



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

ESTUDIO DE CASO

**NEONATA 34 SDG CON DÉFICIT EN EL REQUISITO DE
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE
SECUNDARIO A PREMATUREZ.**

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

PRESENTA

LEO LILIANA SEGOVIA CAMBRÓN

**ASESORADO
EEN. LAURA ÁLVAREZ GALLARDO**

MÉXICO D.F., 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A Dios por darme la oportunidad de aprender y transmitir conocimientos que son esenciales para los pequeños neonatos, a mis padres Jaime y María Elena por todo el esfuerzo brindado para superarme día con día, a la fuente de inspiración mi esposo Erick e hijas Lissette y Sophie, quienes se han desvelado a la par mía y quienes son la fuerza para continuar.

Y por todo el apoyo incondicional de Yolanda, César y Karen que ahora son parte de mi familia.

LSC

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| I.- INTRODUCCIÓN | 4 |
| II.- OBJETIVOS | 5 |
| III.- METODOLOGÍA | 6 |
| IV.- SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENERICA DEL CASO | 7 |
| 4.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN | 7 |
| 4.2 MOTIVO DE CONSULTA | 7 |
| 4.3 DESCRIPCIÓN DEL CASO | 7 |
| 4.4 ANTECEDENTES FAMILIARES NO PATOLÓGICOS | 7 |
| 4.5 ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS | 8 |
| 4.6 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS | 8 |
| 4.7 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS | 8 |
| 4.8 MAPA FAMILIAR | 8 |
| 4.9 DINÁMICA FAMILIAR.. | 10 |
| V.- FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO | 10 |
| 5.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS | 10 |
| 5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA | 15 |
| 5.3 TEORIA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO. | 20 |
| 5.4 MÉTODO ENFERMERO. | 41 |
| 5.5 RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM | 53 |
| 5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 54 |
| 5.7 DAÑOS A LA SALUD | 73 |
| VI.- APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO | 79 |
| 6.1 ESQUEMA METODOLÓGICO | 79 |
| 6.2 EXPLORACIÓN FÍSICA | 80 |
| 6.3 VALORACIÓN POR REQUISITO | 81 |
| 6.4 JERARQUIZACIÓN DE LOS REQUISITOS ALTERADOS | 85 |
| 6.5 PREESCRIPCIÓN DEL CUIDADO | 86 |
| VII.- PLAN DE ALTA | 103 |
| VIII.- CONCLUSIONES. | 107 |
| XI.- SUGERENCIAS. | 108 |
| X.- BIBLIOGRAFÍA | 109 |
| XI.- ANEXOS. | 113 |
| - GUÍA DE VALORACIÓN | |
| -CUIDADOS RECIÉN NACIDO | |
| -SIGNOS DE ALARMA | |
| -CUIDADOS EN EL HOGAR | |
| -VACUNAS | |
| -CONSENTIMIENTO INFORMADO | |

I.- INTRODUCCIÓN

Se eligió para la realización del caso clínico al Recién Nacido Preterminó D. P por la incidencia de prematurez que es uno de los padecimientos más frecuentes en los hospitales; y no siendo la excepción en el Hospital de Especialidades de la Mujer SEDENA; en el servicio de Crecimiento y Desarrollo se presenta la prematurez como un problema de salud, en la población neonatal, que desencadena otras complicaciones siendo las más frecuentes SDR, sepsis neonatal, entre otras.

El periodo neonatal se caracteriza por alta vulnerabilidad debido a las adaptaciones y cambios que enfrenta el neonato al pasar de la vida intrauterina a la vida extrauterina; es decir la separación de la placenta le conduce a realizar sus funciones vitales de manera independiente, donde participan sus aparatos y sistemas en conjunto para modificar la circulación sanguínea, establecer la respiración, el funcionamiento gastrointestinal, renal, hepático e inmunitario, de tal manera que se adapta exitosamente a la vida extrauterina.

El cuidado es especializado, sistematizado y organizado lo que caracteriza al quehacer profesional de enfermería neonatal; el manejo integral de los recién nacidos pretérmino de muy bajo peso al nacer constituye uno de los desafíos más importantes de la atención neonatal. Estos pacientes requieren cuidados especiales y de estancia prolongada, implican altos costos de atención y generan impactos emocionales familiares y sociales serios. “De cada 100 nacimientos en México, el 7.3 son prematuros”. Datos de estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la tasa de nacimientos prematuros; 2010. La supervivencia de estos neonatos es superior en los centros especializados que entre los RN derivados de instituciones luego del nacimiento. Entre los que sobreviven se evidencia un alto porcentaje de morbilidad y las secuelas más predominantes son: displasia broncopulmonar, retinopatía, déficit neurológico entre otras.¹

Aplicar la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea E. Orem para valoración del neonato prematuro implica considerar el método de requisitos universales alterados, que contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global y holística, permite reunir todos los datos necesarios para abordar los problemas de salud reales y potenciales, así como promoción de la salud, a través de actividades independientes e interdependientes a realizar por los profesionales de enfermería. La gestión de cuidados a través de este modelo proporciona una visión y forma de trabajo donde se integran el método enfermero como sustento hacia la investigación y educación. Esta teoría tiene como origen la finalidad propia de la enfermería, a saber: “los seres humanos están sometidos a limitaciones a causa de su salud y la enfermera se relaciona con ello para que la persona se ocupe de su cuidado. Orem, E;1995.

¹ Garrahan J.P., Comité Científico Neonatal- Hospital de Pediatría S.A.M.I.C., Cuidados en enfermería neonatal 3^aed., Ediciones Journal. Buenos Aires Argentina, 2009.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

La Enfermera Especialista en Neonatología brindará los cuidados específicos al neonato sano y enfermo de la más alta calidad; brindando calidez, humanidad e individualidad para mejorar la calidad de vida. Se realizará un estudio de caso donde la enfermera EEN aplicara la teoría de Orem en las diferentes etapas del proceso enfermero. Por medio de la teoría del déficit de autocuidado de OREM se identificarán los requisitos universales desviados donde la agencia del cuidado realizará las intervenciones requeridas para el mantenimiento de la vida y la promoción a la salud.

2.2 Objetivos Específicos

La Enfermera Especialista Neonatal proporcionará intervenciones para la realización del estudio de caso aplicándolas en cada etapa del método enfermero:

Valoración:

- Realizar la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno; donde se identificará el déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente a través de la aplicación de un formato de valoración neonatal.

Diagnósticos de Enfermería:

- Elaboración y jerarquización de los diagnósticos de enfermería previo a la valoración obtenida en la primera etapa del proceso enfermero.

Planeación:

- Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente.
- Planificar los cuidados de enfermería
- Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.
- Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar el déficit de autocuidado del paciente.

Ejecución:

- Realizar las acciones planeadas de acuerdo con el razonamiento científico y la investigación.

Evaluación:

- Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
- Modificar en caso necesario el plan de cuidados comparando las respuestas de la persona y familia.

III. Metodología

Etapas de la metodología a seguir para la realización del estudio de caso:

Etapa I: Se elige el caso de un neonato por la incidencia de prematuridad en la CEM SEDENA, en el servicio de crecimiento y desarrollo; se les informa a los padres para la autorización del seguimiento del caso clínico.

Etapa II: Se realiza la aplicación de la guía de valoración a la madre, y posterior la exploración física, se consulta expediente clínico para obtención de datos y se realiza entrevista a la madre.

Etapa III: A través de la valoración realizada se elaboran diagnósticos de enfermería y se comienza con la planeación de intervenciones y acciones al neonato.

Se seleccionó a D.P. entre tres pacientes con el mismo diagnóstico siendo este caso el elegido por estar más tiempo de estancia, y brindarle intervenciones para su mejoría, posterior a la elección y previa exploración física; se aplicó la guía de valoración de fuente directa (madre) y se realizó una entrevista simultánea; en base a lo anterior se consultó una fuente indirecta (expediente clínico).

Con las fuentes consultadas directas e indirectas y la exploración física se procede a realizar la aplicación del proceso atención de enfermería al modelo de Orem y realizando los diagnósticos, en base a requisitos universales alterados.

Cronograma de actividades

| Fecha de planeación | Actividades | Fechas de aplicación |
|-------------------------|---|----------------------|
| 10-10-2011 a 22-10-2011 | Elección y Descripción | 12-11-2011 |
| 12-10-2011 | Se autoriza y firma el consentimiento informado | 12-11-2011 |
| | Aplicación de la entrevista al Familiar | 12-11-2011 |
| 24-10-2011 a 11-11-2011 | Guía de Valoración | 13-11-11 |
| 14-11-2011 a 2-12-2011 | Se consultó expediente clínico | 12-11-11 |
| | -Elaboración de diagnósticos de Enfermería | 13-11-2011 |
| | - Exploración física | |
| | -Teoría de Orem | |
| | -Formado PES | |
| -Etiquetas NANDA | | |
| | -Jerarquización de Requisitos alterados | 12-11-2011 |
| | -Prescripción del cuidado | 13-11-2011 |
| | -Control del caso | 12 al 14-11-2011 |
| | -Plan de alta | 13 y 14-11-2011 |

IV. Selección y Descripción Genérica del Caso

4.1 Ficha de Identificación

NOMBRE: RN Martínez Martínez REGISTRO: C-9042042 SEXO: Femenino
HORA NACIMIENTO: 6:00hrs Lugar de Nacimiento: México D.F. FECHA DE
NACIMIENTO: 22-09-11 PESO AL NACER: 1,436GRS
SDG AL NACIMIENTO: 32SDG PESO ACTUAL: 1,750GRS
DX. MEDICO: RNPT 34SDG, Peso bajo para edad gestacional
SIGNOS VITALES: FC: 165x¹ FR: 53x¹ T°: 37°C T/A: ----- SPO2: 95%

4.2 Motivo de Consulta

Se presenta la madre de Dana Paola al hospital de Especialidades de la Mujer SEDENA por presentar Ruptura Prematura y Prolongada de Membranas con una evolución de 72 horas.

4.3 Descripción del Caso

Se trata de un recién nacido pretérmino de 34SDG que nació en el Hospital de Especialidades de la Mujer SEDENA el día 22-09-2011. Con 22 días de vida extrauterina al momento de la exploración física en el servicio de crecimiento y desarrollo del Hospital de Especialidades de la Mujer SEDENA

4.4 Antecedentes Familiares No Patológicos

Viven en zona urbana, la vivienda cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, casa construida de tabique, piso de cemento, niega zoonosis.

Padre de 27 años originario del Edo. de México escolaridad preparatoria, ocupación militar, alcoholismo positivo ocasional, niega tabaquismo y toxicomanías. Grupo RH: O+.

Madre de 20 años originaria del Edo. de México escolaridad secundaria completa, se dedica al hogar, estado civil unión libre, tabaquismo negativo; Niega alcoholismo o toxicomanías.

Antecedentes perinatales

Gesta: 2 Para: 1 Aborto: 0 Cesárea: 1 FUM: 18-02-11 Grupo RH: O+
Sin Isoinmunización previa, Control prenatal: De 6 consultas y 2 ultrasonidos obstétricos.

Antecedentes terapéuticos consumo de ácido fólico, sulfato ferroso, hierro y multivitamínicos. Adecuada ingesta de alimentos.

Peso preconcepcional: 50kg talla 1.58cm Peso final: 58kg talla: 1.58cm

4.5 Antecedentes Familiares Patológicos

Hipertensión negada, Diabetes negada, cancerígenos negados. IVU positivo presentado a la semana 30 de embarazo

4.6 Antecedentes Personales No Patológicos

PC: 27.5CM Apagar: 8-9 Capurro: 32SDG Silverman: 3 PT: 24CM PA: 23.5CM PB: 7.5CM Pie: 7 Talla: 41CM

4.7 Antecedentes Personales Patológicos

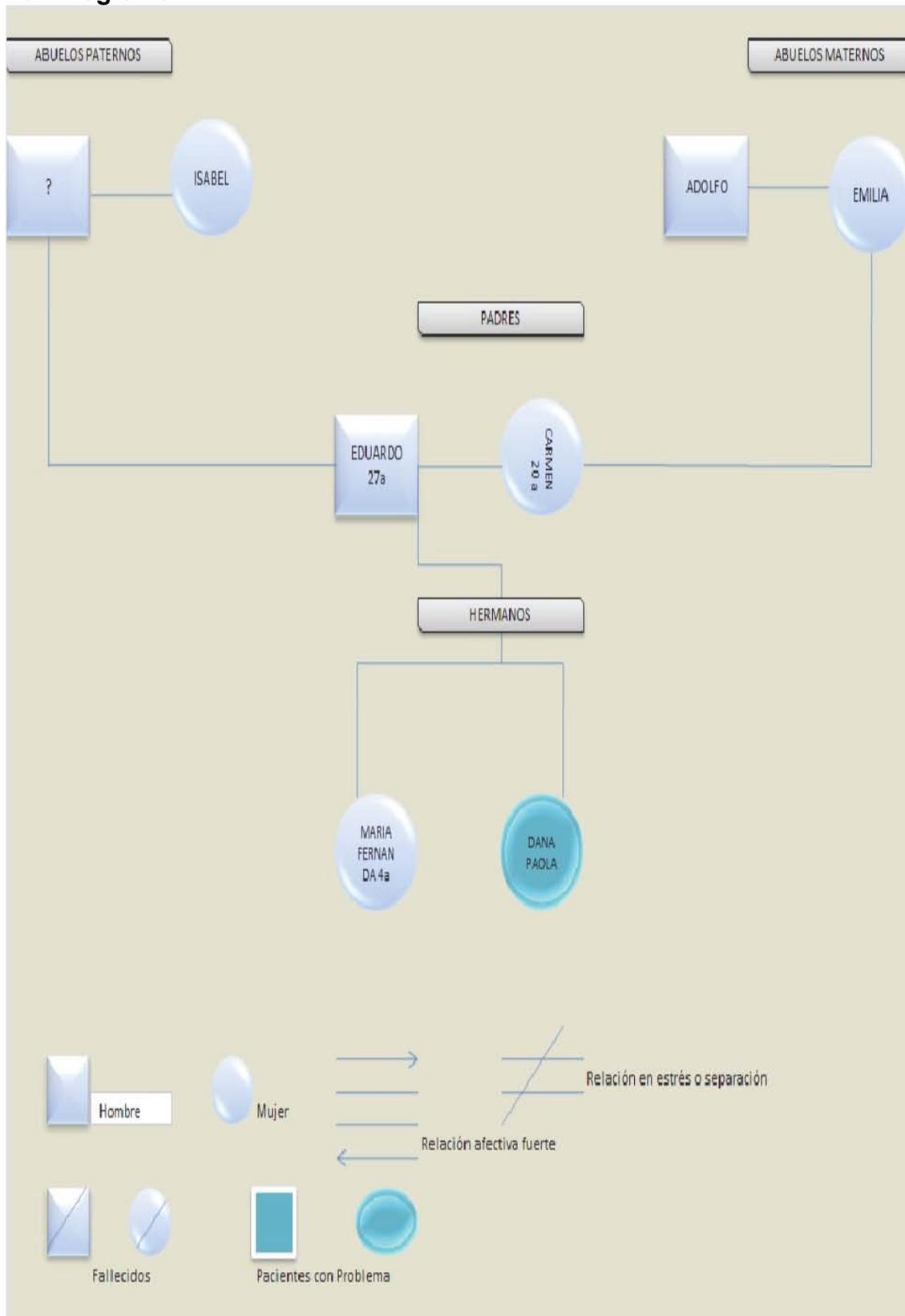
RNPT 32SDG se obtiene producto vivo, sexo femenino, vía abdominal con antecedentes de Ruptura Prematura y Prolongada de Membranas con evolución de 72 horas, al nacimiento requiere de reanimación avanzada por valoración silverman3, presentando tórax anormal, depresión y hemotoráx derecho. Proporcionando un ciclo de reanimación, posterior pasa a cuidados pos-reanimación. Diagnóstico médico actual: RNPT 34 SDG, Peso bajo para edad gestacional.

A la valoración actual se encuentra entre el percentil 10 PEG según graficas Dr. Jurado García, por Ballard corresponde a la madurez neurológica de un neonato de 26SDG.

4.8 Mapa Familiar

| NOMBRE | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN | PARENTESCO |
|------------------------|---------|--------------|------------|------------|
| Mari Carmen | 20 años | Secundaria | Hogar | Madre |
| Eduardo Pérez Gómez | 27 años | Preparatoria | Militar | Padre |
| María Fernanda | 4 años | Preescolar | Estudiante | Hermana |
| Dana Paola | 32 SDG | ----- | ----- | Paciente |

Familiograma



4.9 Dinámica Familiar

Se trata de una familia nuclear, funcional, integrada por 4 miembros, la madre se dedica al hogar, padre militar y su hija María Fernanda de 4 años y la Recién nacida D.P. El padre visita a D.P. por las tardes; la mamá se encuentra la mayor parte del tiempo en el hospital con asilo en el mismo, hasta el alta de su hija D. P. Ambos padres visitan a D.P. durante su estancia hospitalaria.

V. Fundamentación Teórica del Caso

5.1 Antecedentes de estudios relacionados

Se realizó una búsqueda de artículos relacionados a Prematurez en los portales de Biblioteca Cochrane Plus, los artículos no eran del interés para el estudio de caso, o se encontraron artículos no actualizados. Posteriormente en los portales de revistas mexicanas se encontraron artículos de interés que reflejan la situación en nuestro país como son el portal de medigraphic y revista enfermería neurológica. Se realizó la comparación con artículos de países latinoamericanos encontrando actualizaciones de artículos en revistas de Argentina, Brasil y Perú.

1.- En un estudio realizado en el Hospital General de Zona 13 de Matamoros, Tamaulipas se estudiaron recién nacidos pretérmino. El desafío del cuidado enfermero es coadyuvar a mejorar la calidad de vida minimizando la patología agregada como las infecciones y lograr un desarrollo neurológico que le permita integrarse a la vida familiar y a la sociedad a través de la termorregulación, programa de resucitación neonatal, terapia con surfactante, oxigenación, terapia con esteroides y cuidados especiales del neonato prematuro esenciales para el crecimiento, desarrollo y sobrevivencia.

En la valoración se obtienen los datos mediante entrevista, observación y exploración a través de los "*Patrones funcionales de salud*" de Marjory Gordon, que pone de manifiesto hábitos y costumbres del individuo/ familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado, o en situación de riesgo; con respecto al estado de salud. Facilitando pasar de la valoración al diagnóstico, lo que permite definir el ámbito de la enfermería y diferenciarla de la medicina. La gestión de cuidados a través de este modelo está por determinar una nueva faceta en las unidades de atención médica del país.

En conclusión: Aplicar la teoría de Marjory Gordon para valoración del neonato prematuro implica considerar el método de patrones funcionales, que contempla al paciente, la familia y su entorno de manera global y holística, permite reunir todos los datos necesarios para abordar los problemas de salud reales y potenciales a través de actividades independientes e interdependientes a realizar por los

profesionales de enfermería. La gestión de cuidados a través de este modelo está por determinar una nueva faceta en las unidades de atención médica del país.²

Comentario con relación a la prematuridad:

Aunque el pronóstico y la supervivencia de los niños prematuros está relacionado directamente con la edad gestacional y peso al nacer, es importante la participación de los profesionales de la salud considerar la implementación de programas de seguimiento como objeto de investigación del recién nacido prematuro dado de alta, con el fin de verificar los efectos benéficos de las intervenciones tempranas en neonatos, los resultados pueden contribuir a evaluar las intervenciones y mejorar el cuidado enfermero.

2. En un estudio realizado en el Hospital Regional Docente de las Mercedes en Perú, la sobrevivencia de los neonatos de menos de 1,500 gramos se ha aumentado en un 90 por ciento, lo que se puede considerar un hecho positivo, pero también se ha incrementado el número de niños que sobreviven con las secuelas propias de la prematuridad extrema. La enfermera debe intentar mantenerlos en un ambiente lo más parecido al "útero materno", favoreciendo su desarrollo físico y emocional, para cual se justifica el desarrollo de un plan de cuidado integral para mantener a éstos recién nacidos en un "estado de equilibrio", entendiéndose como estado de equilibrio la ausencia de situaciones de estrés, en las que el RNPT puede presentar alteración en los signos vitales como: hipotonía o hipertonia, largos periodos de vigilia, termorregulación alterada y/o aumento del consumo de O₂.

Si bien es cierto que La mortalidad ha disminuido pero la proporción de sobrevivientes con secuelas graves como retardo mental, parálisis cerebral, ceguera y sordera no ha cambiado. Los RNPT sobreviven en la actualidad, pero la meta es mejorar la sobre vivencia y calidad de vida de éstos niños. Para ello es indispensable ofrecer un cuidado integral, el cual debe comenzar con el cuidado prenatal y en todo momento debe ir de la mano de un trato humano.

1. La propuesta de este plan de cuidados, dividido en ocho protocolos pretende la homogeneización, sistematización y optimización de los cuidados a los RNPT menores de 1,500 grs. en el servicio de neonatología del HRDLM., lo que simplificaría las tareas, mejorar la calidad del cuidado y mayor grado de satisfacción de las profesionales de enfermería. Dicho plan está recogido como protocolo de cuidados de enfermería, el que estará a disposición de todo el personal del servicio después de su aprobación. Además se incluirá una hoja en cada historia que sirva como guía de actuación.
2. Esta propuesta surge por la alta incidencia de niños pretérmino menores de 1,500 grs en el servicio de neonatología del HRDLM-Chiclayo, en los últimos años; Siendo un reto para enfermería, no solo ayudar a estos pequeños a la supervivencia si no también una mejor calidad de vida.

² Mata M. M., Salazar B.M., Herrera P.L., Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro Rev. Medigraphic., IMSS Tamaulipas, México 2009:17(1) pp45-54 Disponible: <http://www.artemisaenlinea.org.mx>

3. El grupo de niños menores de 1,500 grs. son los más susceptibles a tener hemorragias intracraneales con las secuelas neurológicas consecuentes, y desarrollar displasia bronco-pulmonar y retinopatía del prematuro, complicaciones por lo tanto necesitan un cuidado especializado y sobre todo humano.
4. El promedio de estadía en el hospital, del niño menor de 1.500 gramos es de 49 días. Esto tiene impacto desde el punto de vista administrativo y de recursos, lo que se traduce en costos cuatro o cinco veces más altos que para el niño a término.³

Comentario con relación a la prematurez:

Lo que proponen es una guía la cual nos serviría para no omitir de alguna manera cuidados importantes que se deben realizar a un neonato pretérmino, y que en un futuro sirva como referencia para el manejo de neonatos pretérmino el cual resulta interesante; ya como menciona antes el artículo realizan una revisión de literatura e implementan estos cuidados en base a la mejora del pretérmino así considerando principios éticos sin dejar los científicos.

3. En un estudio realizado en San Luis Potosí, México se realizó un estudio descriptivo, analítico en la unidad neonatal; donde los recién nacidos son sometidos a una serie de procedimientos e intervenciones terapéuticas que ocasionan dolor, de estos algunos niños nacen con prematurez extrema, requiriendo en algunas ocasiones hasta dos meses de manejo ventilatorio y procedimientos como colocación de catéteres percutáneos, acceso vascular, succión de secreciones, además del constante retiro de cintas adhesivas que lastiman la piel, los neonatos están expuestos hasta a 3 procedimientos dolorosos diariamente.

El manejo de estos niños está básicamente encaminado al tratamiento de las patologías de origen; sin embargo, el cuidado debe ser holístico, satisfaciendo sus necesidades en todos sus aspectos. Hoy en día se sabe por indicadores comportamentales y fisiológicos, que el dolor está presente en ellos, debe prevenirse y tratarse para evitar sufrimiento y efectos nocivos resultantes de cambios fisiológicos, hormonales y biológicos, que pueden reprogramar el desarrollo del sistema nervioso central debido a la percepción nociceptiva de los neonatos.

