raíz de los juicios por el Tribunal Militar de Nuremberg, juicios a los que fueron sometidos un grupo de médicos acusados de realizar experimentos inhumanos en sujetos poniendo en evidencia parte de la barbarie que se cometía contra prisioneros de guerra en campos de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial.

Estos experimentos se realizaban sin información ni consentimiento acerca de los riesgos que ellos implicaban. Años después, en 1964 la Asamblea Médica Mundial adopta la Declaración de Helsinki, un conjunto de reglas que orientan a los médicos en investigación en seres humanos y que al igual que el Código de Nuremberg, resaltan la

importancia del consentimiento voluntario como elemento importante dentro de los protocolos de estudio.

Un concepto que surge alrededor de 1970, la bioética, genera un movimiento universal, y se considera la disciplina que norma la conducta del hombre para todo aquello que interviene o interfiere con la vida.

En México existe obligación de realizar un proceso de consentimiento informado que esté fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación para la salud.

Consentimiento informado se define como la aceptación libre por parte de una paciente de un acto diagnóstico o terapéutico después de haberle comunicado adecuadamente su situación clínica.

Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Es una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y beneficios del mismo, cualquier alternativa disponible.

Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento. Muchas demandas de negligencia profesional son acompañadas de alegatos ocasionados por la falta del consentimiento informado. La discusión de éste es el primer paso para dar a conocer los posibles resultados del tratamiento y aminorar los malos entendidos de los pacientes y sus familiares. Los pacientes que conocen los riesgos del tratamiento son los menos propensos a reclamar si uno de los riesgos descritos.²⁵

La Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico, establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

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.

“La NOM-168-SSA-1998, del expediente clínico define las cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios”.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

A partir de 1999 con la publicación de la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico se redefinen estas formas de autorización y consentimiento cuando señala y agrega nuevos actos médicos, diciendo que los eventos mínimos que requieren carta de consentimiento informado son:

- ✓ Ingreso hospitalario.
- ✓ Procedimientos de cirugía mayor.
- ✓ Procedimientos que requieren anestesia general.
- ✓ Salpingoclasia y vasectomía.
- ✓ Trasplantes.
- ✓ Investigación clínica en seres humanos.
- ✓ De necropsia hospitalaria.
- ✓ Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- ✓ Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Indicando esta Norma Oficial que los datos mínimos que debe contener el consentimiento informado son:

- ✓ Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento.
- ✓ Nombre, razón o denominación social del establecimiento.
- ✓ Título del documento
- ✓ Lugar y fecha en que se emite.
- ✓ Acto autorizado.
- ✓ Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado.
- ✓ Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.
- ✓ Nombre completo y firma de los testigos.
- ✓ Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado.
- ✓ Se elaboran tantos consentimientos como eventos médicos lo ameriten.²⁶

Al otorgar su consentimiento un paciente o su representante, comparten la responsabilidad para la decisión, y confieren al médico su permiso para realizar la intervención, recibir algún medicamento o participar en una investigación.

En la actualidad es inadmisibles la realización de un procedimiento médico que conlleve riesgo, o de un proyecto de investigación, sin la firma de un consentimiento informado; para que esto se dé, resulta necesario considerar los tres elementos que lo integran, la información, la comprensión de la misma y la libertad de elección.

La autodeterminación y el proceso racional de la decisión, son los propósitos fundamentales del consentimiento informado; la información sobre los procedimientos recomendados, riesgos, beneficios y alternativas, deben presentarse de tal forma que se garantice el logro de estas pretensiones.

La que puede producir mayores efectos benéficos para la relación médico–paciente es la verbal, que permite, entre otras cosas, una comunicación más directa entre ambos, aclarar las dudas y fortalecer los compromisos. No obstante, un documento que ofrece soporte legal en el caso de una demanda.²⁷

4.6.3. CÓDIGO DE ÉTICA.

“Todo arte y toda investigación y del mismo modo toda acción y elección parecen tender a algún bien, por eso se ha dicho con razón que el bien es aquello a lo que tienden todas las cosas.”

Aristóteles.

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.

En este sentido el profesional de enfermería tiene una sólida formación basada e 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.

En enfermería es importante contar con un código ética que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El código de ética profesional es un documento que establece en forma clara los principios morales, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional.

CAPÍTULOS DEL CÓDIGO DE ÉTICA.

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

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

CAPÍTULO II. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LAS PERSONAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS COMO PROFESIONISTAS.

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SUS COLEGAS.

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON SU PROFESION.

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

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

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

CAPÍTULO VI. DE LOS DEBERES DE LAS ENFERMERAS PARA CON LA SOCIEDAD.

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

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

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

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

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²³

4.6.4. DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO.

La World Association of Perinatal Medicine (WAPM), conjuntamente con otras sociedades nacionales e internacionales, con motivo de la celebración en Barcelona el 23-27 Septiembre 2001 en el 5th World congress of Perinatal Medicine, deciden hacer una declaración institucional, que se denominará “**Declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el recién nacido**”. El objetivo es la defensa y promoción de los derechos de la mujer y de la infancia.

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.

1. **La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente.** Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
2. **Todo recién nacido tiene derecho a la vida.** Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estado deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.
3. **Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas.** Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física, sea corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.
4. **Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad.** El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.
5. **Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida.** La Sociedad es responsable de que se 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.
6. **Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento.** La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.

7. **Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica.** Los neonatos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una adecuada atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.
8. **La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país.** En el caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles tras el nacimiento.
9. **No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad.** En estos casos los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatalmente, siempre que ello sea posible. Se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar del nacimiento.
10. **Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país.** Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.
11. **El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos.** Sin embargo, en los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legales y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.
12. **Todo recién nacido tienen derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles.** En los países en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.
13. **Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados.** La lactancia materna debe ser promovida y protegida en estas situaciones.

El recién nacido es una persona con derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir.²⁸

4.6.5. DERECHOS DEL PREMATURO.

- 1. La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.** Los controles antes y durante el embarazo permiten conocer si existen factores de riesgo o si la mujer es portadora de enfermedades infecciosas, para indicar tratamiento y profilaxis recomendados.
Los controles del embarazo posibilitan el diagnóstico de gemelos y la detección temprana de complicaciones, como la hipertensión arterial o los problemas de crecimiento del feto. Cuando exista posibilidad de prematuridad, la madre debe recibir corticoides antes del parto para ayudar a que el bebé se adapte.
- 2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y hacer atendidos en lugares adecuados.** Implica que el nacimiento se produzca en una institución que cuente con el personal entrenado y con disponibilidad de recursos de diagnóstico y tratamiento para la atención de recién nacidos prematuros. El mejor medio de transporte de un bebé es el útero materno, es mejor trasladar a una mujer embarazada que derivar al recién nacido después del parto.
- 3. El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.** La atención del recién nacido debe ser individualizada, teniendo en cuenta sus riesgos y todos los factores que rodean su nacimiento. Se consideran “prematuros de alto riesgo” aquéllos que nacen con menos de 32 semanas de gestación o menos de 1500 gr de peso.
- 4. Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.** El rol de las enfermeras y enfermeros tiene un valor primordial en el cuidado de los recién nacidos prematuros, el personal debe estar altamente capacitado para la atención de estos bebés.
- 5. Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.** Las sociedades científicas del mundo recomiendan la leche materna como el mejor alimento para el niño prematuro, ya que tiene propiedades inmunológicas, favorece su crecimiento, neurodesarrollo y brinda bienestar emocional.
- 6. Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).** Los exámenes periódicos (fondo de ojo) son esenciales para determinar la madurez de la retina y detectar la aparición de algún grado de ROP. Los controles deben comenzar a las 32 semanas de gestación y continuar hasta que la retina complete su maduración. Luego de ese momento ya no hay riesgo de ROP.
- 7. Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.** Los

programas de seguimiento tienen por finalidad prevenir y atender los problemas de salud vinculados a la prematuridad, que pueden manifestarse a corto o largo plazo, como dificultades en el crecimiento, en el desarrollo, en el aprendizaje, en el movimiento, en la visión o en la audición.

El seguimiento de los prematuros de alto riesgo debe realizarse al menos hasta los 3 años de vida o, idealmente hasta la edad escolar.

- 8. La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.** La familia debe formar parte del equipo de salud que atiende a un bebé nacido antes de término. Médicos y enfermeras deben informar a los padres en forma personalizada todo lo relacionado con el estado del niño, los tratamientos que recibe, los progresos y dificultades.
- 9. El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.** La permanencia de los padres junto a él, favorece el crecimiento, el logro de la lactancia materna, aumenta el apego y da seguridad y confianza para el cuidado posterior al alta.
- 10. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integridad social que las que nacen a término.** Reglamentaciones de organismos internacionales y leyes nacionales garantizan a estas personas el acceso permanente y continuo a programas multidisciplinarios para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de la discapacidad, pudiendo prevenir o reducir o eliminar sus efectos.²⁹

4.7. DAÑOS A LA SALUD.

PREMATUREZ.

DEFINICIÓN.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG), definen al recién nacido pretérmino (RNPT) como a todo recién nacido menor de 37 SDG, contando desde el primer día después de la última menstruación (Figura 3).

La terminología de los subgrupos usada es:

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

Prematuro tardío es llamado también recién nacido cercano al término, pretérmino marginal, pretérmino moderado, pretérmino mínimo y pretérmino medio.

En el 2005 el **National Institute of Child Health and Human Development (NICHD)** define al prematuro tardío entre 34.0 a 36.6 SDG (239 - 259 días).

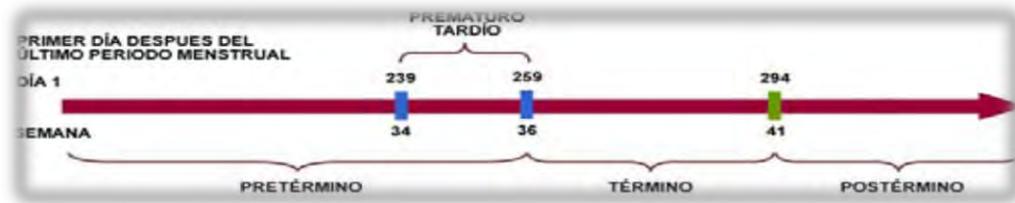


Figura 3. Definición de prematuro tardío.

Fuente: Romero M, Arrollo C, Reyna R. Consenso prematuro tardío.

INCIDENCIA.

En EUA los nacimientos de prematuros tardíos, entre 1992 al 2002, fue del 74.1%. En el 2002, los nacimientos de prematuros tardíos son del 71% de todos los nacimientos pretérminos y el 8.5% de todos los nacimientos de EUA.¹

La prematuridad es una causa importante de morbilidad y puede dar cuenta de 75 a 90% de la mortalidad neonatal no debida a malformaciones congénitas.

ETIOLOGÍA.

- ✓ Bajo nivel socioeconómico.
- ✓ Las mujeres de raza negra.
- ✓ Las mujeres menores de 16 años o mayores de 35.
- ✓ La actividad materna: prolongada estancia de pie o ejercicios físicos.
- ✓ Las enfermedades maternas agudas o crónicas.
- ✓ Los nacimientos en embarazos múltiples.
- ✓ Antecedentes desfavorables en partos anteriores: parto prematuro.
- ✓ Los factores obstétricos: malformaciones uterinas, traumatismos del útero, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, incompetencia cervical, ruptura precoz de membranas y amnionitis.
- ✓ Procesos fetales: eritroblastosis, sufrimiento fetal o retraso en el crecimiento intrauterino.³⁰

CARACTERÍSTICAS DEL PREMATURO.

INESTABILIDAD TÉRMICA.

Los prematuros tardíos tienen mayor riesgo de hipotermia e hipoglucemia temprana como resultado de su inmadurez y una transición inadecuada. La hipotermia e hipoglucemia pueden empeorar la dificultad respiratoria.¹

El recién nacido pretérmino es susceptible a inestabilidad térmica como resultado de numerosos factores:

- ✓ Gran superficie corporal en relación con su peso.
- ✓ Mínima cantidad de grasa aislante.
- ✓ Reservas limitadas de grasa parda.

- ✓ Disminución o ausencia del control reflejo de los capilares de la piel (respuesta de escalofrío).
- ✓ Actividad inadecuada de la masa muscular.
- ✓ Capilares friables (se dañan con facilidad).
- ✓ Inmadurez del centro termorregulador del cerebro.³¹

METABOLISMO DE LA GRASA PARDA.

Es una sustancia que se acumula en la última parte del tercer trimestre. Al término es del 2 al 6% de peso corporal. Localizada alrededor de riñones. Glándulas adrenales, mediastino, región escapular, axilar y en la parte posterior del cuello.

En respuesta al estrés por frío, la norepinefrina es liberada en las terminaciones nerviosas de la grasa parda, para ser metabolizada. Cuando se quema genera energía, esto permite calentar las regiones centrales del cuerpo y calentar la sangre que circula. Este proceso se llama termogénesis no física.

RESPUESTA A LA HIPOTERMIA DE LOS PREMATUROS.

La liberación de norepinefrina por el hipotálamo causa incremento en el metabolismo, lo cual incrementa el consumo de oxígeno y la utilización de la glucosa. El incremento de oxígeno lleva a la hipoxemia que progresa a la hipoxia. La vasoconstricción periférica es limitada en los neonatos de peso bajo. En los prematuros la pérdida de calor ocurre más rápido que su habilidad para producir y conservar calor.³²

FUNCIÓN RESPIRATORIA.

El recién nacido pretérmino tiene dificultades para hacer la transición a causa de numeroso déficit que afecta el sistema respiratorio:

- ✓ Disminución del número de alveolos funcionales.
- ✓ Niveles deficientes de surfactante.
- ✓ Luz más pequeña del sistema respiratorio.
- ✓ Mayor susceptibilidad al colapso u obstrucción de los conductos respiratorios.
- ✓ Osificación insuficiente de la caja torácica.
- ✓ Reflejo nauseoso débil y ausente.
- ✓ Capilares pulmonares inmaduros y friables.
- ✓ Mayor distancia entre los alveolos funcionales y el lecho capilar.³¹

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

Los prematuros tardíos tienen dos veces más riesgo de presentar apnea y síndrome de muerte súbita, 1.4 casos por 1,000 entre las 33-36 SDG, comparados con 0.7 de 1000 en mayores de 37 SDG, aun cuando los mecanismos no son bien conocidos.