La valoración y tratamiento del dolor neonatal debe ser multidisciplinario, a cargo de médicos, enfermeras y familiares, por lo que además del tratamiento farmacológico, es de gran utilidad el uso de técnicas no farmacológicas como por ejemplo el contacto madre-hijo, hablarle o arrullarlo.

³ Tello Delgado M., Cuidado Integral al Recién Nacido Pretérmino menor de 1500grs de peso: un reto para enf. Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo, Perú 2007: pp 1-39 Disponible: <http://www.reeme.arizona.edu>

Se ha incrementado la evidencia a favor del uso de analgesia neonatal, de tipo farmacológica o no farmacológica, con el advenimiento de las bases fisiológicas, farmacológicas y de investigación en el campo de la asistencia a los recién nacidos. Al equipo de salud cabe considerar las ventajas y desventajas de los métodos así como sopesar la calidad de vida actual y a futuro de los niños que se atienden, para tomar decisiones correspondientes a favor de transitar hacia un enfoque de humanización del cuidado neonatal.⁴

Comentario con relación a la prematuridad:

El dolor ha sido uno de los temas que más ha preocupado al área de salud en estos últimos años ya que antes tras las intervenciones dolorosas se creía que los pretérmino no tenían totalmente desarrolladas las terminaciones del dolor por lo cual no sentían este tipo de intervenciones sin embargo investigaciones de este tipo han afirmado que al desarrollar intervenciones de tipo dolorosas causan: La alteraciones a largo plazo como las respuestas cognoscitivas y aprendizaje, alteraciones psiquiátricas, síndromes de dolor crónico y procesos de apoptosis prematura a nivel neuronal, quizás sea secundario a estimulación nociceptiva, a estrés constante y a la presencia de neurotransmisores sobre la estructura que se encuentran en pleno desarrollo.

4. El objetivo de este estudio realizado en un hospital en Brasil se describen las vivencias de las madres, analizándolas bajo los principios del Método de la Madre Canguro y se discuten las contribuciones de las madres a partir de los significados de esas vivencias para las acciones de enfermería. En la recolección de los datos, se empleó un cuestionario que caracterizó el perfil socioeconómico de las madres y, por medio de la técnica grupo focal, se obtuvieron relatos de los beneficios de esas vivencias que subsidiaron la construcción de las categorías: sobrevivencia y recuperación del bebé; el día a día de las madres modificado por el MMC; y valorización de los lazos afectivos familiares en el MMC. Se constató que las vivencias están relacionadas al aumento del vínculo entre la madre y el bebé, a la disminución del tiempo de separación del recién nacido de la familia, además de proporcionar mayor competencia y confianza a los padres en los cuidados con su hijo, inclusive antes del alta hospitalaria, mejorando las relaciones de la madre con la familia, entre ellos y con el equipo que cuida del bebé.

A través de los resultados obtenidos, se entiende que la participación familiar se torna esencial para el suceso del método. Esa participación debe acontecer de forma armoniosa en el ambiente hospitalario (primera y segunda etapa) y en el ambiente domiciliario (tercera etapa), asegurando a esas mujeres/madres apoyo, confort, confianza y sociedad en los cuidados profesionales (formales), y también en los cuidados maternos (informales), cuando así propuestos por el equipo de salud. En ese sentido, hay necesidad de trabajar mejor el entendimiento de la

⁴ Gallegos Martínez J., Salazar Juárez M., Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Rev Enfermería Neurológica, México 2010: vol9 (1) pp 26-31 disponible: <http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/enseñanza>

indicación del MMC y la adhesión espontánea por parte de la madre, evitando, así, situaciones de crisis familiar y de estrés, inclusive de pérdida de trabajo o abandono del estudio.⁵

Comentario con relación a la prematurez:

Los beneficios que se obtienen del método madre canguro o piel con piel es el aumento del vínculo entre la madre y el bebé; la disminución del tiempo de separación entre el recién nacido y la familia, evitando largos períodos sin la vigilancia de los cuidados de la madre y la mejoría de la relación de la madre y la familia y, de ellos con el equipo que cuida del bebé. Esto se traduce en un vínculo afectivo que desencadena el amor entre la madre y el neonato y su familia; otra ventaja es la estabilidad en los signos vitales del neonato y de manera mutua se adaptan madre e hijo.

5. Este estudio se realizó en Argentina el cual fue descriptivo, analítico y transversal que se refiere al riesgo de alteraciones en el neurodesarrollo en prematuros de muy bajo peso al nacer, más si se asocia a riesgo ambiental. Su monitoreo fue interdisciplinario a largo plazo permite disminuir su vulnerabilidad. Se refiere al desarrollo psicomotor de niños de 3 años controlados en el Programa de Seguimiento de la Maternidad "Hospital Ramón Sardá". Se relaciona el Puntaje Total de Desarrollo del Test de Desarrollo Psicomotor Infantil de 2 a 5 años (TEPSI, Haeussler M. et al.) con morbilidad temprana y factores socioculturales. La muestra incluyó a 56 niños nacidos durante 2000-2001 a la edad promedio de 3 años. Se analizaron datos de morbilidad perinatal (peso de nacimiento, edad gestacional, patologías severas) y socioculturales (edad y educación materna, crianza sola, estabilidad laboral y nivel socio-económico). Se excluyeron niños con síndromes genéticos o infecciones intrauterinas.

En el presente estudio se observó que un cuarto de los niños Pretérmino presentaron riesgo/retraso en el desarrollo psicomotor relacionado significativamente con ROP/DBP. Los tests diagnósticos incluidos en programas de seguimiento ayudan a detectar los complejos problemas de estos niños y vehiculizar su resolución y/o tratamiento en conjunto con las familias. Quienes se encuentran en riesgo/ retraso deben ser derivados oportunamente para su tratamiento (estimulación temprana, habilitación/ rehabilitación, etc.), a fin de facilitar el desenvolvimiento de sus potencialidades y evitar o disminuir problemas durante la escolaridad.⁶

Comentario con relación a la prematurez:

⁵ Arivabene Carlos J., Tyrrell Rubio A.M., Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev. Latino-Am Enfermagem. Río de Janeiro, Brasil 2010;18(2) Disponible: <http://www.eerp.usp.br/rlae>

⁶ Schapira I., Aspres, N., Benítez A., Vivas S., Rodríguez G., Gerometta G., et al. Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina 2008: 27(4) pp. 155-158 Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91211281004>

Es importante mencionar que las secuelas que desarrollan los prematuros tienen que ver con problemas de plasticidad cerebral; y el tratamiento si no es el oportuno como la estimulación temprana retrasa el desarrollo y las potencialidades en estos niños sin tener una expectativa mejor de vida. A comparación de los niños que son sometidos a estimulación temprana para rehabilitar sus problemas de plasticidad.

5.2 Conceptualización de enfermería

Nuestra disciplina, pese a basarse en un cuerpo de conocimientos propio, ha tenido una gran disociación entre la teoría y el desarrollo como profesión. Realmente escasean los centros donde la teoría es aplicada por diversos factores tanto extrínsecos como intrínsecos a la profesión

La enfermería tiene una imagen estereotipada por la sociedad, la visión lineal del s. XX y uncausal del paradigma de la categorización ha dominado la formación de las enfermeras, por lo que es interesante conocer qué piensan las enfermeras sobre la propia base de su disciplina. Es aquí cuando entra el debate sobre el metaparadigma enfermero. Filósofos como Khun establecen que se han de estudiar los paradigmas para ejercer la profesión y así conformar la base de la práctica profesional.

El metaparadigma enfermero, relevante para la práctica enfermera y para la persona cuidada, es el nivel de conocimiento más abstracto de todos y describe los principales conceptos que hacen referencia al tema principal, así como a la finalidad de una disciplina. Los principales conceptos son persona, entorno, salud y enfermería descritos en 1984 y presentes explícitamente o implícitamente en todos los modelos teóricos enfermeros. Para poder analizar cada uno de los conceptos del metaparadigma, debemos primero conocer qué son y qué comprende cada uno de ellos.

Existen múltiples definiciones del concepto enfermería: “diagnóstica y trata las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales” (ANA, 1995).

La Real Academia Española la define como “Profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”. Según diferentes definiciones incluye atributos como la vocación y la autonomía y es considerada por algunas autoras como arte, ciencia, servicio y/o profesión. Sin embargo, este, como el resto de los elementos del metaparadigma, ha sido descrito de forma diferente según el momento histórico en 3 paradigmas:

En la **categorización**, la enfermera es la que suple las incapacidades, tiene el conocimiento, y sus cuidados están ligados a la profesión médica.

El **cuidado** es un arte y una ciencia. Por otro lado, cuando se analiza el momento de la integración, es consejera, ayuda a escoger los comportamientos de salud en función de las necesidades no satisfechas de las personas.

En la última fase, próxima a nuestro momento temporal, **la transformación**, la enfermera y la persona son partícipes de todo el proceso del cuidado.

Respecto al concepto **persona**, es “todo miembro de la especie humana susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones, de existencia real, física o natural”. La Real Academia Española en su primera acepción lo describe como “Individuo de la especie humana”. La persona es el centro de la recepción del cuidado, e incluye clientes individuales, las familias y la comunidad. El cuidado ha de ser individualizado a sus necesidades. Su origen etimológico viene del latín persona-ae que hace referencia a la careta o máscara que utilizaban antiguamente actores griegos y posteriormente romanos en sus representaciones de teatro.

Cuando este análisis lo traducimos en los momentos descritos por K rouac, observamos que la persona ha sido vista de forma desigual segun la historia, en la categorizaci3n, la persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada una de ellas, reconocible e independiente. De esta forma se separan la dimensi3n biol3gica de la psicol3gica. En la integraci3n la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que estn interrelacionadas, la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. La persona puede influenciar factores preponderantes de su salud. Por último, es considerada como un ser único, indisociable de su universo, en relaci3n con su entorno exterior o interior en el paradigma de la integraci3n.

En cuanto al concepto de **salud** es cambiante, diferente segun la cultura y una experiencia individual. Es el objetivo de los cuidados enfermeros. Existen diferentes acepciones del término segun sea quien lo defina. Una de las definiciones es “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”. La Asociaci3n Americana de Enfermería en 1995 la defini3 como “un estado dinámico del ser en el cual los potenciales de desarrollo y comportamientos del individuo se realizan hasta su máxima extensi3n posible”.

En 1946 la OMS la define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Aunque es una definici3n que no satisfizo a todos los colectivos.

Continuando con el análisis propuesto, en el período de la **categorizaci3n**, la salud es un equilibrio altamente deseable. Es percibida como algo positivo. Es sin3nimo de ausencia de enfermedad. En la integraci3n, la salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y estn en interacci3n dinámica, es un ideal a conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive.

La salud es menos satisfactoria cuando hay enfermedad. Sin embargo, en la transformación está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno, se integra en la vida misma del individuo, la familia y los grupos sociales que evolucionan en un entorno particular.

Por último, el concepto de **entorno** incluye “todas las condiciones posibles que afectan al cliente y la institución en el cual se presta el cuidado sanitario”. Y ambiente, “lo que rodea”, según la Real Academia Española de la Lengua (de entorno). Al igual que el resto de los conceptos expuestos, este entorno ha ido transformándose por lo que durante el paradigma de la categorización se contempla como los aspectos físicos (luz, aire, calor, limpieza...) que permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y hacia la prevención de la enfermedad.

En el momento de la integración, este entorno es considerado de forma más amplia, incluyéndose diversos contextos (histórico, social, político...) en el que la persona vive, y su relación con la persona es cíclica (un entorno positivo generará entornos positivos en un futuro).

Esta visión se amplía hacia un infinito (el universo) dentro de la visión de la transformación. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella, por lo que están en continuo cambio, mutuo y simultáneo. No existe un común acuerdo de aceptar estos cuatro conceptos como el metaparadigma enfermero, algunas teóricas proponen que el término enfermería sea substituido por el de cuidado, por lo que, en ocasiones, el debate sobre el metaparadigma enfermero ha creado controversia.

Como profesionales de enfermería, nuestra percepción de los elementos del metaparadigma influye en las intervenciones que realizamos, en la forma en que cuidamos a las personas y en la forma en la que nos relacionamos con ellas en el entorno de los servicios de salud.

La identificación con las diferentes definiciones propuestas en los modelos teóricos viene determinada por múltiples factores, entre ellos podría ser la formación recibida.⁷

⁷ Santos R., López P., Varez P., Abril S., ¿El ámbito profesional modifica la conceptualización enfermera? Estudio comparativo entre enfermeras del ámbito médico y quirúrgico. Rev Enfermería Global. Sabadell, Barcelona 2009: vol 17 pp 1-13

Corriente del Pensamiento

ESCUELAS

Clasificación de los modelos y teorías en lo que K rouac denomina escuelas. El significado de las escuelas es para nosotros homologable al que tiene el término tendencia. Para su autora, la clasificación de los modelos y teorías en escuelas supone un nivel de concreción, en su análisis mayor al que nos permite el paradigma. Es decir, al analizar los modelos y teorías podemos establecer un primer nivel de relación entre ellos que viene marcado precisamente por su pertenencia a un paradigma. A continuación, y una vez situados en cada paradigma, podemos buscar un segundo nivel de relación, de manera que como hemos podido ver, dentro de un mismo paradigma encontramos diversas orientaciones, lo que hace que los modelos, que mantienen relación por su pertenencia a dicho paradigma, puedan ser agrupados en varias categorías en función de la orientación que los relaciona. De esta manera, un modelo o teoría se relacionar  con otro porque ambos comparten un mismo paradigma y con otro, porque además de compartir paradigma, comparte una misma orientación dentro de él.

La profundización en el análisis nos permite ir afinando en la identificación de relaciones entre los modelos y teorías, de este modo surgen las escuelas que sobrepasan la relación establecida a través de los paradigmas haciendo que dos modelos o teorías mantengan un nivel de relación entre ellos fuera del paradigma.

Esto nos demuestra cómo la disciplina enfermera, además de desarrollarse paralelamente al resto de las disciplinas, genera un conocimiento que le es propio, manteniendo una continuidad por encima de los cambios en la orientación del conocimiento en general.

En Susane. K rouac aparecen agrupados los modelos y teorías en seis escuelas: escuela de necesidades, escuela de interacción, escuela de los efectos deseables, escuela de la promoción de salud, escuela del ser humano unitario y escuela del caring.

- **Escuela de necesidades.**

La característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el autocuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.

- **Escuela de la interacción.** La característica fundamental de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría es que coinciden en la descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, sealando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera. Como representantes de

esta escuela S. K rouac incluye a: H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.

- **Escuela de los efectos deseables.**

La caracterstica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cu al es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir “este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros”. Dentro de esta escuela se encontrarían D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Neuman.

- **Escuela de la promoción de la salud.** La caracterstica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. M. Allen es la representante de esta escuela.

- **Escuela del ser humano unitario.** La caracterstica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. Dentro de esta escuela se situarían M. Rogers, M. Newman y R.R. Parse.

- **Escuela del caring.** La caracterstica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denominan caring. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se situarían M. Leininger y J. Watson.⁸

⁸ Benavent Garcés MA.; Francisco del Rey C., Ferrer Ferrandis E. Los modelos de cuidado. Desde el origen de la enfermería a la disciplina Rev enfermera Br J Obstet Gynecol 2000; pp107:382–95.

5.3 Teoría del déficit de autocuidado

DOROTHEA E. OREM.

Biografía.

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y su madre era un ama de casa que le gustaba leer. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C.

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica, enfermera de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas.

Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, Orem pasó en Indiana de 1949 a 1957 trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, Orem se trasladó a Washington D.C. donde trabajó en el Office of Education, en el US; como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*.

En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la C.U.A, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera.

El Members of the Nursing Models Committee de la C.U.A y el grupo Improvement in Nursing que se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría de Orem que aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 Orem abandonó la C.U.A y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

El primer libro publicado por Orem fue *Nursing: Concepts of Practice*, en 1971; mientras prepararon y revisaron *Concept Formalization in Nursing: Procces and Product*.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA en

1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la universidad de Missouri en 1998.

Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984.⁹

Fuentes teóricas

Aunque Orem cita a menudo a Eugenia K. Spaulding como una gran amiga y profesora, afirma que ningún líder en enfermería tuvo una influencia directa en su trabajo. Considera que su asociación, compuesta por muchas enfermeras le ha aportado numerosas experiencias formativas a lo largo de los años; y que su trabajo con estudiantes licenciados, su trabajo de colaboración con otros colaboradores han resultado muy valiosos. Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, sí que cita mucho de los trabajos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, Réne Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, William Wallace, Bernard Lonergan y Ludwing von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas fuentes para poder comprender la obra de Orem debidamente.

Orem identificó su visión filosófica como una visión de realismo moderado, como la describe Wallace. Banfield presentó un análisis de las fundaciones metafísicas y epistemológicas de la labor de Orem, concluyendo que la “visión de los seres humanos como seres dinámicos, unitarios, que viven en sus entornos, están en proceso de conversión y que poseen libre voluntad, así como otras cualidades humanas esenciales”, son el fundamento de la TEDA. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu también exploraron los fundamentos filosóficos de la teoría. Orem explicó con detalle sus interpretaciones sobre la persona en un estudio reciente.

La teoría de la acción, en la perspectiva de la persona como actor o agente deliberado, forma la base para la teoría. Los conceptos de la ciencia especulativa y práctica son otros de los fundamentos. Gullifer sugiere que los “consejos de Orem en el nexo enfermera paciente... pueden interpretarse como parcialmente basados en la filosofía Kantiana”, incluidos el imperativo categórico y la fusión de la mente y el cuerpo.

⁹Taylor S.G., Dorothea E.O., Teoría del déficit de autocuidado. En Marrier A., Raile M., Modelos y teorías en enfermería. Edt. Elsevier Barcelo, España 2007

Utilización de pruebas empíricas

Orem formuló su concepto de enfermería en relación al autocuidado como parte de un estudio sobre la organización y la administración de los hospitales, estudio que ella llevó a cabo en el Indiana State Department of Health. Este trabajo le permitió formular y expresar su concepto de la enfermería. Adquirió su conocimiento de las características de la práctica enfermera a lo largo de varios años.

Desde la primera vez que la TEDA fue publicada, se ha dado una ampliación de la existencia empírica que ha contribuido al desarrollo del conocimiento teórico, gran parte de éste se incorpora al desarrollo continuo de la teoría, aunque los puntos básicos de la teoría permanecen intactos.

Las interpretaciones de Orem de la ciencia enfermera como ciencia práctica son básicas para entender cómo se recoge e interpreta la evidencia empírica. Las ciencias prácticas incluyen las especulaciones prácticas, las prácticamente prácticas y las ciencias aplicadas. En la edición más reciente, Orem identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamentos. Las ciencias de la práctica enfermera incluyen las ciencias de la enfermería completamente compensatoria, enfermería parcialmente compensatoria y la de apoyo educativo o de desarrollo de enfermería. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento incluyen las ciencias del autocuidado, agencias de autocuidado y la asistencia humana. Además, propone el desarrollo de la ciencia enfermera aplicada y de las ciencias básicas, no enfermeras, como parte de la evidencia empírica asociada con la práctica enfermera.¹⁰

¹⁰ Quintanar S.B., Fundamentación teórica: Modelo de Orem. ENEO., México., 2000: pp 1-16 Disponible: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/fundamentacion-teorica.doc>

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

El modelo de enfermería de Dorothea Orem es utilizado como medio para organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras, necesarios para brindar cuidados a los pacientes. Orem proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

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

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

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

Enfermería: es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.¹¹

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

Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería. Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- La teoría del autocuidado
- La teoría del déficit de autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería



Figura 1. Teorías constituyentes

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

¹¹ Osteguín M.R.M., Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada.(2001). Edt Manual Moderno: México

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

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

La teoría de los sistemas de enfermería proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO

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

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

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

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

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

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

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

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

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

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



Figura 2. Interrelaciones de requisitos de autocuidado universal

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

Orem contempla los requisitos de autocuidado universal como demandas de autocuidado que se hacen al individuo.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

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

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

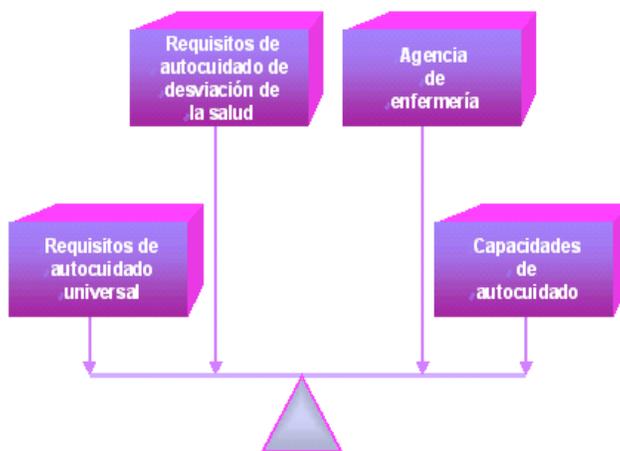


Figura 3. Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado con ayuda de la enfermera

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o de la incapacidad prolongada. La prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

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

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

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

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

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

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

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

Las consideraciones relevantes incluyen:

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

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

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

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

Los factores son los siguientes:

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



Figura 4. Cuidado dirigido a la regulación de factores ambientales

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

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

AGENCIA DE AUTOCUIDADO

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

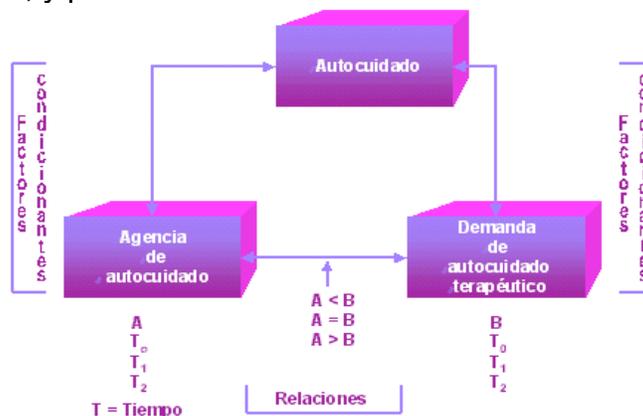


Figura 5. Agencia de autocuidado

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

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

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

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

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

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

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

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

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

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

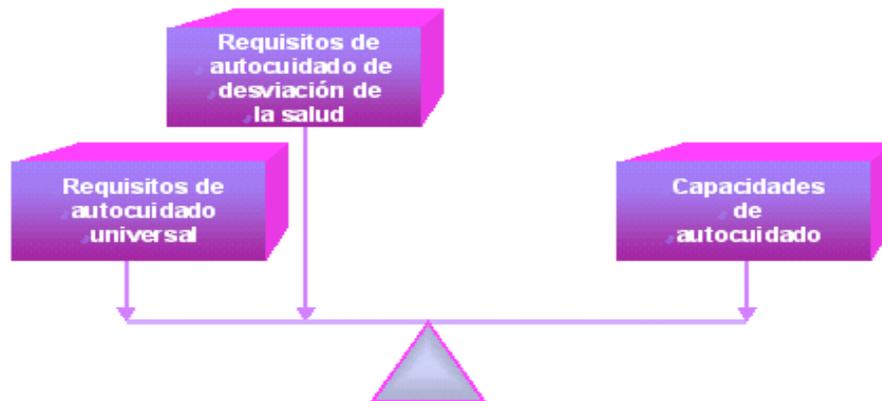


Figura 6. Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

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

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

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

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

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

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

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

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

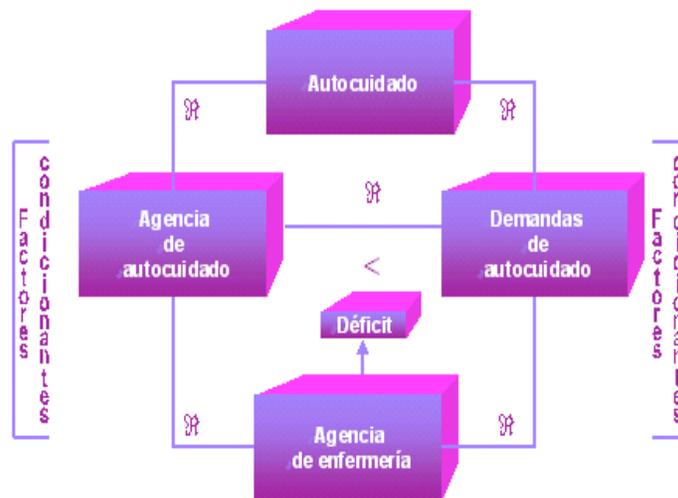


Figura 7. R = relación, < = déficit en la relación actual o potencial

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

El déficit de autocuidado se identifica como completo cuando no hay capacidad para satisfacer la demanda de cuidado terapéutico; o parciales que pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de cuidado terapéutico.