Wang y Cols. (2004), encontraron que cerca de 30% de los prematuros tardíos tuvieron evidencia de distress respiratorio y un tercio de ellos retrasó su egreso debido a que 10% cursó con neumonía agregada a la taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN).¹

El desarrollo del pulmón cursa por 4 etapas:

1. *Periodo embrionario*: Formación de los pulmones, que ocurre alrededor del 26° día de la gestación; se constituye brotes de un tubo único desarrollado a partir del endodermo.
2. *Periodo pseudoglandular*: Se extiende entre la 6ª y la 16ª semana de la gestación y se caracteriza por el desarrollo del árbol bronquial, el cual se completa alrededor de la 16 semana de gestación.
3. *Periodo canicular*: Su evolución ocurre entre la 16 y 26 semanas de gestación y en esta etapa se desarrollan las estructuras circulatorias y alveolares. El epitelio alveolar comienza a diferenciarse en *células tipo I (que forman la membrana alveolocapilar) y el tipo II (sintetizan el surfactante)*.
4. *Periodo sacular*: Se extiende entre la 27ª y la 40ª semanas de gestación y continúa después del nacimiento. Se expande la membrana alveolo capilar, para realizar el intercambio gaseoso después del nacimiento. Entre las semanas 34ª y 36ª de la gestación, los alveolos crecen, aumentando rápidamente el tamaño de los pulmones.³³

FUNCIÓN CARDIOVASCULAR.

Presentan bradicardias asociadas con apneas. Es fundamental mantener la estabilidad hemodinámica, para evitar complicaciones cerebrales, enterocolitis, etc. Las alteraciones bruscas de la tensión arterial alteran el flujo sanguíneo cerebral e incrementan los riesgos de hemorragias intraventriculares.³⁴

La enfermera debe evaluar la capacidad para perfundir los tejidos y órganos esenciales. La evaluación de la frecuencia y ritmo cardiaco, el color de la piel, la presión arterial, el llenado capilar (perfusión), los pulsos (braquial y femoral), la saturación de oxígeno y el equilibrio ácido base ofrecen datos sobre el estado cardiovascular.³¹

APARATO GASTROINTESTINAL.

En los prematuros tardíos continúa su desarrollo extrauterinamente, quienes se adaptan rápidamente a la alimentación enteral, incluyendo la absorción de lactosa, proteínas y lípidos. La succión-deglución, así como las funciones peristálticas y el control de los esfínteres en esófago, estómago e intestinos parecen ser menos maduros comparados con los recién nacidos a término, lo cual puede llevar a mayor dificultad en la coordinación de la succión y deglución y un retardo en la lactancia materna exitosa al igual que a una pobre ganancia ponderal y deshidratación.¹

El sistema gastrointestinal está cerca de la madurez hacia la 20ª semana de gestación, pero ciertos componentes para la función gastrointestinal necesitan más tiempo para alcanzar la madurez total y favorecer la digestión y absorción de nutrientes.

El reflejo de succión y deglución está presente desde la 17ª semana de la gestación. Hacia el tercer trimestre el feto alcanza a deglutir aproximadamente 500 ml de líquido amniótico por día. La capacidad fisiológica del estómago aumenta 2ml/kg en el primer día de vida hasta 24 ml/kg alrededor del 10° día.

La coordinación entre succión, deglución y respiración se observa desde la 32ª a la 34ª semanas de gestación. La succión no nutritiva puede ser observada en los prematuros hacia la 27ª a la 28ª semana

Estomago e intestino; el vaciamiento gástrico varia, es más lento cuanto más prematuro es el recién nacido. La motilidad del intestino delgado es lenta, en especial en recién nacidos <32 semanas de gestación debido a la inmadurez muscular de las paredes intestinales, a la peristalsis incoordinada y a la disminución de hormonas gastrointestinales. El tránsito alimentario entre boca y ano dura aproximadamente en prematuros 18 a 24 horas y en los de término 13 a 14 horas.

La válvula ileocecal es incompetente, sobre todo en los prematuros, lo que favorece la proliferación bacteriana y aumenta la posibilidad de enterocolitis necrosante.³³

CEREBRO.

Los prematuros tardíos tienen cerebros más inmaduros comparados con los recién nacidos a término. Se estima que a las 35 semanas de gestación la superficie del cerebro muestra significativamente menos surcos y el peso del cerebro es de tan solo 60% del que tienen los recién nacidos a término.

Las 4 semanas finales de gestación se observa un crecimiento dramático en los giros, surcos, sinapsis, dendritas, axones, oligodendrocitos, astrocitos y microglia.

Petrini y Cols. (2006), estudiaron el desarrollo neurológico de más de 140,000 neonatos prematuros y a término que nacieron entre 2000 - 2004 y encontraron que los prematuros tardíos eran tres veces más propensos a ser diagnosticados con parálisis cerebral y que también estaban en mayor riesgo de retraso mental o de retraso en el desarrollo. Petrini también sugirió que los neonatos prematuros tardíos se podrían beneficiar de las evaluaciones del neurodesarrollo.

HIPERBILIRRUBINEMIA.

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

RESPUESTA FARMACOLÓGICA.

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

SISTEMA INMUNOLÓGICO.

Los prematuros extremos, los prematuros tardíos se encuentran en un nivel intermedio con respecto a su madurez inmunológica.

Los recién nacidos pretérmino tienen un riesgo elevado de infección porque sus reservas de inmunoglobulina maternas se hayan reducidas y su capacidad para sintetizar anticuerpos, al igual que su sistema tegumentario se encuentran deteriorados (piel delgada y capilares frágiles). La inestabilidad (hipotermia e hipertermia), letargo, irritabilidad, perfusión deficiente, cambios de color, vómito, diarrea, dificultad respiratoria, apnea, hipotensión. Inestabilidad de la glucosa y acidosis metabólica.³¹

SISTEMA RENAL.

El recién nacido pretérmino presenta en los primeros días de vida un exceso de agua corporal total, flujo urinario lento, orina diluida y balance hídrico negativo, llega a perder 15% del peso corporal en la primera semana. El recién nacido de término pierde 5-10% del peso corporal en la primera semana de vida. La mayoría de los recién nacidos orinan en las primeras 36 horas después del nacimiento, el 96% a las 24 horas de vida y el 99% dentro de las 48 horas.

La diuresis normal varía entre 1 y 3 ml/kg/hora. La diuresis puede estar retardada cuando ocurre hemorragia perinatal, asfisia y disminución de la ingestión de líquidos.³³

MORTALIDAD.

El nacimiento prematuro aún se asocia con el 70% de las muertes neonatales y con el 50% de morbilidad a largo plazo y su relación con la mortalidad es inversa a la edad gestacional.

DIAGNÓSTICO.

Se basa en la determinación de la edad gestacional mediante datos obtenidos durante el embarazo y una vez que ha ocurrido el nacimiento.

En el periodo prenatal se usa la fecha de última menstruación, evaluación prenatal continua, ecosonografía fetal, ecocardiografía fetal, estudios de líquido amniótico.

En el periodo postnatal la determinación se basa mediante la valoración de Capurro y Ballard, que utiliza variables somáticas y neuromusculares simplificadas.

TRATAMIENTO.

El tratamiento debe estar orientado a la prevención de los problemas específicos para los que existe riesgo según su edad gestacional.

La atención del recién nacido pretérmino debe incluir:

- ✓ Vigilancia de la temperatura.
- ✓ Asistencia respiratoria.
- ✓ Vigilancia de la función respiratoria.
- ✓ Prevención de la infección.
- ✓ Prevención de las complicaciones del sistema nervioso central.
- ✓ Vigilancia de las apneas.
- ✓ Vigilancia de la función renal.
- ✓ Seguimiento de cifras de bilirrubina total y fraccionada.
- ✓ Vigilar el estado hematológico.
- ✓ Mantenimiento del estado metabólico, equilibrio hidroelectrolítico.
- ✓ Atención del aporte de nutrientes, alimentación adecuada enteral y parenteral.
- ✓ Prevención de secuelas.³⁰

V. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO.

5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Recién nacido: Patricio Alva Mora.

Sexo: Masculino.

Semanas de gestación: 35 semanas por Capurro.

Fecha y hora de nacimiento: 17 de octubre del 2010.

Lugar de nacimiento: México D.F.

Fuente de información: Directa a través de la madre e indirecta por medio del expediente.

5.2 MOTIVO DE CONSULTA.

Ingresa al Instituto Nacional de Pediatría por ser pretérmino de 35 semanas de gestación por Capurro y riesgo de sepsis por ruptura prematura de membranas a las 28 semanas de edad gestacional, para continuar con tratamiento ya que no cuenta con recursos económicos para continuar en Médica Sur.

5.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Se trata de un recién nacido pretérmino de 35 semanas de edad gestacional por Capurro y probable sepsis por ruptura prematura de membranas a las 28 SDG. (semanas de edad gestacional) con 19 horas de vida extrauterina, con coloración rosada vs tinte ictérico kramer II, Silverman Anderson de 2; aleteo nasal y ligeros tiros intercostales.

Recién nacido pretérmino de 35 SDG por Capurro.

Prematurez.

Probable sepsis.

5.4. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS.

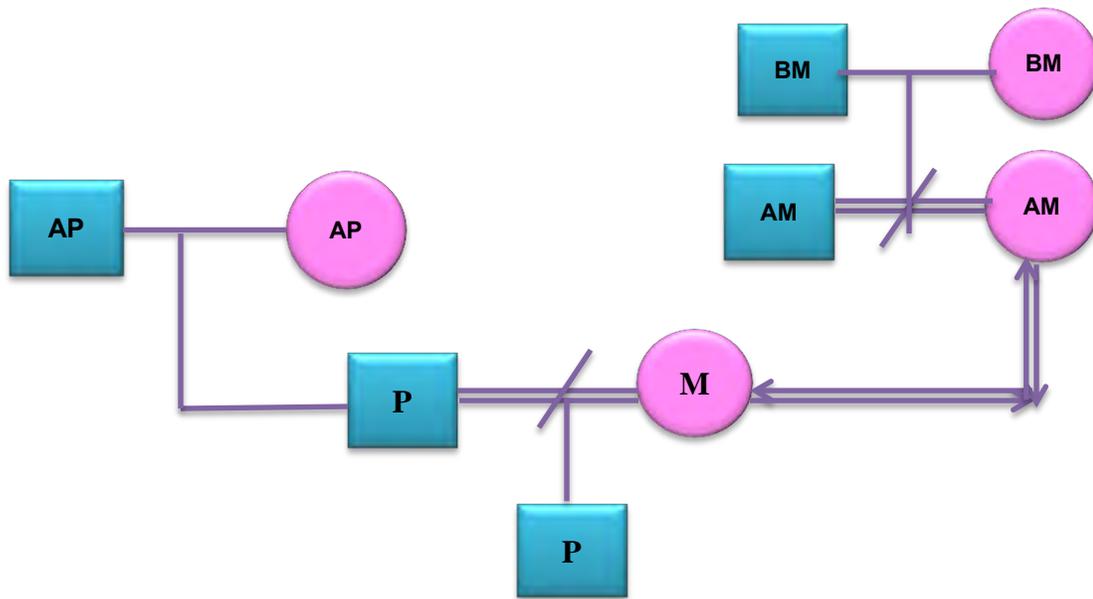
1. **Edad** recién nacido Patricio Alva Mora.
2. **Sexo** masculino.
3. **Estado de desarrollo** etapa neonatal.
4. **Estado de salud** prematurez.

Producto masculino obtenido por eutocia, cavidad abdominal eutermica, líquido amniótico claro, quien llora y respira en forma espontánea, se proporcionan pasos iniciales de reanimación, con Apgar de 8/9, Silverman Anderson de 3. Cráneo normocefalo, sin exostosis, apertura ocular espontánea, pabellones auriculares bien implantados, narinas permeables, labio y paladar íntegros, esófago permeables, cuello sin alteraciones, campos pulmonares con rudeza bilateral, con polipnea, aleteo nasal y tiros intercostales bajos, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, abdomen con cordón umbilical pinzado 2 arterias y 1 vena, sin datos de sangrado, abdomen blando depresible, no doloroso, genitales fenotípicamente masculino con bolsa escrotal integra, ambos testículos descendidos columna integra.

5. **Orientación sociocultural** la madre refiere ser católica.
6. **Factor del sistema de cuidados de salud** es privado.

7. **Factor del sistema familiar** proviene de una familia desintegrada que cuenta con cuatro integrantes. La bisabuela Silvia Mora Chumacero de 70 años con escolaridad de bachillerato se dedica al hogar, el bisabuelo Sergio Alba Figueroa de 70 años con escolaridad bachillerato, se dedica al hogar, la abuela Martha Alva Mora de 40 años con escolaridad bachillerato trabaja como vendedora, Gabriela Alva Mora madre de Patricio de 18 años estudiante.

FAMILIOGRAMA.



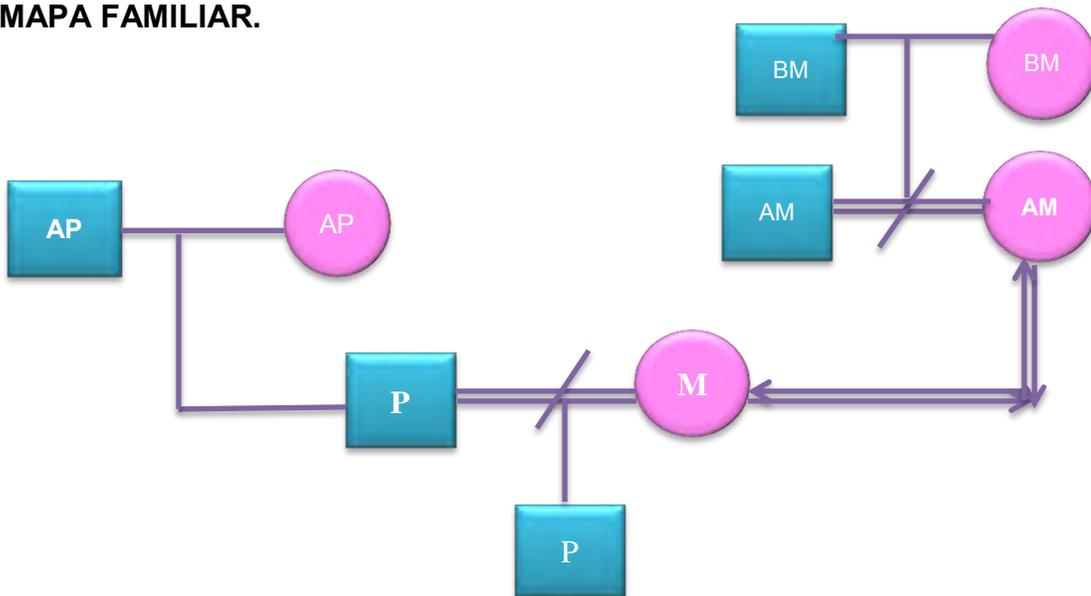
NOMBRE.	EDAD.	ESCOLARIDAD.	OCUPACION.	APORTE ECONOMICO.
Silvia Mora Chumacero (bisabuela)	70	Bachillerato	Hogar	No
Sergio Alba Figueroa (bisabuelo)	70	Bachillerato	Hogar	No
Martha Alva Mora (abuela)	40	Bachillerato	Trabaja como vendedora	Desconoce
Gabriela Alva Mora	18	Bachillerato	Estudiante	No

8. **Factores ambientales** viven en área urbana, vivienda con techo de concreto, paredes de tabique, piso de mosaico, con adecuada iluminación y ventilación, en la que habitan cinco integrantes, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, agua, luz drenaje, alumbrado público, pavimentación y conviven con un gato.
9. **Disponibilidad y adecuación de recursos**, la abuela es la única proveedora económica.
10. **Patrón de vida** materno, madre de 18 años de edad, escolaridad bachillerato, estudiante, estado civil soltera, grupo sanguíneo O (+), tabaquismo, alcoholismo

y toxicomanías negadas. Padre de 18 años, desconoce grupo sanguíneo, con antecedente de toxicomanías, fuma 20 cigarros al día e intoxicación alcohólica cada 7 días.

Patrón de vida los bisabuelos se quedan en casa, realizando actividades propias del hogar ya no trabajan porque son adultos mayores, la señora Martha sale a trabajar todos los días pues ella es la proveedora económica de la familia. Gabriela es la mamá del neonato estudiaba por las tardes el bachillerato, tuvo que dejar sus estudios porque se embarazó, pero los va a reiniciar posteriormente. Los fines de semana están juntos y realizan una comida para convivir con sus familiares.

5.5. MAPA FAMILIAR.



5.6. DINAMICA FAMILIAR.

Los bisabuelos se quedan en casa, realizando actividades propias del hogar, ya no trabajan porque son adultos mayores, la señora Martha sale a trabajar todos los días pues ella es la proveedora económica de la familia. Gabriela madre de Patricio estudiaba por las tardes el bachillerato, tuvo que dejar sus estudios porque se embarazó, pero los va a reiniciar posteriormente. Los fines de semana están juntos y realizan una comida para convivir con sus familiares.

VI. APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO.

6.1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA: EXPLORACIÓN FÍSICA.

Preparación del entorno: En el área de terapia intermedia, se prepara cuna de calor radiante, con luz adecuada, se evitan corrientes de aire, para explorar al recién nacido.

Preparación del equipo: Cuna de calor radiante precalentada, con sensor para servo control, monitor de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, oximetría de pulso funcional, fuente de oxígeno con bolsa auto-inflable con mascarilla y reservorio, aspirador, estetoscopio, termómetro digital, cinta métrica, brazalete de presión arterial, pañales desechables, toallas de papel, sábanas, guantes, gel lubricante, balanza, lámpara, se verifica funcionamiento de todo el equipo.

Sistema tegumentario: Coloración rosada vs ligero tinte icterico con kramer II, piel integra, hidratada, lisa, con buena turgencia. Uñas blandas, plegables bien conformadas.

Inspección general: Recién nacido pretérmino con coloración rosada vs ligero tinte icterico con kramer II, reactivo, activo, con oxígeno indirecto a 2 litros x', mucosas orales hidratadas, aleteo nasal, ligeros tiros intercostales, con monitoreo continuo, abdomen con catéter umbilical venoso permeable, extremidades con adecuado llenado capilar de 2 segundos.

Somatometría:

- Peso: 1870 gramos.
- Talla: 41 cm
- Perímetro cefálico: 29 cm
- Perímetro torácico: 24.7 cm
- Perímetro abdominal: 24.5 cm
- Pie: 7.5 cm.
- Pb: 8.5 cm.
- Ss: 22 cm

1. Cabeza y cuello: Normocéfalo, con fontanela anterior 3x3 romboide, fontanela posterior sin alteración aproximadamente de .5 cm de forma triangular, ambas normotensas, suturas sagital y coronal de aspecto normal no cabalgadas, con adecuada implantación de cabello, de color rubio, cuello cilíndrico simétrico, adecuado tamaño sin adenomegalias.

2. Oídos: Bien conformados e implantados, pabellones auriculares incurvados, conductos auditivos permeables y con respuesta al estímulo de ruido. Realizan tamiz auditivo normal el 19 de octubre 2010.

3. Ojos: Simétricos canto interno de 1 cm., canto externo 4, esclerótica con tinte icterico, iris café, pupilas simétricas, reactivas al estímulo de la luz, parpadeo espontaneo, adecuada implantación de cejas y pestañas.

4. Cara, nariz y cavidad oral: Cara simétrica, nariz con coanas permeables y limpias, aleteo nasal, cavidad oral integra, mucosas orales hidratadas, paladar sin fisuras, blando, úvula en línea media, labios intactos.

5. Tórax y pulmones: Pectus excavatum, clavículas simétricas e integras, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, con tiros intercostales leves, disociación toracoabdominal, frecuencia respiratoria de 68 x', tamaño de glándula mamaria palpable menor a 5 mm, pezón menor a 7.5 mm, areola lisa y chata.

6. Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, frecuencia cardiaca de 134 x', sin soplos, pulsos periféricos presentes, perímetro torácico de 24.7 cm

7. Abdomen: Blando, depresible, peristalsis presente, no doloroso a la palpación, con perímetro abdominal de 24.5 cm. Hígado por debajo del borde costal.

8. Sistema linfático: No se palpan adenomegalias.

9. Sistema reproductor: genitales fenotípicamente masculinos, glande cubierto por prepucio, meato urinario en el centro del glande, retracción del prepucio sin dolor, bolsa escrotal pigmentada, testículos descendidos en bolsa escrotal.

10. Sistema musculo esquelético: Barlow y Ortolani negativo, columna vertebral simétrica sin hundimientos.

11. Sistema nervioso: Flexiona y extiende sus extremidades, adecuado tono muscular, llanto vigoroso con movimientos espontáneos, reactivo activo, con llanto al estímulo, reflejos primarios presentes, succión y deglución lenta y débil, búsqueda, Moro positivos, tónico del cuello y enderezamiento del tronco disminuidos, prensión plantar, prensión palmar y Babinsky positivos.

6.2. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Signos vitales: frecuencia cardiaca de 134 x', frecuencia respiratoria de 62 x', presión arterial de 91/74 (81), temperatura de 36.8°C. Saturación de oxígeno de 91%.

Presenta dificultad respiratoria que se caracteriza por aleteo nasal, tiros intercostales, con coloración rosada vs tinte icterico kramer II.

Se encuentra en fase I de ventilación con oxígeno indirecto a 3 litros x'.

2 y 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento e hidratación.

A la exploración se observan mucosas orales húmedas e hidratadas, con aporte por vía enteral a 25 ml/kg/día de fórmula para prematuro recibiendo 6 ml cada 3 horas,

posterior se incrementa aporte a 50 ml/kg/día proporcionando 12 ml con alimentador o sonda orogastrica si la succión y deglución es débil.

Por vía parenteral recibe líquidos a 65 ml/kg/día, con GKM de 4.6, gluconato de calcio a 100 y sulfato de magnesio a 15 mg (SG/NA/K/CA/MG- 65/0/0/100/15) para 8 horas a 5 ml por hora.

Líquidos totales a 90 ml/kg, con un peso de 1860 gr., superficie corporal de .16. Ingresos: vía oral 60 ml durante el primer día, inicio a las 12 horas, líquidos intravenosos 95 ml.

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

Genitales fenotípicamente masculinos, glande cubierto por prepucio, meato urinario en el centro del glande, retracción del prepucio sin dolor, bolsa escrotal pigmentada, testículos descendidos en bolsa escrotal. Presenta micción espontánea inolora de color amarillo

Ano permeable, central y sin fistulas, presenta evacuación meconial espontánea.

Egresos: micción 153 ml en 19 horas, diuresis media horaria de 4.3 ml/kg/hr y evacuación no presentó en el primer día.

Balance parcial: - 2.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

Se aplica escala de Brazelton, durante la valoración neurológica se encuentran los reflejos de succión, deglución, búsqueda y Moro positivos, el reflejo tónico del cuello y enderezamiento del tronco disminuidos, puntos cardinales, arrastres, inervación del tronco, presión palmar y Babinsky en encuentran positivos.

Al evaluar el estado de consciencia se encuentra en estado I de sueño profundo que se caracteriza por respiración regular, ojos cerrados sin movimientos, sin actividad espontánea a excepción de los sobresaltos.

En el estado de vigilia se calificó en el estadio III somnoliento, con nivel de actividad variable, ojos abiertos o cerrados por periodos con aleteo de los parpados, expresión aturdida.

6. Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.

Es un recién nacido no planeado pero deseado, recibe visita de su mamá la cual durante la visita lo besa, lo acaricia y platica con el mientras se duerme, se encuentra en el área de terapia intermedia y recibe atención de agencia totalmente compensatoria y de sistema de apoyo educativo.

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

Presenta factores de riesgo, porque durante el embarazo en la semana 28 presentó ruptura prematura de membranas, manejándose con reposo absoluto, líquidos, tocolíticos y ceftriazona intramuscular, es prematuro de 35 SDG por Capurro y tiene catéter umbilical venoso lo incrementa el riesgo de sepsis temprana.

La madre no tiene conocimientos sobre el cuidado de su hijo y tiene riesgo porque es el primero y no sabe alimentarlo, bañarlo, abrigarlo y detectar signos de alarma, como vómito, rechazo al alimento, fiebre.

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales

Se realiza baño, lubricación de la piel, esta se observa de coloración rosada vs tinte icterico kramer II, llenado capilar 2", se mantiene en cuna de calor radiante con nido.

6.3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO.

Recibió cuidados inmediatos, control térmico, se seca y estimula, aspiración de secreciones, con permeabilidad esofágica, de coanas y de ano, se corta y liga cordón umbilical, se identifica y se realiza somatometría. Sin riesgo en valoración perinatal.

Dentro de los cuidados mediatos se aplicó profilaxis oftálmica, administración de vitamina k, se valoraron signos vitales, coloración, no presenta ictericia, cuidados del cordón umbilical, evacuación y micción presente, se realizó educación a la madre y toma de tamiz metabólico. Sin riesgo en valoración perinatal.

En la valoración de Apgar se califica con 8/9, frecuencia cardiaca > a 100 latidos x' puntaje de 2, esfuerzo respiratorio con respiración normal puntaje de 2, tono muscular con movimiento activo puntaje 2, irritabilidad refleja con estornudos y tos al ser estimulado puntaje de 2, coloración con extremidades azules puntaje de 1.

En la valoración de Silverman Anderson se califica con 2, con movimientos toraco-abdominales rítmicos y regulares puntaje 0, tiros abdominales discretos puntaje 1, sin retracción xifoidea, aleteo nasal discreto puntaje 1, sin quejido respiratorio.

En la clasificación del recién nacido del Dr. Jurado García de peso al nacer en relación a la edad gestacional se clasifica por debajo de la percentil 10 como recién nacido pretérmino con peso pequeño para la edad gestacional y un peso de 1870 gr (Figura 4).

En la valoración de Capurro para valorar edad gestacional se calificó con 35 semanas, en la formación de la oreja pabellón incurvado todo el borde superior valor 16 puntos, tamaño de la glándula es palpable menor a 5 mm valor 5 puntos, formación del pezón diámetro menor de 7.5 mm areola lisa y chata valor 5 puntos, textura de la piel fina y lisa valor 5 puntos, pliegues plantares marcas bien definidas en la 1/2 anterior surcos 1/3 anterior valor 10 puntos, dando un puntaje total de 41. Se suma 204 más el puntaje obtenido y dividido entre 7 ($204+41/7=35$).

VALORACION DE JURADO.

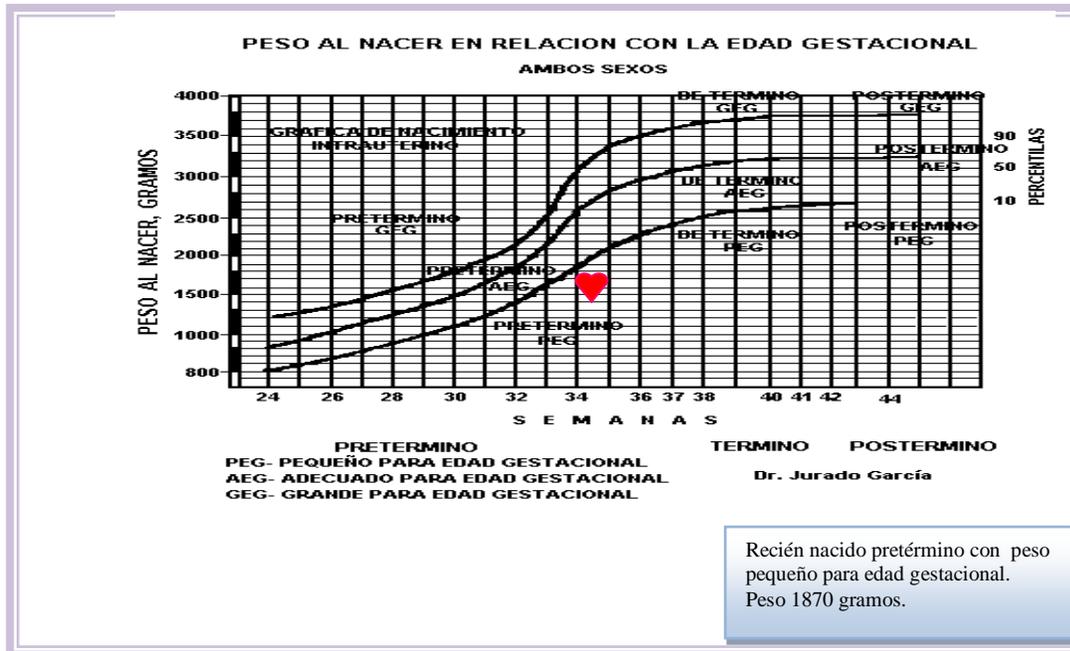


Figura 4: Valoración de Jurado.