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en un futuro) y lo que debería hacerse para satisfacerlos. Es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia de que existe un déficit de autocuidado:

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

SISTEMA DE ENFERMERÍA

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

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

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

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

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

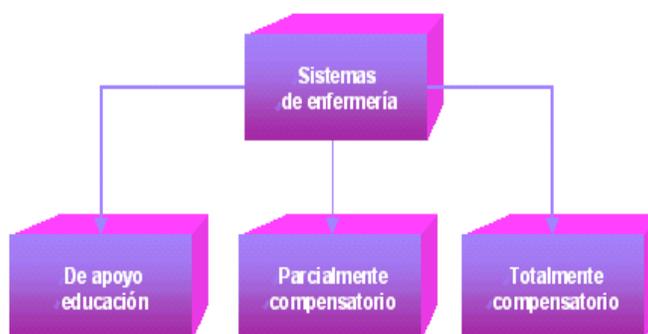


Figura 8. Sistemas de enfermería

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

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

Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes situaciones:

1. El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, por ejemplo cuando está en coma.

2. El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulaci3n o movimientos de manipulaci3n.
3. El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular.

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

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

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

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

Este sistema de enfermer3a es apropiado en las siguientes situaciones:

1. El paciente tiene una limitaci3n de la movilidad o de las habilidades de manipulaci3n, ya sean reales o por requerimientos m3dicos.
2. El paciente tiene un d3ficit de conocimientos o habilidades, o de ambos, que impiden la satisfacci3n de todas las demandas de autocuidado.
3. El paciente no est3 psicol3gicamente dispuesto para realizar, o aprender a realizar conductas de autocuidado.

El papel de la enfermera en el sistema de enfermer3a parcialmente compensatorio incluye:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
2. Compensar cualquier limitaci3n del autocuidado que pueda tener el paciente.
3. Ayudar al paciente seg3n requiera.

Este sistema de enfermer3a tambi3n otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

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

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

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

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

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

PROCESO DE ENFERMERÍA

Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría.

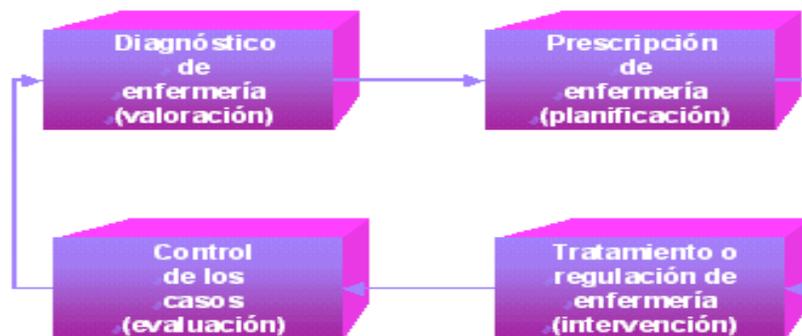


Figura 9. Perspectiva del proceso de enfermería usando el modelo de enfermería de Orem

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

Contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

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

En particular las enfermeras deberían:

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

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

Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidados de casos (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes.

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

Diagnóstico de enfermería

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

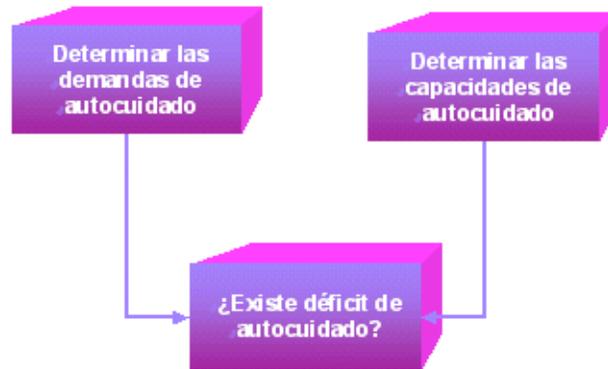


Figura 10. Diagnóstico de enfermería (valoración)

Cavanagh Stephen J. (1993) Significado de la Enfermería

El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del proceso de enfermería.

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

- Demanda de autocuidado actual y futuro
- Capacidad actual y futura para el autocuidado

Operaciones prescriptivas

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

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

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

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

Operaciones reguladoras o de tratamiento

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

Es importante el desarrollo de un sistema apropiado para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de intervención y evaluación del proceso de enfermería.

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

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

Operaciones de cuidado (control) de casos

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

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

El aspecto de control del proceso de enfermería implica no sólo la evaluación de los cuidados, sino también una auditoría de la utilización de los recursos.

TEORÍA EN LA PRÁCTICA

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

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

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

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

GUÍA EN LA PLANIFICACIÓN

Información previa:

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

Valoración:

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

9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados.

Planificación:

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

Ejecución:

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

Evaluación:

1. Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
2. Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
3. Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
4. Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.¹²

¹² Cavanagh, Stephen J., Modelo de Orem: Aplicación Práctica, e3DICCIONES Masson-Salvat; Barcelona,España:1993 pp45

5.4 Método Enfermero

INTRODUCCIÓN

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es el método conocido como proceso de enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de los objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas tendientes al logro de los resultados esperados.

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción.

El proceso de enfermería se origina cuando, por primera vez fue considerado como un proceso, esto ocurrió con May (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967) establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación); y Bloch en 1.974, Roy (1975) y otros añadieron la fase diagnóstica al proceso convirtiéndolo en un proceso con cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación).

- Valoración: Es la primera fase del proceso de enfermería que consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación. Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación. Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

CARACTERÍSTICAS

Tiene una **Finalidad**: Se dirige a un objetivo.

Sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.

Dinámico: Responde a un cambio continuo.

Interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, la familia y otros profesionales de la salud.

Flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente. Tiene una **Base teórica**: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

PRIMERA FASE DEL PROCESO DE ENFERMERIA:

Valoración

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: Estas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia.

Durante la fase de valoración, la Enfermera realiza actividades específicas que le ayudarán a ser una pensadora crítica y a encontrar la información que necesita para comprender los problemas y tomar decisiones sobre el plan de cuidados.

Estas actividades son:

Recolección de datos. Reunir información sobre el paciente.

Validación de los datos. Asegurarse de que la información que posee es exacta.

Organización de los datos. Organizar los datos en grupos de información que ayudarán a identificar patrones de salud o enfermedad.

Identificación de Patrones funcionales. Tomar una decisión tentativa sobre lo que pueden significar ciertos patrones de información y focalizar la recogida de datos para obtener más información para comprender mejor la situación. (Alfaro Lefeure, Aplicación del Proceso de Enfermería).

Comunicación/Anotación de los datos: Comunicar y registrar las anomalías para acelerar el tratamiento; registrar los datos de la valoración para comunicar el estado actual de salud.

Recogida de Datos: La recogida de datos empieza cuando alguien entra en contacto con el sistema de cuidados de la salud y continúa durante todo el tiempo en que necesita esos cuidados. La información recogida en esta contacto inicial proporciona la base para determinar el estado actual de salud y establecer un plan inicial de cuidados. La información reunida en los encuentros posteriores no sólo le aportará datos sobre la situación de salud, sino también sobre cómo responde la persona al plan de cuidados.

Recursos que se utilizan para recoger datos: Aunque la recogida de datos implica la utilización de muchos recursos diferentes, se debe considerar al paciente como

la principal fuente de información. El resto de la información se extraerá de los registros médicos, registros de enfermería, la familia, otros profesionales que hayan trabajado con el paciente y la bibliografía que encuentre sobre sus problemas.

Tipos de valoraciones de Enfermería

Valoración de los datos básicos. Se realiza durante la entrevista inicial con el paciente para reunir información sobre todos los aspectos de su estado de salud. Esta información, también llamada base de datos de referencia, le dice cómo está el paciente, antes de iniciar la intervención.

· La valoración de los datos básicos debería ser planificada, sistemática y completa para promover la recogida de datos sobre todos los aspectos del estado de salud del paciente. Por esta razón, se ha desarrollado un instrumento de valoración, que guía la obtención y registro de la información que se necesita para desarrollar un plan inicial de cuidados.

En los últimos años, muchas escuelas de enfermería y centros de cuidados han cambiado el enfoque de sus instrumentos de valoración de un modelo médico (orientado a la enfermedad) a un modelo de enfermería (holístico, que se orienta a las respuestas humanas). Esto se debe a que la organización de los datos mediante un modelo médico sólo ayudará a recoger información sobre problemas médicos. Sin un enfoque de enfermería holístico, es probable que omita información importante sobre el funcionamiento de la persona como ser biopsicosocial.

Valoración focalizada. Se realiza para reunir información específica sobre un solo aspecto o problema. Es decir, tras identificar un problema tendrá que realizar valoraciones focalizadas periódicas para controlar su estado.

Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse.

Diferenciar entre **signos e inferencias** y confirmar las impresiones. Un **signo** es un hecho que se percibe a través del uso de los sentidos y una **inferencia** es el juicio o interpretación de esos signos.

El proceso a seguir puede basarse en distintos criterios:

Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.

Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la obtención de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se debe buscar:

- Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
- Factores contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores se debe tener en cuenta:

- Confirmar los problemas de salud detectados.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.

Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.

Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente

En la recogida de datos se necesita:

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc...) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas).
- Convicciones (ideas, creencias, etc...)
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Los tipos de datos que se recogen son:

Datos Subjetivos: Estos no se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).

Datos Objetivos: se pueden medir con cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial)

Datos históricos – Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).

Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual. Identificación de claves y elaboración de inferencias Los datos objetivos y subjetivos identificados actúan como claves. Las claves son "indicaciones" o "recordatorios" que le llevan a sospechar la existencia de un problema.

Métodos para obtener datos:

A. **Entrevista Clínica:** es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene 4 finalidades estas son:

- Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- Facilitar la relación enfermera/Paciente.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Las técnicas verbales son:

El interrogatorio que permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- 1.- Expresiones faciales, la forma de estar y la posición corporal, los gestos, el contacto físico, la forma de hablar.
- 2.- La Observación. En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera - paciente.

Segundo método básico de valoración

B)La **Observación sistemática** implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.

C)La **Exploración Física**. Se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).

Palpación: Examen mediante el tacto y la sensación.

Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza un estetoscopio. Una vez descritas las técnicas de exploración física pasemos a ver las diferentes formas de abordar un examen físico: Desde la cabeza a los pies, por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

Desde la cabeza a los pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

Por sistemas corporales o aparatos, nos ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.

Por patrones funcionales*(según teoría) de salud, permite la recogida ordenada para centrarnos en áreas funcionales concretas.

Validación de los Datos

El propósito de la validación, o verificación de los datos es confirmar que su información es real y completa. Esto significa que debe asegurarse que ha identificado todas las claves y de que sus inferencias o interpretaciones son correctas. Si no está segura de la validez de su información, obtenga más datos en vez de seguir adelante y analizar e identificar problemas basándose en datos incorrectos o incompletos. Utilizar información incorrecta o incompleta podría hacer que cometiera un error en la identificación de los problemas.

Diagnóstico

Juicio clínico sobre las respuestas humanas de un individuo familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales, para las cuales la enfermera puede legalmente prescribir intervenciones definitivas independientes para prevenir, corregir y controlar los problemas.

Las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones en cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativos o interdependientes. Y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.

La dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los diagnósticos de enfermería.

Componentes de las categorías diagnósticas:

1. Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
2. Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás. Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico.
3. Características definitorias: Las características que definen los diagnósticos reales son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.
4. Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan en torno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

Los diagnósticos de enfermería de alto riesgo incluyen en su enunciado los factores de riesgo, por ejemplo:

Fisiopatológicos (biológico y psicológicos): shock, anorexia nerviosa.

De Tratamiento (terapias, pruebas diagnósticas, medicación, diálisis.
De ambiente como, estar en un centro de cuidados crónicos, residuos tóxicos, etc.
Personales, como encontrarse en el proceso de muerte, divorcio, etc.
De maduración: paternidad/maternidad, adolescencia, etc.

Tipos de Diagnósticos de Enfermería

Los diagnósticos son de cuatro tipos:

Reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del Diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un Diagnóstico de Enfermería real.

Consta de dos partes, formato PES: problema (P) + etiología /factores causales o contribuyentes. (E).

Ejemplo: Deterioro de la integridad cutánea relacionado con supuración de herida infectada

Alteración de la nutrición por defecto relacionado con dificultad para deglutir

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Para respaldar un Diagnóstico potencial se emplean los factores de riesgo.

1. a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Ejemplo: Alto riesgo de infección relacionado con disminución de la respuesta inmunitaria secundaria a la quimioterapia.

Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con reposo obligado en cama.

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales.

La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) o respuesta humana + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible trastorno de la percepción de sí mismo relacionado con pérdida reciente de las responsabilidades del rol secundario a exacerbación de esclerosis múltiple.

De bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos

Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Planificación:

Establecer prioridades en los cuidados. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos.. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Los resultados esperados deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades, así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

El plan de cuidados sirve para los siguientes propósitos.

- _ Facilitar la comunicación entre los distintos cuidadores.
- _ Dirigir los cuidados y la anotación de los mismos.
- _ Proporcionar un registro que posteriormente pueda utilizarse para la evaluación y la investigación.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones de enfermería es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso. (Actuaciones de enfermería)
- Objetivos del paciente/cliente o criterios de resultados esperados

Las principales características de los objetivos o resultados esperados del paciente son:

- Deben ser alcanzables, esto es, factibles de realizar.
- Deben ser medibles, así se describen con verbos mensurables del tipo de, afirmar, hacer una disminución, hacer un aumento, toser, caminar, beber, etc. Ejemplos de verbos mensurables: Identificar, describir, realizar, relatar, explicar, verbalizar, enumerar, coger, demostrar, compartir, expresar, tener un aumento de, tener una disminución de, tener una ausencia de, ejecutar, comunicar, toser, caminar, permanecer, sentarse, discutir.

Ejemplos de verbos no mensurables: Saber, comprender, apreciar, pensar, aceptar, sentir.

Si el verbo utilizado no describe un resultado que pueda verse u oírse como en:
El individuo experimentará menos ansiedad.

La enfermera puede cambiarlo por uno que pueda medir la conducta, como:
El individuo informará tener menos ansiedad.

- Deben ser específicos en cuanto a contenido (hacer, experimentar o aprender) y a sus modificadores (quién, cómo, cuándo, dónde, etc.). Así, al verbo se le añaden las preferencias e individualidades.

EJECUCION

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas ·

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase es importante mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, debido a que por un lado se debe profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que

deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

El proceso de evaluación consta de dos partes. · Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.

· Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según Iyer las siguientes áreas:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

2. Señales y Síntomas específicos

- Observación directa
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia.

3. Conocimientos:

- Entrevista con el paciente
- Cuestionarios (test)

4. Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

5. Estado emocional: Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones. · Información dada por el resto del personal.

6. Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para

plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- EL paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir.

En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo. De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera
- Con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

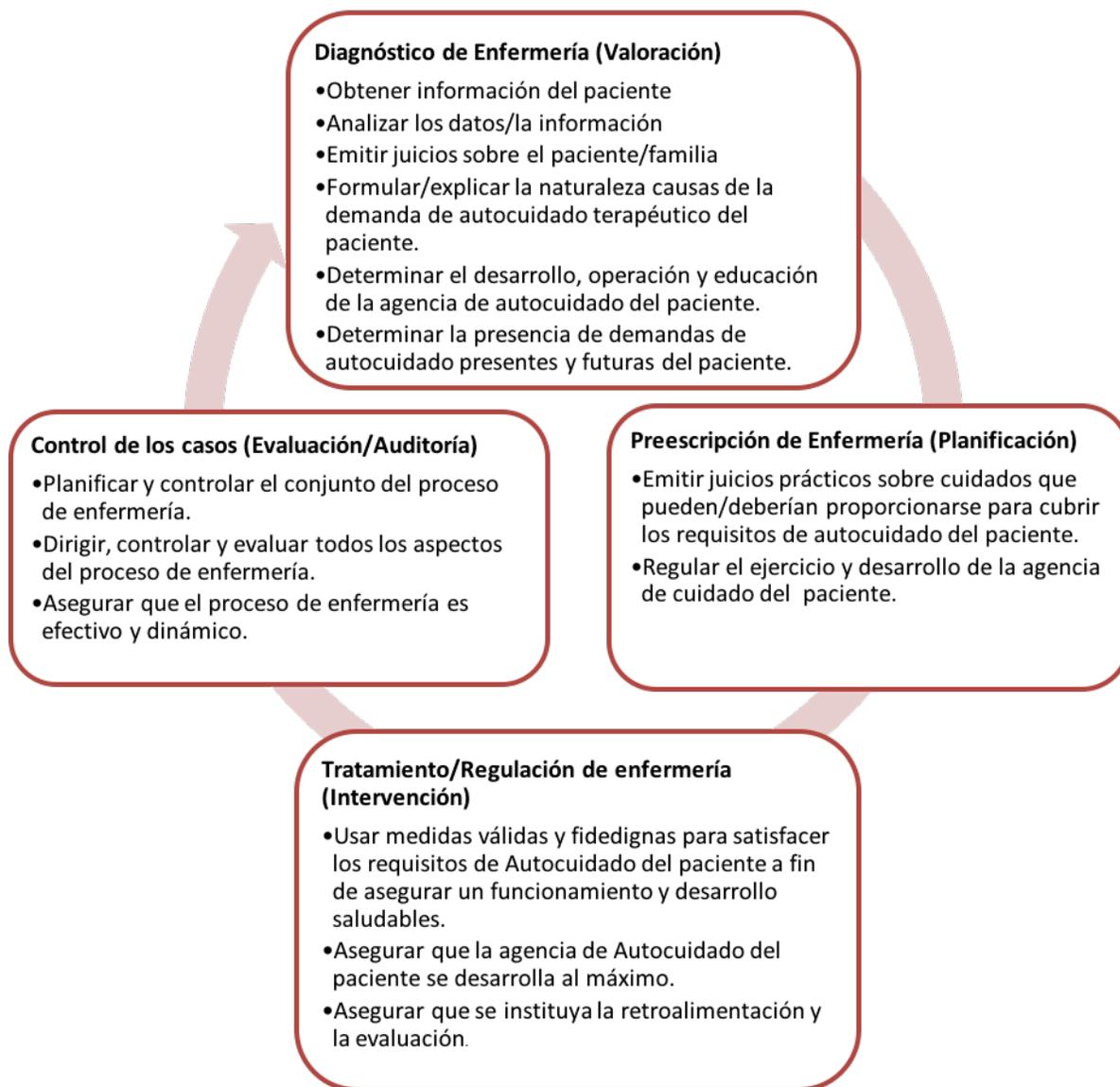
El periodo neonatal se caracteriza por alta vulnerabilidad debido a las adaptaciones y cambios que enfrenta el neonato al pasar de la vida intrauterina a la vida extrauterina; es decir la separación de la placenta le conduce a realizar sus funciones vitales de manera independiente, donde participan sus aparatos y sistemas en conjunto para modificar la circulación sanguínea, establecer la respiración, el funcionamiento gastrointestinal, renal, hepático e inmunitario, de tal manera que se adapta exitosamente a la vida extrauterina.

El cuidado es especializado, sistematizado y organizado lo que caracteriza al quehacer profesional de enfermería neonatal en cada uno de los servicios de asistencia donde se desarrolla, como son: la unidad tocoquirúrgica, el cunero, la terapia intermedia y terapia intensiva.¹³

¹³ Higuera Quintero M., Proceso de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Facultad de Enfermería. Convenio de Capacitación para enfermeras. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2002

5.5 Relación del proceso enfermero y la teoría de Dorothea E. Orem

Relación del Proceso Enfermero con la Teoría del Déficit del Autocuidado.¹⁴



¹⁴ Cavanagh, Stephen J., Modelo de Orem: Aplicación Práctica, e3DICCIONES Masson-Salvat; Barcelona, España: 1993

5.6 Consideraciones Éticas

Con base en la revisión del Diccionario de la Lengua Española, la ética médica, se podría concebir como:

“Disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente; dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”. Si consideramos que la ética, se desarrolla en el contexto de la relación médico-paciente y por lo tanto de la atención médica, es necesario tener en cuenta el concepto de calidad de la atención médica. Se propone la siguiente definición: “Otorgar atención al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.

Dentro de los principios éticos vigentes incluidos dentro de la definición previa, se considera como relevantes los de: beneficencia, equidad, autonomía, confidencialidad, justicia, respeto, honestidad, dignidad, lealtad y solidaridad.

Dentro de estos principios éticos, nos referimos en este trabajo al principio de autonomía al que podríamos definir como: “Derecho básico de los individuos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona”.¹⁵

DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

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

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

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

¹⁵ Aguirre G.H., Ética médica, consentimiento informado. Revista CONAMED, México: 2002 vol 7(3) pp 65-69.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

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

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente 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 en los cuidados de enfermería.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir. Por esto la vida es indispensable para el ejercicio de la libertad.

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. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de

proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

Veracidad.- Se define como 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.- Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o 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. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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 del fanatismo.

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de

la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

Doble efecto.- Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, exista una causa proporcionalmente grave.¹⁶

¹⁶ Macias Gelabert., Alina Mercedes., El consentimiento informado en pediatría. Rev Cubana Pediatría, Ciudad de la Habana, Cuba 2006: 78(1) Disponible:<http://www.scielo.sld.cu>

Derechos del Recién Nacido



Protección integral del recién nacido en lo humano, en lo físico, en lo bioético, en lo anímico, en lo jurídico y en lo político-social.