Fuente: Instrumento de valoración de Enfermería del Neonato INP 2011.

6.4. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION A LA SALUD.

Antecedentes perinatales.

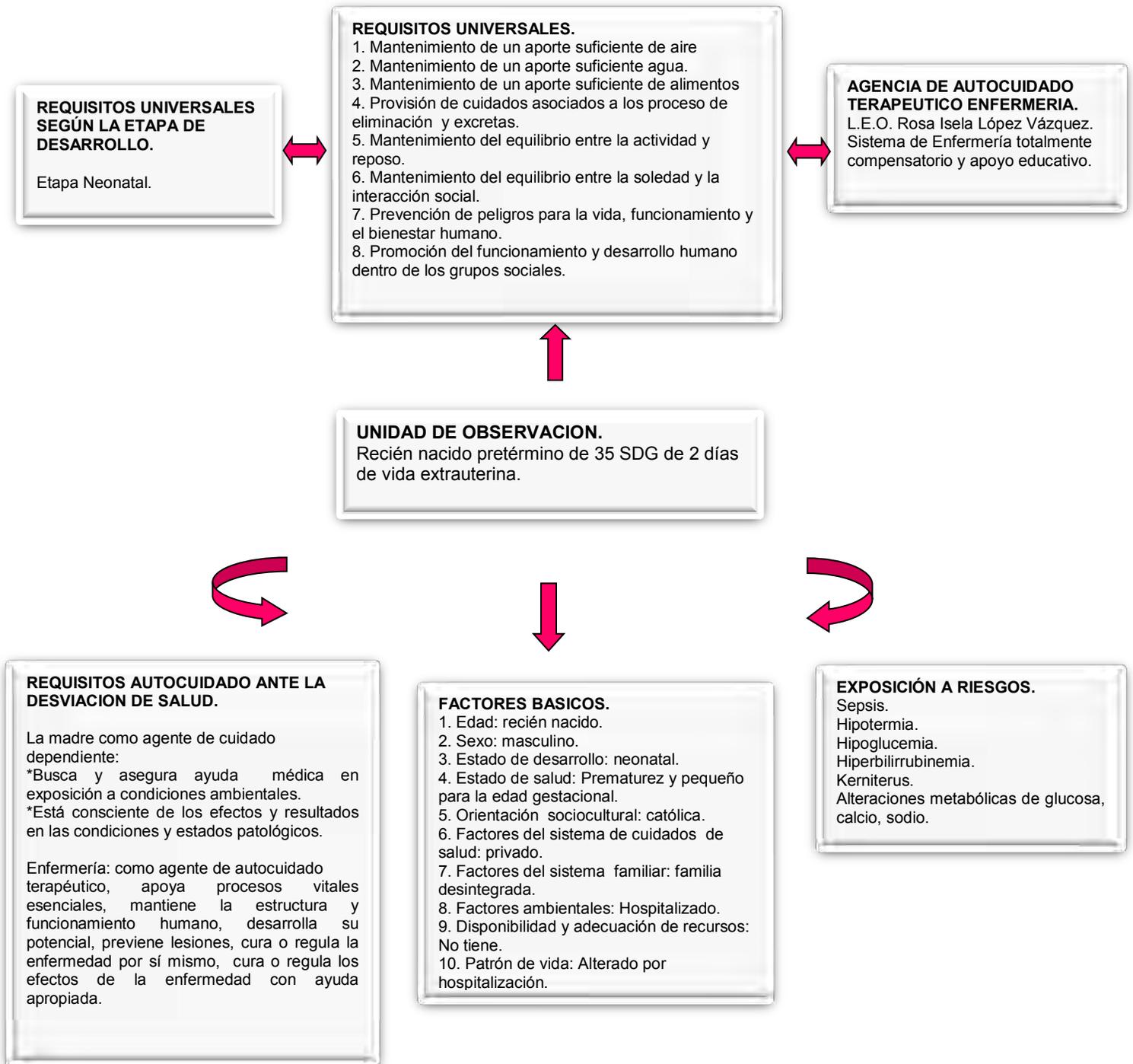
Recién nacido producto de la G-1, C-0, P-1, A-0, de 34.5 semanas de edad gestacional por fecha de última menstruación el 21 de febrero 2010, control prenatal adecuado en 7 consultas, 7 ultrasonidos normales, refiere ingesta de ácido fólico, hierro y calcio desde inicio de gestación así como ranitidina y omeprazol, con presencia de vulvovaginitis por candida en el 3er mes, tratado con óvulos (canesten). Presento ruptura prematura de membranas a las 28 semanas de gestación, manejada con reposo absoluto, ceftriaxona intramuscular y esquema de maduración pulmonar con betametazona. Inicia actividad uterina acude a unidad médica con 80% borramiento y 5 cm de dilatación.

Factores de riesgo.

En la valoración de riesgo del neonato se encuentra con los siguientes factores: peso de 1870 gramos, edad gestacional de 35 semanas, Apgar 9/9, maniobras de reanimación básicas, signos de infección sospecha, sin sufrimiento fetal, malformaciones evidentes ninguna, pérdida ponderal hasta el 8%, con adecuado control de la temperatura, alimentación con fórmula para prematuro, sin distensión abdominal ni onfalitis, ictericia leve, reflejo de succión y deglución débil, llanto normal, convulsiones no, fontanelas normotensas, tono muscular normal, movimientos anormales ninguno, opistotonos no, asimetría postural no, cadera normal, reflejo de presión, búsqueda y moro normal, enderezamiento de miembros inferiores si, cabeza sigue al tronco si, marcha normal, presión arterial normal, sin taquicardia, insuficiencia respiratoria discreta.

Dando un total de 27 puntos con riesgo bajo.

6.5. ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM.



6.6. JERARQUIZACIÓN POR REQUISITO.

NO.	REQUISITO.	DÉFICIT.
1.	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Con déficit.
2.	Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Sin déficit.
3.	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Con déficit.
4	Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos y excreción.	Sin déficit.
5	Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Con déficit.
6.	Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social.	Sin déficit.
7.	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. G	Con déficit.
8.	Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.	Sin déficit.

6.7. PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO.

6.7.1. REQUISITO UNIVERSAL.

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire R/C inmadurez pulmonar M/P aleteo nasal y tiros intercostales.

OBJETIVO.

Lograr una adecuada ventilación/perfusión.

Mantener una adecuada saturación de oxígeno.

Agencia De Enfermería.	Sistema De Enfermería.	Prescripción del cuidado.	Fundamentación científica.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Valorar y vigilar el grado de dificultad respiratoria.	La observación es uno de los métodos más útiles para valorar el estado respiratorio del niño. La puntuación de Silverman-Anderson es un medio de detección sistemática que evalúa la dificultad respiratoria en el neonato (Deacon, 2001:205).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Evaluar el aumento de la dificultad respiratoria cada hora.	Los cambios en el patrón respiratorio pueden indicar signos de agravamiento de la enfermedad (Tamez, 2008:97).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Monitoreo de frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura y oximetría de pulso.	Detecta los cambios graves en potencia antes de que aparezcan problemas irreversibles (Blumer, 1998:12). La oximetría de pulso es un método no penetrante y continuo de medir la saturación de oxígeno en la hemoglobina. Con el uso de la luz infrarroja se conoce la saturación de la hemoglobina ligada al oxígeno por una pantalla digital (Deacon, 2001:208).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Cambiar el sitio de colocación del oxímetro de pulso cada 3 a 4 horas.	La oximetría de pulso puede originar una erosión o necrosis por presión. Se puede prevenir con la inspección frecuente del sitio y el cambio del lugar del sensor (Wong, 2008:369).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Toma y valoración de signos vitales cada dos horas. Temperatura: 36.8°C Frecuencia cardiaca: 134, Frecuencia respiratoria: 62, Presión arterial:91/74 (81) Saturación O2: 91%.	Las alteraciones de las constantes vitales pueden indicar un empeoramiento del cuadro respiratorio y compromiso de otros sistemas. Son valores universales que reflejan el estado fisiológico y que son determinadas por órganos vitales cerebro, corazón y suprarrenales (Tamez, 2008; 98).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Mantener al neonato en un ambiente térmico neutro.	Es el que proporciona las condiciones térmicas necesarias para garantizar el mínimo gasto metabólico de energía mediante la utilización mínima de calorías y consumo de oxígeno; la producción de calor es igual a la perdida (Tamez, 2008:46).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Mantener una oxigenación adecuada, mediante la ministración de oxígeno indirecto a 2 ltx' fase I de ventilación.	La falta de oxígeno deprime los centros vitales del cerebro (Nordmark, 2001:93). La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno para mantener niveles normales de presión parcial de oxígeno y saturación (Garrahan, 2009:81).
		Administrar el oxígeno humidificado.	La humidificación evita la sequedad de las mucosas del tracto respiratorio, lo que facilita la fluidificación de las secreciones en las vías aéreas, la saturación de oxígeno debe mantenerse en 88-95% (Tamez, 2008:97).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Agrupar los cuidados.	La manipulación constante del neonato inestable causa agitación, aumento de la irritabilidad y malestar. Esto aumenta el consumo de oxígeno y causa hipoxia, por lo tanto aumento de la vasoconstricción pulmonar (Tamez, 2008:98).

CONTROL DEL CASO.

Mejoro la dificultad respiratoria, la frecuencia respiratoria disminuyo a 50 x' por lo que tolero la disminución de oxígeno y se suspende al segundo día.

6.7.2. REQUISITO UNIVERSAL.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos R/C inmadurez M/P succión y deglución débil e incordinada con la respiración.

OBJETIVO.

Cubrir las necesidades metabólicas y lograr un desarrollo apropiado para su edad.

Que el recién nacido aprenda a coordinar la succión, deglución y respiración.

Agencia de Enfermería.	Sistema de Enfermería.	Prescripción del cuidado.	Fundamentación científica.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Lavado de manos antes de realizar procedimiento.	Para prevenir infecciones. Los estudios mostraron que el 90% de las infecciones nosocomiales adquiridas pueden prevenirse con una buena técnica de lavado de manos (Tamez, 2008:2009).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Valorar la coordinación del reflejo de succión, deglución y respiración.	La coordinación entre la succión, deglución y respiración se observa desde la 32 a la 34 semana de la gestación. El reflejo de succión puede observarse en el feto a las 24 semanas de gestación (Tamez, 2008:162).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Instalar sonda orogástrica calibre 5 fr.	Este método se utiliza en los recién nacidos enfermos que no pueden succionar o para los prematuros que aún no coordinan la secuencia de la succionar, deglutir y respiración (Tamez, 2008:166).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Medir perímetro abdominal preprandial y postprandial. El perímetro se mantuvo en 28 cm.	Es un parámetro para la evaluación comparativa, en caso de que ocurra distensión abdominal (Tamez, 2008:165).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Observar datos de intolerancia alimentaria antes de proporcionar alimentación.	También se deben de observar continuamente los signos de intolerancia alimentaria como; distensión abdominal, residuo > del 30% del valor total de la alimentación, residuos bilioso (verde), asas intestinales palpables y visibles, vómitos, irritabilidad, letargo, heces líquidas y/o con olor fétido, presencia de sangre oculta en heces (Tamez, 2008:165).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Medir residuo gástrico antes de iniciar la alimentación por sonda orogástrica. Si es > de 30% del volumen total administrado previamente administrado y/o posee color verde o sanguinolento, notificar al médico.	El control del residuo antes de iniciar la alimentación garantiza la localización de la sonda. Las características y el color del residuo pueden indicar que la leche no se digiere de forma adecuada o hay reducción en la motilidad gastrointestinal (Tamez, 2008:166).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Proporcionar leche materna o fórmula para prematuro a 25ml/Kg./día hasta llegar a 150ml/Kg./día por sonda orogástrica.	La leche materna es beneficiosa para los recién nacidos, no solo por los factores inmunológicos sino por los factores nutricionales y de digestibilidad (Tamez, 2008:170). Las leches artificiales para prematuros provén mayor aporte calórico por ml., porcentaje más alto de proteínas, grasa, calcio, fósforo y sodio (Tamez, 2008:165).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Proporcionar una ingesta calórico adecuada de 120 a 150 cal/kg. Se proporciona fórmula para prematuro 25 ml/kg/día (6 ml) incrementándose a 75 ml/kg/día. (17 ml).	Los requerimientos calóricos en el recién nacido de término sano son de 105 a 115 Kcal./Kg./día; para el prematuro son de 120 a 130 Kcal./Kg./día. El progreso ideal de peso en el neonato de término es de 15 a 30 g/día y para prematuros es de 15 g/día (Tamez, 2008:163). La leche humana contiene una densidad calórica media de 67 kcal/dl (20 kcal/30 ml) y la fórmula para prematuro con 81 kcal/dl (24 kcal/30 ml) (Cloherty, 2001:129).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Administrar la alimentación por la sonda por acción de la gravedad, lentamente, en 20 a 30 minutos.	La administración rápida de la leche puede causar vómitos del contenido gástrico, con peligro de aspiración (Tamez, 2008:166).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Ofrecer succión no nutritiva durante la alimentación.	La succión no nutritiva durante la alimentación por sonda coopera en la maduración del reflejo de succión y estimula el proceso digestivo (Tamez, 2008:166).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Al finalizar la alimentación, inyectar una pequeña cantidad de agua 1 cm.	Para evitar que la leche quede estancada en la sonda, hecho que favorece el crecimiento de bacterias (Tamez, 2008:166).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Ubicar al paciente sobre su lateral derecho o decúbito ventral.	La posición lateral derecha facilita el vaciamiento gástrico (Tamez, 2008:166).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Cambiar la sonda orogastrica cada 24 horas.	Se recomienda dejar a permanencia la sonda porque los cambios frecuentes pueden originar traumatismos de la mucosa y ser un procedimiento que imponga estrés a los niños (Deacon, 2001:361).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Cuando el estado y la madurez del recién nacido lo permitan, ofrecer lactancia materna.	La lactancia materna estimula el sentido de unión emocional entre madre e hijo. El comportamiento materno se ve influenciado por la actividad hormonal; la oxitocina liberada durante el amamantamiento, es la hormona que desencadena las conductas de afecto materno (Tamez, 2008:171).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo	Realizar ejercicios de succión y deglución.	Se efectúa sobre la musculatura velar, lingual, facial y temporomandibular, con el objeto de facilitar la succión, regularizar el tono, la motilidad y la sensibilidad de las estructuras que intervienen en la neuromotricidad de la alimentación (Garrahan, 2009:586).