1. A QUE sea asistido en el momento de mi nacimiento sin importar raza, credo o nacionalidad por personal idóneo y en centros hospitalarios calificados.
2. A QUE ante los avatares imponderables se me autorice nacer en cualquier centro hospitalario sin importar si tengo o no constancia de afiliación.
3. A QUE antes de que sea ligado mi cordón umbilical se me permita rescatar la sangre placentaria de mi progenitora colocándome unos segundos al nivel de su pelvis y que su ligadura final sea hecha a 5 cm. de mi pared abdominal una vez establecida mi respiración normal.
4. A QUE a los segundos de haber nacido se me practique pronta y acuciosa valoración para conocer la calificación de salud que hube obtenido, previa e inmediata limpieza de mis vías aéreas y de la comprobación de mi permeabilidad recto-anal y esofágica.
5. A QUE permanezca en el regazo materno para que naturalmente roce el pezón de sus senos e inicie mi amamantación temprana, única, amorosa, calmada y privativa. Que me sean proscritos los sucedáneos lácteos fabricados, e igualmente el uso de los biberones, así como las infusiones de hojas llamadas popularmente té, porque estos disminuirán el insustituible nutriente que me prodiga mi madre y engañarán a mi apetito.
6. A QUE como niño-individuo que soy se respete mi decisión de no mutilar mi prepucio sano a través de la anticientífica circuncisión con el propósito de que permanezca natural, completo e indemne y contando con que después de los tres meses se me practicará la Sinequiotomía para mi higiene genital temprana y todo lo que ello representará para mi futuro. Que siendo niñas nunca se nos practique la clitoridectomía.
7. A QUE se me proporcionen la vacuna antituberculosa y antipoliomielítica, la de la hepatitis B y las nuevas que me sean benéficas (VIH); se me ministre un miligramo de la vitamina K para compensar mi inmadurez hepática y mi tendencia a la hemorragia y se me instilen las gotas oculares

- antisépticas que prevengan la infección de mis ojos.
8. A QUE sea registrado en el mismo lugar en donde nazca, me sean colocadas mis pulseras de identificación anexándose los nombres de mis progenitores, mis huellas palmo-plantares y mis marcas de nacimiento, a fin de dificultar el robo el trueque, la venta, el obsequio, el abandono, la adopción, el tráfico y demás ilícitos.
 9. A QUE para alguna investigación científica no riesgosa a la que pudiera ser invitado y pensando en que mi colaboración pudiera ser beneficiosa para el futuro de otros neonatos como yo, dicha investigación se me realizara sólo con la aprobación previa de un comité de bioética altamente calificado.
 10. A QUE no se me comprima con la venda o el fajero abdominal a fin de que pueda respirar y digerir normalmente; a que mi ropa abrigadora no me ajuste y me deje marcas en mi piel y que sea confeccionada con fibras naturales que absorben mejor mi sudoración y son más hipoalergénicas.
 11. A QUE se me amamante con amor, con el horario libre que al principio establezca y después con el cercano a las 3 horas en la mayoría de las veces y permitiéndome mamar del pecho de mi amada madre cuando menos 15 minutos de cada lado sin que se olvide mi eructación. Que mi madre mientras me amamante no ingiera medicinas y productos que dañen mi salud.
 12. A QUE duerma sólo en mi cuna y se evite el que concilie el sueño en "bambinetos" pequeños, en los llamados "moisés" o junto con adultos, así como el de no sacarme de mi acogedor aposento innecesariamente, porque todo ello procuraría a mi natural indefensión, cambios, enfriamientos e infecciones de repetición que vulnerarían mi aún inestable salud.
 13. A QUE se me mantenga aseado, de preferencia con mi baño diario y se realicen oportunamente mis mudas, especialmente las del pañal, para evitarme las humedades e irritaciones.
 14. A QUE no se me inculque el vicio del chupón, para no contraer infecciones y porque al cansar mis músculos de la deglución aminoraría mi apetito; a que no se me ministre medicamento alguno sin prescripción facultativa y especialmente los antibióticos a los que me pudiera hacer resistente y los antitérmicos, porque mi centro termorregulador es frágil e inmaduro y al descendérseme la fiebre se abatirían mis defensas naturales.
 15. A QUE de algún modo se conmemore los "5 de marzo" como el Día Mundial del Recién Nacido para recordarle a la humanidad que fuimos protegidos desde el momento mismo de nuestro nacimiento.
 16. A QUE ante la mínima sospecha de una insuficiencia, de un accidente o de una enfermedad sorpresiva, sin más espera se recurra de preferencia a un centro o clínica pediátrica especializada.¹⁷

¹⁷ Fernández A. S., Decálogo UNICEF: e-derechos de los niños y las niñas. UNICEF. México 2012(6) 1 Disponible: <http://httpescuela20de7padres.blogspot.mx/2012/06/decalogo-unicef-los-e-derechos-de-los.html>

Decálogo de los e-derechos de los niños y las niñas | UNICEF

1 **Derecho al acceso a la información y la tecnología**, sin discriminación por motivos de sexo, edad, recursos económicos, nacionalidad, etnia o lugar de residencia. En especial este derecho al acceso se aplicará a los niños y niñas discapacitados.

2 **Derecho a la libre expresión y asociación**. A buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo por medio de la red. Estos derechos sólo podrán ser restringidos para garantizar la protección de los niños y niñas de informaciones y materiales perjudiciales para su bienestar, desarrollo e integridad; y para garantizar el cumplimiento de las leyes, la seguridad, los derechos y la reputación de otras personas.

3 **Derecho de los niños y niñas a ser consultados y a dar su opinión** cuando se apliquen leyes o normas a Internet que los afecten, como restricciones de contenidos, lucha contra los abusos y limitaciones de acceso.

4 **Derecho a la protección contra la explotación, el comercio ilegal, los abusos y la violencia de todo tipo** que se produzcan utilizando Internet. Los niños y niñas tendrán el derecho de utilizar Internet para protegerse de estos abusos, para dar a conocer y defender sus derechos.

5 **Derecho al desarrollo personal y a la educación**, y a todas las oportunidades que las nuevas tecnologías como Internet puedan aportar para mejorar su formación. Los contenidos educativos dirigidos a niños y niñas deben ser adecuados para ellos y promover su bienestar, desarrollar sus capacidades, inculcar el respeto a los Derechos Humanos y al medioambiente y prepararlos para ser ciudadanos responsables en una sociedad libre.

6 **Derecho a la intimidad de las comunicaciones** por medios electrónicos. Derechos a no proporcionar datos personales por la red, a preservar su identidad y su imagen de posibles

7 **Derecho al esparcimiento, al ocio, a la diversión y al juego**, también mediante Internet y otras nuevas tecnologías. Derecho a que los juegos y las propuestas de ocio en Internet no contengan violencia gratuita, ni mensajes racistas, sexistas o denigrantes, y respeten los derechos y la imagen de los niños y niñas y de otras personas.

8 Los padres y madres tendrán **el derecho y la responsabilidad de orientar, educar y acordar con sus hijos e hijas un uso responsable de Internet**: establecer tiempos de utilización, páginas que no se deben visitar o información que no deben proporcionar para protegerlos de mensajes y situaciones peligrosas. Para ello, los padres y madres también deben poder capacitarse en el uso de Internet e informarse de sus contenidos.

9 Los gobiernos de los países desarrollados deben **comprometirse a cooperar con otros países** para facilitar el acceso de estos y sus ciudadanos, y en especial de los niños y niñas, a Internet y otras tecnologías de la información para promover su desarrollo y evitar la creación de una nueva barrera entre los países ricos y los pobres.

10 **Derecho a beneficiarse y a utilizar en su favor las nuevas tecnologías** para avanzar hacia un mundo más saludable, más pacífico, más solidario, más justo y más respetuoso con el medioambiente, en el que se respeten los derechos de todos los niños y niñas.



© UNICEF

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

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

La Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México.

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

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

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

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.¹⁸

¹⁸ Comisión Interinstitucional de Enfermería, SSA. Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México. Rev Enf IMSS 2001: 9(1) pp 27-34

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.
11. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.^{19 20}

¹⁹ Comisión Interinstitucional de Enfermería, SSA. Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México. Rev Enf IMSS 2001: 9(1)

²⁰ Decálogo de los derechos de las niñas y de los niños. UNICEF

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Principios éticos

Dentro de los cambios que han surgido en la Ética Moderna, a raíz de la Declaración de los Derechos Humanos y el Código Nuremberg emitido por el Tribunal del mismo nombre, relacionado con la investigación en humanos, actualizado en la Declaración de Helsinki, los derechos de los pacientes han tomado una gran relevancia. Con referencia al consentimiento informado existen pronunciamientos explícitos en relación a métodos de control de la fertilidad en la Conferencia Internacional sobre Planeación y Desarrollo en el Cairo en 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995.

En nuestro país existen pronunciamientos claros en la Ley General de Salud, Leyes Estatutos de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS y en Normas Oficiales Mexicanas en cuanto a la decisión libre, responsable, informada y sin coacción para la aplicación de métodos anticonceptivos, debiendo ser por escrito en caso de métodos permanentes, la aplicación de la prohibición de llevar a cabo métodos anticonceptivos en forma obligada y la prohibición de esterilización forzada.

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

Los pacientes como todo ser humano tienen derecho a valores como la vida, la libertad, la integridad, la equidad, la dignidad, la seguridad jurídica y la salud. El paciente tiene ahora el derecho y el deber de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud. Entre los derechos de los pacientes y están los principios éticos que se consideran como fundamentales y de carácter universal, de entre ellos ocupa una posición fundamental la “autonomía” y como parte de ella está ella “consentimiento informado”.

Como parte del principio de autonomía el enfermo tiene derecho a:

- Tomar la decisión que más convenga a sus intereses y preferencias, en relación a su salud.
- Conocer, elegir y cambiar de médico y a obtener una segunda opinión cuando lo requiera.
- Información clara, completa y veraz, sobre su padecimiento, programa de estudio y tratamiento, sus riesgos y el pronóstico.
- Otorgar o no su consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, de soporte vital extraordinario y participación en proyectos de investigación.
- Manifestar su inconformidad con la atención recibida, cuando esto ocurra y a que se le atienda.

- Donar sus órganos. - Elaborar un testamento de vida. Se abordará lo referente a la información y al consentimiento o disentimiento, que con base en ella el paciente puede manifestar.

Consentimiento informado Se puede definir al consentimiento informado como:

“Facultad del enfermo o válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en un proyecto de investigación que se le proponga”. El consentimiento informado incluye los siguientes preceptos:

Derecho a la información:

1.1. Derecho a conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde recibe atención, aplicables a su conducta como paciente.

1.2. El paciente tiene derecho a ser informado con veracidad, claridad, suficiencia e imparcialidad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo y el pronóstico de su padecimiento.

1.3. Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionará, así como los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas; la posibilidad y duración de las discapacidades que pudieran ocurrir, y con dicha información otorgar su consentimiento por escrito o negarlo, excepto en los casos de urgencia.

1.4. Conocer con anticipación seis expectativas de curación, control, mejoría o paliación de la enfermedad.

1.5. Derecho a ser asesorado, a requerir más información y a que se le otorgue.

1.6. Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole y los beneficios esperados de los proyectos de investigación en que se le proponga participar.

1.7. Que se dé respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas. Dentro de estos conceptos destaca como un elemento fundamental la información, como parte de una relación médico-paciente estrecha, con comunicación abierta en ambos sentidos, con confianza y cooperación mutuas, en favor de un propósito común: el beneficio del paciente.

2. Libertad de Elección.

2.1. El paciente tiene la opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda cambio de médico cuando lo considera necesario, excepto en los casos de Urgencia.

2.2. Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamientos propuestos en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado, inclusive de las consecuencias de una negativa.

2.3. Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.

2.4. No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma preferentemente escrita; después de haberse cerciorado que el paciente

comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.

2.5. Preservar la calidad de su vida.

2.6. No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.

2.7. En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera recibido la información completa de las causas y de la necesidad del traslado, y de haber otorgado su consentimiento.

2.8. A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, sin la previa información completa, veraz y comprensible, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.

2.9. La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico-paciente. Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento, en el cual el riesgo inherente al procedimiento sea mayor que el beneficio esperado, sin explicarlo claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento. El médico deberá alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción, respetar su autonomía y tener en cuenta sus deseos y preferencias, en forma libre y sin coacción. El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes.²¹

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el paciente acepta o no, recibir un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado con calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y los beneficios que este conlleva, así como sus posibles alternativas.³ El objetivo principal del consentimiento informado es ofrecerle al paciente una información comprensible y relevante de modo que pueda participar en la toma de decisiones que le atañen, por eso el profesional de la salud deberá ayudar siempre a que el paciente establezca en él la confianza necesaria. Si la comprensión del mensaje es incorrecta, si el paciente firma la hoja que se le presenta para obtener el consentimiento informado sin comprender realmente, estaremos favoreciendo la aparición del consentimiento desinformado, que no es éticamente válido pero es universalmente aceptado en los centros hospitalarios como un requisito previo para realizar cualquier exploración.

Para que realmente podamos hablar de consentimiento libre e informado, se requieren tres elementos a saber: información completa, comprensión adecuada y ausencia de coacción (voluntariedad).⁴

- *Información completa.* Los sujetos deben recibir del médico la información completa, adecuada y veraz. Esto implica utilizar un lenguaje adecuado y una terminología comprensible para ofrecer información suficiente en

²¹ Aguirre G.H., Ética médica, consentimiento informado. Revista CONAMED, México: 2002 vol 7(3) pp 65-69

cantidad y profundidad, que permita comprender el alcance y las consecuencias que pueden tener sus decisiones.

- *Comprensión.* Es necesario que el individuo comprenda la información proporcionada desde su ángulo en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje.
- *Voluntariedad.* Los pacientes deben tener la posibilidad de decidir libremente si desean o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos. No debe existir coacción, es decir, no debe presionarse para que tome rápidamente decisiones sin haber elaborado adecuadamente la información.

Una información adecuada para el tratamiento o el diagnóstico puede aumentar la confianza del paciente en el personal de salud, confianza que a la larga será beneficiosa para la prevención, curación y rehabilitación, y en la que existirá una verdadera colaboración de ambos.

No tener en cuenta esta realidad en la atención al paciente pediátrico trae para el profesional dificultades en la efectividad de su intervención, y para el paciente, decrecimiento de la calidad de la atención de la que es objeto.

Cuando nos referimos al niño, uno de los primeros y grandes dilemas que surge, es que son o somos otros los que han de enfrentarse a la decisión de determinar actuaciones terapéuticas, ya que él no conoce ni es consciente de su situación y carece de la capacidad para manifestarse. En el caso del adolescente esta situación empieza a tener lugar de manera diferente a partir de la aparición de la autoconciencia como parte del desarrollo psicológico, lo cual le permite la adopción de un papel más activo en correspondencia con las nuevas necesidades psicológicas que ellos tienen.³

LA DOCTRINA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La doctrina del consentimiento informado se basa en el principio ético del respeto a las personas como seres autónomos, con dignidad y capacidad de autodeterminación, sin embargo en el quehacer del pediatra o médicos que atienden niños, aunque estos constituyen el personaje central, no pueden ser ignorados los padres, dado que de los pacientes dependen biológica, social, ética y legalmente de ellos.⁵

En función de la minoría de edad, la incapacidad legal sitúa al menor en una posición de autonomía limitada y por tanto de dependencia de terceros, fundamentalmente sus padres, que constituyen sujetos decisorios para efectos de cualquier procedimiento de dominio médico. Por lo tanto, ningún acto médico debe adelantarse sin el consentimiento informado de los padres.⁶

Aunque en el infante, el principio de autonomía posee limitaciones claras, no por ello debemos descuidar la necesidad de que dentro de las condicionantes propias

de la edad y de la competencia, ellos participen y colaboren en cualquier proceso diagnóstico o terapéutico que reciban. En términos generales, se establece que la edad, la capacidad intelectual, la madurez emocional y el estado psicológico, deben ser considerados para determinar el caso del recién nacido, que se trata de un ser con falta de raciocinio, la autonomía tiene que trasladarse a otras personas y, ¿quiénes mejor que los propios padres para poder tomar alguna decisión?

Un problema surge cuando la decisión de los padres parece no defender los mejores intereses del niño. El asumir la decisión por la falta de autonomía, no implica el derecho a tomar cualquier decisión, sino la responsabilidad de defender los mejores intereses del menor. Cuando esta situación se presenta, aparece en el horizonte del médico el principio de la beneficencia. En virtud de este principio estamos obligados a proporcionar y ofrecer a los pacientes lo mejor para ellos desde la perspectiva de la medicina y a prevenirlos o protegerlos del daño.⁵ En casos de urgencia y sin posibilidad de intervención de los padres o tutores, el médico está obligado a actuar en defensa de los mejores intereses del niño, como él los entiende a partir del conocimiento que la medicina le provee.

En la práctica médica, las enfermedades prolongadas, debilitantes físicas o mentales también ocasionan diversas limitaciones para la acción autónoma del niño. La evaluación continua es fundamental y en su caso, tanto los padres como los médicos deberán restringir su conducta paternalista y permitir que sus hijos o pacientes tomen algunas decisiones, en dependencia de de su evolución

Su Encabezamiento Institucional

Por favor no emplee el encabezamiento de la Organización Mundial de la Salud

Documento de Consentimiento Informado para

.....

Nombre del grupo de individuos para quienes se escribe este consentimiento

Explicación: Debido a que la investigación de un simple proyecto a menudo se realiza con grupos diferentes de individuos - por ejemplo: trabajadores de la salud, pacientes y parientes de pacientes- es importante que identifique para que grupo se dirige este.

Participen en la investigación X

[Nombre del investigador Principal]

[Nombre de la Organización]

[Nombre del Patrocinador]

[Nombre de la propuesta y versión]

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- **Información (proporciona información sobre el estudio para usted)**
- **Formulario de Consentimiento (para obtener la firma si usted está de acuerdo en que su hijo pueda participar)**

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

PARTE I: Información

Introducción

Brevemente establezca quien es usted y explique que está invitándoles a que su hijo/hija participe en la investigación que realiza.

***Explicación:** Infórmeles de que pueden hablar con quien se sientan cómodos acerca de la investigación y de que pueden tomar su tiempo para reflexionar si quieren que su hijo/hija participe o no. Asegure al padre/madre que si no entienden algunas de las palabras o conceptos que usted se tomará el tiempo para explicarlas según se avanza y que pueden hacer preguntas sobre ellas ahora o más tarde.

Propósito

Explica la pregunta o problema a investigar en términos habituales, que no causen confusión

Explicación: Use términos locales y simplificados sobre la enfermedad, ejemplo: nombre local de la enfermedad en vez de malaria, mosquito en vez de anopheles, “mosquitos que ayudan a expandir la enfermedad”, en vez de “mosquitos vectores”. Evita usar términos como patogénesis, indicadores, determinantes, equitativo, etc. Existen guías en internet para ayudar a encontrar sustitutos para palabras exclusivamente científicas o propias de una profesión.

Reconoce el que pueden ser complejos los sentimientos de los padres acerca de que sus hijos participen en la investigación. Puede haber un deseo y sentimiento de responsabilidad de proteger a su hijo/hija de riesgo o molestia así como la esperanza de que el medicamento ayude a su hijo/hija u otros. Es, por lo tanto, importante el proporcionar explicaciones claras y entendibles y dar a los padres tiempo para reflexionar si ellos consentirán que su hijo/hija participe.

Tipo de Intervención de Investigación

Brevemente establezca la intervención si no lo ha hecho antes. Está se desarrollará plenamente en la sección de procedimientos.

Selección de Participantes

Establezca claramente porque ha sido elegido/a su hijo/a en este estudio.

Participación Voluntaria

Indique claramente que pueden elegir que su hijo/hija participe o no lo haga. Establezca, si se aplica, que recibirán igual todos los servicios que usualmente tienen aún si deciden no participar.

Explicación: Esto puede repetirse y expandirse también más adelante en el formulario. Es importante establecer claramente en el comienzo del formulario que la participación es voluntaria, de forma que la información restante se escuche en este contexto.

Es importante que los padres sepan que esperar y lo que se espera de ellos y de su hijo/hija.

Describir o explicar los procedimientos exactos que se seguirán paso por paso, los tests que se realizarán, y los fármacos que se darán. También es importante

explicar desde el comienzo los procedimientos más desconocidos (placebo, aleatorización, biopsia, etc.).

Describe muy claramente que procedimiento es rutinario y cual es experimental o de investigación. Explica que el padre/madre puede permanecer con el hijo/hija durante los procedimientos. Si los investigadores van a tener acceso a los registros médicos del niño, esto debe hacerse explícito. Usar lenguaje directo no condicional. Escribir “le pediremos a usted...” en vez de “nos gustaría pedirle...”.

En este formato, esta sección ha sido dividida en dos: primero, una explicación de procedimientos desconocidos y, segundo, una descripción del proceso.

A. Procedimientos Desconocidos

Si el protocolo es para un ensayo clínico:

1) Que incluya aleatorización o procedimiento ciego, se les debe explicar a los participantes lo que esto significa y cuál es la probabilidad que tienen de recibir cada fármaco (ejemplo: uno de cada cuatro puede que reciba el fármaco en prueba).

Se proporciona un ejemplo en lo que sigue, pero puede que necesite ser más explícito en lo que exactamente involucra.

Es importante que los padres sepan que esperar y lo que se espera de ellos y de su hijo/hija.

Describir o explicar los procedimientos exactos que se seguirán paso por paso, los tests que se realizarán, y los fármacos que se darán. También es importante explicar desde el comienzo los procedimientos más desconocidos (placebo, aleatorización, biopsia, etc.).

Describe muy claramente que procedimiento es rutinario y cual es experimental o de investigación. Explica que el padre/madre puede permanecer con el hijo/hija durante los procedimientos. Si los investigadores van a tener acceso a los registros médicos del niño, esto debe hacerse explícito. Usar lenguaje directo no condicional. Escribir “le pediremos a usted...” en vez de “nos gustaría pedirle...”.

En este formato, esta sección ha sido dividida en dos: primero, una explicación de procedimientos desconocidos y, segundo, una descripción del proceso.

A. Procedimientos Desconocidos

Si el protocolo es para un ensayo clínico:

1) Que incluya aleatorización o procedimiento ciego, se les debe explicar a los participantes lo que esto significa y cuál es la probabilidad que tienen de recibir cada fármaco (ejemplo: uno de cada cuatro puede que reciba el fármaco en prueba). Se proporciona un ejemplo en lo que sigue, pero puede que necesite ser más explícito en lo que exactamente involucra.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

Formulario de Consentimiento

Esta sección puede escribirse en primera persona. Debería incluir una descripción breve de la investigación y seguirse de una declaración similar a la aquí expuesta en negrilla. Si el participante es analfabeto pero da consentimiento oral, debe firmar un testigo. Un investigador o la persona que requiera el consentimiento informado debe firmar cada consentimiento.

Explicación: Debido a que el formulario es una parte integral del documento de consentimiento y no un documento aparte, la formulación o el diseño del formulario debería reflejar esto.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente que mi niño/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio mi niño/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi niño/a.

Nombre del Participante _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado _____

Fecha _____

Día/mes/año

Si es analfabeto

Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debería seleccionarla el participante y no debería tener conexión con el equipo de investigación).

Los participantes analfabetos deben incluir su huella dactilar.

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al potencial participante,

y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ **E impreso de la huella dactilar del padre/madre**

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al padre/madre o apoderado del participante potencial, y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____

Día/mes/año

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o apoderado del participante _____ (inicial del investigador/asistente)

Se _____ completará o _____ no se completará un formulario de consentimiento Informado.²²

²² OMS. Recomendaciones del consentimiento informado parental disponible en: <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/Consentimiento-Informado-Parental.pdf>

Expediente Clínico

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

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

5.2.1. Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece

5.2.2. En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario

5.2.3. Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y

5.2.4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

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

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

5.5. Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

5.6. En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

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

5.8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

5.9. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

5.10. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

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

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

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

9.1. Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

9.1.1. Habitus exterior;

9.1.2. Gráfica de signos vitales;

9.1.3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;

9.1.4. Procedimientos realizados; y

9.1.5. Observaciones.

9.2. De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

9.2.1. Fecha y hora del estudio;

9.2.2. Identificación del solicitante;

9.2.3. Estudio solicitado;

9.2.4. Problema clínico en estudio;

9.2.5. Resultados del estudio;

9.2.6. Incidentes si los hubo;

9.2.7. Identificación del personal que realiza el estudio; y

9.2.8. Nombre completo y firma del personal que informa.²³

²³ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

5.7 Daños a la Salud

Concepto

La prematurez se define como la edad gestacional del neonato entre 21 y 37 semanas de gestación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define prematurez como aquel nacimiento de más de 20 semanas y menos 37 semanas de gestación.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) propone el límite de prematurez como aquel recién nacido (RN) menor de 38 semanas, por el mayor riesgo de morbilidad que se describe entre las 37 y 38 semanas.

El término bajo peso se refiere a los RN menores de 2 500 g independiente de la edad gestacional y no necesariamente prematuro.

En Europa la incidencia de los partos de pretérmino son alrededor del 5 al 7% de los nacidos vivos. En los EEUU alcanzan al 12%.

El parto pretérmino es el principal determinante de la mortalidad infantil en los países más desarrollados. Son los recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento o menores de 1 500 g (o menor de 32 semanas), los que constituyen el grupo de mayor riesgo.²⁴

Epidemiología

La incidencia es aproximadamente del 10 al 11% variando entre las diferentes poblaciones según los factores de riesgo que estén presentes.

Factores de riesgo

| |
|---|
| Enfermedad periodontal |
| Infecciones de transmisión sexual |
| Placenta previa o Abruption de placenta |
| Edad materna (<18 o >40) |
| Hemoglobina materna <10mg/dL |
| Tabaquismo y abuso de sustancias |
| Stress y fatiga ocupacional |
| Causas de distensión uterina excesiva |
| Parto pretérmino en embarazo previo |

²⁴ OMS, Nacimientos Prematuros, no. 363:2013

Fisiopatología

Aproximadamente 80% de los partos pretérmino ocurren espontáneamente como resultado de un trabajo de parto pretérmino (50%) o ruptura prematura de membrana (30%). Intervenciones sobre la madre o problemas fetales corresponden al 20% restante.

La evidencia sugiere que varios procesos patogénicos pueden llevar a una vía final común que resulta en trabajo de parto y parto pretérmino. Los cuatro procesos principales son:

1. Activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal

Un gran stress materno, ya sea físico o psicológico, puede activar este eje en la madre, lo que ha sido asociado con mayor frecuencia de trabajo de parto pretérmino. La activación del eje en el prematuro puede resultar del stress por vasculopatía útero-placentaria, lo que tiene una correlación con el subsiguiente trabajo de parto pretérmino mayor que con el stress materno.

Los mecanismos por los cuales la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal causa parto pretérmino incluyen:

Aumento en la liberación de hormona liberadora de corticotropina, que parece activar un “reloj placentario”.

Aumento en la liberación de hormona adrenocorticotropica fetal, que estimula la producción de componentes estrogénicos placentarios que pueden activar el miometrio e iniciar el trabajo de parto.

2. Inflamación

La respuesta inflamatoria materna o fetal a la infección amniocorónica-decidual es la vía común que activa el trabajo de parto pretérmino. Aumentan la producción de prostaglandinas en el amnios y la decidua, mientras inhiben enzimas que metabolizan prostaglandinas en el corion. Además aumentan directamente varias metaloproteinasas en amnios, decidua y cérvix, para degradar la matrix extracelular de las membranas fetales y el cérvix.

3. Hemorragia decidual

Después de la hemorragia intrauterina de la placenta previa o el abruptio, el factor tisular decidual se combina con el factor VIIa para activar el factor X, generando trombina. La trombina se une a receptores deciduales activadores de proteasas, que regulan la expresión de proteasas similares a las metaloproteinasas de la matrix. Además la trombina es un potente inductor de IL-8 en células de la decidua, que lleva a un denso infiltrado de neutrofilos en ausencia de infección.

4. Distensión uterina patológica

Aumentar la extensión del miometrio, aumento en los receptores de oxitocina y producción de prostaglandinas E2 y F2, todos estos eventos críticos que preceden las contracciones uterinas y la dilatación cervical.²⁵

²⁵ Creasy RK, Iams JD., Creasy RK, Resnik R. Preterm labor and delivery. Maternal-Fetal Medicine. Buenos Aires, Argentina: 1999 pp 427-447

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina es más difícil en los recién nacidos pretérmino. Debido a su inmadurez frecuentemente requieren un manejo inicial mayor que el rutinario y muchos niños con muy bajo peso al nacer necesitan reanimación; es por esto que la atención la debe realizar un especialista en reanimación neonatal. La reanimación debe seguir las guías establecidas, incluyendo las consideraciones especiales para prematuros.

| Sistemas afectados | Problemas a corto plazo | Problemas a largo plazo |
|--------------------|--|--|
| Pulmonares | Síndrome de distress respiratorio, displasia broncopulmonar (22%), apnea del recién nacido. | Displasia broncopulmonar, hiperreactividad bronquial, asma. |
| Gastrointestinal | Hiperbilirrubinemia, Intolerancia a la vía oral, enterocolitis necrotizante (7%), falla en el crecimiento. | Síndrome de intestino corto, colestasis. |
| Inmunológico | Infecciones nosocomiales, infecciones perinatales, sepsis temprana y tardía (22%). | Infección por virus sincitial respiratorio, bronquiolitis. |
| Sistema nervioso | Hemorragia intraventricular (12%), hidrocefalia, Oftalmológicos: retinopatía. | Parálisis cerebral, hidrocefalia, atrofia cerebral, retraso en el desarrollo, pérdida auditiva. Oftalmológicos: desprendimiento de retina, miopía, estrabismo. |
| Cardiovascular | Hipotensión, ductus arterioso persistente, hipertensión pulmonar. | Hipertensión pulmonar, hipertensión en la adultez. |
| Endocrino | Hipoglicemia, bajos niveles de tiroxina transitorios, deficiencia de cortisol. | Incremento en la resistencia a la insulina. ²⁶ |

Sobrevida y desarrollo

Las tasas de supervivencia se correlacionan con la edad gestacional y el peso al nacer

<2500gr 94%

<1500gr 74%

El límite de viabilidad es desconocido pero parece que la edad gestacional viable más temprana es 23 a 25 semanas o 400 a 500gr.

Los neonatos que sobreviven tienen un riesgo aumentado para problemas en su neurodesarrollo, siendo más frecuentes y severos en los niños con bajo peso extremo.

Comparación con niños nacidos a término:

Parálisis cerebral (14% Vs 0%)

Agudeza visual <20/200 (10% Vs 3%)

IQ < 85 (38% Vs 14%)

Desempeño académico limitado (37% Vs 15%)

Pobre desempeño motor (47% Vs 10%).²⁷

²⁶ Han S.C., Schatz F., PhD, Lockwood C., Abrupton associated prematurity. Rev. Clinical Perinatol Canada: 2011 september 38(3) pp 407-421 NIH Public Access. Disponible: <http://www.pudmedcentralcanada.ca>

Tratamiento

Estrategias para una mejora en la sobrevivencia del recién nacido

| Organización de la atención | Manejo clínico del RN |
|----------------------------------|------------------------------------|
| Regionalización cuidado neonatal | Uso surfactante |
| Establecer niveles de atención | Corticoides prenatales |
| Transporte in útero | Guías de reanimación neonatal |
| Activo manejo obstétrico | Limitar uso corticoides post natal |
| Redes neonatales | Redes neonatales |

Los RN pequeños para la edad gestacional (PEG) tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de dificultad respiratoria y mayor mortalidad en cada edad gestacional, siendo estadísticamente significativa, desde las 25 a las 29 semanas de gestación, en relación a los RN adecuados para la edad gestacional²⁸

PREVENCIÓN

Las tasas de prematuridad se han incrementado en los últimos 15 años, a pesar de que ha disminuido la mortalidad global y la mortalidad específica, relacionada con el peso al nacer. Los principales factores que predisponen al parto pretérmino, se dan antes del embarazo. Los factores de mayor riesgo incluyen la corta edad materna (< 16 años), uso de drogas ilícitas y/o cigarrillo, pobre estado nutricional y ciertas infecciones vaginales.

Las estrategias de intervención pediátrica a nivel de la población adolescente, incluyen: reforzar la autoestima, las habilidades de comunicación y los valores personales, instruir sobre evitar los embarazos no deseados y la actividad sexual sin protección; evitar el consumo de drogas ilícitas y/o cigarrillo y promover un buen estado nutricional.

²⁷ Eichenwald E.C, Stark R., Management and Outcomes of Very Low Birth Weight. The New England Journal of Medicine., Massachusetts, 2008: 358-16 Disponible: http://www.jusmedicscomer.com/obstetrics_file/management.

²⁸ Regev R, Reichman B. Prematurity and intrauterine growth retardation-double jeopardy? Clin Perinatol 2004 sep 31(3) pp 453-73 Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

TABACO

Se estima que entre el 10-15% de los partos pretérmino están relacionados con el consumo de tabaco. Las intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo consiguen una disminución del 6% de fumadoras, una reducción del 16% en el parto pretérmino y del 19% en los neonatos de bajo peso²⁹

REPOSO MATERNO

El reposo en cama se suele recomendar a las mujeres con riesgo de parto pretérmino. La actividad uterina disminuye con el reposo y aumenta con el ejercicio. Sin embargo no hay evidencia que demuestre una menor incidencia del parto pretérmino asociado con el reposo en cama. El reposo en cama prolongado se asocia con una mayor incidencia de complicaciones, aumentando la incidencia de enfermedad tromboembólica, además de causar atrofia muscular, descompensación cardiovascular, desmineralización ósea, intolerancia a la glucosa, pirosis, estreñimiento, cefalea, mareos, fatiga, depresión y ansiedad.

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Los estudios prospectivos no han confirmado las hipótesis generadas por los estudios observacionales que sugerían una disminución del parto pretérmino en las mujeres que tomaban suplementos nutricionales durante la gestación.

- Las proteínas, los suplementos calóricos, de calcio³⁰, de vitaminas antioxidantes C y E no reducen la tasa parto pretérmino³¹.

- Los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 reducen los niveles de citoquinas proinflamatorias. Dos ensayos aleatorios con suplementos de ácidos grasos omega-3 en mujeres con el antecedente de parto pretérmino y gestación única parecen reducir un 46% el riesgo de nacimiento pretérmino antes de la 37^a semana y un 68% antes de la 34^a semana³². Sin embargo otros estudios no encuentran diferencias sobre la tasa de nacimientos pretérmino ni en gestaciones únicas ni múltiples.

En definitiva promover una educación integral de la población adolescente, reforzando la autoestima y optimizando su preparación cognitiva, se traduce en el ejercicio de una sexualidad segura, responsable y racional, que finalmente ocasiona una menor incidencia de partos preterminó. Modelo de promoción de la salud (Nola Pender).

²⁹ Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

³⁰ Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

³¹ Rumbold AR, Crowther CA, Haslam RR, et al. Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications. *N Engl J Med* 2006;354:1796–806.

³² Olsen S.F., Secher N.J., Tabor A, Weber T., Walter J.J., Gluud C. Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies. *Fish oil trials in pregnancy (FOTIP) Team BJOG*. *Pudmed* 2000 march 107(3): pp 382-395 Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

TRABAJO CON LA FAMILIA.

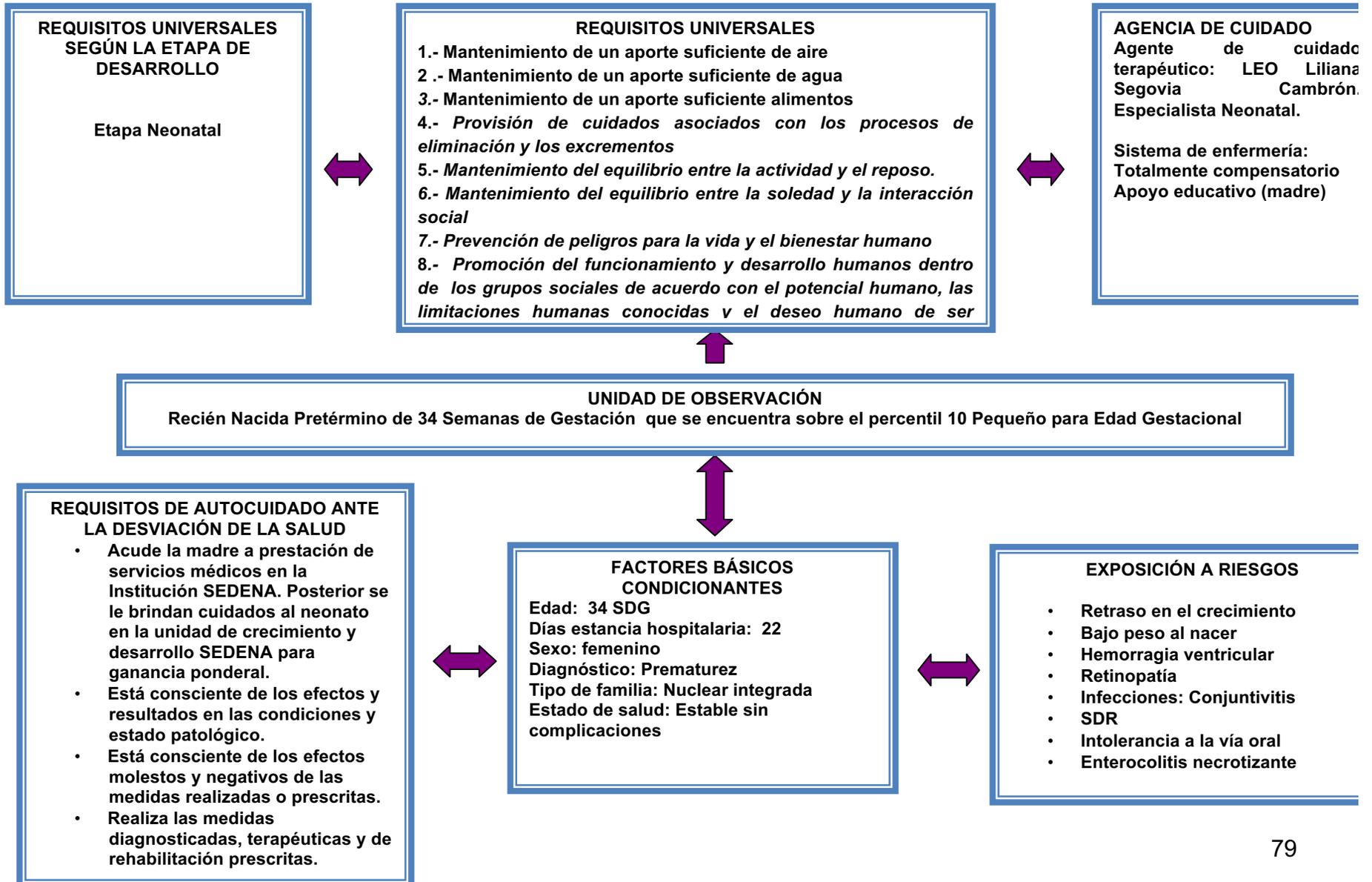
El principal papel de la enfermera con la familia es ayudar a identificar sus necesidades y el potencial para afrontar las situaciones estresantes. Cuando hay una amenaza de parto pretérmino. Puede frenarse con reposo físico y sexual y medidas terapéuticas, aunque lo más importante es prevenirlo. La enfermera fundamentalmente recomienda: acudir a las consultas prenatales, cumplir todas las indicaciones del equipo de salud.

La gestante, su pareja y familia deben conocer los signos de amenaza de parto pretérmino, como: pérdida de líquido o sangre por la vagina y, también, contracciones uterinas dolorosas o no, que aparecen con una frecuencia mayor que las normales para la edad del embarazo (patrón contráctil) ante los cuales debe acudir de inmediato en busca de asistencia calificada.³³

³³ Tello Delgado M., Cuidado Integral al Recién Nacido Pretérmino menor de 1500grs de peso: un reto para enf. Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo, Perú 2007: pp 1-39 Disponible: <http://www.reeme.arizona.edu>

VI.- Aplicación del Método Enfermero

6.1 ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM



6.2 Valoración de enfermería

Exploración Física

Preparación del entorno: La realización de la valoración fue en el servicio de crecimiento y desarrollo en una cuna de calor radiante en ese momento. El neonato de sexo femenino de 34 SDG, edad menor a la cronológica, ambiente cálido, en actitud libre escogida, facies de tranquilidad activo a estímulos externos, de constitución delgada, en posición de decúbito lateral izquierdo, con extremidades flexionadas hacia la línea media corporal.

Preparación: el equipo que se utilizó para la valoración del neonato fue un estetoscopio, cinta métrica y termómetro.

Neonata pretérmino sexo femenino de 34SDG se encuentra activa y reactiva a estímulos externos, cursando por sueño fisiológico, con expresión facial relajada, piel íntegra delgada, lisa y flexible, tegumentos rosados, piel hidratada, tegumentos rosados, uñas blandas pegables, bien formadas. Cráneo en forma redonda perímetro cefálico 31cm, normocéfalo, fontanela anterior normotensa y posterior cerrada, esfenoidea derecha e izquierda y mastoidea derecha e izquierda cerradas; suturas afrontadas sin cabalgamiento, implantación de cabello alto con zonas de alopecia.

Cara simétrica, presencia de cejas, párpados simétricos, apertura ocular espontánea, pupilas normoflexas, nariz simétrica, sin aleteo nasal, sin fracturas, coanas permeables, paladar íntegro mucosa oral hidratada, presentes reflejos de succión y deglución. Adecuada implantación de pabellones auriculares, cuello corto, tráquea central, sin masas, ni adenomegalias palpables, clavículas íntegras.

Tórax redondo, simétrico, con movimientos de amplexación y amplexión, presenta pausas respiratorias acompañadas de cianosis central 15s a la succión, a la valoración Silvermann-Andersen 1, se auscultan ruidos respiratorios broncovesiculares en ápices derecho e izquierdo, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad.

Abdomen redondeado, globoso con ruidos intestinales disminuidos, con dolor a la palpación valorado con escala PPIP (9), tipo de cordón umbilical normal en proceso de deshidratación, genitales adecuados a edad y sexo, labios mayores no cubren los menores y el clitoris sobresale. Presencia de secreción blanquecina espesa. Micción espontánea color paja.

Ano permeable con expulsión de evacuaciones amarillas grumosas. Se encuentra estabilidad en cadera. Extremidades íntegras con tono muscular débil, columna íntegra.

Reflejos neurológicos presentes: Succión, deglución, moro, tónico de cuello, enderezamiento del tronco, puntos cardinales, arrastre, inervación del tronco, presión plantar, presión palmar. Según el método Ballard corresponde a una madurez neurológica de 26SDG.

6.3 Valoración por Requisito

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Diagnóstico de Enfermería

- Alteración de la respiración R/C inmadurez del centro regulador de la respiración m/p presencia de cianosis y pausas respiratorias <15 s
- Riesgo del intercambio de gases R/C ventilación perfusión.

Habitus exterior

Es un neonato sexo femenino en cuna bacinete, de 34 SDG, edad menor a la cronológica, ambiente cálido, en actitud libre escogida, facies de tranquilidad bajo sueño fisiológico, de constitución delgada, en posición de decúbito lateral izquierdo, con extremidades flexionadas hacia la línea media corporal, vestido con ropa casual.

Inspección:

Conducto naso lacrimal: Permeable, sin obstrucción nasal, ni fracturas aparentes, sin desviación del tabique nasal. Mucosa oral hidratada.

Tórax redondo, simétrico, con movimientos de amplexación y amplexión, presenta pausas respiratorias 15s a la succión, a la valoración Silvermann-Andersen 1, desaturación de oxígeno a la succión entre 50-60%. Precordio normodinámico

Auscultación: ruidos respiratorios broncovesiculares en ápices derecho e izquierdo, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad. Oxígeno indirecto 1lt x¹. A la exploración física sin ruidos cardíacos agregados.

Palpación: Pulsos simétricos e intensos. Llenado capilar menor 3s

Tratamiento farmacológico: (Teofilina 1.5mg/kg/dosis) 2.62mg V.O. C/12hrs

| Medicamento | Acción | Indicación |
|-------------|-----------------|--|
| Teofilina | Estimula el SNC | Reduce apneas en el prematuro, actúa como broncodilatador. |

Sin estudios de laboratorio recientes

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

Diagnóstico de Enfermería

Lactancia materna ineficaz R/C Prematurez M/P fatiga, reflejo de succión y deglución disminuido.

Riesgo potencial de desequilibrio hídrico R/C inadecuada ingesta de líquidos.

Inspección:

Piel integra delgada, lisa y flexible, tegumentos rosados, piel hidratada, tegumentos rosados, uñas blandas pegables, bien formadas. Manifiesta cianosis central.

Boca integra, mentón simétrico. Reflejos de succión y deglución débiles, reflejo de búsqueda ausente. Abdomen redondeado, blando, depresible con ruidos intestinales disminuidos, audibles.

Alimentación seno materno c/3 horas con complemento de fórmula 39ml Total de ingresos en 24hr aproximadamente 312ml.

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

Diagnóstico de Enfermería

Disminución de la actividad peristáltica R/C intolerancia a la ingesta de fórmula láctea para prematuros M/P distensión, estreñimiento y dolor.

Observación

Distensión abdominal de 22cm a 24cm perímetro abdominal, evolución de 48hrs sin evacuaciones. Valoración escala PPIP (9)

Auscultación

- Ruidos peristálticos disminuidos

Palpación: Abdomen globoso con dolor a la palpación, presenta estreñimiento.

Percusión: A la percusión en cuadrante inferior derecho e superior izquierdo sonido timpánico.

Micciones espontáneas, color paja, micción 20ml por 8hrs dentro de rangos normales.

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

Diagnóstico de Enfermería

Desempeño ineficaz del rol parental R/C desapego del padre M/P miedo al contacto con el neonato y falta de interés en los cuidados brindados.

Inspección:

Recién nacido pretérmino activo, irritable al estímulo táctil, ruido del monitor, luz ambiental se proporcionan cambios posturales cada 20 minutos durante el turno, coloración de tegumentos rosada e integra.

Se proporciona baño de artesa cada tercer día, estimulación temprana 2 veces por día con una duración de 45 minutos por sesión.

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

Diagnóstico de Enfermería

Deterioro del patrón sueño R/C repuesta a estímulos externos M/P sobresaltos e irritabilidad y periodos cortos de sueño.

Observación:

Es un recién nacido pretérmino activo a la exploración se mantiene estable, se mantiene alejado por períodos dado la estancia hospitalaria en el servicio de crecimiento y desarrollo; recibe cuidados por parte de su madre permaneciendo la mayor parte del tiempo durante el día, con periodos de descanso por la noche, La madre proporciona lactancia por seno materno siendo la última tetada a las 21hrs, se le proporcionan ejercicios de estimulación temprana dos veces por día tolerando los ejercicios el neonato y posterior a ello se modifican sus signos vitales manteniéndolos más estables (FR 55 X1, FC entre 150-156X1, SPO2 92%). Cursa relajado y con periodos de sueño más prolongados.

La técnica contacto piel con piel no se lleva a cabo, por las limitantes del entorno.

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

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de infección R/C inmadurez inmunológica.

Neonato que mantiene un vínculo afectivo entre madre e hija, y se llevan a cabo las metas de seguridad del paciente, a excepción del manejo al 100% del lavado de manos por todo el personal multidisciplinario lo cual puede favorecer a una transmisión de microorganismos patógenos.

Durante la exploración física se valoró con la escala de PPIP (9) como resultado moderado dolor. Ya que se encontraba con facies de dolor, irritabilidad y dolor a la palpación abdominal por el estreñimiento.

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

Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C prematuridad.

Neonata sexo femenino que se realiza tipo de baño artesanal cada tercer día, aseo en cavidad oral diario, aseo perianal en cada cambio de pañal, se lubrica su piel diariamente y se realizan sesiones de estimulación temprana, la madre interviene en los cuidados de higiene y estimulación previo a capacitación para realizarlos. Se realizaron pláticas informativas de los signos de alarma que puede presentar el neonato, como el control de normotermia, signos de alarma respiratorios, evacuaciones, hidratación. Y los cuidados al recién nacido en casa; así como se despejaron dudas realizadas por la mamá y demostraciones para la realización de cuidados del neonato.