CONTROL DE CASO.

El recién nacido tolero la alimentación forzada, se incrementa aporte en el 2do día a 75 ml/kg/día (17 ml), se retira sonda orogastrica y se proporciona alimentación con alimentador presentado reflejo de succión-deglución y respiración coordinados. Continúa con incrementos en el 3ro a 125 ml/kg/dio (28 ml), 4to día 150 ml/kg/día (31 ml) y el 5to día se deja a libre demanda.

6.7.3. REQUISITO UNIVERSAL.

Mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Interrupción del sueño fisiológico R/C manipulaciones periódicas M/P irritabilidad y sobresalto.

OBJETIVO.

Respetar periodos de sueño para evitar la sobre estimulación.

Evitar el exceso de maniobras terapéuticas.

Agencia de Enfermería.	Sistema de Enfermería.	Prescripción del cuidado.	Fundamentación.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Establecer horas de contacto y agrupar las actividades para realizarlas cada 4, 6 y 8 horas, de acuerdo al estado del neonato. Programar todos los procedimientos que no sean de urgencia.	El objetivo principal es evitar la sobre-estimulación. La manipulación constante del neonato inestable causa agitación, aumenta la irritabilidad y el malestar (Tamez, 2008:98).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Permitir periodos suficientes de descanso y recuperación.	Favorecer y no interferir en los ciclos de sueño –despertar que el neonato requiere para su normal crecimiento, desarrollo fisiológico y ahorro de calorías (Plascencia, 2007; 1).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Favorecer la posición prona o reclinado sobre un costado con las extremidades hacia la línea media del recién nacido.	Esta posición tiene mejor oxigenación, mejora el volumen circulante y la distensibilidad pulmonar, gastando menos energía; promueve el vaciamiento gástrico y minimiza los efectos de reflujo gastroesofagico; induce un sueño más tranquilo y el recién nacido duerme más (Plascencia, 2007; 7).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Mantener al recién nacido dentro del nido.	El uso de nidos de contención reduce la pérdida de calor y líquidos, disminuyendo así la irritabilidad, favoreciendo el incremento ponderal.

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Las intervenciones deben ser mínimas, la manipulación y estímulos se realizaran lo más suavemente posible, evitando el exceso de maniobras terapéuticas.	El estímulo táctil al neonato lo mantiene en una constante actividad motora como consecuencia de un mayor consumo de oxígeno y de mayor gasto calórico. Lo limita en su incremento de peso y le somete a riesgos innecesarios de complicaciones clínicas (Plascencia, 2007; 6).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Considerar el tiempo necesario para que el neonato se recupere del procedimiento anterior, antes de volverlo a manipular.	La estimulación táctil genera episodios de hipoxia, hipercapnia y riesgo de acidosis. Estos cambios causan dilatación de los vasos de la matriz germinal en el área supendimaria, lo que favorece la hemorragia intraventricular (Plascencia, 2007; 6).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Asistir al R.N. durante los procedimientos dolorosos; confortarlo, ofreciendo succión no nutritiva y si es posible con abrigo y arropándolo.	Disminuye su estado de estrés y los episodios de apnea, hay un incremento en su ganancia ponderal y se favorece el funcionamiento del sistema nervioso central (Plascencia, 2007; 7). Las intervenciones no farmacológicas tienen como finalidad prevenir o reducir la intensidad de un proceso doloroso leve. La succión no nutritiva minimiza la intensidad y duración del dolor. Al abrigo el recién nacido se sentirá más seguro (Tamez, 2008; 68).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Si no se logra realizar un procedimiento al segundo intento, se suspenderá, permitiendo la recuperación del neonato y será realizado por otra persona.	Los procedimientos se realizaran por personal experimentado, evitando periodos prolongados de estrés, irritabilidad y cambios en el flujo cerebral (Plascencia, 2007; 6).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Se debe evitar el ruido.	El ruido interfiere con el sueño del neonato, causando episodios de desaturación de oxígeno e incremento de la presión intracraneal, así como daño a la audición (Plascencia, 2007; 11).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Hablar en voz baja.	La intensidad alta de ruido contribuye a las discapacidades y pérdida auditiva, a lo cual atribuye el bajo desarrollo de organización neuronal de los recién nacidos (Plascencia, 2007; 11).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Programar el volumen bajo de alarma de los monitores. No golpear las incubadoras.	El ambiente general de la UCIN es de 45-85 decibeles (dB), el monitor de una incubadora de 50-60 dB, ventiladores y bombas 65-80 dB, abrir la puerta de la incubadora 92 dB, tocar la incubadora para estimular 130-140 dB, colocar un biberón sobre la incubadora 96-117 dB y puede haber daño auditivo con 85 dB (Plascencia, 2007; 11).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Disminuir estímulos sonoros y luminosos. Respetar al máximo el ritmo del sueño y vigilia del neonato.	La sobre-estimulación foto acústica favorece el aumento de la presión arterial y de la presión intracraneal, así como el aumento en irritabilidad y consumo de energía (Plascencia, 2007; 10).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Establecer horas de penumbra, apagando luces y colocando un campo sobre la incubadora para disminuir la luz.	La iluminación continua interfiere con el desarrollo del ritmo del patrón diurno y nocturno. Es importante que también existan periodos de claridad moderada para la estimulación y la maduración del desarrollo de la retina (Tamez, 2008; 83).

CONTROL DE CASO.

El recién nacido se observa más tranquilo, mantuvo periodos prolongados de sueño.

6.7.4. REQUISITO UNIVERSAL.

Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Riesgo de alteración en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social R/C separación de la madre e hijo.

OBJETIVO

Favorecer el vínculo afectivo.

Agencia de Enfermería.	Sistema de Enfermería.	Prescripción del cuidado.	Fundamentación.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Enseñarle al recién nacido a los padres, durante la visita.	La visualización proporciona seguridad a la madre de que su niño está vivo y ayuda a promover el primer vínculo (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	En la primera visita de los padres, explicar todo el equipo electro médico que se utiliza en la atención del recién nacido.	Saber claramente que está ocurriendo y conocer el plan terapéutico trae seguridad y ayuda a disminuir el estrés, los padres se sienten parte del tratamiento (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Estar disponible para las preguntas de los padres. Mostrarse amable incluso cuando se deba responder muchas veces la misma pregunta.	Para los padres que tienen el estado emocional alterado, es difícil recordar y asimilar toda la información recibida. El estrés disminuye la capacidad de aprendizaje y hace que sea necesario repetir la información (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Durante las visitas, orientar la atención de los padres hacia el niño y no hacia el equipo electro médico, las alarmas u otros pacientes.	Es importante que el equipo de enfermería esté atento y presente durante la visita de los padres. Mostrarse dispuesto para responder las preguntas y escuchar las preocupaciones de los padres (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Incentivar las visitas de los padres y promover horarios de visita flexibles.	La presencia frecuente ayuda a promover el apego de los padres con su hijo, además de incentivar la recuperación del niño (Tamez, 2008: 74).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Motivar a los padres para que toquen al niño y mostrarles la forma correcta de hacerlo sin aumentar el estrés al neonato.	Tocar al niño forma parte del mecanismo de apego y debe ser incentivado según las condiciones del paciente. Tocar al niño con firmeza en la cabeza y en la espalda suele ser bienvenido y calma al niño (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Enseñarle a los padres las diversas formas de comunicación del recién nacido.	A veces, el niño no se siente bien y desea estar quieto sin recibir estímulos. En estos casos, los padres solo observaran al recién nacido, sabiendo que en otras oportunidades podrán participar más (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Incentivar y promover el contacto de piel a piel (madre canguro) mientras el neonato este estable.	El contacto de piel a piel ayuda en el desarrollo del vínculo y apego materno e incrementa la producción de leche. Mantiene la temperatura corporal estable, mejora la oxigenación durante procedimientos, proporciona ciclos regulares de sueño profundo, aumenta de peso más rápido, disminuye los períodos de agitación, mantiene períodos de alerta más prolongado (Tamez, 2008:74-76).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Promover el amamantamiento y/o la extracción de la leche materna.	La capacidad de la madre para proporcionar alimento a su hijo la ayuda a sentirse más cerca de él, le da un mayor sentido de participación en la recuperación a través de los beneficios de la leche materna. También ayuda en el desarrollo de su papel como madre y puede prestar un cuidado exclusivo de madre (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	Apoyo educativo.	Promover la participación y el aprendizaje de los padres en los cuidados más complejos y que requieren algún entrenamiento antes del alta hospitalaria, como baño, alimentación y ministración de medicamentos.	Este aprendizaje anticipado ayuda a los padres a sentirse capaces de proporcionar un cuidado seguro y sin ansiedad por tener que prestar cuidados más complejos después del alta hospitalaria (Tamez, 2008:74).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Alentar a los padres para que verbalicen sus preocupaciones y sentimientos.	Hablar sobre el tema ayuda a aliviar el estrés (Tamez, 2008:74).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	Apoyo educativo.	Incentivar a aquellos padres que poseen algún tipo de fe religiosa para que la cultiven en esos momentos.	La religiosidad cuando se practica, da esperanzas y disminuye la ansiedad relacionada muchas veces con el futuro desconocido (Tamez, 2008:74).

CONTROL DE CASO.

Se logró el vínculo afectivo durante la visita, el recién nacido se muestra tranquilo y alerta, su madre lo carga, platica con él y lo acaricia.

6.7.5. REQUISITO UNIVERSAL.

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

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Dolor R/C procedimientos M/P con una puntuación de 3 en la escala del dolor.

OBJETIVO.

Prevenir estímulos dolorosos y anticiparse al dolor.

Aplicar medidas necesarias para controlar o minimizar el dolor.

Agencia de Enfermería.	Sistema de Enfermería.	Prescripción del cuidado.	Fundamentación.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Revisar al neonato, cuando presente llanto enérgico y aplicar la escala del dolor.	La evaluación del dolor debería ser la “quinta constante vital”, porque de esta forma, se evalúa al paciente con frecuencia y se aplican las medidas necesarias para el control del dolor. La utilización de instrumentos e indicadores con los que se evalúan las alteraciones conductuales y fisiológicas pueden ayudar a cuantificar y calificar el dolor en el neonato (Tamez, 2008:67).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Aplicar medidas no farmacológicas realizando las siguientes intervenciones:	Las intervenciones no farmacológicas tienen la finalidad prevenir o reducir la intensidad de un proceso doloroso leve (Tamez, 2008; 68).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Ambiente. Disminuir estímulos ambientales como la iluminación y los niveles de ruido.	La iluminación continua interfiere con el desarrollo del ritmo de patrón diurno y nocturno, muy importante en el desarrollo futuro del paciente. Los niveles de ruido muy alto pueden dañar la cóclea y causar pérdida de la audición. También interfieren con el reposo y el sueño y conducir a la fatiga, agitación e irritación, llanto y aumento de la presión intraventricular en los prematuros (Tamez, 2008; 83). Lo máximo aceptable como nivel de ruido en la UCIN es de 55 decibeles (Sollano, 2010:3).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Minimizar los contactos, reduciendo las manipulaciones.	Permite controlar los factores causantes de la fluctuación del flujo sanguíneo cerebral que aumenta el riesgo de hemorragia intraventricular e infecciones (Plascencia, 2009; 5).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Posicionamiento. Colocar al neonato en decúbito lateral o dorsal con las extremidades flexionadas en línea media cercanas al tronco y mantenerlo en el nido.	Esta posición ayuda al recién nacido a organizarse más rápidamente (Tamez, 2008; 84). Los objetivos principales en el posicionamiento promueven la estabilidad fisiológica y facilitar la flexión de las extremidades y el tronco. Esto estimula el equilibrio y la habilidad de centralización (Tamez, 2008; 86). El nido simula el útero y facilita el tono muscular normal, estabiliza los signos vitales, conserva energía y contiene al bebe en flexión.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Envolver al recién nacido en mantas, para que se sienta seguro. Abrazar al neonato y hablarle.	Son estrategias no medicamentosas que han sido empleadas para atenuar o prevenir el sufrimiento, incrementar la comodidad o estabilidad y disminuir el uso de antialgícos (Guerra, 2009; 1).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Succión no nutritiva. Ofrecer succión no nutritiva con chupón durante procedimientos dolorosos y después de ellos. Ofrecer el chupón con sacarosa al 12.5% a 25% .5 ml. dos minutos antes del procedimiento.	La succión durante y después de procedimientos dolorosos minimiza la intensidad y duración del dolor. La sacarosa es efectiva a través de su actuación en el sistema nervioso central, libera opioides endógenos y bloquea las vías del dolor (Tamez, 2008; 70). La acción analgésica de la sacarosa solo es efectiva si se administra por vía oral y no por sonda, se activa el sistema endógeno opioide al saborear (Guerra, 2009; 3).

CONTROL DE CASO.

El recién nacido se observa tranquilo al proporcionarle medidas de confort, tiene periodos largos de sueño.

6.7.7. SEGUIMIENTO DE CASO.

SINTESIS DE VALORACIÓN FOCALIZADA.

Fecha: 20 de octubre, número de seguimiento: 1.

Nombre del caso: Recién nacido pretérmino de 34.5 SDG por fecha de última menstruación y 35 SDG por Capurro, en su 2do día de vida extrauterina.

SINTESIS DE VALORACIÓN FOCALIZADA.

Se realiza valoración focalizada porque el recién nacido pretérmino se encuentra se encuentra con incremento de la coloración icterica kramer IV.

REQUISITO UNIVERSAL.

Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y logro de la normalidad.

El neonato se encuentra en cuna de calor radiante con coloración icterica kramer de IV, bien hidratado, expuesto a fototerapia, sin alteración respiratoria, con saturación de oxígeno adecuada, abdomen blando depresible, con catéter umbilical permeable. Con alimentación con alimentador.