6.4 Jerarquización de Requisitos Universales Alterados

| REQUISITO | DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | FECHA DE IDENTIFICACIÓN |
|---|--|-------------------------|
| 1 antenimiento de un aporte suficiente de aire. | -Patrón respiratorio ineficaz R/C inmadurez del centro regulador de la respiración m/p presencia de cianosis y pausas respiratorias 15- 20 s - Riesgo del intercambio de gases R/C ventilación perfusión. | 12-10-11 |
| 2 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos. | Lactancia materna ineficaz R/C Prematurez M/P fatiga, reflejo de succión y deglución disminuido. | 12-10-11 |
| 3 Provisión de cuidados asociados en los procesos de eliminación y los excrementos. | Disminución de la actividad peristáltica R/C intolerancia a la ingesta de fórmula láctea para prematuros M/P distensión, estreñimiento y dolor. | 14-10-11 |
| 4 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo. | Deterioro del patrón sueño R/C repuesta a estímulos externos M/P sobresaltos e irritabilidad y periodos cortos de sueño. | 12-10-11 |
| 5 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social. | Desempeño ineficaz del rol parental R/C desapego del padre M/P miedo al contacto con el neonato y falta de interés en los cuidados brindados. | 12-10-11 |
| 6 Mantenimiento de aporte suficiente de agua. | Riesgo potencial de desequilibrio hídrico R/C inadecuada ingesta de líquidos. | 12-10-11 |
| 7 Prevención de peligros para la vida y el bienestar humano. | Riesgo de infección R/C inmadurez inmunológica. | 12-10-11 |
| 8 Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. | Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C Prematurez. | 12-10-11 |

6.5 Prescripción del Cuidado

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: D.P

FECHA: 12-10-11

AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO: E.E.N. Liliana Segovia Cambrón **SISTEMA DE ENFERMERÍA:** Totalmente compensatorio

DIAGNÓSTICO: 1.Alteración de la respiración R/C inmadurez del centro regulador de la respiración m/p presencia de cianosis y pausas respiratorias 15- 20 s

OBJETIVO: El agente de cuidado dependiente D.P. mejorará el patrón respiratorio brindándose estrategias de cuidados para mejorar este requisito.

| Indicadores | Intervenciones | Acciones | Fundamentación |
|-------------------------|----------------|---|---|
| a) Cianosis | Oxigenoterapia | Administrar oxígeno y controlar su eficacia. | El suministro de oxígeno, realizado en base a métodos y cantidades adecuados, resulta esencial para la vida, ya que asegura el buen funcionamiento del corazón, el cerebro y todas las células del organismo.(Garrahan J.P,2009). |
| b) Oximetría de pulso | | | |
| c) Pausas respiratorias | | Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema calentado y humidificado. Vigilar flujo de oxígeno. Controlar oxígeno por medio de oximetría de pulso. Comprobar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de oxígeno mientras come. | La exposición prolongada a concentraciones elevadas de oxígeno puede dañar algunos tejidos del organismo, como la retina del prematuro y los pulmones.(Cloherty J.,1999). |

| | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| | Monitorización del recién nacido | <p>Evaluar frecuencia respiratoria, tipo de respiración y coloración.</p> <p>Observar movimientos torácicos, simetría torácica.</p> <p>Auscultar campos pulmonares.</p> <p>Monitorizar ritmo cardíaco</p> <p>Comprobar la succión.</p> | <p>El monitoreo clínico de la respiración se sustenta en la observación de los movimientos del tórax, la cual permitirá evaluar su frecuencia y profundidad; esta relación determina los diferentes patrones respiratorios observados en el neonato. (Garrahan J.P,2009).</p> |
|--|----------------------------------|--|---|

Control de Caso

D.P por medio de la valoración clínica se observó en el primer día con pausas respiratorias periódicas, y con bajas saturaciones hasta 80% comprometiendo cada vez más su estado respiratorio y neurológico, a través de los cuidados implementados se logró una mejoría gradual reduciendo los periodos de pausas respiratorias y disminuyendo la cianosis central.

| | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| | <p>Tratamiento Farmacológico</p> | <p>cianosis.</p> <p>Anotar las características de las secreciones.</p> <p>Administrar medicación indicada (diuréticos, broncodilatadores, corticoesteroides, antibióticos, según prescripción).</p> <p>Verificar los 6 correctos para administración de medicamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamento correcto 2. Verificar fecha de caducidad. 3. Paciente correcto 4. Dosis correcta 5. Hora administración correcta 6. Vía de administración correcta. | <p>Los diuréticos disminuyen el edema pulmonar, evitan la sobrehidratación y aumentan la capacidad venosa.</p> <p>Teofilina: Es una xantina que reduce apneas; actúa como broncodilatador relaja la musculatura lisa, estimula el sistema nervioso central. (Garrahan J.P,2009).</p> <p>Reduce los errores, evita daño y complicaciones al administrar el medicamento correcto.</p> |
|--|----------------------------------|--|---|

Control de Caso

D.P se observa sin complicación en la ventilación- perfusión realizando medidas profilácticas en el manejo de vías aéreas, y disminuyendo los períodos de cianosis, ha mejorado el intercambio de gases y la saturación parcial de oxígeno entre 92-97%. Así como la disminución gradual de oxígeno indirecto; a tolerancia ambiental en un período de 3días.

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos **AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE:** D.P **FECHA:** 12-10-2011
AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO: E.E.N. Liliana Segovia Cambrón **SISTEMA DE ENFERMERÍA:** Apoyo Educativo **DIAGNÓSTICO:**
 Lactancia materna ineficaz R/C Prematurez M/P fatiga, reflejo de succión y deglución disminuido. **OBJETIVO:** Al agente de cuidado dependiente se le proporcionará estimulación para favorecer alimentación y por medio de ejercicios fortalecer la mandíbula y mejorar los reflejos de succión y deglución durante la los días 12,13,14-10-2011, así como orientar acerca de la mejor forma de alimentación del seno materno a la madre.

| Indicadores | Intervenciones | Acciones | Fundamentación |
|--|----------------------|--|--|
| -Lactancia Materna -Reflejos de succión -Reflejos de deglución | Alimentación enteral | Determinar el estado del neonato antes de iniciar la alimentación. Identificar el reflejo de succión y deglución. Identificar fórmula prescrita. Calentar la fórmula a temperatura ambiente. Iniciar con estimulación Trófica 2ml/kg/día Enteral mínima en cantidades 10ml/kg/día e incrementos 20-30ml/kg/día. | La fórmula es una alternativa para sustituir la leche materna. El estado del neonato se valorará para implementar la técnica adecuada para la alimentación. Es recomendable administrar alimentación por succión sólo si la frecuencia respiratoria es menor o igual a 60rpm, mayor de 60rpm por sonda orogástrica y mayor 80rpm nutrición parenteral (Plascencia,2011) |
| | Lactancia Materna | Motivar y preparar a la madre sobre los beneficios de la lactancia materna y la preparación de los senos. Vigilar la capacidad del neonato para mamar. Orientar acerca del tiempo para alimentar al neonato. Mostrar las diferentes posiciones | La leche materna es el sustrato nutricional de elección para los recién nacidos prematuros, facilita el crecimiento adecuado, tiene efectos en la inmunidad y en el estado emocional materno-neonatal; además proporciona los nutrimentos para cada edad gestacional en la que se encuentre el neonato y disminuye 6-10 veces la ECN. (Plascencia,2011) |

en la comisura de los labios y alrededor.

Con el dedo meñique colocarse un guante y unas gotitas de leche para estimular el paladar superior y las encías de manera circular y suave.

Proporcionar apoyo a la barbilla para disminuir la pérdida de la fórmula y mejorar el cierre de los labios.

Control de Caso

Se brindó apoyo educativo a la madre de D.P. ayudando a motivarla, se resolvieron preguntas sobre la lactancia materna, se instruyó para la realización de ejercicios para mejorar los reflejos succión y deglución y mejorar la saturación entre 80-92%, así como disminuir progresivamente la cianosis; se comenzó simultáneamente con la lactancia materna durante los días 12,13,14 de marzo.

REQUISITO Provisión de cuidados asociados en los procesos de eliminación y los excrementos. **AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE** Ec D.P **FECHA** 14-10-11 **AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO** E.E.N. Liliana Segovia Cambrón **SISTEMA DE ENFERMERIA** Totalmente compensatorio
DIAGNÓSTICO Disminución de la actividad peristáltica R/C intolerancia a la ingesta de fórmula láctea para prematuros M/P distensión, estreñimiento y dolor. **OBJETIVO** En el agente de cuidado dependiente se favorecerá el tracto gastrointestinal a través de masajes y un aporte adecuado de calorías y fórmula láctea. Y por medio de la valoración del dolor implementar medidas que disminuyan este. Escala PPIP 9

| Indicadores | Intervenciones | Acciones | Fundamentación |
|-------------------|-------------------------------------|--|---|
| Distensión | Manejo de estreñimiento/impactación | Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. | El evaluar el abdomen nos ayuda a identificar si hay retención de heces. En un neonato podemos observar si la causa de estreñimiento es por falta de líquidos si esta ingiriendo fórmula y aumentar los líquidos según sus requerimientos. |
| Estreñimiento | | Comprobar movimientos intestinales incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color. | |
| | | Vigilar la existencia de peristaltismo. Identificar los factores que puedan ser causa del estreñimiento. | |
| Dolor Escala PPIP | | Medir perímetro abdominal preprandial y postprandial. Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. Evaluar el registro de entrada del aporte nutricional. Masajes que favorezcan el tracto intestinal. Estimulación rectal. | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | Para prevenir la inestabilidad hemodinámica causada por el dolor es recomendable observar al neonato ya que los neonatos prematuros expresan el dolor de forma sutil y realizar acciones que favorezcan a su autorregulación. (nacer temprano,2012). |
|--|--|--|--|

Control de Caso

D.P registro un perímetro abdominal de 24cm, presentando un abdomen globoso y no depresible. Las medidas profilácticas no resultaron favorables por lo que el plan de posicionamiento y confort disminuyeron el dolor de 9 por la escala PPIP a 7. La última alternativa para mejorar la función intestinal fue el laxante.

REQUISITO Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo. **AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE** D.P FECHA 12,13,14-10-11 **AGENCIA DE AUTOCUIDADO TERAPEUTICO** E.E.N. Liliana Segovia Cambrón **SISTEMA DE ENFERMERIA** Totalmente compensatorio/Apoyo educativo **DIAGNÓSTICO** Deterioro del patrón sueño R/C repuesta a estímulos externos M/P sobresaltos e irritabilidad y periodos cortos de sueño. **OBJETIVO** El agente de cuidado dependiente D.P. se le proporcionará un ambiente cálido, se minimizarán los estímulos externos e internos. Y se brindará información a los padres para minimizar estrés y favorecer el sueño durante el turno matutino los días 12, 13, 14-10-2011.

| Indicadores | Intervenciones | Acciones | Fundamentación |
|---|-------------------------|---|--|
| <p>Sobresaltos</p> <p>Irritabilidad</p> | <p>Mejorar el sueño</p> | <p>Ajustar el ambiente, luz, ruido, temperatura para favorecer el sueño.</p> <p>Agrupar las actividades para minimizar el número despertares.</p> <p>Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche.</p> | <p>A lo largo de la gestación, el feto va adquiriendo una postura en flexión. Cuando un niño nace prematuro los músculos no han adquirido el tono adecuado y por ello la acción de la gravedad les hace adoptar una postura en extensión que es absolutamente contraria a la que ellos hubieran adquirido de haber continuado in útero. Además el tejido cartilaginoso aún está en proceso de maduración y hay una disminución de movimientos espontáneos, lo cual inciden para que ocurran deformidades.</p> <p>Evitar los sonidos excesivos y atenuar la luz favorece al desarrollo cerebral ya que las circunvoluciones del cerebro se desarrollan y esto se ve reflejado en la maduración neuromuscular del neonato.</p> |

Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente.

Enseñar a los padres sobre las habilidades y dificultades de su hijo (a).

Control de Caso

El sistema de enfermería de apoyo educativo mejoró la relación entre el agente de cuidado dependiente D.P. y el padre donde se hizo más notoria la interacción con D.P. y el acercamiento con la agencia de cuidado terapéutico E.E.N. Liliana Segovia C. para resolver las dudas sobre el cuidado hacia su hija durante los días 13 y 14-10-2011.

VII.- PLAN DE ALTA

7.1 CONCEPTO

Los programas de alta hospitalaria (PAH), están conformadas por una serie de estrategias desarrolladas por los y las profesionales de Enfermería, que tienen como propósito principal brindar herramientas a las personas y sus familias a cerca de los cuidados en el hogar asociados a su problema de salud.

De esta manera, a nivel internacional, se identifican programas y estudios que apoyan la orientación y seguimiento del cuidado en el hogar y fortalecimiento de la red de apoyo a las familias que egresan de las unidades de cuidado neonatal, se identifica el diseño del programa del alta para cada tipo de usuarios facilitando la transición del hospital a la casa, teniendo un impacto positivo en el costo de efectividad del mismo.

Al establecer la preparación del paciente y familia para el alta, se vislumbran las necesidades, a la luz del restablecimiento del autocuidado por parte del individuo, razón por la cual el programa del alta hospitalaria se sustenta en la teorizante Dorotea Orem, cuyo modelo está constituido por acciones que la enfermera establece de acuerdo a la identificación de las necesidades, donde pretende lograr que el individuo realice su autocuidado al egresar de la institución, consecuente con la teoría que describe como la persona debe controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior.³⁴

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

Las familias, con el alta de su hijo luego de una larga internación, sienten en general mucha ansiedad respecto al rol que recae sobre ellas como cuidadoras. Que un neonato se vaya de alta de una terapia intensiva, no quiere decir que su recuperación sea total. Un alta exitosa (de la terapia intensiva a la unidad de cuidados intermedios, o de ésta a la casa) será aquella que se realice en forma pausada, sin dejar de cuidar en forma abrupta al bebé y su familia. Todos los pacientes y sus padres necesitan tiempo, preparación y apoyo médico y emocional cuando pasan de una unidad a otra o cuando se van de alta.

³⁴ Vargas B., Fernández C., Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Rev. Enfermería Actual Enfermería Actual en San José, Costa Rica 2011: 21(1) 20* Disponible World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/programa.pdf> /ISSN 1409-1468.

PLANEACIÓN DEL ALTA

El equipo de seguimiento, si aún no conoce al paciente y su familia, hará entonces su admisión. Se identificarán los problemas o necesidades que requieran un planeamiento, intervención, consejería o seguimiento especial. Se reunirá con los padres y el bebé en distintas oportunidades para hablar de los cuidados que el niño requerirá en el lugar de transición (como es la internación conjunta con la que algunos centros cuentan) o en sus domicilios. Si fuera posible y según lo considere cada servicio, se invitará a los padres a participar en algunos cuidados, como puede ser el suministro de vitaminas, cambios de ropa del bebé y de la cuna, algunos días previos al alta.

Estos encuentros deberán incluir:

- Signos y síntomas de estrés en los bebés, para que sus padres o cuidadores puedan intervenir, modificando la estimulación. La capacidad para tolerar las interacciones aumenta en duración y frecuencia, a medida que el bebé madura. Algunos síntomas de estrés son: el niño trata de evitar el contacto ojo a ojo, bosteza, arquea el cuerpo, se protege la cara, aparecen náuseas, estornuda, refunfuña, regurgita, llora sin causa aparente, aparecen apneas y bradicardia. Para prevenir la sobreestimulación o calmar a un niño que muestra éstos signos se sugiere minimizar la estimulación del medio ambiente, disminuyendo la cantidad de luz y/o de ruido, interactuar con el bebé de una sola manera, como puede ser hablarle suavemente, mecerlo, presentarle un estímulo visual, pero no todos al mismo tiempo; interrumpir la interacción con el bebé estresado y reiniciar la estimulación paulatinamente y con una intensidad baja.
- Algunas posiciones pueden favorecer el desarrollo de los bebés, evitar la incorporación de patrones patológicos y a la vez maximizar los momentos de interacción. Ej. mantener las piernas y los brazos del bebé juntos al cuerpo cuando se lo da vuelta o cambia de posiciones, utilizar movimientos suaves y lentos cuando se lo mueve, evitar los movimientos o ruidos que produzcan reflejo de Moro, utilizar rollos de toalla para proporcionarle una postura en flexión llevando los miembros a la línea media, cuando está en la posición supina, utilizar una sabanita para envolverlo. También se tendrá en cuenta la correcta posición para dormir (boca arriba o eventualmente de costado) y así disminuir el riesgo de muerte súbita.
- Algunas formas sencillas pero necesarias para controlar infecciones como son el correcto lavado de manos, el alejamiento de las personas con enfermedades infecciosas sospechadas o conocidas, a no ser que esto se de en algunos de los padres, para lo cual se tomarán las medidas de acuerdo a cada caso en particular y según lo consideren los profesionales tratantes. En caso de tener que concurrir a guardería (situación no aconsejable por el mayor riesgo de adquirir infecciones), medidas necesarias para disminuir el riesgo de infección en éstos niños. Calendario de vacunas y, si fuera necesario, vacuna antigripal a convivientes.
- Manejo de las distintas medicaciones, fórmulas o dietas especiales aclarando en forma escrita dosis, horarios, formas, vías de administración y tiempo de duración, así también los efectos colaterales que pudieran aparecer Utilización de los distintos

accesorios como pueden ser la cánula nasal y el suministro de oxígeno, el cuidado de ostomías, la colocación de sondas naso u orogástricas, la utilización de monitores.

- Signos y síntomas frecuentes que pudieran aparecer, y su conducta a seguir.

Por ejemplo, temperatura axilar mayor de 37.5 ó menor de 36.5 grados centígrados, apneas, cambios en los hábitos evacuatorios, dificultad respiratoria alta y/o baja, hernias inguinales, regurgitaciones.

- Adónde dirigirse, y/o con quién o quiénes comunicarse en caso de dudas o urgencias. Anotar nombres, apellidos, teléfonos y direcciones.

- Considerar la posibilidad de que los padres o cuidadores reciban un curso de resucitación cardiopulmonar. De no realizarse en la institución desde donde el niño es dado de alta, recomendar algún lugar responsable adonde dirigirse.

Se explicará claramente en qué consiste el seguimiento de niños de alto riesgo, quiénes componen el equipo, dónde y en qué horarios atienden, cómo se complementa la labor con el pediatra de cabecera y los costos que esto acarrea (si los hubiere). Hay instituciones que no cuentan con ésta modalidad de trabajo y en éstos casos será conveniente derivar a las familias y sus niños a cualquier centro reconocido, lo más cercano al lugar donde residan, para que sean seguidos.³⁵

³⁵ Ejecutora de Programas Maternos Infantiles y Nutricionales., Guía de seguimiento del recién nacido. Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina 2001: pp 19-21 Disponible: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf>

7.2 PLAN DE ALTA

| | | | |
|--------------------|--|---------------------|-----------------------|
| NOMBRE: D.P | REGISTRO: <u>C-</u> <u>9042042</u> | DVEU: 34DIAS | PESO: 1,750GRS |
|--------------------|--|---------------------|-----------------------|

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: Cianosis central, disnea, baja saturación 60-79%.

ORIENTACIÓN MATERNA: Dificultad respiratoria, Aumento de la frecuencia respiratoria, Letargia, Hipotonía, Aumento de secreciones y obstrucción bronquial, Tos, Estado de agitación, irritabilidad, Dificultad para comer, respiraciones rápidas, Distensión abdominal.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN: Lavarse las manos frecuentemente los padres y cualquiera que toque al neonato, Tirar los pañuelos usados, estimulación táctil en periodos de pausa respiratoria, posición de decúbito lateral.

MEDICAMENTOS: Administrar solo medicamentos prescritos por el médico, respetando dosis y vía indicada. Comprobar si el medicamento a administrar es el indicado, leyendo su envase. Revisar fecha de caducidad del medicamento. Preparar el medicamento en el momento en que se va utilizar. Administrar el medicamento en el horario indicado. Conocer el efecto terapéutico deseado.

2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO: Fórmula Para Prematuros, por succión alimentación con biberón y seno materno a libre demanda.

ORIENTACIÓN MATERNA: No debe ofrecer al recién nacido té, agua u otras bebidas. La leche contiene el agua, y los nutrientes que requiere entre los primeros 6 meses de vida.

3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO: Fórmula Para Prematuros, por succión alimentación con biberón y seno materno a libre demanda.

ORIENTACIÓN MATERNA: La leche materna es el mejor alimento para los bebés prematuros. Aun cuando se indique complementar con fórmulas y contengan los nutrientes que requiere, está no ofrece los factores inmunológicos que la leche materna contiene. Debe ofrecer seno materno a libre demanda y formula cada tres horas. Después de 15 min de ofrecer la formula ayudar a eructar al bebé y al final de la toma. Posterior al finalizar la toma recostarlo de lado derecho entre 15-20min para favorecer el vaciamiento gástrico.

MEDICAMENTOS: Para el bebé solo administre los medicamentos que inca el médico. Si usted amamanta y toma medicamentos indique a su enfermera o médico para orientarla.

OBSERVACIONES: Si se alimenta con seno materno se recomienda la alimentación de la madre que sea balanceada y que contenga verduras (sobre todo de hoja verde como son espinacas, berros,etc), frutas, carne magra, se debe ingerir en promedio de

líquidos entre 3-4 litros(jugos naturales, leche, sopas, agua) dependiendo de las necesidades personales. Se debe evitar la ingesta de café, té y refrescos. Ya que estos ocasionan irritabilidad en el recién nacido, inquietud y dificultades para dormir. No consumir alcohol.

Datos de alarma: Deshidratación se observa por vómitos frecuentes, diarrea (sangre, moco), fontanela hundida, inapetencia. Rechazo de las tomas, succión ineficaz, pérdida de peso.

Los bebés alimentados con leche materna tienen a menudo heces blandas o líquidas, lo que no es diarrea. Para establecer si un bebé tiene diarrea, observe si las deposiciones son más frecuentes o más líquidas que lo normal o si aparece sangre en ellas.

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

CAMBIO DE PAÑAL: Por cada cambio de pañal debe limpiar la zona perianal y genital con una toallita suave para no lesionar la piel, así como lubricar la piel en cada cambio de pañal con crema o vaselina.

MANEJO DE ERITEMA PERIANAL: En caso de presentar eritema perianal se recomienda limpiar el área genital y anal con agua y lubricar con vaselina, óxido de zinc.

OBSERVACIONES: En caso de no ceder el eritema consultar a su médico.

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

POSICIÓN PARA DORMIR: Es recomendable la posición de lado derecho y/o izquierdo. Y por lo menos cambiarlo de posición cada 2 horas, disminuir ruido y luz.

MEDIDAS DE SEGURIDAD: Evite dejarlo sin supervisión o sin protección de barandales ya que puede sufrir alguna caída. Nunca lo deje en posición boca arriba o boca abajo sin supervisión.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: Se recomienda seguir realizando los ejercicios de estimulación temprana de 2 a 3 veces al día. Y por lo menos llevarlo a control de neurodesarrollo 1 vez al mes.

OBSERVACIONES: Debe identificar las horas adecuadas y el tiempo de la estimulación para no irritar al bebé, así como evitar corrientes de aire cuando se brinde la estimulación.

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

APEGO MATERNO: Un recién nacido aun no es dependiente y aún no completa su ciclo de desarrollo. Por lo cual él es una persona independiente y el estar en contacto piel a piel favorece el vínculo entre los padres y la familia.

TÉCNICA DE MAMA CANGURO: El bebé debe permanecer las 24 horas del día en posición vertical como "rana"; la mejilla contra el pecho de su madre cambiando al lado izquierdo en cada amamantada.

OBSERVACIONES: Para prevenir vómitos y/o problemas respiratorios los padres deben dormir sentados.

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

VACUNAS: VACUNA BCG. Es la vacuna contra la tuberculosis.

Esta vacuna se aplica por vía intradérmica, en la región deltoidea del brazo derecho (región superior del músculo deltoides)

En el sitio de la aplicación:

Aparecerá una pápula que desaparecerá después de media hora de aplicación.

Posteriormente aparecerá una mácula (mancha roja) durante la primera semana y se endurece durante la segunda semana, entre la 4ª y 6ª semana aparecerá un nódulo.

El nódulo en ocasiones se abre (úlceras) y deja escapar serosidad, misma que deberá ser lavada con agua y jabón. La costra aparecerá entre la 6ª y la 12ª semana, la cual al secarse, cae dejando generalmente una cicatriz que dura toda la vida. No se debe dar masaje, colocar compresas calientes o aplicar medicamentos.

VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B Se aplican 3 dosis

Primera dosis: se aplica en el recién nacido antes del egreso hospitalario y, en caso extremo, dentro de los siete días después del nacimiento y a los 2 y 6 meses de edad. La vacuna se aplica por vía intramuscular profunda, en la cara anterolateral externa del muslo izquierdo en los menores de 18 meses de edad, a partir de los 18 meses de edad, en la región deltoidea del brazo derecho.

TAMIZAJE:

- Auditivo desde el nacimiento
- Tamiz metabólico desde el nacimiento hasta los 2 o tres meses de edad.

MEDICAMENTOS: En caso de fiebre puede dar acetaminofén 2 gotas por kilo de peso, cada 8 horas, se puede aplicar cada seis horas si la fiebre no remite.

OBSERVACIONES: Contraindicaciones en caso de Fiebre de 38.5°C o más.

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

a) IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA: Fiebre: temperatura mayor a 37.5°C

b) Dificultad para respirar: Las narinas se abren y se cierran, hundimiento del pecho, se hunde la piel entre las costillas, coloración azulada de los labios o uñas de sus dedos.

Cuando un bebe deja de respirar por más de 15 segundos se debe:

- Frotar suave y rápidamente la espalda y el pecho.
- Verificar que no se encuentre en la boca ni en la nariz algún acumulo de secreciones, extienda el cuello de su bebe.
- Observar si durante estos momentos se produce algún cambio de coloración.
- Verificar que se inicie la respiración.

c) Llanto inconsolable

d) Crisis Convulsivas: Se debe conocer la diferencia entre un temblor y convulsiones. Si es temblor la extremidad se detiene al ser tomada. En una convulsión no.

e) Ictericia (coloración amarilla de la piel y mucosas)

f) Rechazo a la alimentación: Los bebes deben comer cada tres horas, nunca debe pasar más de tres horas sin alimento.

g) La intolerancia al alimento se manifiesta por distensión abdominal, succión débil o vómito.

h) Diarrea: El recién nacido es normal que evacue de 5 a 6 veces al día.

OBSERVACIONES: Si el bebé llega a presentar alguno de estos signos o síntomas acuda de inmediato a su centro de salud más cercano.

VIII.- CONCLUSIONES

Las evaluaciones que se presentan en cada requisito alterado reflejan el éxito para la rehabilitación de D.P. se debe en primer lugar al tratamiento y cuidados especializados según el requisito alterado pero de la mano está implícita la dedicación de la enfermera especialista neonatal en el cuidado de la neuroestimulación y las medidas implementadas en el manejo del estrés en el neonato; así como respetar a D.P. y otorgarle períodos de descanso. Pero fundamentalmente la participación de los padres con su cariño ayudaron a D.P a recuperar el vínculo entre padres e hija que finalmente ninguna tecnología, ni personal de salud puede suplir.

En el caso de D.P las intervenciones de enfermería resultaron favorables para la reintegración con su familia pudiendo recuperar el patrón respiratorio con saturaciones entre 92-97% sin necesidad de oxígeno y sin alteraciones de retinopatía según los resultados de los estudios. El Sistema de enfermería de apoyo educativo fue fundamental; así como la participación de los padres en el cuidado de D.P.

El Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos logró el objetivo con la dedicación del personal de enfermería en conjunto con neuroestimulación y la participación de su madre de D.P. ya que ella aprendió a realizarle los masajes y una vez que se hizo presente el reflejo de succión y deglución coordinados se tuvo la oportunidad de informar y enseñarle las técnicas de alimentación al seno materno a su madre de D.P, la cual ella tuvo mucha disposición y comenzó a amamantar progresando D.P con el incremento de peso ponderal.

Provisión de cuidados asociados en los procesos de eliminación y los excrementos a pesar de la recuperación rápida de este requisito el manejo no fue el adecuado por parte de los médicos adscritos a pesar de recomendar alternativas antes de la estimulación rectal y el laxante. Sin embargo se proporcionaron las medidas preventivas como el masaje y el confort para aliviar el dolor con resultados positivos.

Una vez más se ha sugerido y se ha hecho hincapié en disminuir los factores de estrés por parte del personal y la respuesta ha sido muy satisfactoria ya que el personal esta actualizado y abierto hacia las nuevas tendencias para el cuidado de los prematuros. Por lo cual se realizaron estrategias como musicoterapia, estimulación, disminución de luz y ruido ambiental. Reflejándose en D.P. un mejor descanso y sueño profundo.

XI.-SUGERENCIAS

El presente estudio de caso nos conlleva a la reflexión y al quehacer diario de la disciplina de enfermería; la E.E.N experimenta durante el tiempo del posgrado la realidad del sistema de salud en el cual en algunas situaciones o casos se limita tanto por las condiciones de la infraestructura del hospital, como cuestiones de conocimientos en donde hemos rotado. Pero superando estas pequeñas dificultades, considero que las valoraciones son un instrumento de valoración adecuado para aplicarlo al neonato.

Considero que hay que unificar criterios en los apartados del requisito 7.Prevenición de los peligros para la vida y el bienestar humano y 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal ya que al momento de la valoración estoy de acuerdo que entran apartados de prevención y seguridad pero se modifican con las valoraciones focalizadas.

En cuestión de la prescripción del cuidado en mi opinión se debería manejar sin el NANDA, NIC y NOC claro está que este juicio crítico ayuda para unificar de cierta manera criterios sin embargo, en el área neonatal falta mucho por desarrollar y aplicar para que realmente funcione en el proceso enfermero. Nosotros lo aplicamos y realmente no se ajustan los diagnósticos al paciente por lo que hay que modificar tanto etiquetas y complementar intervenciones. En el NOC se encuentran indicadores que nos sirven para la evaluación pero hay que agregar aún más para complementar. Esto es adaptar el NANDA, NIC y NOC a nuestro paciente.

En cuanto al formato PES es de más utilidad pero tengo que puntualizar que se debe aportar más información para adecuar ciertas etiquetas en neonatología.

Aun tomando como partida la NANDA se observa que algunos conceptos solo son aplicables en E.U.A por el significado, contexto, tipo de comunidad o sociedad e infraestructura.

Por otra parte la modificación que se realizó en las etiquetas diagnósticas de la NANDA se trataron de adaptar a nuestro contexto socio-cultural partiendo de los requisitos alterados y las intervenciones proporcionadas al agente de cuidado.

La labor de la enfermera es ardua pero cada uno ponemos un granito de arena en pro del bienestar y cuidado neonatal.

X.- BIBLIOGRAFÍAS

1. Aguirre G.H.,Ética médica, consentimiento informado. Revista CONAMED, México: 2002 vol 7(3) pp 65-69.
2. APROLAM. Curso Avanzado de Lactancia Materna. Confederación Nacional de Pediatría de México A.C. 2011
3. Arivabene Carlos J., Tyrrell Rubio A.M., Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Rev. Latino-Am Enfermagem. Río de Janeiro, Brasil 2010:18(2) Disponible: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
4. Benavent Garcés MA.; Francisco del Rey C., Ferrer Ferrandis E.Los modelos de cuidado. Desde el origen de la enfermería a la disciplina Rev enfermera Br J Obstet Gynecol 2000; pp107:382–95.
5. Blencowe H., Chou D., Moller A.B., Narwal R., Datos de estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la tasa de nacimientos prematuros en el año 2010. Nacido Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros Disponible: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index.
6. Cavanagh, Stephen J., Modelo de Orem: Aplicación Práctica, e3DICCIONES Masson-Salvat; Barcelona,España:1993 pp45
7. Comisión Interinstitucional de Enfermería,SSA. Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México. Rev Enf IMSS 2001: 9(1) pp 27-34
8. Cloherty J., Stark A.R., Manual de cuidados neonatales.3ªed Masson,Barcelona: 1999 pp 167-170
9. Creasy RK, Iams JD., Creasy RK, Resnik R. Preterm labor and delivery. Maternal-Fetal Medicine.Buenos Aires, Argentina: 1999 pp 427-447
10. Decon J. Onelli P., Cuidados Intensivos de Enfermería en neonatos, 2ª ed, Madrid Mc Graw Hill-Interamericana, Healthcare Group, México: 2001
11. Eichenwald E.C, Stark R., Management and Outcomes of Very Low Birth Weight. The New England Journal of Medicine., Massachusetts, 2008: 358-16 Disponible: http://www.jusmedicscomer.com/obstetrics_file/management.
12. Ejecutora de Programas Maternos Infantiles y Nutricionales., Guía de seguimiento del recién nacido. Ministerio de Salud. Córdoba, Argentina 2001: pp 19-21 Disponible: <http://www.msal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf>

13. Fernández A. S., Decálogo UNICEF: e-derechos de los niños y las niñas. UNICEF. México 2012(6) 1 Disponible: <http://httpescuela20de7padres.blogspot.mx/2012/06/decalogo-unicef-los-e-derechos-de-los.html>
14. Gallegos Martínez J., Salazar Juárez M., Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Rev Enfermería Neurológica, México 2010: vol9 (1) pp 26-31 disponible: <http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/enseñanza>
15. Garrahan J.P., Comité Científico Neonatal- Hospital de Pediatría S.A.M.I.C., Cuidados en enfermería neonatal 3^a ed., Ediciones Journal. Buenos Aires Argentina, 2009: pp 195-219
16. Han S.C., Schatz F., PhD, Lockwood C., Abruptio associated prematurity. Rev. Clinical Perinatol Canada: 2011 september 38(3) pp 407-421 NIH Public Access. Disponible: <http://www.pubmedcentralcanada.ca>
17. Higuera Quintero M., Proceso de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Facultad de Enfermería. Convenio de Capacitación para enfermeras. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D.C. 2002: pp 8-59
18. Hofmeyr GJ, Atallah AN, Duley L. Suplementos de calcio durante el embarazo para la prevención de los trastornos hipertensivos y problemas relacionados (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
19. INPerLER. Normas y procedimientos de neonatología 2009: pp 374-382
20. Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakley L. Intervenciones para promover el abandono del hábito de fumar durante el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
21. Macias Gelabert., Alina Mercedes., El consentimiento informado en pediatría. Rev Cubana Pediatría, Ciudad de la Habana, Cuba 2006: 78(1) Disponible: <http://www.scielo.sld.cu>
22. Mata M. M., Salazar B.M., Herrera P.L., Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro Rev. Medigraphic., IMSS Tamaulipas, México 2009:17(1) pp45-54 Disponible: <http://www.artemisaenlinea.org.mx>

23. McCloskey D.J., Bulechek M.G., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ed. 2005. Edt. Elsevier. Madrid, España.
24. Nacer Temprano Vivir en Grande. Introducción a las estrategias para la prevención y el manejo del estrés del neonato pretérmino en UCIN.(2012).
25. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
26. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
27. Olsen S.F., Secher N.J., Tabor A, Weber T., Walter J.J., Gluud C. Randomised clinical trials of fish oil supplementation in high risk pregnancies. Fish oil trials in pregnancy (FOTIP) Team BJOG. Pudmed 2000 march 107(3): pp 382-395 Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
28. OMS, Nacimientos Prematuros, no. 363:2013
29. OMS, Recomendaciones del consentimiento informado parental disponible en: <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/Consentimiento-Informado-Parental.pdf>
30. Osteguín M.R.M., Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada.(2001). Edt Manual Moderno: México
31. Plascencia O. J., Villalobos A. G., Márquez A.M., Cuidados Avanzados en el Neonato. Vol 2 Nutrición en el Recién Nacido. INPer., Edt Intersistemas, México, 2011: pp 25-93
32. Quintanar S.B., Fundamentación teórica: Modelo de Orem. ENEO., México., 2000: pp 1-16 Disponible: <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/fundamentacion-teorica.doc>
33. Regev R, Reichman B. Prematurity and intrauterine growth retardation-double jeopardy? Clin Perinatol 2004 sep 31(3) pp 453-73 Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
34. Rubio T.M.A., Arivabene J.C. Método madre canguro: vivencias maternas y contribuciones para la enfermería. Revista Latino-Am. Enfermagem. 2010;18(2) marzo-abril. Brasil disponible en: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
35. Rumbold AR, Crowther CA, Haslam RR, et al. Vitamins C and E and the risks of preeclampsia and perinatal complications. N Engl J Med 2006;354:1796–806

36. Santos R., López P., Varez P., Abril S., ¿El ámbito profesional modifica la conceptualización enfermera? Estudio comparativo entre enfermeras del ámbito médico y quirúrgico. *Rev Enfermería Global*. Sabadell, Barcelona 2009: vol 17 pp 1-13
37. Schapira I., Aspres, N., Benítez A., Vivas S., Rodríguez G., Gerometta G., et al. Desarrollo alejado de niños nacidos prematuros. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina 2008: 27(4) pp. 155-158
Disponible:
<http://www/redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91211281004>
38. Tamez., Silva., *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal: Asistencia del recién nacido de alto riesgo*. 2da ed. Editorial Panamericana 2006. Buenos Aires, Argentina
39. Taylor S.G., Dorothea E.O., Teoría del déficit de autocuidado. En Marrier A., Raile M., *Modelos y teorías en enfermería*. Edt. Elsevier Barcelo, España 2007: pp 267-295
40. Tello Delgado M., Cuidado Integral al Recién Nacido Pretérmino menor de 1500grs de peso: un reto para enf. Universidad Católica de Santo Toribio de Mogrovejo, Perú 2007: pp 1-39 Disponible: <http://www.reeme.arizona.edu>
41. Vargas B., Fernández C., Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Rev. Enfermería Actual Enfermería Actual en San José, Costa Rica* 2011: 21(1) 20 Disponible World World Wide Web: <<http://www.revenf.ucr.ac.cr/programa.pdf> /ISSN 1409-1468.



ANEXOS





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



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
ESPECIALIDAD ENFERMERÍA DEL NEONATO

FORMATO DE VALORACIÓN NEONATAL

ELABORADO POR:

EEN. HERNÁNDEZ ROJAS CAROLINA
EEN. MARTÍNEZ CLEMENTE ARACELI

AGOSTO 2011
GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1.- DATOS GENERALES:

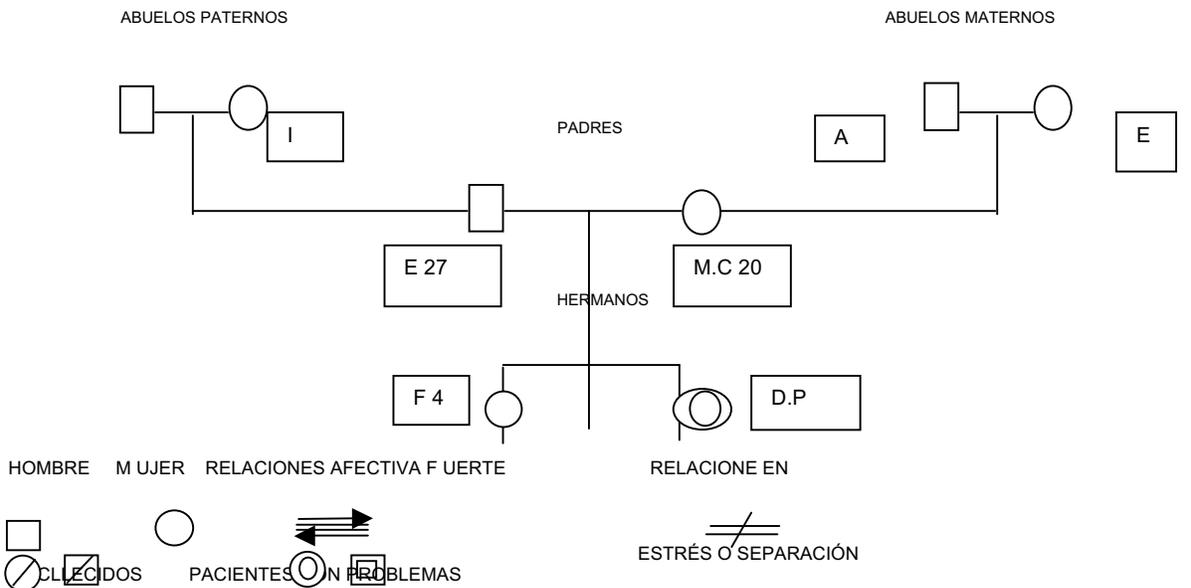
NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: M.M.D.P SEXO: F (X) M () HORA NACIMIENTO: 6:00hrs
 LUGAR DE NACIMIENTO: México D.F. FECHA NACIMIENTO: 22-09-2011
 REGISTRO: C-9047042 PESO AL NACER: 1,436g TALLA : 41cm EDAD
 GESTACIONAL 32SDG TIPO DE PARTO: Cesárea FECHA DE INGRESO: 22-09-11
 DIAS DE ESTANCIA: 23 GRUPO Y RH: 0+
 MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS SI (X) NO () O AVANZADAS (SI) (NO)
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Madre de la neonata
 ELABORADO POR: L.E.O Liliana Segovia Cambón
 FECHA DE ELABORACIÓN: 14-10-2011 UNIDAD HOSPITALARIA: SEDENA Clínica de Especialidad de la Mujer.

2.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

2.1.- SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS: SEDENA
 2.2.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:
 TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA (X) DESINTEGRADA () NUCLEAR () EXTENSA ()
 NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: 4

| NOMBRE | EDAD | ESCOLARIDAD | OCUPACIÓN |
|--------------------------|--------|--------------|------------|
| Ma. Carmen Mtz Mtz | 20ª | Secundaria | Hogar |
| Eduardo Pérez Gómez | 27ª | Preparatoria | Militar |
| María Fernanda Pérez Mtz | 4ª | Preescolar | Estudiante |
| Dana Paola | 23DVEU | | |

2.3.- FAMILIOGRAMA



3.- FACTORES AMBIENTALES

3.1.- ÁREA GEOGRÁFICA: URBANA (X) SUBURBANA () RURAL ()
 3.2.- CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO LÁMINA () CARTÓN () CONCRETO (X)
 OTROS:
 PAREDES: TABIQUE (X) MADERA () OTROS _____ PISO: CEMENTO () TIERRA ()
 OTROS:
 No. HABITANTES: 3
 3.3.- VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN: BUENA (X) REGULAR ()
 DEFICIENTE ()
 3.4.-SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA (X) LUZ (X) DRENAJE (X) ALUMBRADO
 PÚBLICO (X) PAVIMENTACIÓN (X) CUENTA CON JARDÍN ()
 3.5.- FAUNA NOCIVA
 PERROS: () No. () VACUNADOS () GATOS: () No. () VACUNADOS ()
 AVES: () No. () OTROS: _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

4.- ANTECEDENTES PERINATALES

GESTA: 2 PARA: 2 ABORTO: 0 CESÁREA: 1 FUM: 18-02-
 2011 GRUPO RH: 0+ ISOINMUNIZACIÓN PREVIA: NO CONTROL
 PRENATAL: SI (X) NO () Nº DE CONSULTAS: 6 ULTRASONIDO OBSTÉTRICO: SI (X)
 NO () Nº: 2

4.1.- FACTOR DE RIESGO

POR FACTOR MATERNO

| PARAMETROS | ESPECIFIQUE | BAJO | MEDIO | ALTO |
|--|-------------|----------|-----------------|------------------------|
| EDAD MATERNA | 20ª Medio | ----- | 17 – 35 AÑOS | <17 Y >35 AÑOS |
| NIVEL SOCIOECONOMICO | Medio | ----- | MEDIO – ALTO | BAJO |
| ALIMENTACION | Adecuada | ADECUADA | POCO DEFICIENTE | DSNUTRICIÓN – OBESIDAD |
| TABAQUISMO | Bajo | NO | | SI |
| INGIERE ALCOHOL | Bajo | NO | | SI |
| PRESENTA ALGUN TIPO DE ADICCION | Bajo | NO | | SI |
| PADECIMIENTO ACTUAL ¿CONTROL? | Bajo | NO | | SI |
| GESTA NUMERO | Bajo | ----- | <3 | >3 |
| CONTROL PRENATAL | Bajo | SI | | NO |
| COMPLICACIONES PRENATALES NEONATALES PREVIOS (MULTIGESTA) | Alto | NO | | SI |
| ANESTESIA | Alto | NO | | SI |
| ¿EN EL TRANCURSO Y HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE SALUD? | Alto | NO | | SI |

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

X

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

POR FACTOR NEONATAL

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

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

X

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

CUIDADOS INMEDIATOS

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

RIESGO;

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

CUIDADOS MEDIATOS

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

METODO BALLARD (Evaluación de madurez neurológica y física)

| Madurez neuromuscular | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------------------|---|---|---|--|----------------------------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Postura | | | | | | |
| Angulo de la muñeca | 90° | 60° | 45° | 30° | 0° | |
| Rebote del brazo | 180° | | 100-180° | 90-100° | <90° | |
| Angulo poplíteo | 180° | 160° | 130° | 110° | 90° | <90° |
| Signo de la bufanda | | | | | | |
| Talón-oreja | | | | | | |
| Madurez física | | | | | | |
| Piel | Gelatinosa, roja, transparente | Levemente rosada, venas visibles | Descamación superficial, pocas venas | Descamación de áreas pálidas, venas escasas | No hay vasos, pliegues profundos | Gruesa rugosa |
| Lanugo | No hay | Abundante | Adelgazado | Áreas sin lanugo | Muy escaso | Escala de madurez Puntos Sem. |
| Pliegues plantares | No hay | Marcas rojas tenues | Pliegue anterior transversal único | Pliegues en dos tercios anteriores | Pliegues en toda la planta | |
| Mamas | Levemente perceptibles | Aréola plana sin pezón | Aréola levantada 1 a 2 mm del pezón | Aréola levantada 3 a 4 mm del pezón | Aréola completa, 5 a 10 mm de pezón | 10 28 |
| Oído | Aplanado, permanente, doblado | Borde levemente curvo y suave, recuperación lenta | Borde curvo suave, de fácil recuperación | Formado, firme, recuperación instantánea | Cartilago grueso firme | 15 30 |
| Genitales | Escroto vacío sin arrugas | | Testículos descendidos, pocas rugosidades | Testículos descendidos, muchas rugosidades | Testículos en péndulo, rugosidades completas | 20 32 |
| Genitales | Clítoris prominente y labios menores | | Labios mayores y menores iguales | Labios mayores más grandes | Clítoris y labios menores cubiertos | 25 34 |
| | | | | | | 30 36 |
| | | | | | | 35 38 |
| | | | | | | 40 40 |
| | | | | | | 45 42 |
| | | | | | | 50 44 |

INTERPRETACIÓN: Corresponde a la madurez de un neonato de 26 SEMANAS

4.3.- FACTORES DE RIESGO NEONATAL POR APARATOS Y SISTEMAS

| APARATO O SISTEMA | FACTOR DE RIESGO | ALTO |
|----------------------------|---|------|
| RESPIRATORIO | ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA | |
| | SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO | |
| | APNEA | |
| | TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO | |
| | NEUMONÍA | x |
| | HERNIA DIAFRAGMÁTICA | |
| CARDIOVASCULAR | BRONCO DISPLASIA PULMONAR | |
| | CARDIOPATÍAS ACIAOGENAS | |
| | CARDIOPATÍAS CIANOGENAS ARRITMIAS | |
| GÁSTRICO | | x |
| | ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE | |
| | ATRESIA DUODENAL | |
| | ATRESIA ESOFÁGICA | |
| | GASTROQUISIS | |
| | ONFALOCLISIS | |
| | REFLUJO GASTROESOFÁGICO | |
| | HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL PÍLORO | |
| | COLELITIASIS | |
| | ANO IMPERFORADO | |
| MALFORMACIONES ANORECTALES | | |
| ANEMIA | | |

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

RIESGO: Alto

TEORÍA GENERAL DE DOROTHEA ELIZABETH OREM

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

| SIGNOS VITALES | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--|-------|--------|-----------|---------|---------|
| FRECUENCIA CARDIACA | | | 148 | 153 | 156 |
| RITMO CARDIACO (REGULAR, IRREGULAR, ARRITMIA) | ___ | ___ | Regular | Regular | Regular |
| FRECUENCIA RESPIRATORIA | ___ | ___ | 56 | 54 | 54 |
| RUIDO RESPIRATORIO (ESPECIFICAR) | ___ | ___ | | | |
| TEMPERATURA CORPORAL | ___ | ___ | 37°C | 37°C | 36.8°C |
| TEMPERATURA INCUBADORA O CUNA | ___ | ___ | | | |
| TENSIÓN ARTERIAL | ___ | ___ | | | |
| OXÍMETRIA DE PULSO | ___ | ___ | 92% | 94% | 93% |
| LLENADO CAPILAR | ___ | ___ | 3s | 3s | 3s |

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

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

| PARÁMETROS | CERO | UNO | DOS | LUNES | MARTES | RESULTADO | | VIERNES |
|--------------------------------|----------------------|------------------|------------------------------|-------|--------|-----------|---|---------|
| | | | | | | S | S | |
| MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES | RITMICOS Y REGULARES | SOLO ABDOMINALES | DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL | | | 1 | 1 | 1 |
| TIRAJE INTERCOSTAL | AUSENTE | DISCRETO | ACENTUADO | | | | | |
| RETRACCIÓN XIFOIDEA | AUSENTE | DISCRETA | ACENTUADA | | | | | |
| ALETEO NASAL | AUSENTE | DISCRETO | ACENTUADO | | | | | |
| QUEJIDO RESPIRATORIO | AUSENTE | LEVE INCONSTANTE | ADECUADO Y CONSTANTE | | | | | |

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

1.2.- FASE DE VENTILACIÓN

| FASE VENTILATORIA | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---|---|--|-----------|--------|---------|
| FASE 1 ESPECIFICA Oxígeno indirecto | FIO ₂ <u>27</u> % O ₂ Lt. X' _____ | | | | |
| FASE 2 ESPECIFICA | FIO ₂ _____ % O ₂ Lt. X' _____ | | | | |
| FASE 3 ESPECIFICA | MODALIDAD CMV IMV PSV | PARAMETROS PIP PEEP FR CPM | | | |

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

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

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

1. Patrón respiratorio ineficaz R/C Prematurez M/P cianosis, pausas respiratoria 15-20s.
2. Riesgo de que penetren al árbol bronquial líquidos R/C inmadurez neurológica M/P reflejo de succión débil.
3. Perfusión tisular cerebral inefectiva R/C alteración corteza cerebral M/P oximetría de pulso 50-60%

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

| PARÁMETRO | | SI | NO | COMENTARIO |
|------------------|--------------------------------|----|----|------------|
| BOCA | SIMÉTRICA | X | | |
| | INTEGRA | X | | |
| | ÚVULA CENTRAL | X | | |
| MUCOSAS | HIDRATADAS | X | | |
| | ROSADAS | X | | |
| | SECAS | | | |
| | INTEGRAS | X | | |
| LENGUA | TAMAÑO | | | |
| | INTEGRA | X | | |
| | ROSADA | X | | |
| | FRENILLO | X | | |
| PALADAR | INTEGRO | X | | |
| | ROSADO | X | | |
| | PERLAS DE EPSTEIN | | | |
| ENCIAS | INTREGRA | X | | |
| | ROSADA | X | | |
| | DIENTES | | | |
| ABDOMEN | PERIMETRO ABDOMINAL | X | | 24CM |
| | BLANDO/DÉPRESIBLE | | X | |
| | DISTENDIDO/DURO | X | | |
| | PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES | | X | |
| | PERISTALSIS | X | | |
| CORDÓN UMBILICAL | LIMPIO | X | | |
| | ARETIAS 2 | X | | |
| | VENAS 1 | X | | |
| | MONIFICADO | | X | |
| | ERITEMATOSO | | X | |
| | HERNIADO | | X | |
| PIEL | TURGENTE | X | | |
| | HIDRATADA | X | | |
| | HUMEDA | | | |
| FONTANELAS | NORMOTENSA | X | | |
| | ABOMBADA | | | |
| | DEPRIMIDA | | | |
| | TENSA | | | |

A) INGRESOS

| INGRESOS | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---|-------|--------|-------------|--------|---------|
| VIA ENTERAL 1) SENO MATERNO 2) FORMULA (ESPECIFICAR) | | | X Prenan | X | X |
| VIA DE ADMON 1) SUCCIÓN 2) SOG 3) OTROS (ESPECIFICAR) | | | X | X | X |
| VIA PARENTERAL 1) NPT 2) SOLUCION BASE 3) SOLUCION PARA MANTENER PERMEABLE VIA | | | | | |
| Kcal POR DÍA | | | | | |
| LIQUIDOS TOTALES | | | 75 | 72 | 30 |
| LIQUIDOS REALES | | | 15 | 13 | 10 |
| BALANCE | | | 50 | 59 | 20 |

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| PESO | | | 1751g | 1764g | 1780g |
| TALLA | | | 44cm | 44cm | 44cm |
| INCREMENTO PONDERAL | | | 27gr | 13gr | 16gr |
| GLICEMIA CAPILAR | | | | | |
| GLICEMIA CENTRAL | | | | | |

TERAPIA TRANSFUNCIONAL

| FECHA | TIPO UNIDAD | CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÓN | EFFECTOS ADVERSOS |
|-------|-------------|-------------------------------|-------------------|
| | | | |

F) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1.- Patrón de alimentación ineficaz del neonato R/C efectos de la Prematurez M/P succión débil.
- 2.- Lactancia materna ineficaz R/C dificultad lactancia M/P reflejo de succión, deglución débil.
- 3.- Riesgo potencial de disminución de peso R/C falta de nutrimentos.

4.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

4.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión (x) deglución (x) búsqueda () moro (x)
tónico cuello (x)
enderezamiento del tronco (x) puntos cardinales (x)
Arrastre (x)
inervación del tronco (x) presión plantar (x) presión palma r (x)
babinsky ()

4.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

| ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--|-------|--------|-----------|--------|---------|
| ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos | | | x | | |
| ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión | | | | | |
| ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturdida | | | | x | |
| ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO | | | | | x |
| ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos | | | | | |
| ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia el lactante / NEONATO | | | | | |
| REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO NO | | | | | |

4.3.- TEORÍA SINACTIVA

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

INTERPRETACIÓN

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------------------|-------|--------|--|---|--|
| SISTEMA ESTABILIDAD | | | Autonómico Respiración tranquila regular | Estados Duerme tranquilo Dormido a despierto, hipo | Autonómico Respiración tranquila regular |
| ESTRÉS | | | Pausas respiratorias | | Pausas respiratorias, cianosis |

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

- 1.- Bienestar del requisito equilibrio entre actividad y reposo R/C sueño fisiológico tranquilo
- 2.- Afrontamiento de la tolerancia al estrés R/C sobresaltos, irritabilidad.
- 3.- Deterioro patrón sueño R/C alarmas equipo biomédico.

5.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

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

5.1.- EGRESOS

ELIMINACIÓN URINARIA

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-----------------------|-------|--------|----------------|----------------|----------------|
| ESPONTÁNEA | | | x | x | x |
| FORZADA (ESPECIFICAR) | | | | | |
| CANTIDAD ml/hr | | | 25ml | 36ml | 35ml |
| COLOR | | | Amarillo claro | Amarillo claro | Amarillo claro |
| OLOR | | | | | |
| DENSIDAD | | | | | |

ELIMINACION FECAL

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--|-------|--------|-----------|--------|----------|
| ESPONTÁNEA | | | x | | |
| FORZADA (ESPECIFICAR) | | | | | x |
| ESTOMAS | | | | | |
| CANTIDAD grs/turno | | | 5grs | | 30gr |
| OLOR | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES) | | | Amarilla | | Amarilla |

DRENES

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-------------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| SONDA OROGÁSTRICA | | | | | |
| VÓMITOS | | | | | |
| FISTULAS | | | | | |
| SONDA PLEURAL | | | | | |
| OTROS(ESPECIFICA) | | | | | |

| PESO CORPORAL | PÉRDIDAS INSENSIBLES DE AGUA (ml/kg/día) | | VALORACION | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES |
|---------------|--|---------------|------------|-------|--------|-----------|--------|---------|
| | EN CUNA RADIANTE | EN INCUBADORA | | | | | | |
| <1,000 | 100-150 | 75-100 | | | | | | |
| 1,000-1.500 | 75-100 | 50 | | | | | | |
| 1.500-2.000 | 50 | 25-50 | | | | | | |
| >2.000 | 50 | 25-50 | | | | | | |

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

1.- Disminución de la actividad peristáltica R/C ingesta de fórmula láctea para prematuro M/P distensión, estreñimiento

2.- Deterioro de la eliminación R/C sistema gastrointestinal inmaduro M/P estreñimiento, distensión 29cm.

3.- Aporte nutritivo inadecuado R/C intolerancia a la fórmula M/P dolor, distensión, estreñimiento.

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

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

6.2.- RECIBE VISITA MATERNA: SI

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

6.4.- APEGO MATERNO: SI

6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: NO

6.6.- RECIBE ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: SI

REGISTRO DE METODO DE MÀMA CANGURO

ELABORO: E.E.N ARACELI MARTINEZ CLEMENTE

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

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

1 Riesgo potencial R/C apego materno ineficaz

2 Desempeño ineficaz del rol parental R/C temor M/P desapego e interacción con el neonato

3 Desempeño ineficaz del rol relaciones R/C adaptación inadecuada al cambio M/P desconocimiento por parte de la madre.

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

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

SI (X) NO ()

¿POR QUE? Falta de conocimientos de los cuidados por parte de la madre.

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

SI (X) NO () Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: Si por desconocimiento de los cuidados y miedo al tocarlo.

7.3.- CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES: Cuna bacinete, alarmas

7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: Cálido, confortable

7.5.- VALORACIONES DEL DOLOR

CRIES

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

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

10 – máximo dolor
05 – indicativo de dolor
00 – no dolor

NIPS

NEONATAL PAIN ASSEMENT SCORE

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

< 4 no dolor
5 – 8 dolor moderado >9 dolor intenso

PPIP

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE

| PROCESO | PARÁMETROS | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------------------|------------------------------------|--|--|---|---|
| Gráfica | Edad gestacional | ≥36 | 32 a <36 sem | 28 a 32 sem | ≤28 sem |
| Observar al niño 15" | Comportamiento | Activo/desperto ojos abiertos mov. faciales. | Quieto/desperto ojos abiertos, No mov. faciales. | Activo/dormido, ojos cerrados, mov. faciales. | Quieto/dormido ,ojos, cerrados nomov. faciales. |
| Observar al niño 30" | FC máx. Sat O ₂ MIN. | 0-4 lat/min 0-2.4% | 5-14 lat/min 2.5-4.9% | 15-24 lat/min 5-7.4% | ≥25 lat/min ≥7.5 |
| | Entrecejo Fruncido | Ninguna 0-9% Tiempo | Mínimo 10-39%tiempo. | Moderado 40-69%tiempo. | Máximo ≥70%tiempo. |
| | Ojos apretados | Ninguna 0-9% Tiempo | Mínimo 10-39%tiempo. | Moderado 40-69%tiempo. | Máximo ≥70%tiempo. |
| | Surco nasolabial | No | Mínimo 10-39%tiempo. | Moderado 40-69%tiempo. | Máximo ≥70%tiempo. |
| | | | | | TOTAL 6 |

00 - 6 no dolor
07 - 12 iniciar medidas no farmacológicas 13 - 21 analgesia narcótica

VALORACIÓN DEL DOLOR

| | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|--|-------|--------|-----------|--------|--|
| Escala utilizada | | | PPIP | PPIP | PPIP |
| Puntuación | | | 6 | 6 | 7 |
| Medida emprendida para control del dolor | | | | | Cambios posición, masaje |
| Resultado | | | | | Confort al cambio de posición, masaje. |

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

1. Disconfort físico R/C desequilibrio en el tránsito gastrointestinal M/P irritabilidad, despertar frecuente.
2. Bienestar del requisito peligros para la vida y el bienestar humano R/C medidas de seguridad adecuadas.
3. Confort físico R/C alivio físico del sistema gastrointestinal, alivio y tranquilidad.

8.- PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

8.1.- HIGIENE

| INTERVENCIÓN | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES |
|-------------------------|-------|--------|---------------------|--------|---------------------|
| BAÑO DE ESPONJA | | | x | | X |
| BAÑO PARCIAL | | | | | |
| ASEO DE CAVIDADES | | | | | |
| ADICTAMENTOS UTILIZADOS | | | Tina, agua, shampoo | | Tina, agua, shampoo |

8.2.-SEGURIDAD Y PROTECCION

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

8.3.- INDICADORES DE CALIDAD

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

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

1. Bienestar del requisito promoción a la normalidad R/C prevención de caídas
2. Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal R/C Prematurez
3. Riesgo de retraso en el desarrollo R/C Prematurez

Cuidame

- ✓ Que se lave las manos cada persona que me toque.
- ✗ Si alguien está enfermo evita que se acerquen, me puedo enfermar.



Cuida mi piel porque es delicada y frágil

- ✓ Báñame con jabón neutro.
- ✓ Si me vas a poner crema que sea hipoalergénica.
- ✗ No me pongas aceite o talco.
- ✓ Si no me puedes bañar ponme ropa limpia y seca diario.
- ✗ No me pongas ropa apretada.
- ✗ La popo y la pipi irritan mis pompis, NO me dejes sucio mucho tiempo.
- ✓ Lava mi ropita y cobijitas con jabón de pasta.



Antes de que nos vayamos a casa pregunta a mi enfermera lo siguiente:

- ✓ Si me tomaron el tamiz metabólico, para que recojas el resultado.
- ✓ Si ya me pusieron vacunas, cuales son y cuando me tocan las demás.
- ✓ Si me hicieron el tamiz auditivo, y cuando es mi otra revisión.
- ✓ Si ya me reviso mis ojitos el oftalmólogo.
- ✓ También pregunta por mi próxima cita con mi pediatra.



Recuerda que debes llevarme a estimulación temprana

- ✓ Donde te van a enseñar que ejercicios vas a realizarme en casa para que ayudes a desarrollar mi cerebro, y coordinar mis movimientos.

Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
4ª Generación Enfermería del Neonato
Sede INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA



CUIDADO EN CASA DEL RECIEN NACIDO PREMATURO

Mama cuidame

Vigila que respire normal

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



Que coma bien

- ✓ Debo comer cada 3 horas o antes.
- ✓ Sólo necesito tomar leche materna.
- ✓ Sácame el aire y acuéstame de lado después de comer.
- ✗ No tomo agua.
- ✗ No tomo té de ninguno.
- ✗ Si me das leche de bote, lava y hierva bien los biberones y lávate las manos cuando me prepares mi leche.



Vigila que haga pipi y popo

- ✓ Hago pipi y popo después de comer.



Estoy chiquito y necesito dormir

- ✗ No me hagas ruido fuerte
- ✗ No me pongas luz fuerte



Cuando esté despierto

- ✓ Háblame bonito.
- ✓ Acaríciame.
- ✓ Haz que me hable mi familia.



Vigila mi temperatura

- ✗ Que no tenga frio.
- ✗ Que no tenga fiebre.
- ✓ Báñame en un lugar cerrado, sin corriente de aire y con agua calentita.



No tomo medicamentos

- ✓ Solo los que te indique mi pediatra.
- ✓ Y pregunta a mi enfermera que medicina me vas a dar y a qué hora me toca.
- ✗ No me des medicina que te recomendó otra persona.



◆ Muerte de cuna

¿Cómo se previene?

El bebe debe dormir boca arriba, en colchón semiduro y no deben tener almohadas ni muñecos en la cuna. Se debe evitar el humo de cigarrillo en la alcoba, así como las temperaturas extremas, no cubrirlo demasiado.



◆ Deshidratación

El niño está menos activo, orina poco y de color obscuro, tiene la boca seca, al llorar apenas produce lágrimas, su fontanela (mollera) está hundida y su piel presenta tiene aspecto arrugado

Qué lo ocasiona?

- ✚ Vómito
- ✚ Falta de alimento (seno materno) adecuado.
- ✚ Diarrea

2 o más evacuaciones líquidas (como agua) que se repiten con mucha frecuencia. Los bebés alimentados con seno materno suelen tener evacuaciones aguadas (no líquidas) y pueden evacuar con cada toma de leche

Tu bebe es un gran regalo
CUIDALO



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y

Obstetricia

División de Estudios de Posgrado

4ª Generación Enfermería del Neonato



**Signos de
Alarma
en el**

¿QUE SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

SON LOS CAMBIOS ANORMALES EN SU BEBE QUE DEBEN DE SER ATENDIDOS DE INMEDIATO POR UN MÉDICO O EN UNA SALA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL.

¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE ALARMA?

◆ Fiebre

Es la elevación de la temperatura de 37.5 °c o más.

Si su bebe está muy abrigado hay que descubrirlo, esperar 10 minutos y volver a tomar la temperatura.



◆ Temperatura baja

Es aquella menor a 36.5 °C

¿Qué hacer?

Utilizaremos mantas o ropas calientes o podemos darle calor con nuestro propio cuerpo, poniéndolo piel con piel, a la altura del pecho (el bebe sólo usara su pañal) y una manta cubrirá a ambos.

Mantener caliente la habitación donde se halle el niño.

Llanto inconsolable

Todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, pañal mojado o dolor.

Si su bebe no tiene nada de esto y tiene más de una hora llorando, debe ser revisado por el médico.



◆ No es normal que un bebe no quiera comer.

Esta decaído

Que no se mueve con la energía con la que normalmente lo hace.

◆ Dificultad para respirar

- ⊕ Es respiración rápida
- ⊕ Aleteo nasal (las narinas se abren y se cierran)
- ⊕ Se le hunde la piel entre las costillas.
- ⊕ Se le hunde por debajo del tórax
- ⊕ Se queja con cada respiración
- ⊕ El bebé se pone morado o pálido.



➤ **SUEÑO:**

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

➤ **EJERCICIO, AIRE, SOL:**

- ✓ Déjame mover los brazos y piernas.
- ✓ El aire fresco me ayuda a



adaptarme a los cambios de temperatura.

- ✓ La luz del sol me ayuda a aprovechar la vitamina D.
- ✓ Protege mis ojitos de la luz directa del sol y cubre mi cabeza si voy a estar expuesto por algún período de tiempo.

**RECUERDA MAMI:
MI CUIDADO Y SALUD DEPENDEN
DE TI**



**ELABORADO POR:
4a GENERACION DE POSGRADO DE
ENFERMERÍA DEL NEONATO
SEDE I.N.P.**



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

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL HOGAR



➤ **MI CUARTO:**

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



➤ **MI ALIMENTACIÓN:** es la LECHE MATERNA, pues me da:

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



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

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



➤ **MI OMBLIGO:**

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



➤ **MI ROPA:**

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

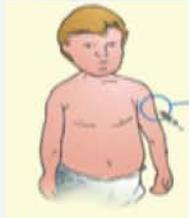


- **COMO TOMARME EN BRAZOS:** Mis músculos del cuello son muy débiles. Por eso, debes sostenerme la cabeza y la espalda, con cuidado, y déjame mover mis brazos y piernas



SITIOS DE APLICACIÓN

PARA VACUNAS



Inyecciones en Ambos Brazos



Via oral



Inyecciones en Ambas piernas

Efectos locales y Cuidados posteriores a la aplicación de la vacuna



Reacciones locales: dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar de inoculación.



Reacciones generales: fiebre que puede ser variable no dura mas de 2 días.

Después de recibir vacunas, los niños pueden estar muy irritables por dolor se recomienda:

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



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

VACUNAS



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

Al vacunarlos contra las enfermedades prevenibles, le estas garantizando el mejor comienzo de su vida.

¿Que son las Vacunas ?

Una vacuna es un medicamento que proporciona protección contra futuras infecciones se obtiene a partir de un microorganismo que hacen que el organismo produzca defensas contra enfermedades .



Gracias a las vacunas, se han podido erradicar muchas enfermedades infecciosas .



Cartilla nacional de vacunación

Las Cartillas Nacionales de Salud son documentos oficiales para las familias mexicanas, que se entregan en forma gratuita en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud .

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

| VACUNA | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | DOSIS | EDAD Y FRECUENCIA | FECHA DE VACUNACIÓN |
|---------------------------------------|--|----------|-------------------|---------------------|
| BCG | TUBERCULOSIS | ÚNICA | AL NACER | |
| HEPATITIS B | HEPATITIS B | PRIMERA | AL NACER | |
| | | SEGUNDA | 2 MESES | |
| | | TERCERA | 6 MESES | |
| PENTAVALENTE ACELULAR DPaT+VPI+HIB | DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS POLIOMIELITIS INFECCIONES POR <i>H. influenzae</i> tipo B | PRIMERA | 2 MESES | |
| | | SEGUNDA | 4 MESES | |
| | | TERCERA | 6 MESES | |
| | | CUARTA | 18 MESES | |
| DPT | DIFTERIA TOSFERINA TÉTANOS | REFUERZO | 4 AÑOS | |
| ROTAVIRUS | DIARREA POR ROTAVIRUS | PRIMERA | 2 MESES | |
| | | SEGUNDA | 4 MESES | |

| VACUNA | ENFERMEDAD QUE PREVIENE | DOSIS | EDAD Y FRECUENCIA | FECHA DE VACUNACIÓN |
|-----------------------|--|--------------|--------------------------|---------------------|
| NEUMOCÓCICA CONJUGADA | INFECCIONES POR NEUMOCOCO | PRIMERA | 2 MESES | |
| | | SEGUNDA | 4 MESES | |
| | | OTRAS | | |
| INFLUENZA | INFLUENZA | PRIMERA | 6 MESES | |
| | | SEGUNDA | 7 MESES | |
| | | REVACUNACIÓN | ANUAL HASTA LOS 35 MESES | |
| SRP | SARAMPIÓN RUBEOLA Y PAROTIDITIS | PRIMERA | 1 AÑO | |
| | | REFUERZO | 6 AÑOS | |
| SABIN | POLIOMIELITIS | ADICIONALES | | |
| SR | SARAMPIÓN Y RUBEOLA | ADICIONALES | | |
| OTRAS VACUNAS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo: Maria del Carmen Martinez Martinez
otorgo mi consentimiento para que el
Licenciado en enfermería Liliana Segovia Cambrón
estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato de la Escuela Nacional de Enfermería
y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un
seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento de mi hijo (a)
(neonato), como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la
información necesaria sobre las intervenciones a realizar durante el tiempo que dure esta,
así como ser libre de retirarme de este estudio en el momento que lo desee.

México D.F., a 17 del mes de Octubre del 2011

AUTORIZO: Maria del Carmen Mtz Mtz

[Signature]

TESTIGO

[Signature]

TESTIGO

AUTORIZADO POR TUTOR CLÍNICO: Araceli Martinez Clemente