Se encuentra con un peso de 1780 gramos, temperatura de 36.8, frecuencia cardiaca de 160 x', frecuencia respiratoria de 40 x', presión arterial de 73/45 (59), saturación de oxígeno 92 %, peso de 1780, perímetro abdominal: 25- 26 cm.

REQUISITO UNIVERSAL.

Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y logro de la normalidad.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Alteración en la eliminación de bilirrubina R/C inmadurez M/P coloración icterica con kramer de IV.

OBJETIVO.

Lograr la disminución de bilirrubina sérica, mediante la aplicación de fototerapia.

Prevenir complicaciones por incremento de bilirrubina sérica.

Mantener un estado hídrico adecuado.

Agencia de Enfermería.	Sistema de Enfermería.	Prescripción del cuidado.	Fundamentación.
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Mantener eutermia.	En el estrés por frío el metabolismo de ácidos grasos libres, compiten con la bilirrubina por los puntos de enlace de la albumina (Carpenito, 2000; 1191).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Valorar incremento de bilirrubina con la escala de Kramer y exámenes de laboratorio. Bilirrubina total 9.7 mg/dl. Bilirrubina indirecta 9.37	La piel y esclerótica amarillas reflejan un exceso en la producción de bilis (Carpenito, 2000; 1191).

		mg/dl. Bilirrubina indirecta 3.7 mg/dl.	
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Mantener y vigilar estado de hidratación. L.T. 150 ml/kg/día. L.I.V. 25 ml/kg/día SG% 45 ml p/24 hrs. A 1.8 ml/hr. L.V.O. 130 ml/kg/día FPP 16% 28 ml c/3 hrs.	Un balance de líquidos óptimo facilita la excreción de bilirrubina (Carpenito, 2000; 1191).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Realizar control de líquidos.	La pérdida insensible de agua es de aproximadamente del 40% con el uso de fototerapia, por lo que es importante controlar la diuresis y la hidratación del neonato (Tamez, 2008; 198).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Vigilar alteraciones del S.N.C. letargia, ausencia de reflejo de moro, temblores.	Los efectos en el S.N.C. resultan de los depósitos de las células cerebrales de bilirrubina no conjugada (Carpenito, 2000; 1191).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Iniciar fototerapia continua. Inicia 20 octubre 2010.	El mecanismo de acción de la fototerapia se funda en la foto isomerización y la foto oxidación. La foto isomerización: ocurre la fragmentación estructural de la bilirrubina, que produce isómeros que son transportados por el plasma y excretados por bilis, parte de esta bilirrubina modificada se elimina a través del meconio. Foto oxidación: se forma complejos pirrolicos hidrosoluble que son excretados por la orina (Tamez, 2008; 198).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez	T.C.	Colocar antifaz para protección ocular.	La intensidad de la luz puede lesionar la retina (Tamez, 2008; 198).
L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Realizar cambios de posición, cada 4 horas.	Permite que el recién nacido reciba la acción terapéutica de la fototerapia de manera uniforme (Tamez, 2008; 198).

L.E.O. Rosa Isela López Vázquez.	T.C.	Retirar el antifaz, mientras come el recién nacido.	Para promover la estimulación visual (Tamez, 2008; 198).
---	------	--	---

CONTROL DE CASO.

El recién nacido, curso eutermico, bien hidratado y expuesto a fototerapia, sin alteraciones neurológicas.

VII. PLAN DE ALTA.

Según Lynda Carpenito, “La planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que se hace para facilitar la administración de cuidado antes y después del alta”.

La planificación del alta es fundamental, proporciona conocimientos y habilidades para el cuidado y favorecer la sociabilización de un niño.³⁴

El alta hospitalaria para los padres del recién nacido es un momento muy ansiado y de mucho estrés. En el momento del alta los padres deben de estar aptos para cuidar de su hijo en casa de manera efectiva y segura, la planificación y el entrenamiento de los padres debe realizarse antes. Se debe facilitar e incentivar la participación de los padres en los cuidados del recién nacido.

Objetivos de la planificación del alta:

- ✓ Desarrollar el sentido de responsabilidad en los padres para el cuidado del recién nacido.
- ✓ Enseñar a los padres la mejor manera de prestar los cuidados al recién nacido.
- ✓ Disminuir el estrés de la familia que provoca el desconocimiento.

Los puntos básicos que debe incluir el plan de alta son:

- ✓ Alimentación.
- ✓ Cuidados de higiene.
- ✓ Ambiente.
- ✓ Verificación de la temperatura axilar.
- ✓ Cuando notificar al médico sobre algún problema.
- ✓ Medicaciones.
- ✓ Lugar y fecha de control con pediatría y otros especialistas.
- ✓ Atención de emergencia.

Día del alta.

- ✓ Se debe avisar a los padres en cuanto se tome la decisión del alta, deben llevar una muda de ropa, mantas e identificación de los padres.
- ✓ Se proporciona a los padres una copia del resumen del alta, que incluya plan terapéutico, como dieta, medicaciones y cuidados especiales.
- ✓ Suministrar las medicaciones y materiales necesarios para el cuidado en casa.
- ✓ Aclarar cualquier duda relacionada con los cuidados del recién nacido.
- ✓ Entregar la ficha con la fecha, hora y lugar de control con pediatría y los especialistas.
- ✓ Verificar la identidad del recién nacido y de los padres.
- ✓ Proceder a las anotaciones de alta de enfermería; deben incluir la fecha, hora y condiciones del recién nacido y con quien se retiró.³³

Nombre: Patricio Alba Mora, con 10 días de vida extrauterina y un peso 1780 gr.

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

Proporcionar apoyo educativo a la madre sobre:

- ✓ Termorregulación que consiste en: lectura del termómetro, valores normales 36.5°- 37° C, mecanismos de pérdida y producción de calor y complicaciones de hipotermia e hipertermia.
- ✓ Definición y características de una apnea, como estimular al neonato cuando presenta apnea así como los riesgos.
- ✓ La frecuencia respiratoria normal del recién nacido es de 40 a 60 por minuto. Si presenta respiraciones rápidas por arriba de 60 o irregulares de la misma.
¡Acudir inmediatamente a consulta!
- ✓ Si presenta Coloración “azulada” de labios y uñas.
¡Acudir inmediatamente a consulta!

2. EQUILIBRIO ENTRE ALIMENTOS E HIDRATACION.

- ✓ Orientación sobre la lactancia materna, posiciones, técnica de extracción manual y conservación.
- ✓ Antes de amamantar al bebe, debe lavarse las manos.
- ✓ Alimentar al seno materno 15 minutos de cada lado y cada 3 horas.
- ✓ Lubricar el seno con una gota de leche materna antes y después del amamantamiento.
- ✓ Después de cada alimentación hacerlo eructar, poniéndolo en posición vertical sobre el hombro y dándole golpecitos en la espalda.
- ✓ Si presenta succión débil, dificultad para pasar el alimento, llanto débil y decaimientos. ¡Acudir inmediatamente a consulta! (Figura 5 y 6).



Figura 5 y 6: Paciente A.M.P.

Fuente: Tomada del Instituto Nacional de Pediatría octubre 2011.

3. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y REPOSO.

- ✓ La posición decúbito dorsal, es más favorable para prevención de síndrome de muerte súbita.
- ✓ Proporcionar masaje corporal.
- ✓ Respetar periodos prolongados de sueño.

4. PROCESO DE ELIMINACION Y EXCRETAS.

- ✓ Si presenta vómitos en “proyectil” evacuaciones líquidas o con moco y sangre, distensión abdominal, rechazo al alimento o ausencia de evacuaciones. ¡Acudir inmediatamente a consulta!
- ✓ Un niño sano no debe vomitar si se le saca bien el aire, sus evacuaciones son de 5 a 6 en 24 horas, pastosas, amarillas, el abdomen debe estar blando y no distendido.

5. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO.

- ✓ El recién nacido debe egresar con potenciales visuales y auditivos.
- ✓ Explicar que no se le aplicaron vacunas, pero cuando corrija su edad gestacional o peso de 2000 gr se debe vacunar.
- ✓ Egresa sin medicamentos.

6. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD.

- ✓ Técnica mamá canguro, se le enseña la técnica y los beneficios. Favorece su neuro-desarrollo, el vínculo afectivo, mantiene las constantes vitales en límites normales.
- ✓ Enseñanza sobre niño sano: educación sobre el baño, alimentación, medicación y signos de alarma.
- ✓ Estimulación neurosensorial: se le explica las formas de estimulación visual, con móviles, figuras en blanco y negro, así como el masaje corporal (Figura 7 y 8).



Figura 7 y 8: *Paciente A.M.P.*

Fuente: Tomada del Instituto Nacional de Pediatría octubre 2011.

VIII. CONCLUSIONES.

La Neonatología es una de las especialidades médicas que han progresado con mayor rapidez, los avances técnicos, científicos y la comprensión de la fisiología y necesidades específicas de los prematuros determinaron un aumento significativo en la supervivencia.

En México, la frecuencia de la prematuridad es del 7 al 10% de los nacidos vivos, por lo que representa un costo económico y social importante, tanto a corto como a largo plazo. La atención integral constituye uno de los desafíos más importantes para el equipo de salud.

Se define al prematuro tardío al recién nacido de 34 a 36.6 semanas de gestación y se considera fisiológica y metabólicamente inmaduro y con alto riesgo de desarrollar complicaciones, por lo que no se deben ser considerados como neonatos de término.

Para este trabajo se utilizó la “Teoría General del Déficit de autocuidado” de Dorothea E. Orem basado en el método enfermero a un recién nacido pretérmino, donde se cumplieron los objetivos general y específicos programados.

Se detectaron alteraciones en los requisitos de autocuidado universal. Se encontraron alterados los siguientes requisitos universales: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano. Se jerarquizaron por orden de importancia para establecer prioridades y satisfacerlos en forma oportuna, aplicando los sistemas de enfermería totalmente compensatorio y de apoyo educativo.

En el sistema de apoyo educativo se proporcionó enseñanza a la madre sobre los cuidados del recién nacido en casa; como son baño, alimentación al seno materno, ministración de medicamentos así como los datos de alarma.

IX. SUGERENCIAS.

Que el personal que labora en la unidad de cuidados intensivos neonatales, se comprometa en aplicar las metas internacionales para seguridad del paciente, que reducen la probabilidad de efectos adversos resultantes de la atención médica y son:

1. Identificar correctamente al paciente.
2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales.
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.
4. Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto.
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud.
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Que sea requisito para el personal que labora en unidades de cuidados intensivos neonatales, cuente con cursos como Reanimación neonatal, cuidados post-reanimación y pre transporte hospitalario (STABLE), CPAP nasal, que son fundamentales para la prescripción de cuidado diario en el recién nacido y se evitaría omisión en los cuidados.

Desarrollar guías clínicas de prescripción de cuidado en el neonato y/o apoyarse en las existentes que cuenten con algún grado de evidencia.

X. BIBLIOGRAFÍA.

-
- ¹ Romero MS, Arrollo CL, Reyna RE. Consenso prematuro tardío. Medigraphic 2010; 24(2): 124-130.
- ² Schonhautb BL, Pérez RM, Astudillo DJ. Prematuros tardíos: Un grupo de riesgo de morbilidad a corto y largo plazo. Rev. Chil Pediatr 2012; 83(3): 217-223.
- ³ Sepúlveda MA, Kobrich SS, Guiñez GR, Hasbun HJ. Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo enfoque. Rev Chil Obstet Ginecol SciELO 2012; 77(2): 154-158.
- ⁴ Mendoza TL, Rueda GD, Gallego HK, Vásquez MM, Celis QJ, De León SJ. Acuña M. Morbilidad asociada a la edad gestacional en neonatos prematuros tardíos. Revista Cubana de Pediatría 2012; 84 (4): 345-356.
- ⁵ Arandia VR, Ayala BM. Recién Nacido “Prematuro Tardío” frente a los riesgos que deben tomarse en cuenta. Gaceta Médica Boliviana 2010; 33(2): 64-69.
- ⁶ Demestre GX, Raspall TF, Martínez NS, Vila CC, Elizari MS. Sala CP. Prematuros Tardíos: una población de riesgos infravalorada. Anales de Pediatría 2009; 71(4):291-298.
- ⁷ Higuera QM, Christiansen H, Cifuentes C, Conteras D, Cubillos P, Gutiérrez D. Cuidados del recién nacido prematuro en casa: Intervención educativa aplicando el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Repertorio de Medicina y Cirugía 2005; 14 (2): 83-87.
- ⁸ Castiblanco LN, Muñoz RL. Visión de las madres en el cuidado del hijo prematuro en el hogar. Avances de Enfermería 2011; 29(1): 120-129.
- ⁹ Fajardo D, Yurany S, Argote L. Niveles de ruido en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal “CIRENA” del Hospital Universitario del Valle, Cali Colombia. Colombia Médica 2007; 38(4):64-71.
- ¹⁰ Balan G.C, Franco O.M. Teorías y Modelos de Enfermería: Bases Teóricas para el cuidado especializado Antología. 2ª ed. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. UNAM; 2009. p. 7-12, 64-77, 83-102, 240-260.
- ¹¹ Luevano FS. El arte del cuidado de enfermería: de Florencia Nightingale a Jean Watson. Sythesis; 2008: 1.
- ¹² Mariner T.A, Raile A.M. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Madrid España: Helsevier Mosby; 2011. p.181-188.
- ¹³ Téllez O.S, Bernal L.B. Teorías y modelos para la atención de enfermería Antología: 3ra ed. México: UNAM.; 2008. p. 12.

-
- ¹⁴ Enfermero red chilena. Enfermeras Teóricas-Dorothea Orem. 2012
- ¹⁵ Cavanagh Stephen J. Modelo de Orem Aplicación práctica. Barcelona España: Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería; 1993. p. 4- 5.
- ¹⁶ Ostiguín M.R., Velázquez H.S. Teoría general del déficit de autocuidado: guía básica ilustrada. México, D.F.: ed. Manual Moderno; 2001. p.5-12, 25- 29, 38-47, 244.
- ¹⁷ Comisión Permanente de Enfermería. Lineamiento General para la Elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería. Secretaria de salud 2012; 1-73.
- ¹⁸ Kozier B., Erb G., Braig K. Fundamentos de enfermería; Conceptos, proceso y práctica. 5ª ed. España: McGraw-Hill Interamericana; 1999. Volumen 1. p. 93-97, 103-119, 140-172.
- ¹⁹ Potter A.P., Grippin P.P. Fundamentos de enfermería. 5ª ed. Madrid España: Elsevier, science; 2002. p.305-306, 337-347, 375-378.
- ²⁰ Wikipedia la enciclopedia libre. Proceso de enfermería 2013.
- ²¹ Seidel MH, Ball WJ, Dains EJ, Dains EJ, Flynn A.J, Solomon S.M. Manual Mosby de exploración física. 7ª ed. Barcelona España: Elsevier; 2011. p.50-53.
- ²² NANDA. Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona España. Ed. Elsevier; 2010. p. 26, 415.
- ²³ Comisión Permanente de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros en México. Secretaria de salud 2001; 4-36, 11-19.
- ²⁴ Rodríguez W.M., Udaeta M. Neonatología clínica. México: Mc Graw Hill. Interamericana; 2004. p.13.
- ²⁵ Mendoza RM, Nava ZN, Escalante PJ. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. Gaceta Médica de México 2003; 139 (2): 184-187.
- ²⁶ Secretaria de salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico 1998.
- ²⁷ Cortes Gallo G. El consentimiento informado en pediatría. Boletín Médico del Hospital Infantil de México 2006; 63 (1): 64
- ²⁸ 5º World Congress of Perinatal Medicine Barcelona 23-27 de septiembre 2001. Declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el recién nacido.
- ²⁹ UNICEF. Decálogo: Los derechos de los niños prematuros. 2011:1-8.

-
- ³⁰ Cloherty P.J., Star R.A. Manual de cuidados neonatales. 3ª ed. Barcelona España: Masson; 2001. p.45-49.
- ³¹ Jiménez T.L., Mendoza C.C., Montoya M.A. Obstetricia II. Antología. 2ª ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. p.499-502.
- ³² Karlsen A.K. El programa S.T.A.B.L.E. Cuidados Post-reanimación Pre-Transporte para Neonatos enfermos. 5ª ed. México: Schering-Plough; 2006. p. 500.
- ³³ Tamez NR., Silva PM. Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. 3ª ed. Buenos Aires Argentina: Médica Panamericana; 2008. p.95, 162, 151, 214-217.
- ³⁴ Garrahan, J.P. Cuidados en enfermería neonatal. 3ª ed. Buenos Aires Argentina: Journal; 2009. p. 208-209, 647.
- ³⁵ Garrahan, J.P. Cuidados en enfermería neonatal. 3ª ed. Buenos Aires Argentina: Journal; 2009. p. 208-209.
- ³⁶ Deacon J. Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. 2ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
- ³⁷ Blumer L.J. Guía práctica de Cuidados Intensivos en Pediatría. 3ª ed. Vol. 1. España: Harcourt Brace; 2001.
- ³⁸ Wilson D., Hockenberry M. Manual de Enfermería Pediátrica de Wong. 7ª ed. México: McGraw-Hill; 2009.
- ³⁹ Nordmark T.M., Rohweder W.A. Bases científicas de la enfermería. 2ª ed. Santafé de Bogota: El manual moderno; 2001.
- ⁴⁰ Plascencia J. Protocolo de estimulación mínima para el recién nacido pretérmino y de bajo peso. Nestle-pediatría Nnani modulo2 subtema2 2007; 1-15.
- ⁴¹ Sollano L, Salazar I, Hernandez G. Cuidados de enfermería en el neonato diminuto. nestle-pediatría nnani 2010;
- ⁴² Guerra HA, Chávez GC, Mancilla RJ. Tratamiento del dolor en recién nacidos 2007. 1-8
- ⁴³ Carpenito J.L. Diagnósticos de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ª ed. Madrid España: McGraw-Hill Interamericana; 2001.

XI. ANEXOS.

VI. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO.



6.1 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

1.- DATOS GENERALES.

RECIÉN NACIDO: PATRICIO ALVA MORA RN.

FECHA Y HORA DE NACIMIENTO: 17 DE OCTUBRE DEL 2010. SEXO (M) (F)

LUGAR DE NACIMIENTO: MÉXICO D.F. ENFERMERA (O) L.E.O. ROSA ISELA LÓPEZ VÁZQUEZ

FUENTE DE INFORMACIÓN: EXPEDIENTE. LUGAR DE RESIDENCIA: MÉXICO D.F.

2. FACTORES CONDICIONANTES BASICOS:

2.1 SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS () PRIVADO: (X)

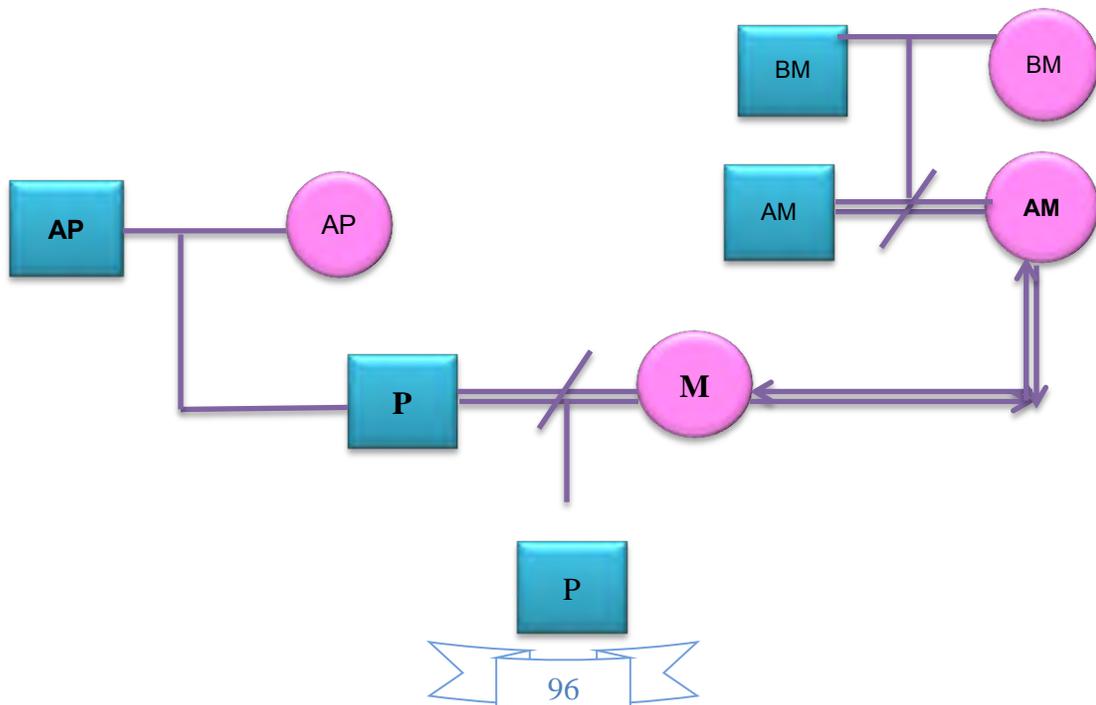
2.2 FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR

TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA () DESINTEGRADA (X)

NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: 5

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACION	APORTE ECONOMICO
SILVIA MORA CHUMACERO (BISABUELA)	70	BACHILLERATO	HOGAR	NO
SERGIO ALBA FIGUEROA (BISABUELO)	70	BACHILLERATO	HOGAR	NO
MARTHA ALVA MORA (ABUELA)	40	BACHILLERATO	TRABAJA COMO VENDEDORA	DESCONOCE
GABRIELA ALVA MORA	18	BACHILLERATO	ESTUDIANTE	?

2.3 FAMILIOGRAMA.





3.- FACTORES AMBIENTALES:

- 3.1 ÁREA GEOGRÁFICA URBANA (X) SUBURBANA () RURAL ()
- 3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA
 - TECHO: LAMINA () CARTON () CONCRETO (X) OTROS _____
 - PAREDES: TABIQUE (X) MADERA () OTROS _____
 - PISO: CEMENTO () MOSAICO (X) TIERRA () OTROS _____
 - No: HABITANTES: 5
- 3.3 VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN BUENA(X) REGULAR () DEFICIENTE ()
- 3.4 SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS
 - AGUA (X) LUZ (X) DRENAJE (X) ALUMBRADO PUBLICO (X) PAVIMENTACION (X)
 - CUENTA CON JARDIN ()
- 3.5 FAUNA NOCIVA:
 - PERROS () No. () VACUNADOS ()
 - GATOS (X) No. (1) VACUNADOS (X)
 - AVES () No. ()
 - OTROS:

II TEORÍA DOROTHEA OREM.

A) REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO:

1. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE.

SIGNOS VITALES FC: 134 FR: 62 T.A. 91/74 (81) TEMP 36.8 °C
 ¿PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? SI (X) NO ()
 ALETEO NASAL (X) RUIDOS RESPIRATORIOS: CAMPOS PULMONARES CON BUENA ENTRADA Y SALIDA DE AIRE DISOCIACION TORACOABDOMINAL SI RETRACCION XIFOIDEA NO
 TIROS INTERCOSTALES: _____ COLORACIÓN: ROSADA VS LIGERO TIENTE ICTERICO
KRAMER 2

MINISTRACION DE OXIGENO SI
 FASE DE VENTILACIÓN:
 AMBIENTAL ()
 FASE I O2 INDIRECTO (X) PUNTAS NASALES () C.C. ()
 FASE II CPAP NASAL () CPAP TRAQUEAL ()
 FASE III ()
 SAT O2: 91%
 OXIGENO INDIRECTO A 3 LTX'

2 Y 3 MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO E HIDRATACIÓN.

PERÍMETRO ABDOMINAL: 28 CM DESTROSTIX: 42 MG/DL 12HRS (MUESTRA CAPILAR).
 CARACTERISTICA DE LAS MUCOSAS: HÚMEDAS, BIEN HIDRATADAS

TIPO DE ALIMENTACIÓN:

VÍA ENTERAL: LECHE HUMANA O FORMULA PARA PREMATURO 16% (FPP) 6 ML CADA 3 HRS CON ALIMENTADOR O SOG (SONDAD OROGASTRICA) SUCCION Y DEGLUCION DEBIL

VÍA ENTERAL

TIPO	DÍA	REQUERIMIENTO	CANTIDAD	TIEMPO HRS
FPP 16%	1ER	25 ML/KG/DIA	6 ML	12, 15, 18, 21
FPP 16%	1ER	50 ML/KG/DIA	12 ML	24, 03, 06.

VÍA PARENTERAL

TIPO	GKM	DIA	REQUERIMIENTO	CANTIDAD	TIEMPO
SOLUCION GLUCOSADA 10%	4.6	1ER	SG/NA/K/CA/MG 65/0/0/100/15	SG 10% 40 ML GLUC CA .6 ML SULF MG .1 ML	PARA 8 HRS 5 ML/HR INICIA 12 HRS

LT 90 ML/KG

PESO 1860

SC: .16

INGRESOS: V.O. 60 ML DURANTE EL PRIMER DÍA, INICIO VO A LAS 12 HRS.

I.V. 95 ML

EGRESOS: MICCIÓN 153 ML EN 19 HRS DMH DE 4.3 ML/KG/HR Y EVACUACIÓN NO PRESENTO EN EL PRIMER DIA.

BALANCE PARCIAL: - 2.

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

PAÑAL: (SI)

SONDA VESICAL: (NO)

ESTOMA (NO)

EVACUACION EN 24 HRS (SI) ESTIMULACION RECTAL SI () NO (X)

FORMADA () PASTOSA () BLANDA () LIQUIDA () S/ LIQUIDA ()

CODIGO DE EVACUACIONES AMARILLA () VERDE () CAFÉ () MECONIAL () BLANCA ()

ORINA EN 24 HRS (SI)

OLOR INOLORA COLOR AMARILLO CLARO LABSTIX: NO

5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO.

VALORACIÓN NEUROLOGICA:

REFLEJOS PRIMARIOS.

SUCCION (X) DEGLUCION (X) BUSQUEDA (X) MORO (X) TONICO CUELLO (-)

ENDEREZAMIENTO DEL TRONCO (-) PUNTOS CARDINALES (X) ARRASTRE (X)

INERVACION DEL TRONCO (X) PRESION PLANTAR (X) PRESION PALMAR (X) BABINSKY (X)

ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO.

ESTADO I: SUEÑO PROFUNDO: RESPIRACION REGULAR, OJOS CERRADOS SIN MOVIMIENTOS SIN ACTIVIDAD ESPONTANEA A EXCEPCION DE LOS SOBRESALTOS (X)

ESTADO II: SUEÑO LIGERO RESPIRACIONES IRREGULARES, OJOS CERRADOS CON MOVIMIENTOS RAPIDOS DE LOS OJOS, BAJO NIVEL DE ACTIVIDAD CON MOVIMIENTOS DE SUCCION ()

ESTADOS DE VIGILIA.

ESTADO III: SOMNOLIENTO: NIVEL DE ACTIVIDAD VARIABLE OJOS ABIERTOS O CERRADOS CON ALETEO DE LO PARPADOS, EXPRESION ATURDIDA (X)

ESTADO IV: ALERTA ACTIVIDAD MOTORA MINIMA, EXPRESION INTELIGENTE CON LA ATENCION CONCENTRADA SOBRE LA FUENTE DEL ESTIMULO, PUEDE PARECER ATURDIDO PERO ES FACIL ABRIRSE CAMINO HACIA EL LACTANTE. ()

ESTADO V OJOS ABIERTOS MUCHA ACTIVIDAD MOTORA, MOVIMIENTOS DE EMPUJE CON LAS EXTREMIDADES REACCIONANDO A LOS ESTIMULOS CON AUMENTO DE ACTIVIDAD Y SOBRESALTOS ()

ESTADO VI LLORANDO ACTIVIDAD MOTORA ELEVADA Y LLANTO INTENSO, ES DIFÍCIL ABRIRSE CAMINO HACIA EL LACTANTE. ()

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL.

NEONATO PLANEADO () DESEADO () ACEPTADO (X)

RECIBE VISITA MATERNA SI

PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO Y PLÁTICA CON EL NEONATO SI

APEGO MATERNO SI

TÉCNICA CANGURO NO

MÉTODO DE COMUNICACIÓN DE LA MADRE CON EL HIJO: LO ACARICIA, LO BESA Y LE PLÁTICA MIENTRAS DUERME. SE ENCUENTRA EN EL ÁREA DE TERAPIA INTERMEDIA Y RECIBE ATENCIÓN DE AGENCIA TOTALMENTE COMPENSATORIO Y DE SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO.

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

EXISTE ALGUN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO

SI (X) NO ()

¿POR QUÉ? DURANTE EL EMBARAZO EN LA SEMANA 28 PRESENTO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS, MANEJÁNDOSE CON REPOSO ABSOLUTO, LÍQUIDOS, TÓCOLÍTICOS Y CEFTRIAZONA IM. ES PREMATURO DE 35 SDG POR CAPURRO, TIENE CATÉTER UMBILICAL VENOSO, INCREMENTÁNDOSE EL RIESGO DE SEPSIS TEMPRANA.

LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO:

SI () NO (X)

ESPECIFICA SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: PORQUE ES EL PRIMER HIJO Y NO SABE COMO ALIMENTARLO, BAÑARLO, ABRIGARLO Y DETECTAR SIGNOS DE ALARMA, COMO VÓMITO, RECHAZO AL ALIMENTO, FIEBRE.

8.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES.

SE REALIZA ASEO DE CAVIDADES O BAÑO (X) ESPECIFIQUE: ASEO DE CAVIDADES POR TERMOLABILIDAD Y RIESGO DE HIPOTERMIA

PIEL ÍNTEGRA: SI, COLORACIÓN ROSADA VS LIGERO TIENDE ICTÉRICO KRAMER 2 LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS

B) REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO:

B1) ANTECEDENTES PERINATALES.

GESTA (1) PARA (1) ABORTO (0) CESAREA (0) FUM 21 FEBREO 2010

TIPO SANGUINEO: O RH (+) ISOINMUNIZACIÓN PREVIA: NO.

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD DE LA MADRE	20-30	15-19	<14 O >36 37 AÑOS
ENFERMEDAD MATERNA (DIABETES, TOXEMIA)			
ESPECIFICAR:	NO		SI
RPM NO SE SABE, NO LO MENCIONA EL EXPEDIENTE.	ARTIFICIAL O ESPONTANEA < 6HRS		6 HRS (28 SDG)
MONITORIZACION FETAL SE IGNORA	FC 120-160		<110 >160
ANESTESIA SE IGNORA	BPD	ANALGESIA	ANESTESIA GENERAL

RIESGO: **BAJO**

Nota: Datos tomados del expediente

CUIDADOS INMEDIATOS

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

RIESGO ALTO: NO

CUIDADOS MEDIATOS

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

RIESGO BAJO SI

Nota: Datos tomados del expediente

VALORACIÓN APGAR

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

CALIFICACIÓN: 8/9

Nota: Datos tomados del expediente.

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

	Puntuación				
Forma de la OREJA	0	5	10	15	<p>Se suma 204 + Puntaje Parcial y se divide entre 7</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Tamaño de la ANILLA MAMARIA	0	5	10	15	
Formación del PEZON	0	5	10	15	
TEXTURA de la PIEL	0	5	10	15	
PLIEGUES PLANTARES	0	5	10	15	

Dr. Casas Matute, Jesús Arturo
dcasasmatute@gmail.com

Puntaje Parcial = _____

$16+5+5+5+10=41$
 $204+41/7=35$ SEG por Capurro
 Nota: Datos tomados del expediente.

CEDULA (A) VALORACION DE RIESGO DEL NEONATO

FACTOR DE RIESGO	BAJO	MEDIO	ALTO
1) PESO EN GRAMOS	2.500-3.499	2.000-2.499 3.500-3.999	<DE 2.000 >DE 4.000 1870 GR
2) EDAD GESTACIONAL CAPURRO	37-41 SDG	33-36 SDG 35 SDG	<32 Y >42 SDG
3) APGAR A 5 MIN	7-9 9/9	4-6	1-3
4) MANIOBRAS DE REANIMACION	NORMALES	MODERADAS	INTENSIVAS
5) SIGNOS DE INFECCION	NO	SOSPECHA	POSITIVA
6) SUFRIMIENTO FETAL	NO	MODERADO	SEVERO
7) MALFORMACIONES EVIDENTES	NO	MENOR	MAYOR
8) PERDIDA PONDERAL	HASTA EL 8%	9-12%	>13%
9) CONTROL DE TEMPERATURA	SI		NO
10) ALIMENTACION	SENO	OTRA	
11) DISTENSION ABDOMINAL	NO	MODERADA	SEVERA
12) ONFALITIS	NO	SI	
13) ICTERICIA	LEVE	MODERADA	SEVERA
14) REFLEJO DE SUCCION Y DEGLUCION	NORMAL	FATIGA (DEBIL)	ANORMAL
15) LLANTO	NORMAL	AGUDO	DEBIL
16) CONVULSIONES	AUSENTE	FOCAL	GENERALIZADA
17) FONTANELA	NORMAL	DEPRIMIDA	TENSA
18) TONO MUSCULAR	NORMAL	HIPOTONICO	HIPERTONICO

19)MOVIMIENTOS ANORMALES	NO	TEMBLOR	CLONICOS
20)OPISTOTONOS	NO		SI
21)ASIMETRIA POSTURAL	NO		SI
22)CADERA	NORMAL	ABDUCCION	ORTOLANI
23)PRESION	CON TALON	SIN JALON	AUSENTE
24)REFLEJO DE BUSQUEDA	NORMAL	LIMITADA	AUSENTE
25)MORO	NORMAL	ASIIMETRICO	AUSENTE
26)ENDEREZA MIEMBROS INFERIORES	NORMAL	INCOMPLETO	AUSENTE
27)CABEZA SIGUE TRONCO	SI		NO
28)MARCHA	NORMAL	INCOMPLETO	NO
29)HEMORRAGIA	NORMAL	MODERADA	EXCESIVA
30)HIPO O HIPERTENSION	NO	MODERADA	SEVERA
31)TAQUICARDIA	NO	MODERADA	SEVERA
32)HIPERTERMIA	NO	MODERADA	SEVERA
33)INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	NO DISCRETA	MODERADA	SEVERA
	27	2	1

RIESGO: BAJO

Nota: Datos tomados del expediente

B2) DIMENSIONES DE LA HISTORIA. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.

A) PREPARACION DEL ENTORNO: En el área de terapia intermedia, se prepara cuna de calor radiante, con luz adecuada, se evitan corrientes de aire, para explorar al recién nacido

B) PREPARACION DEL EQUIPO: Cuna de calor radiante precalentada, con sensor para servo control, monitor de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, oximetría de pulso funcional, fuente de oxígeno con bolsa autoinflable con mascarilla y reservorio, aspirador, estetoscopio, termómetro digital, cinta métrica, brazalete de presión arterial, pañales desechables, toallas de papel, sábanas, guantes, gel lubricante, balanza, lámpara, se verifica funcionamiento de todo el equipo.

C) SISTEMA TEGUMENTARIO: Coloración rosada vs ligero tinte icterico con kramer 2, piel integra.

D) INSPECCION GENERAL: Recién nacido pretérmino con coloración rosada vs ligero tinte icterico con kramer 2, reactivo, activo, con oxígeno indirecto a 2 ltx', mucosas orales hidratadas, aleteo nasal, ligeros tiros intercostales, con monitoreo continuo, abdomen con catéter umbilical venoso permeable, extremidades con adecuado llenado capilar de 2 segundos.

SOMATOMETRÍA:

- Peso: 1870 gramos
- Talla: 41 cm
- Perímetro cefálico: 29 cm
- Perímetro torácico: 24.7 cm
- Perímetro abdominal: 24.5 cm
- Pie: 7.5 cm.
- Pb: 8.5 cm.
- Ss: 22 cm

1. CABEZA Y CUELLO: Normocefalo, con fontanela anterior 3x3 romboide, fontanela posterior sin alteración aproximadamente de .5 cm de forma triangular, ambas normotensas, suturas sagital y coronal de aspecto normal no cabalgadas, con adecuada implantación de cabello, de color rubio, cuello cilíndrico simétrico, adecuado tamaño sin adenomegalias

2. OIDOS: Bien conformados e implantados, pabellones auriculares incurvados, conductos auditivos permeables y con respuesta al estímulo de ruido. Realizan tamiz auditivo normal el 19 de octubre 2010.

3. OJOS: Simétricos canto interno de 1 cm., canto externo 4, esclerótica con tinte icterico, iris café, pupilas simétricas, reactivas al estímulo de la luz, parpadeo espontaneo, adecuada implantación de cejas y pestañas.

4. CARA NARIZ Y CAVIDAD ORAL: Cara simétrica, nariz con coanas permeables y limpias, aleteo nasal, cavidad oral integra, mucosas orales hidratadas, paladar sin fisuras, blando, úvula en línea media, labios intactos.

5. TORAX Y PULMONES: Pectus excavatum, clavículas simétricas e integras, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, con tiros intercostales leves, disociación toracoabdominal, frecuencia respiratoria de 68 x', tamaño de glándula mamaria palpable menor a 5 mm, pezón menor a 7.5 mm, areola lisa y chata.

6. SISTEMA CARDIOVASCULAR: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y frecuencia, frecuencia cardiaca de 134 x', sin soplos, pulsos periféricos presentes, perímetro torácico de 24.7 cm

7. ABDOMEN: Blando, depresible, peristalsis presente, no doloroso a la palpación, con perímetro abdominal de 24.5 cm. Hígado por debajo del borde costal.

8. SISTEMA LINFATICO. No se palpan adenomegalias.

9. SISTEMA REPRODUCTOR: genitales fenotípicamente masculinos, glande cubierto por prepucio, meato urinario en el centro del glande, retracción del prepucio sin dolor bolsa escrotal pigmentada, testículos descendidos en bolsa escrotal.

10. SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO: Barlow y Ortolani negativo, columna vertebral simétrica sin hundimientos.

11. SISTEMA NERVIOSO: Flexiona y extiende sus extremidades, adecuado tono muscular, llanto vigoroso Presenta movimientos espontáneos, reactivo activo, con llanto al estímulo, reflejos primarios presentes, succión (+) y deglución (+) lenta y débiles, búsqueda (+), moro (+), tónico del cuello (-), enderezamiento del tronco (-) , prensión plantar (+), prensión palmar (+), babinsky (+).

B3) HISTORIA CLÍNICA.

ANTECEDENTES PRENATALES.

Recién nacido de G-1, C-0, P-1, A-0 de 34.5 semanas de edad gestacional por fecha de ultima menstruación y 35 semanas de edad gestacional por Capurro. Control prenatal adecuado, 7 consultas con ginecólogo, curso con vulvovaginitis al 3er mes del embarazo tratada con óvulos, ruptura prematura de membranas a las 28 semanas de edad gestacional, manejada con reposo absoluto, líquidos, toco líticos, ceftriaxona intramuscular y esquema de maduración pulmonar con betametazona 24 mg.

ANTECEDENTES NEONATALES.

Parto eutócico, respira y llora al nacimiento, con Apgar de 8/9 y Silverman Anderson de 2, recibe maniobras básicas de reanimación, cavidad uterina eutermica y líquido amniótico normal. A la exploración física con presencia de polipnea, Silverman de 2, recibe oxigeno por campana cefálica.

Por lo que se solicita traslado al Instituto Nacional de Pediatría, por ser prematuro y alto riesgo de sepsis neonatal.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Ingresa recién nacido prematuro de 35 SDG por Capurro, con 19 hrs de vida extrauterina, con coloración rosada vs tinte icterico kramer 2, aleteo nasal y ligeros tiros intercostales, disociación toracoabdominal. Ingresa al Instituto Nacional de Pediatría por ser prematuro y riesgo de sepsis por ruptura prematura de membranas.

A) REQUERIMIENTOS DE AUTOCUIDADO DE LA DESVIACION DE LA SALUD.

(DX MÉDICO)

Recién nacido pretérmino de 35 SDG por Capurro

Prematurez

Síndrome de adaptación pulmonar

Probable sepsis.

PARAMETROS	2	1	0	TOTAL
 1.SUÑO	Despierto constantemente 	Despierta a intervalos frecuentes 	Duerme constantemente 	 1
2. EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR	Músculos faciales continuamente contraídos, frente fruncida, párpados apretados, temblor del mentón y muecas 	Contraída(músculos faciales tensos, frente fruncida) 	Calmado, músculos relajados con expresión neutra 	0
3. LLANTO	Vigoroso, fuerte y continuo, inconsolable no responde a mimos 	Presente consolable, responde a mimos 	Tranquilo no llora ni se queja 	0
4.MOVIMIENTO DE LOS BRAZOS	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados constantemente) 	Flexionados/extendidos (tensos, rígidos, extendidos, flexionados frecuentemente) 	Relajados (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	0
5.MOVIMIENTO DE LAS PIERNAS	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extendidas, flexionadas constantemente) 	Flexionadas/extendidas (tensas, rígidas, extensión y flexión rápidas frecuentemente) 	Relajadas (sin rigidez muscular, movimientos ocasionales) 	0
6. CONSUELO	Ninguno después de 2 minutos 	Consuelo después de 1 minuto de esfuerzo 	Consuelo dentro de 1 minuto 	0
7.FRECUENCIA CARDIACA	Incrementa > 20% 	Incrementa 10-19% 	Dentro De Las Percentilas 	0
8. PRESIÓN ARTERIAL	Incrementa >10 Mm. Hg.	Incrementa 9 Mm. Hg.	Dentro De Las Percentilas	0
9.FRECUENCIA RESPIRATORIA	Retracciones intercostales y esternales marcadas, aleteo	Diferente del basal(retracciones intercostales mínimas)	Relajado (mantenimiento del patrón de respiración normal)	1

	nasal, gemido espiratorio			
10. SAO2	Disminucion de la Sato ₂ 71-76% requiere incremento del Fio ₂ 	Disminucion de la Sato ₂ 79-85% requiere incremento de Fio ₂ 	88-95% con o sin oxígeno Ningún aumento en Fio ₂ 	1

CALIFICACION			SUMA	3
---------------------	--	--	-------------	----------

0-6 PUNTOS	LEVE 	
7-15 PUNTOS	MODERADO 	
16-20 PUNTOS	SEVERO 	

CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

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

AUTORIZO:

Clansse Castro

TESTIGO: