



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---



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

**ESTUDIO DE CASO  
NEONATO DE 33 SEMANAS DE GESTACIÓN CON PESO BAJO  
PARA LA EDAD GESTACIONAL Y SÍNDROME DE DIFICULTAD  
RESPIRATORIA.**

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

**PRESENTA  
LIC. ENF. KARINA BOTELLO CALDERON**

**ASESORA  
EEI LAURA ALVAREZ GALLARDO**



**Ciudad Universitaria Cd de México, 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

<b>CONTENIDO</b>	
<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	4
<b>2 OBJETIVO GENERAL</b> .....	5
<b>2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS</b> .....	5
<b>3 METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b> .....	6
<b>4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO</b> .....	9
<b>4.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS</b> .....	9
<b>4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA</b> .....	15
<b>4.3 PARADIGMAS DE ENFERMERIA</b> .....	16
<b>4.4 ESCUELAS DE ENFERMERÍA</b> .....	18
<b>4.5 TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO</b> .....	22
<b>4.6 MÉTODO ENFERMERO</b> .....	34
<b>4.7 RELACION DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORIA GENERAL DEL</b> .....	45
<b>4.7.1 CUADRO N° 1</b> .....	46
<b>4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS</b> .....	47
<b>4.9 DAÑOS A LA SALUD</b> .....	59
<b>5 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO</b> .....	66
<b>5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN</b> .....	66
<b>5.2 MOTIVO DE CONSULTA</b> .....	66
<b>5.3 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES</b> .....	66
<b>5.4 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO</b> .....	68
<b>5.5 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD</b> .....	68
<b>6 APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO</b> .....	70
<b>6.1 EXPLORACIÓN FÍSICA</b> .....	70
<b>6.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES</b> .....	72
<b>6.3 ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM</b> .....	77
<b>6.4 ANALISIS DE VALORACIÓN POR REQUISITOS CON DÉFICIT</b> .....	78
<b>6.5 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS</b> .....	80
<b>6.5.1 CUADRO N° 2</b> .....	80
<b>6.7 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO</b> .....	82
<b>6.8 PLANEACIÓN DEL CUIDADO</b> .....	82
<b>7 PLAN DE ALTA</b> .....	104
<b>8 CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS</b> .....	105
<b>9 REFERENCIAS</b> .....	106
<b>10 ANEXOS</b> .....	109

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo significa en mi vida personal y profesional un avance, una meta, cumplir un objetivo, y quisiera dedicarlo a tantas personas que han estado para apoyarme para alentarme para hacerme crecer y hacerme creer y darme cuenta que puedo lograr grandes cosas.

En primera instancia quiero dedicar este trabajo a quienes fuera de tener un parentesco directo hacia mi persona han creído en mí y me han apoyado incondicionalmente la Sra. Reyna Ibarra Leal y a su esposo el Sr Raúl Graciano Morales, ellos representan para mí más que una familia y este esfuerzo es para ellos con todo mi amor y en agradecimiento por tanto.

Además dedico este trabajo a mi compañero de vida, Raúl Graciano Ibarra que es también una de las personas que han creído siempre en mí y han estado ahí siempre en buenos y malos momentos.

A mi familia que sin duda me han ayudado y apoyado incondicionalmente.

Y a mí Tutora y coordinadora de la Especialidad EEI Laura Álvarez Gallardo que sin duda ha sido para mí una inspiración y un ejemplo a seguir. Una de mis mayores motivaciones. Le agradezco su tiempo y dedicación Maestra porque enseñar no cualquiera lo logra, transmitir tanto es algo excepcional.

A todos y cada uno GRACIAS infinitas.

# 1 INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos fundamentales que debe perseguir la educación es integrar la teoría y la práctica a través de la aplicación de estrategias de enseñanza y de aprendizaje que conecten eficazmente el conocimiento con el mundo real. Una de ellas es la técnica del estudio de caso. Representa siempre una oportunidad de aprendizaje significativo, el cual demuestra la puesta en marcha de la teoría con la práctica.

El estudio de caso en enfermería representa una de las herramientas para valorar y dar a conocer el estado de salud de un paciente en este caso del neonato, además del cuidado brindado durante el proceso de salud enfermedad. Tiene como objetivo la descripción de causas y problemas ante una situación real de un paciente así como las acciones realizadas en pro de la salud del mismo.

Para ello debe contarse con un juicio crítico respecto a la situación del paciente y llevar a cabo una jerarquización de los requerimientos así como proporcionar un buen cuidado de enfermería.

Por otro lado el personal de enfermería especialista, debe contar con los conocimientos acerca de la historia clínica, estudio de caso y diagnósticos de enfermería entre muchos otros conocimientos que ayuden a la profesionalización del cuidado.

El presente estudio de caso se realiza con el firme propósito de dar a conocer el estado general de salud de un recién nacido hospitalizado en el área de cuidados intensivos neonatales tras realizar una valoración para lograr lo anterior e intervenir de forma acertada en el cuidado de enfermería proporcionado en base a la Teoría del Autocuidado de Dorothea E. Orem.

A continuación se muestra como fue desarrollado el presente estudio de caso y los rubros que se tomaron en cuenta en cada una de las etapas de la misma como la valoración, elaboración de diagnósticos y plan de cuidados, aplicada a un neonato prematuro con diagnóstico inicial de Síndrome de dificultad respiratoria, el cual contaba con peso bajo para su edad gestacional.

La prematuridad representa la primera causa de muerte en el neonato y la segunda causa de muerte en menores de cinco años luego de la neumonía, según la OMS el número de nacimientos prematuros asciende a 15 millones en el mundo y más de un millón de niños nacidos en esta condición muere cada año por complicaciones en el parto.

Para la realización del presente estudio de caso se tomaron como base, la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, además se realizó la valoración completa del paciente por requisitos de autocuidado.

Se desarrollaron diagnósticos de enfermería correspondientes para poder llevar a cabo un plan de cuidado que resultara beneficioso para el paciente y que ayudara en la cuestión educativa a la madre.

La planeación se realizó fundamentada con evidencia científica para su mejor aplicación, así como la evaluación en cada diagnóstico para validar la efectividad de las intervenciones.

El seguimiento en el paciente fue fundamental, ya que se realizó una segunda valoración para conocer el curso de su padecimiento, e intervenir al respecto.

## **2 OBJETIVO GENERAL**

Dar a conocer el estado de salud en general, para proporcionar cuidados específicos, así como aplicar el método enfermero basado en la Teoría general del Autocuidado de Dorothea E. Orem mediante el estudio de caso a un neonato internado en el Hospital de Especialidades de la Mujer y Neonatología.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Abordar al paciente con base en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.
2. Realizar la valoración por requisitos de autocuidado así como realizar la elaboración de diagnósticos de enfermería.
3. Diseñar un plan de cuidados para intervenir en cada uno de los problemas reales y potenciales que arroje la valoración.
4. Realizar valoración de seguimiento para evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas inicialmente
5. Valorar la aplicabilidad que tiene el método enfermero en base a la teoría de Dorothea Orem cuando se proporciona cuidado al neonato.

### **3 METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Se tomó como base para el presente estudio de caso la Teoría general del Autocuidado de Dorothea Orem. Se realizó la búsqueda de información para complementar el marco teórico en distintas bases de datos como Medigraphic, Scielo, Pub Med, RedALyC entre otras.

Para la selección del paciente para el presente estudio se analizó la situación de algunos pacientes que se encontraban en el área de cuidados intensivos neonatales. Tomando al paciente de acuerdo a sus antecedentes y su padecimiento actual.

Se solicitó la autorización de la madre para llevar a cabo la valoración y seguimiento al paciente, la cual accedió y se realizó la firma del consentimiento de la madre para continuar con el proceso.

Se realizó por medio del Método enfermero, con una valoración inicial con duración de tres días con in instrumento de valoración adaptado a la teoría antes mencionada el cual incluye en cada uno de sus apartados las bases conceptuales. Se realizó además una exploración física extensa.

Se elaboraron diagnósticos de enfermería conforme a los requisitos universales alterados en el recién nacido así como el plan de cuidados correspondiente a cada requisito con intervenciones de enfermería debidamente fundamentadas.

Luego se realizó el control de caso en cada problema que presentó el neonato.

Posteriormente se realizó una segunda valoración esta vez focalizada de acuerdo a los requisitos alterados en ese momento se elaboró un nuevo plan de cuidados para intervenir nuevamente.

Se elaboró un plan de alta para el recién nacido el cual fue entregado y explicado a la madre para su posterior utilización.

## Cronograma de actividades

FECHA	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
Agosto de 2015	Durante este periodo se realizó la búsqueda de información para la realización del marco teórico correspondiente al estudio de caso en cuanto a Método enfermero, Bases teóricas y consideraciones éticas	
6 de octubre de 2015	Se realiza la selección del paciente, y se inicia la búsqueda de información respecto a antecedentes del paciente. Se realiza la recolección de datos y antecedentes del recién nacido así como interrogación a la madre. Se continúa con la búsqueda de información correspondiente al padecimiento del paciente para ser añadida al marco teórico.	La madre acepta que se realice estudio de caso y firma consentimiento informado
7 de octubre de 2015	Se realiza la valoración correspondiente al requisito uno con instrumento extenso. Se realiza exploración física completa. Se elaboran diagnósticos de enfermería. Se establece Plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.	La valoración del requisito uno se extiende hasta el día 9 de octubre de 2015
8 de octubre de 2015	Se realiza la valoración correspondiente a los requisitos dos y tres con instrumento extenso. Se elaboran diagnósticos de enfermería. Se establece Plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.	Al igual la valoración comienza desde el día 7 y se extiende al 9 de octubre de 2015
9 de octubre de 2015	Se realiza la valoración correspondiente al requisito cinco con instrumento extenso. Se elaboran diagnósticos de enfermería. Se establece Plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.	



12 de octubre de 2015	<p>Se realiza la valoración correspondiente al requisito cuatro y siete con instrumento extenso.</p> <p>Se elaboran diagnósticos de enfermería.</p> <p>Se establece Plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.</p>	
13 de octubre de 2015	<p>Se realiza la valoración correspondiente al requisito ocho y seis con instrumento extenso.</p> <p>Se elaboran diagnósticos de enfermería.</p> <p>Se establece Plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.</p>	<p>Todas las valoraciones realizaron durante tres días consecutivos</p>
22 de octubre de 2015	<p>Se realiza revaloración, esta vez en el servicio de crecimiento y desarrollo en compañía de la madre</p> <p>Se identifican requisitos alterados, se valora el requisito uno, al cual se le elaboraron diagnósticos de enfermería.</p> <p>Se realiza la elaboración de plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.</p>	<p>Se hace partícipe a la madre en cuanto al cuidado del recién nacido</p>
23 de octubre de 2015	<p>Se realiza revaloración, nuevamente en el servicio de crecimiento y desarrollo en compañía de la madre.</p> <p>Se identifican requisitos alterados, se valoran los requisitos dos tres siete y ocho a los cuales se lleva a cabo la elaboración de diagnósticos de enfermería.</p> <p>Se realiza la elaboración de plan de cuidados correspondiente y se realizan intervenciones de enfermería.</p>	
27 al 30 de octubre	<p>Se elabora plan de alta así como preparación de información para la madre en cuanto a temas de interés de la madre y de relevancia para el cuidado del recién nacido.</p>	

3 de noviembre de 2015	Se entrega a la madre plan de alta y se ofrecen pláticas de los temas antes elaborados.	La madre recibe la información y muestra interés en el aprendizaje
------------------------	---	--

## **4 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO**

### **4.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS**

#### **MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

La prematuridad se considera como una de las complicaciones más frecuentes en los nacimientos, en el presente estudio se considera de gran importancia conocer los factores de riesgo e incidencia de la prematuridad así como las principales causas de morbimortalidad en los recién nacidos prematuros. El estudio fue realizado en el Hospital General de México encontrando que del porcentaje de recién nacidos prematuros en el tiempo en que se realizó el estudio la mayoría eran ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatales por enfermedad de Membrana Hialina seguida de neumonía y asfixia. Además destaca la relación entre los nacimientos prematuros con la edad de la madre en este caso temprana edad (menores de 25 años) el nivel socioeconómico y la falta de control prenatal.

Existe estrecha relación en el presente estudio de caso en cuanto a los factores de riesgo identificados en población mexicana así como la principal causa de morbimortalidad en prematuros que es el síndrome de dificultad respiratoria.<sup>1</sup>

#### **PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO: TENDENCIAS RECIENTE**

El presente estudio hace un análisis de datos obtenidos por medio del INEGI en cuanto a la mortalidad correspondiente a cifras del año 2010. Se hace una comparación en cuanto al número de fallecimientos entre el año 2000 y 2010 el cual ha disminuido considerablemente. Posteriormente nos hace mención de las principales causas de mortalidad encontrando en primer lugar la dificultad respiratoria, seguido de la sepsis

bacteriana, trastornos asociados con la corta duración de la gestación y la asfixia al nacimiento además del peso bajo al nacer , todas las anteriores que tienen muchas de las veces su origen en la etapa prenatal. Es por ello que el presente artículo tiene una estrecha relación con el estudio de caso.<sup>2</sup>

## UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA MORBILIDAD GRAVE EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS TARDÍOS

La revisión sistemática realizada en este artículo, nos presenta el análisis de diversos estudios en cuanto a la morbilidad en prematuros concluyendo en su mayoría que la prematuridad representa sin duda una el punto de partida para el desarrollo de la morbilidad en el recién nacido, haciendo evidente que la incidencia de complicaciones en cuanto a morbilidad neonatal e infantil es baja, pero hablando de recién nacidos, las enfermedades incluidas como dificultad respiratoria, parálisis cerebral entre otras, así como las complicaciones a largo plazo es más alta en recién nacidos pretérmino que en recién nacidos a término.<sup>3</sup>

## MORBILIDAD EN EL RECIÉN NACIDO MENOR DE 1 500 G

El estudio hace referencia al parto pretérmino en el recién nacido con peso menor a 1,500 kg el cual es considerado como uno de los problemas más importantes para la salud materno- infantil, debido a que la mayor parte de la morbimortalidad se concentra en este grupo de pacientes. El objetivo de este estudio fue identificar los eventos perinatales en dichos partos pretérmino.

Se obtuvo como resultado en la muestra de estudio que los principales factores de riesgo perinatal fueron trastornos hipertensivos en su mayoría, así como asma bronquial y anemia respectivamente. En cuanto al recién nacido el peso bajo fue predominante, así como la restricción del crecimiento fetal y la enfermedad de membrana hialina.

Nuevamente se encuentra la relación con el estudio de caso debido a que se habla de las complicaciones principales de un parto prematuro y además con bajo peso para la edad gestacional.<sup>4</sup>

## PROPUESTA DE NUEVAS CURVAS DE SOMATOMETRÍA PARA RECIÉN NACIDOS SANOS DE NIVEL ECONÓMICO MEDIO EN LA CIUDAD DE MÉXICO

La somatometría es un indicador del bienestar general en todo individuo. En los recién nacidos el peso y la talla son fundamentales ya que nos ayudan a detectar condiciones médicas, existen curvas que hacen referencia a la relación en cuanto al peso y la talla además de la edad gestacional. En la actualidad en México las curvas de Jurado García son las más utilizadas las cuales ya tienen bastante tiempo de ser utilizadas, el presente estudio hace una observación de las curvas para poder determinar si éstas siguen siendo vigentes para continuar con su uso.

Se analizaron datos de 5,799 historias clínicas prenatales, se incluyeron neonatos nacidos entre 31 y 41 semanas de gestación en los cuales se llevaron a cabo la recolección de datos como peso, talla y circunferencia cefálica. Como resultado de esto construyeron curvas para cada sexo.

Se concluye que las curvas realizadas pueden ser utilizadas ya que tienen mucha relación en las utilizadas actualmente.

El presente artículo se considera de importancia debido a que es necesario clasificar a los recién nacidos en relación a su peso y edad gestacional para poder tomar las acciones que correspondan para intervenir en ellos de forma adecuada.<sup>5</sup>

## CUIDADO ENFERMERO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

El presente artículo nos habla del cuidado de enfermería aplicado al recién nacido prematuro, habla del método enfermero en sus cinco etapas, y presenta una serie de casos en los cuales es aplicado. Desde la valoración inicial de enfermería con todos sus componentes, exploración física elaboración de diagnósticos con ayuda de la taxonomía NANDA y el uso de indicadores e intervenciones de literaturas como el NIC y NOC, la tercera etapa del método enfermero dada por la planeación de cuidados en el que se incluyen aquellas intervenciones e indicadores antes mencionadas, así como la ejecución y evaluación de dicho proceso.

En este caso el método enfermero está aplicado mediante el modelo de Marjory Gordon por medio de patrones funcionales, pero nos da la pauta para establecer la relación entre cualquiera de las teóricas de enfermería y el proceso enfermero. Y lo relevante de este estudio es que es aplicado al recién nacido prematuro.<sup>6</sup>

## FACTORES DE RIESGO DEL SÍNDROME DIFICULTAD RESPIRATORIA DE ORIGEN PULMONAR EN EL RECIÉN NACIDO

El síndrome de dificultad respiratorio constituye una de las principales afecciones y una de las más frecuentes en los recién nacidos. En el presente artículo se abordaron pacientes con este diagnóstico durante el periodo de casi un año. Encontrando que la mayoría de aquellos pacientes nacían por medio de cesárea, y obteniendo como factor materno la ruptura prematura de membranas.

Se hace una descripción de la enfermedad, la taquipnea, retracción y quejido se consideran pilares diagnósticos del Síndrome de dificultad respiratoria, aunque algunos de ellos se encuentran transitoriamente en los recién nacidos normales. Existen factores predisponentes que se relacionan con la aparición del SDR como son: prematurez, nacimiento por cesárea, hijo de madre diabética, hemorragia aguda anteparto y segundo gemelo, que en general tienen en común la posibilidad de producir asfixia.

En general el artículo es de gran importancia para el estudio ya que hace una descripción de la enfermedad y algunos de los factores de riesgo asociados.<sup>7</sup>

#### ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO EN EL PERIODO NEONATAL

El presente artículo nos habla acerca del oxígeno y su uso en neonatos. Nos dice que debe ser monitorizado ya que independientemente de los múltiples beneficios que tiene para la salud, su uso, especialmente en prematuros puede llegar a ser tóxico, es por ello que el objetivo es dar a conocer algunas recomendaciones para el correcto uso del oxígeno en recién nacidos.

Se sabe que con el uso del oxígeno se pretende aumentar el aporte en los tejidos del organismo y que para ello se debe tener un volumen sanguíneo adecuado así como frecuencia y funciones cardíacas normales. El oxígeno es administrado por diversos métodos no invasivos en neonatos entre los más utilizados se encuentra la administración de oxígeno a flujo libre, puntas nasales, mascarilla, entre otros.

Es importante tener en cuenta las indicaciones para cada uno de los métodos, ventajas y desventajas de su uso así como el control del monitoreo en la administración de oxígeno.

En general se considera importante el presente artículo para el estudio de caso ya que entre las intervenciones realizadas la administración de oxígeno es fundamental en el cuidado neonatal.<sup>8</sup>

## CONSENSO SOBRE LA MONITORIZACIÓN DEL RECIÉN NACIDO INTERNADO: PARTE 1: MONITORIZACIÓN NO INVASIVA DEL RECIÉN NACIDO

La monitorización en el recién nacido es de vital importancia de acuerdo al estudio nos menciona que de acuerdo a investigaciones en muchas de las muertes de los recién nacidos se encuentra que sólo estaban monitorizados por oximetría de pulso. Con respecto a esto se habla de la monitorización adecuada en la cual se incluye no solo la monitorización de la saturación de oxígeno sino también otros parámetros vitales como son la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y la tensión arterial.

El artículo describe cada uno de los procedimientos de monitorización así como las indicaciones para la monitorización adecuada. El uso de alarmas y el establecimiento de parámetros.

Es de vital importancia tener conocimientos de monitorización neonatal para proporcionar un buen cuidado de enfermería.<sup>9</sup>

### NUTRICIÓN ENTERAL EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO

Este artículo habla acerca de la alimentación enteral en el recién nacido hace mención de la alimentación trófica la cual es administrada más que nada para la estimulación intestinal, habla de los beneficios asociados como es la mejora en la tolerancia de las tomas , mejora en los niveles de hormonas intestinales, mejor aumento de peso entre otros beneficios . Es recomendable iniciar la alimentación luego del nacimiento y de preferencia con leche humana principalmente en prematuros. Menciona además las contraindicaciones de la alimentación enteral así como las medidas de proporción y soporte de la lactancia materna. Este artículo se considera de vital importancia para el estudio de caso debido a que es necesario tener en cuenta por qué un neonato se encuentra en ayuno y cuando iniciar la alimentación trófica se considera una buena elección.<sup>10</sup>

### NUTRICIÓN ENTERAL EN UN RECIÉN NACIDO PREMATURO

En los recién nacidos pretérmino y con peso bajo al nacer la leche humana requiere de ser fortificada para poder ayudar a su nutrición e incremento ponderal. El mayor problema de la alimentación enteral en prematuros es la tolerancia en la cual influyen factores como el

vaciamiento gástrico motilidad intestinal, deficiencia de enzimas digestivas y el tipo de leche utilizado para la alimentación, además del volumen.

Debemos reconocer la finalidad de contabilizar el residuo gástrico el cual varía de acuerdo a la edad gestacional si el recién nacido es menor de 32 semanas de gestación el residuo es considerado como fisiológico en relación a la maduración del sistema digestivo y no como intolerancia a la alimentación.

En general habla del manejo de la intolerancia a la alimentación, y de cada una de las complicaciones asociadas., así como la ganancia de peso en recién nacidos prematuros y el uso de vitaminas.<sup>11</sup>

## DOLOR EN EL NEONATO: HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO NEONATAL

El estudio aborda un tema muy importante como es el dolor en el neonato, se dice que el dolor es causado tanto por procedimientos terapéuticos e intervenciones invasivas. El cuidado del recién nacido debe ser holístico, y el manejo del dolor se considera de vital importancia.

El dolor en el recién nacido no necesariamente se encuentra relacionado a la patología que presenta, existen numerosas cuestiones que pueden ocasionar dolor como es la prematuridad, la exposición excesiva a estímulos.

Los prematuros presentan diversas dificultades para adaptarse a al medio extrauterino, lo cual lo lleva a sufrir una serie de variaciones en cuanto frecuencia cardiaca frecuencia respiratoria y descenso de la saturación de oxígeno.

El artículo nos muestra diversas escalas para la valoración del dolor en el neonato mayormente utilizadas, además de las medidas no farmacológicas para su tratamiento.<sup>12</sup>

## CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO. SITUACIÓN DE LAS UNIDADES DE NEONATOLOGÍA EN ESPAÑA

El objetivo del presente estudio se basa en conocer la situación en relación al cuidado para el neurodesarrollo del recién nacido prematuro dentro de las unidades de cuidados intensivos, tomado en cuenta factores importantes como la protección ambiental como es

la luz excesiva, la exposición al ruido, y la necesidad de realizar procedimientos dolorosos para el neonato.

Habla además del cuidado centrado en la familia el cual también influye en el desarrollo integral de un recién nacido.

Describe como se realizan las acciones para el cuidado del recién nacido en diversas instituciones de España en cuanto a las medidas de protección y manejo ambiental, además de la participación de los padres en el cuidado.

Tiene estrecha relación con el estudio de caso ya que por tratarse de un recién nacido prematuro sin duda el neurodesarrollo puede verse afectado por cuestiones ajenas a la patología que presenta.<sup>13</sup>

## **4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA**

La Enfermería, como disciplina orientada a la práctica profesional (Donald Sony Crowley, 1978), parte de una perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, desarrollando sus propios conocimientos con el objetivo de definir y guiar la práctica. Autoras como Fawcett (1984), examinaron los escritos de distintas enfermeras teorizadoras, y reconocieron que los conceptos cuidado, salud, entorno y Enfermería, estaban presentes en los distintos trabajos ya desde F. Nightingale. Las diferentes formas de ver y comprender el mundo, las corrientes de pensamiento es lo que el filósofo Kuhn (1970) y el físico Capra (1982), han denominado “paradigmas”, y han influenciado todas las disciplinas.<sup>14</sup>

El metaparadigma enfermero es imprescindible para que pueda desarrollarse como ciencia y como profesión la disciplina enfermera siendo esencial la relación entre los conceptos que forman parte del mismo. Estos conceptos son cuatro:

Persona: Receptora de los cuidados enfermeros bajo una visión holística y humanística.

Entorno: Factores intrapersonales y las influencias exteriores a la persona.

Salud: Meta del rol profesional. Una persona sana es la que gestiona su vida con autonomía.



Enfermería: Características de la persona que proporciona el cuidado enfermero, siempre en relación interpersonal con la receptora de cuidados.

La enfermería es considerada una ciencia debido a que cuenta con una base metodológica (Proceso de enfermería), cuenta con un cuerpo de conocimientos, y tiene un campo de actuación. El paradigma principal de la enfermería es sin duda el cuidado, y el proceso de enfermería representa la sistematización del cuidado. El cuidado es inseparable del amor, la ética y la compasión (acompañamiento).<sup>14</sup>

### **4.3 PARADIGMAS DE ENFERMERIA**

En el área de Ciencia Enfermera, los distintos autores, han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina<sup>14</sup>

Paradigma de la Categorización

Paradigma de la Integración

Paradigma de la transformación las concepciones de la disciplina

#### **PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN**

Los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como aislables o manifestaciones simplificables. En el campo de la salud el pensamiento se orienta hacia un factor causal responsable de la enfermedad. En la profesión de Enfermería este paradigma, ha inspirado dos orientaciones:

Pública, interesándose en la persona y la enfermedad.

Enfermedad, fundamentalmente unida a la práctica médica.<sup>14</sup>

#### **PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN**

En este paradigma se reconocen los elementos y las manifestaciones de un fenómeno integrando el contexto específico en el que se sitúa. La orientación es hacia la persona.

- El desarrollo de los medios de comunicación

- Las consecuencias de la II Guerra Mundial
- Teorías sobre la motivación humana (A. Maslow)

El cuidado de Enfermería se dirige a mantener la salud de la persona en toda su dimensión; Física, psíquica y sociocultural, e intervenir significa “actuar con” la persona y responder a sus necesidades.<sup>14</sup>

## **PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN**

Un fenómeno es único y diferente a otros con los que puede tener similitudes pero a los que no se parece totalmente. Es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina. En 1978, en la Conferencia Internacional de sobre cuidados de la Salud, se destaca la necesidad de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

La persona comienza a considerarse como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.

La salud se concibe como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno y se integra en la vida misma del individuo, la familia y el grupo social. Asimismo, la salud es un valor, una experiencia individual.

El entorno, es todo el universo que forma parte de la persona, estando en constante cambio. El cuidado de Enfermería se dirige hacia el bienestar, tal y como la persona lo define significa “estar con”, en un clima de mutuo respeto creando posibilidades de desarrollar su potencial, lo que beneficia también al profesional.

La Ciencia es un cuerpo unificado de conocimientos apoyados en evidencias reconocidas sobre determinados fenómenos. En la ciencia de la enfermería, sus conocimientos y técnicas han de estar basados en la observación y en la investigación experimental, es decir, basarse en teorías científicas.

Una Disciplina es una perspectiva única, una forma diferenciada de ver los fenómenos, lo que establece los límites y la naturaleza de sus investigaciones (Donaldson y Crowley, 1978).<sup>14-15</sup>

#### **4.4 ESCUELAS DE ENFERMERÍA**

Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina de enfermería en seis escuelas a saber:

##### **Escuela de las necesidades**

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah. Los modelos de la escuela de las necesidades hablan sobre el cuidado y como es que está centrado a la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales, o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados.

Esta escuela además se ve influenciada por la jerarquía de las Necesidades de Maslow y las etapas del desarrollo de Erickson; Según Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas sanas o enfermas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales, así pues el objetivo de enfermería es conservar y reestablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales, por otra parte postula que la Persona es un todo complejo y presenta catorce necesidades fundamentales con un orden biofisiológico y psicosociocultural; La Salud es la capacidad que posee una persona para satisfacer las necesidades antes mencionadas y el Entorno como la naturaleza o el medio que actúa de forma positiva o negativa sobre la persona.

Por otro lado para Orem el autocuidado es una acción adquirida, es decir, que es aprendida por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria, deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, su salud, y su bienestar, o de las personas bajo su responsabilidad. Los cuidados de enfermería representan un servicio especializado, que está centrado en las personas que tienen incapacidad para ejercer el autocuidado. La persona es un todo integral que funciona biológicamente simbólicamente y socialmente, referente al Entorno, representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos.<sup>15</sup>

## **Escuela de la interacción**

Apareció a finales de los años 50, las teorizadoras de esta escuela son Hildegart Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbe, Ernestina Wiedenbach e Imogene King.

Según esta escuela el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecer dicha ayuda. Como consecuencia las y los enfermeros deben clarificar sus propios valores utilizar su propia persona de manera terapéutica y comprometerse en el cuidado.

Peplau, define los cuidados enfermeros como un proceso interpersonal terapéutico. Se trata de una relación humana entre una persona enferma o que tiene necesidad de ayuda y una persona formada adecuadamente con el fin de reconocer sus necesidades de ayuda, es decir la relación enfermera persona, formando con ello una relación terapéutica la cual está conformada por cuatro fases , la orientación, la identificación, la profundización y la resolución. En la fase de orientación se clarifica la necesidad para dar paso a la ayuda solicitada y orientación adecuada, en la identificación la persona se sitúa en función de su necesidad de ayuda, en la fase de profundización es cuando se aprovecha al máximo la relación con la enfermera y la resolución marca la satisfacción de las necesidades no satisfechas y el abordaje de nuevas necesidades que se puedan encontrar; Define a la persona como un ser biopsicosocial que está en desarrollo constante , a la salud como la representación del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos en la dirección de una vida personal y comunitaria, y el entorno, aun no se ha definido del todo pero sugiere que las enfermeras deben tener en cuenta la cultura y las costumbres de la persona.<sup>15</sup>

## **Escuela de los efectos deseables**

En esta escuela las teorizadoras Dorthy Johnson, Ludia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Betty Newman, proponen objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros, destinados a la persona la cual es vista como sistema.

El modelo de Callista Roy extraído de la teoría de adaptación de Helson postula que la persona es un ser biopsicosocial en interacción constante con un entorno cambiante, así pues la adaptación de la persona depende de los estímulos a los cuales está expuesta y el nivel de adaptación que posea. Para Roy los estímulos se dividen en tres los focales o

directos de la persona, los contextuales que son todos los presentes en una situación y los residuales que tienen un efecto indeterminado en la situación. Por otra parte los objetivos de los cuidados de enfermería se centran en promover la adaptación de la persona en cada uno de los cuatro modos de adaptación, fisiológico, de autoimagen función de roles e interdependencia. Con el fin de contribuir a la salud y a la calidad de vida.

La persona es un sistema adaptativo que utiliza procesos internos con el fin de lograr objetivos individuales, existen mecanismos reguladores y mecanismos cognitivos los cuales permiten a la persona adaptarse según cuatro modos:

- Modo fisiológico, referido a la actividad, reposo, nutrición, eliminación, oxigenación, y protección, funciones neurológicas y endocrinas a los sentidos y a los líquidos y electrolitos.
- Modo de Autoimagen, tanto el yo físico como el yo personal
- Modo de función del rol, referido a los roles representados por la sociedad
- Modo de interdependencia, incluye los comportamientos contributivos y retributivos para dar y recibir amor.

Según Roy la salud es un estado y un proceso, permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado.<sup>15</sup>

### **Escuela de la promoción de la salud**

Según esta escuela, el punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

La teorizadora de esta escuela, es Moyra Allen, quien sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa principalmente en el seno de la familia. Además que el objetivo de los cuidados enfermeros es la promoción de la salud mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de procesos de aprendizaje.

Define a la persona en conceptualización como la familia, ya que posee una gran influencia sobre sus miembros e inversamente cada miembro influye en la familia. Por otro lado la salud, que es el componente central del modelo de Allen, menciona que la salud y la enfermedad no son un estado sino entidades distintas que coexisten, y ve a la salud como

una forma de vivir y de desarrollarse; en cuanto al entorno, lo define como el contexto en el que la salud y los hábitos de salud se aprenden.<sup>15</sup>

### **Escuela del ser humano unitario**

Es gracias a esta escuela que el holismo ha alcanzado todo su significado, ya que se sitúa en la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Es aquí donde la pregunta principal es ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros?

Para Martha Rogers que es la iniciadora de la concepción de enfermería desde la visión del ser humano unitario, la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están ni opuestas ni divididas, Newman (1986) propone una teoría de la salud que será una expansión de la conciencia.

Basada en diversas ciencias, y teorías Rogers crea el concepto de ser humano unitario y a su vez refiere que la enfermería es una ciencia, un arte y una profesión que se aprende.

Rogers, (1983) reconoce primeramente a la persona como un ser humano unitario, que es más grande que la suma de sus partes y diferente a esta. En este sentido la persona es como un sistema abierto, un campo de energía en constante cambio. Define la salud como un valor que varía según las personas y las culturas. Finalmente describe al entorno como un sistema abierto y de igual forma como un campo de energía que cambia constantemente.

Luego de estos conceptos encontramos a Rosemarie Rizzo Parse quien sostiene que los cuidados enfermeros están centrados en el ser humano y su participación cualitativa a las experiencias de la salud, el objetivo centrado de los cuidados de enfermería es mantener y favorecer la calidad de vida; la persona es un ser humano abierto que es más grande que la suma de sus partes y diferente de esta, libre de escoger un significado en cada situación. El ser humano es responsable de su manera de estar presente al mundo escogiendo los valores que modelan sus actividades y sus comportamientos; El entorno lo describe unido a la persona como un intercambio de energía, siendo inseparables.

Por último la salud es un proceso de actualización que refleja las prioridades de valores (Parse, 1987; 1990), y expresa una forma personal de vivir las experiencias.<sup>15</sup>

## **Escuela del Caring**

Watson en 1985 (Watson 1985) propone un caring que sea a la vez humanista y científico, considerando aspectos del ser humano como la espiritualidad, y la cultura. Los trabajos de Rogers, inspiran e influyen la visión de esta escuela en la que la relación transpersonal se impregna de coherencia, empatía y calor humano. El objetivo de los cuidados enfermeros es el de ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma su cuerpo y su espíritu. La enfermera percibe y siente lo vivido por la otra persona y responde a ello de forma que le permite exteriorizar sus sentimientos.

Las teorizadoras de la escuela del caring creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad (Watson 1985) y la cultura (Leininger 1988) y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.<sup>15</sup>

### **4.5 TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO**

Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland. La menor de dos hermanas, Orem empezó su carrera enfermera en la escuela de enfermería del Providence Hospital en Washington D. C. donde recibió un diploma en enfermería a principios de los treinta. Orem recibió posteriormente un BSNE. De la Catholic University of América CUA en 1939 y en 1946 obtuvo un MSNE de la misma universidad.

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 siete años 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. Continúo desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing que se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al

desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG.

El primer libro publicado por Orem fue Nursing: Concepts of Practice, en 1971; mientras prepararon y revisaron Concept Formalization in Nursing: Procces and Product.<sup>16</sup>

Dorothea Elizabeth Orem, se define como una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica, trabajó para mejorar la formación en enfermería práctica que la indujo a plantearse cuál era verdaderamente el ámbito en una personalidad científica, que trabajó para el desarrollo conceptual en la llamada teoría del déficit de autocuidado en enfermería.

En 1980 la propuesta teórica de Orem aparece bajo el nombre de Teoría General de Orem; una década después fue especificado el nombre por Self-Care Deficit Theory of Nursing ó S-CDT , donde se articulan o interrelacionan tres teorías: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de los sistemas de enfermería, Orem ha descrito lo que llamó teoría general de enfermería, la cual consta de tres teorías a su vez, relacionadas entre sí: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la teoría de sistema de enfermería; uno de los construidos que desenvuelve esta teorizadora es la del autocuidado. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.<sup>16</sup>

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano como son por ejemplo: la regulación en domina. Debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo,



siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.<sup>16</sup>

Incluye una serie de conceptos para su comprensión entre los cuales se encuentran:

- **Requisitos de Autocuidado:** Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.
- **Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.
- **Agencia de autocuidado:** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas

para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo . La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

- Déficit de autocuidado: Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.
- Agencia de enfermería: Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.
- Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.<sup>16</sup>

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. La teoría general de autocuidado de Orem está constituida por tres teorías del sistema de enfermería:

#### 4.6 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso.

El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos: Requisitos de Autocuidado Universal; Requisitos del Desarrollo; Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud. Los requisitos de autocuidado universales (RAU) abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida.

Estos (RUAC), son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de la salud cubriendo los aspectos fundamentales para la vida, el mantenimiento de la integridad de las estructuras y el funcionamiento y bienestar de la persona. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.<sup>16</sup>

Los (RUAC) se ven influenciado por los factores condicionantes básicos (FCB) que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en que vive. Estos influyen, por una parte en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en

condiciones de salud satisfactorias y sacar todo el partido posible a su propia vida y por otra en las capacidades de las personas que se encargan de su autocuidado o del cuidado de quienes dependen de ella. Estos (FCB) son los siguientes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Los requisitos universales del autocuidado son comunes a todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, fomenta positivamente la salud y el bienestar.<sup>16</sup>

Los cuales son:

- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social,
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano

## **REQUISITOS DE DESARROLLO**

Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: Fetal – Neonatal – Infancia – Niñez -Adolescencia Adulto Embarazo

Son Etapas específicas del Desarrollo que representan soporte y promoción de procesos vitales, son las condiciones que afectan el desarrollo humano, en otras palabras, son los requisitos determinados por el ciclo vital. El otro grupo de requisitos de autocuidado son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente.<sup>16</sup>

## **REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD**

Orem define los requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud como sigue:

La enfermedad o lesión no sólo afecta a las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos sino al funcionamiento humano integrado. Cuando éste está seriamente afectando la capacidad de acción desarrollada o en desarrollante dañada de forma permanente o temporal también el malestar y la frustración que resultan de la asistencia médica originan los requisitos del autocuidado para proporcionar alivio.<sup>16</sup>

Defectos genéticos y constitucionales

Defectos o inhabilidades estructurales y

Funciones del ser humano

Efectos de medidas teóricas como diagnósticos y tratamiento.

Se incluyen estas situaciones:

- Los cambios evidentes en la estructura humana.
- Los cambios en el funcionamiento fisiológico
- Los cambios comportamentales y hábitos de vida

## **TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO**

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la

persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras. Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.<sup>16</sup>

La teoría de déficit de autocuidado nos habla de la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda. Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo.

El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.<sup>16</sup>

## **TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA**

La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. Los sistemas que se proponen son: el sistema totalmente compensatorio, el sistema parcialmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona,

comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Los sistemas de enfermería se dividen en:

- Totalmente compensatorio: Todos los cuidados son asumidos por el personal de enfermería
- Parcialmente compensatorio: Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería.
- Apoyo/educación: La persona realiza las acciones de autocuidado con orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo.

La Teoría de Orem es un análisis detallado de los cuidados enfermeros, que nos permite definir el espacio que ocupa el profesional de enfermería en relación con la persona, donde todos los individuos sanos adultos tienen capacidad de autocuidado, en mayor o menor grado, en función de determinados factores (edad, sexo, estado de salud, situación sociocultural, predisposición). Independientemente de cuál sea la enfermedad, falta de recursos, factores ambientales, la demanda de autocuidado terapéutico de la persona es superior a su agencia de autocuidado, entonces la enfermera actúa ayudando a compensar el desequilibrio a través de los sistemas de enfermería.<sup>16</sup>

Es muy importante que los profesionales de la enfermería dominen una premisa fundamental de la teoría, en la que se plantea que las personas adultas tienen el derecho y la responsabilidad de cuidarse a sí mismas, así como cuidar a aquellas personas dependientes que están a su cargo. En caso de que no puedan, han de buscar ayuda en los familiares o profesionales de la salud. Orem también tiene en cuenta la posibilidad de que la persona no quiera asumir la responsabilidad de cuidarse, por varios motivos como trastornos psíquicos u otras prioridades.

La teoría del Autocuidado expresa la práctica de actividades que los individuos realizan por sí y para sí mismos, para mantener la vida, la salud y el bienestar. Por tanto, es necesario dar respuesta a una serie de requisitos de autocuidado que pueden ser universales

(satisfacen necesidades de agua, aire, alimentos, eliminación/excreción, actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros y promoción del funcionamiento y desarrollo humano); requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo normal, desde la concepción hasta la senectud y el enfrentar situaciones que pueden afectarlo); y los requisitos ante alteraciones o desvíos en el estado de salud (llevan a la persona a buscar asistencia médica segura, a atender los resultados molestos de una enfermedad; a seguir una terapia medica <sup>16</sup>

## **VALORACIÓN ÉTICA DEL MODELO**

Cuando se realiza la valoración ética de un modelo de enfermería es imprescindible el análisis de sus principales definiciones y fundamentalmente las referentes a la propia función de enfermería, ya que estas definiciones reflejan los principios éticos que guían la actuación de esta profesión. En el modelo de Orem es pertinente partir de que para ella el arte de enfermería es actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y a aprender por sí misma.

De aquí se puede reconocer principios éticos que regulan el ejercicio enfermero, en los que la función de la enfermera es ayudar, no sustituir la adopción de decisiones, fuerzas o conocimientos de la persona, a pesar de que si ésta está totalmente incapacitada, la enfermera puede asumir el autocuidado, pero con carácter temporal para facilitar la recuperación de la determinación de la persona y su más rápida independencia; la base de una relación de enfermería es la necesidad de realizar acciones compensatorias para vencer la incapacidad o capacidad limitada de cuidarse o para facilitar el desarrollo u organización de las actividades de autocuidado. Esto se lleva a la práctica con la teoría de sistemas de enfermería diseñada por Orem, con acciones por parte del profesional de enfermería y acciones por parte de la persona que requiere autocuidado, siendo el individuo, la familia, el protagonista de su proceso. En este modelo se hace evidente que la función de la enfermera es solo cuando el paciente es incapaz de satisfacer por sí mismo sus necesidades de autocuidado; de esta forma, Orem ve al individuo como un ser autónomo, con capacidad de autocuidarse mientras objetivamente no se demuestre lo contrario, para ser capaz de adoptar sus propias decisiones en materia de salud. Creer en ello, significa que la enfermera profesional respeta a la persona y las elecciones que ésta pueda hacer como ser racional ya que la interferencia en la autonomía de un individuo resulta perjudicial para su recuperación. La incapacidad para llevar a cabo el autocuidado



de una forma autónoma produce sentimientos de dependencia y percepción negativa de sí mismo.<sup>17</sup>

Otro elemento ético que se trata en el modelo de Orem es que la enfermera tiene la obligación y responsabilidad de brindar atención segura y competente cuando asume su papel dentro de un marco de relación interpersonal con el fin de actuar, conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado. Orem tiene en cuenta dentro de la actividad de la enfermera en la satisfacción de demandas de autocuidado terapéutico, requisitos en el orden biológico respiración, alimentación, eliminación, actividad y reposo, en la interacción social y el desarrollo personal dentro de grupos sociales. Esta integralidad en el cuidado enfermero implica respeto a la dignidad humana, y permite al individuo adoptar sus propias decisiones con tolerancia, cumpliendo el principio de consentimiento informado, confidencialidad, respeto por sus creencias, veracidad, intimidad y otros.

La enfermera, según Orem, debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos condicionantes del autocuidado, la edad y estado de salud y los conocimientos que poseen de ésta, la pertenencia al grupo social y los hábitos del medio cultural, la falta de habilidades y hábitos, el concepto de sí mismo y la madurez de la persona.<sup>17</sup>

## **CONCEPTO DE AUTOCUIDADO**

El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona de mantener un control individual sobre su propio patrón de vida, propiciando intimidad y tratándolo con dignidad, mientras realiza las actividades de autocuidados; otro principio de los cuidados enfermeros del modelo de Orem con un alto contenido ético es el referente a que el autocuidado no implica permitir a la persona que haga cosas por sí misma, según lo planifica la enfermera, sino animar, orientar y enseñar a la persona para que haga sus propios planes en función de la vida diaria óptima; al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestima del individuo.

Podemos valorar que el modelo de Orem promueve la satisfacción de las demandas de autocuidado del individuo, fomentando su autonomía, ya que la meta que la enfermera se

plantea utilizando el modelo está dada por asistir a las personas para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado.<sup>18</sup>

Consideramos que la esencia es brindar cuidados profesionales al individuo, familia y comunidad; para lograr esto es necesario que este profesional tenga en cuenta los aspectos y principios éticos de su actividad que complementados con la ciencia y la técnica determinan su carácter profesional.

El ser una enfermera profesional implica un desarrollo continuo ascendente en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos de la Ciencia de la Enfermería, que al integrarse a normas, código legales, éticos y morales caracterizan al profesional de la enfermería en la medida en que se desarrolla la profesión; asimismo, estamos obligados a desarrollar, enriquecer el contenido real de las normas de exigencias del código ético de la enfermería. La Teoría de Orem nos orienta cómo deben ser las relaciones entre el profesional de la salud y el individuo con necesidad de autocuidado, teniendo un papel fundamental y activo el individuo, evidenciándose valores éticos de la profesión enfermera, tales como: respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la salud y la vida, respeto a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad de brindar atención profesional de enfermería.<sup>18</sup>

Según Orem el autocuidado es una acción adquirida es decir, que es aprendida por una persona en un contexto sociocultural.

La imposibilidad de ejercer los autocuidados está unida a la incapacidad de decidir, emprender o efectuar una acción personal. Por consecuencia, la incapacidad de la persona para satisfacer su necesidad de autocuidado puede engendrar un estado de dependencia social. Según Orem los cuidados enfermeros representan un servicio especializado que se distingue de otros servicios de salud porque están centrados a las personas que tienen incapacidades para ejercer el autocuidado.<sup>18</sup>

El rol de la enfermera consiste entonces en ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus cuidados, utilizando cinco modelos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar.

Según Orem la persona es un todo integral que funciona biológicamente, simbólicamente y socialmente. Referente a la salud, esta se define como un estado de integridad de los

componentes del sistema biológico, simbólico y social del ser humano. Finalmente el entorno representa el conjunto de los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos.<sup>18</sup>

## **4.6 MÉTODO ENFERMERO**

### **Introducción**

Es el método sistematizado e individualizado para proporcionar cuidado al individuo, familia o comunidad en estado de salud o enfermedad, es un método que emplea el profesional de enfermería para atender las necesidades del usuario y alcanzar el máximo nivel de bienestar por medio del cuidado y del fomento del auto cuidado.

El sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Además es posible integrar, junto con el modelo de cuidados y el PE, los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC (NNN), cada vez más incorporados en el quehacer de las enfermeras y en los sistemas de información. Permite a las enfermeras trabajar desde un plano propio y también en colaboración con otros profesionales, hecho de gran valor en muchos entornos de cuidados y en nuestra realidad asistencial. Tiene en cuenta las ventajas de fomentar estilos de vida sanos y conductas saludables, consideración coherente con muchas de las propuestas y programas de nuestro sistema sanitario.

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.<sup>19</sup>

Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación. Es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad, lo que lleva a que se construyan varios procesos de Enfermería para un mismo sujeto.

Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidados para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo fisiopatología, la psicología y las ciencias sociales.<sup>20</sup>

Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.<sup>20</sup>

## **ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO**

### **1 VALORACIÓN**

Es la primera etapa del proceso enfermero la cual se define como: Proceso organizado y sistemático de recogida de datos sobre el estado de salud de una persona, familia o comunidad, a través de diferentes fuentes. Recogida y análisis de la información sobre el estado de salud buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan generar problemas, así como recursos y capacidades con los que cuenta la persona y/o familia.<sup>21</sup>

Esta primera fase permite al profesional de enfermería recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos. Sobre la información obtenida se establecerán las bases de una atención y cuidados individualizados y de calidad.<sup>21</sup>

Consta de varias fases:

1.1 RECOGIDA DE DATOS. Se recogerán datos teniendo datos subjetivos, objetivos, antecedentes, actuales, generales y focalizados. Nos orientarán en cuanto al grado de autonomía y si los comportamientos y acciones del individuo son adecuados. La obtención de los datos se realizará: Directamente del paciente (entrevista, observación, exploración física...) Indirectamente de familiares, procedentes de informes de otros proveedores de cuidados, de la historia clínica, etc.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o a las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. El objetivo de la recogida de datos es reunir información útil, necesaria y completa sobre la persona a que se está valorando, de nada nos va a servir la recogida extensa y anárquica de datos si no van enfocados y orientados al conocimiento de las situaciones que son necesarias para la enfermera. Además esta información debe estar orientada a las posibilidades de actuación de la enfermera en el medio que trabaje. No será lo mismo el enfoque, las posibilidades y las necesidades de actuación de una enfermera en el medio hospitalario, que en el medio de atención primaria.<sup>21</sup>

Los métodos para la recogida de datos son:

Entrevista. Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud. La entrevista puede ser :

- Formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.<sup>21</sup>

Tiene como objetivo:

- 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 qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

Consta de tres partes para su realización

- Inicio: Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable, donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- Cuerpo: La finalidad de la conversación se centra en esta fase en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen modelos estructurados para la recogida sistemática y lógica de la información.
- Cierre: Es la fase final de la entrevista. En esta fase se resumen los datos más significativos. Constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.<sup>21</sup>

Observación. Este método comienza en el momento del primer encuentro con el paciente y continúa a través de la relación enfermera-paciente en posteriores valoraciones. La observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente y del entorno, como de cualquier otra fuente significativa, así como de la interacción de estas tres. La observación es una

habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante esta técnica se confirmarán o descartarán posteriormente.<sup>21</sup>

Exploración física. Es otra técnica que nos va a aportar gran cantidad de datos. Antes de proceder a la exploración debe explicarse al paciente la técnica que se le va a realizar. Tiene como objetivo Determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, valorar la eficacia de las actuaciones, Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista, por medio de las técnicas de la exploración.

Las cuales son:

- Inspección: es el examen visual, cuidadoso y global del paciente. Su objetivo es 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: Consiste en la utilización del tacto. Su objetivo es determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el fonendoscopio para determinar características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar. Formas de abordar un examen físico:
- 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.
- 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.<sup>21</sup>

- 1.2 VALIDACIÓN o verificación de los datos, comprobando que sean exactos, veraces suficientes y completos, evitando errores y conclusiones precipitadas. Se deben confirmar todos aquellos datos que sean prioritarios o claves para el establecimiento del diagnóstico, así como aquellos que resulten anómalos o incongruentes.
- 1.3 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS agrupando por necesidades aquellos que parezcan ser relevantes o estar relacionados entre sí. Esta organización sistemática facilita la detección de problemas y permite identificar los problemas, manifestaciones de independencia y de dependencia sobre los que planificar los cuidados individualizados.

Por lo tanto consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

Partiendo de ésta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.<sup>21</sup>

## **2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas, de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American



Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.<sup>22</sup>

El sistema más utilizado actualmente para realizar los diagnósticos de enfermería es el de las categorías diagnósticas de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), para aquellos problemas de salud que se encuentran dentro del campo específico de enfermería. “Es importante diferenciar un diagnóstico de enfermería de un problema interdependiente, ambos son problemas de salud, pero los diagnósticos de enfermería únicamente hacen referencia a situaciones en que la enfermera (o) puede actuar en forma independiente” (Rodríguez 1998).<sup>22</sup>

Para la NANDA, el diagnóstico de enfermería es un “juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas reales o potenciales de salud o procesos de vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la elección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por lo que es responsable”.<sup>22</sup>

Se trata entonces de la identificación de un problema de salud, susceptible de prevenirse, mejorarse o resolverse con el cuidado de enfermería. La estructura de los diagnósticos de enfermería dependerá de que tipo de diagnóstico se está tratando, existen diagnósticos de riesgo, reales, de bienestar y posibles.<sup>22</sup>

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE RIESGO**

Son juicios clínicos que realiza el profesional de enfermería en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población en la misma situación.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (Etiqueta) + Etiología

Etiqueta diagnóstica, es una descripción concisa de la alteración del estado de salud, que siempre va precedida por el término "Riesgo de":

Ejemplo: Riesgo de infección.

Etiología, recoge las situaciones que provocan un aumento en la vulnerabilidad a padecer un problema. En el caso de los diagnósticos de riesgo, se denominan "Factores de riesgo".<sup>22</sup>

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA REALES**

Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen.<sup>23</sup>

El enunciado de los diagnósticos de enfermería reales, consta de tres partes:

Problema de salud (Etiqueta)+ Etiología+ (Manifestaciones).

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POSIBLES**

Describen problemas sospechados, que necesitan confirmarse con información adicional. Se trata de una opción disponible para todos los diagnósticos de enfermería.

Es un tipo de diagnóstico especial, ya que describe un estado provisional dentro del proceso para el enunciado de un diagnóstico de enfermería definitivo. Por esta razón, algunos autores no lo reconocen propiamente como un diagnóstico de enfermería. En cualquier caso, se trata de un elemento muy útil para la enfermera en la clínica.<sup>22</sup>

Los diagnósticos de enfermería posibles, evolucionan a:

- Un diagnóstico de enfermería, real o de riesgo.
- Su resolución, al descartar la existencia de un diagnóstico de enfermería.

El enunciado de estos diagnósticos consta de dos partes:

Problema de salud (Etiqueta) + Etiología

Etiqueta diagnóstica, descripción concreta del problema, precedida por el término "Posible":

Ejemplo: Posible alteración del rol parental

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE BIENESTAR**

Se tratan de juicios clínicos que realiza la enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés en mejorarla.

La NANDA los define como un juicio clínico respecto a una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado.<sup>10</sup>

En estos diagnósticos deben estar presentes dos circunstancias obligatoriamente:

- Estado o situación de funcionamiento actual eficaz.
- Deseo de un mayor nivel de bienestar.

Para la formulación de estos diagnósticos, es necesario basarse más en los deseos expresos por el cliente, que en los observados, evitando juzgar si su estado actual de salud es suficientemente eficaz o no.<sup>23</sup>

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

- Problema de salud (Etiqueta)

Etiqueta diagnóstica, describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar. Como segunda etapa del proceso de enfermería los diagnósticos serán elaborados de acuerdo a los datos obtenidos en la valoración, y en orden prioritario para el paciente.

Una vez identificados los problemas reales o potenciales del individuo familia o comunidad, y previa elaboración de diagnósticos de enfermería se procede a la siguiente etapa del proceso de enfermería.<sup>23</sup>

### **3 PLANIFICACIÓN**

La tercera etapa, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.<sup>19</sup>

Establecimiento de Prioridades para el abordaje de los problemas

- Problemas que amenacen la vida del individuo.
- Problemas percibidos por el individuo o familia como prioritarios.
- Problemas que contribuyen a la permanencia o aparición de otros problemas y cuya resolución los minimiza o soluciona.
- Problemas a resolver por enfermería.
- Problemas a resolver desde un enfoque multidisciplinar.

Establecimiento de Resultados (objetivos) de forma clara de tal manera que orienten y guíen la actuación enfermera, formulados en términos de conducta observable del individuo.<sup>19</sup>

Selección de Intervenciones y Actividades

- En los Diagnósticos Reales se dirigirán a actuar sobre las causas o factores relacionados para la reducción, control o eliminación de las manifestaciones.
- En los Diagnósticos de Riesgo se dirigirán a actuar sobre los factores de riesgo para evitar la aparición del problema, así como a la detección temprana en caso de producirse éste.

Registro del Plan de Cuidados, elemento clave para la planificación de los Cuidados y la continuidad de éstos, facilitando la comunicación entre los profesionales de la salud. El registro dirige los cuidados y es la base para la evaluación de los progresos, además de ser herramienta para la investigación en materia de cuidados.<sup>19</sup>

En el plan de cuidados se puede incluir un formato en el cual se desarrollen las intervenciones a realizar en cada diagnóstico de enfermería para la resolución o el tratamiento del problema, dicho formato puede contener:

- Objetivo
- Diagnóstico enfermero
- Patrón funcional o clasificación si así se desea
- Intervenciones y actividades
- Indicadores
- Resultados esperados
- Evaluación

#### **4 EJECUCIÓN**

La cuarta etapa, la ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería

Es la puesta en práctica de las intervenciones planificadas para el logro de los Objetivos establecidos en el plan de cuidados, con tres pasos definidos Preparación revisando las intervenciones propuestas para:

- Determinar la adecuación del plan de cuidados a la situación actual del individuo antes de la puesta en práctica (¿algún problema nuevo?, ¿algún dato que oriente a la necesidad de introducir algún cambio en el Plan?).
- Valorar si el individuo cuenta con conocimientos y habilidades necesarios para realizarlas.
- Reunir y organizar los recursos materiales y humanos necesarios.<sup>19</sup>

Es necesario reparar el entorno para la realización de las actividades en condiciones adecuadas y seguras, y la realización de las intervenciones con la ejecución de las actividades prescritas y la valoración continua de la respuesta del individuo que detecte la pertinencia de continuar con el plan o modificarlo en base a la evaluación de nuevos datos. Enfermería realiza las intervenciones o delega en otros profesionales cualificados a los que designa y supervisa en su actividad. Registro de las Intervenciones y respuesta del individuo.<sup>19-20</sup>

## **5 EVALUACIÓN**

La evaluación está presente en cada una de las etapas descritas, de forma continuada, y en cada una de ellas se evalúa, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.<sup>20</sup>

- Valoración: la obtención de datos suficientes y correctos para la emisión del DE.
- Diagnóstico: el DE es exacto y adecuado.
- Planificación: los objetivos e intervenciones son realistas y alcanzables, lo que puede provocar la revisión de los planteamientos del plan de cuidados.
- Ejecución: las respuestas del individuo, y en base a ellas puede hacerse necesario el mantenimiento, la modificación, la revisión o suspensión del plan de cuidados.

En esta última etapa del proceso enfermero, el profesional evalúa en qué medida se ha modificado la situación inicial como respuesta a las intervenciones enfermeras, es decir, la enfermera evalúa la consecución de los Objetivos establecidos para el individuo, determina en qué grado se ha cumplido y decide si es necesario introducir algún cambio en el Plan de Cuidados.<sup>19-20</sup>

### **4.7 RELACION DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORIA GENERAL DEL AUTOCUIDADO**

En la disciplina de enfermería se pueden identificar modelos y teorías, éstas últimas son menos abstractas que las primeras y posibilitan su aplicación a la práctica, de hecho existen las grandes teorías y las teorías de mediano rango que son las más aplicables. A pesar de

la importancia de estos conocimientos teóricos, hay autores que plantean que existe una brecha entre las teorías y la práctica, esta brecha existe a pesar de que las teorías surgen de investigaciones y tienen como objetivo contribuir a la práctica.

La relación entre la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem y el método enfermero es evidente, los metaparadigmas que componen a ambos son los mismos además el cuidado es el objetivo principal en cada uno.

Las etapas del método enfermero se encuentran ordenadas y sistematizadas haciendo una correlación con el orden de la teoría.<sup>21-22</sup>

A continuación se muestra la relación entre el Modelo y el método enfermero

#### 4.7.1 CUADRO N° 1

MODELO DE DOROTHEA OREM	PROCESO DE ENFERMERÍA
<p><b>Teoría de Autocuidado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Autocuidado</li> <li>*Requisitos de Autocuidado</li> </ul>	<p><b>Valoración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Detectar los requisitos de autocuidado</li> <li>*Evaluar situación de autocuidado</li> </ul>
<p><b>Teoría de Déficit de Autocuidado :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Demanda terapéutica</li> <li>*Agencia de Autocuidado</li> <li>*Déficit de Autocuidado</li> </ul>	<p><b>Continúa la valoración</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Evaluar la agencia de autocuidado de la persona</li> <li>*Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que presenta la persona.</li> </ul> <p>Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado.</li> <li>*Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.</li> </ul>
<p><b>Teoría de Sistemas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Agencia de enfermería</li> </ul>	<p><b>Planificación - Ejecución de las intervenciones – Evaluaciones</b></p>

\*Sistemas de enfermería

\*Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda.

\*Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda

18

## 4.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

### INTRODUCCION

El conocimiento y desarrollo ético del profesional de enfermería debe fortalecerse durante sus etapas de formación, tanto en el pregrado como en el postgrado, ya que el enfermero trabaja bajo la influencia de una escala de valores tanto profesional como personal cuando entra en relación con los pacientes y, a su vez, estos también tienen su propia escala de valores. En algunos momentos, los valores del profesional de enfermería pueden entrar en conflicto con los del paciente. En estos casos el primero deberá diseñar un plan de atención en el cual se brinde cuidado al paciente sin lesionar sus valores. Una parte fundamental en la formación del profesional de enfermería debe orientarse hacia el conocimiento de sí mismo, con el objeto de comprender mejor sus actitudes, sentimientos y comportamientos y cómo inciden estos en las relaciones profesionales.<sup>23</sup>

### Principios de Bioética

La sociedad actual se caracteriza por un énfasis, a veces exagerado, en la tecnología, y ello lleva imperceptiblemente a la deshumanización. Es por ello que se hace más necesaria que nunca la formación humanista de los profesionales de la salud. La atención de Enfermería debe fundamentarse, de manera especial, en la formación humanista de ese profesional.<sup>24</sup>

Una enfermera practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su autosuperación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad. También cumplirá con el principio de beneficencia en las acciones cotidianas cuando se esfuerce por establecer diagnósticos correctos de Enfermería, pues de la identificación clara y precisa de las respuestas humanas del paciente a su problema de salud/enfermedad dependerá la



eficacia de las acciones independientes de la enfermería. La enfermera(o) aplica además la beneficencia cuando, al ejecutar acciones dependientes de las órdenes médicas, ajusta el horario de la administración de los medicamentos no a su comodidad, sino a las necesidades del paciente.<sup>24</sup>

El principio de no maleficencia, sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Pero, ¿cuál es el bien y cuál el mal? A lo largo de la historia de la humanidad, en correspondencia con la práctica social, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y anticipada de sus necesidades históricas. Estas aspiraciones se desarrollan en el sistema de valores morales que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre.<sup>24</sup>

Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto, de manera que cambian con el propio desarrollo de la sociedad. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social: lo que lo favorece, constituye un valor; lo que lo dificulta u obstaculiza, constituye un antivalor.<sup>24</sup>

En correspondencia con los valores universalmente reconocidos: la vida y la salud, cualquier enfermera puede distinguir dos ideas fundamentales:

- Su profesión le proporciona una capacidad peculiar que la faculta específicamente para contribuir al bien del individuo, la familia o comunidad que atiende.
- Su profesión implica un deber para con la sociedad.

La autonomía, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el consentimiento informado, el cual consta de dos elementos fundamentales: la información y el consentimiento.

La información corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes:

1. Descubrimiento de la información, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber.
2. La información comprensible, es decir, tomar en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso.<sup>24</sup>

Por su parte, el consentimiento es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso). El consentimiento comprende también dos aspectos:

1. Consentimiento voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias.
2. La competencia para el consentimiento, tanto física como psicológica.

El consentimiento informado protege, en primer lugar, a pacientes y sujetos de experimentación, previendo riesgos y daños posibles; pero también protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones.<sup>24</sup>

Dicho esto así todo parece claro y de fácil solución; sin embargo, el profesional de la salud se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la integridad del paciente como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción. Es precisamente en este rango, en el que se presentan los mayores conflictos éticos. Otro tanto sucede cuando los elementos que justifican el ejercicio de la autonomía en el individuo son contrarios al derecho de elección de la comunidad.<sup>24</sup>

El principio de la justicia, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. Justicia significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza.<sup>24</sup>

## **Código de ética de enfermería**

Es un documento que establece de forma clara los principios éticos, deberes y obligaciones que guían el buen desempeño profesional. (Monshisky M.

### Capítulo 1 Disposiciones generales

Artículo primero.- el presente código de guía la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan su servicio, las autoridades, colegas y consigo misma y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

### Capítulo 2

De los deberes de las enfermeras para con las personas

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

Artículo tercero.- mantener una relación estrictamente profesional, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias espirituales.

Artículo cuarto.- proteger su integridad, ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

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

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

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

Artículo octavo.- otorgar cuidados libres de riesgo, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

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

### Capítulo 3

#### De los deberes de las enfermeras como profesionistas

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

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

Artículo decimotercero.- contribuir en el fortalecimiento de la condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo decimocuarto.- prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia elitista, racista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo decimoquinto.- ofrecer servicios de calidad avalados de sus conocimientos.

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

Artículo decimoséptimo.- actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales.

### Capítulo 4

#### De los deberes de las enfermeras para con sus colegas

Artículo decimoctavo.- compartir con objetividad sus conocimientos y experiencias a estudiantes y egresados de su profesión.

Artículo decimonoveno.- dar crédito a sus colegas, asesores y colaboradores en los trabajos elaborados individualmente o conjuntamente evitando la competencia desleal.

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

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

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

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

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

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

## Capítulo 5

### De los deberes de las enfermeras con su profesión

Artículo vigésimo tercero.- poner en alto el prestigio de su profesión en todo lugar y momento.

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

Artículo vigésimo quinto.- mantener y mejorar los intereses legítimos de la profesión mediante su participación como colegiada.

Artículo vigésimo sexto.- dignificar su profesión mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

## Capítulo 6

### De los deberes con la sociedad

Artículo vigésimo séptimo.- prestar servicio social profesional por convicción y conciencia social

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

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

### **Decálogo de Código de Ética**

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.

8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>25</sup>

### **Consentimiento Informado**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en su artículo 80 se establece “En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, deberá recabarse a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines de diagnóstico terapéuticos, los procedimientos médico quirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente”.<sup>26</sup>

Es decir, esta autorización de ingreso no tiene nada que ver con el consentimiento informado y con la información que se le está proporcionando al paciente durante su estancia hospitalaria, esta autorización hay que recabarla pero no supe el consentimiento informado. Desde el punto de vista jurídico el consentimiento válidamente informado se puede definir como el acto jurídico, no solemne, personalísimo, revocable y libre del paciente, para admitir o rehusar, por sí o a través de su representante legal, uno o varios actos biomédicos concretos en su persona, con fines de atención médica; estará sujeto, dicen los juristas, a la disponibilidad de derechos personalísimos autorizados por la ley, en términos del orden público, y la ética médica. No obligará al médico cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente, o se trate de la disposición de derechos irrenunciables como la vida y la protección de la salud, ni podrá ser un acto liberatorio de obligaciones de orden público o para la protección de la vida.<sup>26</sup>

El consentimiento informado implica la obligación del médico de establecer un proceso de comunicación con su paciente, para que ambos tengan la información comprensible y necesaria para tomar decisiones que permitan enfrentar de mejor manera la enfermedad; de esta forma percibimos que el consentimiento informado es mucho más que solicitar una firma, es un proceso de comunicación en donde el médico y el paciente se tienen que poner

de acuerdo y entender que la finalidad última es atender el padecimiento del enfermo por el bien del mismo. Pero también lo podemos considerar como un derecho del paciente que constituye a la vez una exigencia jurídica para el médico, que tiene además un fundamento ético y una finalidad clínica, de ahí que no sólo sea una exigencia legal, sino que es primordialmente una actividad que tenemos que realizar los médicos frente a nuestros pacientes.<sup>26</sup>

El objetivo primario del proceso, para obtener el consentimiento informado del paciente, es tranquilizar al paciente o sus familiares, para ello debemos brindar información clara y suficiente para explicarle qué le vamos a hacer, el motivo del procedimiento, los riesgos inherentes al mismo, las complicaciones que se pueden presentar, las posibilidades de éxito, y otras alternativas para tratar su enfermedad, para que juntos, médico y paciente, con toda la información comprendida, tomen la mejor decisión; muy diferente resulta cuando se lee una carta de riesgos, de posibles complicaciones y con la sentencia, como afirman algunos que debe ser, de: “y se puede morir”. Cuando hacemos esto, no estamos cumpliendo con el objetivo primario del consentimiento que es tranquilizar al paciente dándole información comprensible.<sup>26</sup>

### **Expediente clínico**

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

Esta norma establece con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud. Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos enfermeras y demás personal del área de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable. Establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.



El expediente clínico deberá contar con: Historia Clínica, Interrogatorio, Exploración física, Resultados de laboratorio previos y actualizados, Pronóstico, Indicación terapéutica, Nota de evolución, Diagnósticos o problemas clínicos, Indicación terapéutica, Evolución y actualización del cuadro clínico, Hoja de enfermería, Nota de Interconsulta, entre otras. Los componentes del expediente por lo general siempre son los mismos en todas las instituciones solo varía la secuencia.

### Objetivo

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.<sup>27</sup>

### **Declaración de los Derechos del Recién Nacido**

La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos

1) La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.

2) Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estados deberán tomar las medidas adecuadas para que protejan a los niños frente a cualquier discriminación.

3) Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física, sea corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.

4) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

5) Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades

posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de las padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.

6) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.

7) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica. Los neonatos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una adecuada atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.

8) La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país. En el caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas feticidas tras el nacimiento.

9) No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos los padres deberán estar informados y participar en las decisiones prenatales, siempre que ello sea posible. Se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar de nacimiento.

10) Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.

11) El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Sin embargo, en los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen

un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legales y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.

12) Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles. En los países en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.

13) Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en estas situaciones.

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

Oficialmente la OMS sostiene que deben existir razones válidas para interferir con el proceso natural de un parto y que se prioricen los métodos no farmacológicos.<sup>28</sup>

### **Derechos del Recién Nacido Prematuro**

La prematurez es un problema de salud pública: es la principal causa de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), y una de las principales razones de mortalidad infantil. Es una condición en la que intervienen factores biológicos, ambientales y sociales. Gran parte de los nacidos de parto prematuro pasan largos períodos en internación, recuperación y seguimiento, y necesitan equipos humanos y servicios especializados que den respuesta a las distintas necesidades en las etapas de la vida que van atravesando. Se sabe que la contención familiar del recién nacido prematuro forma parte de las necesidades vitales para una mejor y más rápida recuperación.

Por tanto el recién nacido prematuro tiene los siguientes derechos:

- 1 La prematuridad se puede prevenir en muchos casos por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
- 2 Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados.
- 3 El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso de su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.
- 4 Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
- 5 Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna
- 6 Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro.
- 7 Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital a programas especiales de seguimiento.
- 8 La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
- 9 El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo
- 10 Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.<sup>29</sup>

#### **4.9 DAÑOS A LA SALUD**

##### **Clasificación del Recién Nacido**

La identificación de los niños pequeños para su edad gestacional (PEG) es importante porque presentan un mayor riesgo de morbilidad perinatal, y de enfermedad cardiovascular en la edad adulta.<sup>30</sup>

Para poder definir si el recién nacido presenta peso bajo de acuerdo a la edad gestacional es necesario aplicar las tablas de valoración para obtener estos datos; De acuerdo con la

edad de gestación, en base a la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993) el recién nacido se clasifica en:

Recién nacido inmaduro: Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos.

Recién nacido pretérmino: Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Recién nacido prematuro: Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos.

Recién nacido a término: Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más.

Recién nacido postérmino: Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.

Y de acuerdo con el peso corporal al nacer y la edad de gestación los recién nacidos se clasifican como:

De bajo peso (hipertrófico): Cuando éste es inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes para la edad de gestación.

De peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos para la edad de gestación.

De peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad de gestación.

Existen diversas clasificaciones para el recién nacido otra de ellas es la tabla de Jurado García aplicable para neonatos mexicanos la cual hace una relación entre la edad gestacional y el peso del paciente. Dividido en percentiles que ubican al neonato de acuerdo a sus características en diferentes enunciados como: Pequeño para la Edad Gestacional, Adecuado para la Edad Gestacional y Grande para la Edad Gestacional, además de la denotación de pretérmino a término y pos término de acuerdo a las semanas de gestación.<sup>31</sup>

El peso al nacer es una de las variables reconocidas entre las de mayor importancia, por su asociación con el mayor riesgo de mortalidad infantil. Por otra parte, son muchos los

problemas neuropsíquicos posteriores que pueden presentar estos niños, tales como mala adaptación al medio ambiente, diferentes impedimentos físicos y mentales que se evidencian en la edad escolar y aún, en la etapa adulta.

Las causas más comunes que dan lugar a un nacimiento con bajo peso son la edad materna, estado nutricional y ganancia de peso durante el embarazo, donde se observa mayor frecuencia de bajo peso entre las de 19 años y menos.<sup>32</sup>

## **Prematurez**

La prematuridad es en la actualidad uno de los grandes desafíos de la Medicina Perinatal. Los progresos realizados durante los últimos años en el campo de la perinatología han hecho posible que aumente la supervivencia de dichos recién nacidos, sin embargo, constituye un grave problema para la familia, la sociedad y economía de cualquier país.

El parto y nacimiento prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes en la obstetricia, a pesar de los grandes avances de la medicina moderna, por lo que constituye aún un reto y punto de atención continua para el obstetra y el neonatología.

Existe un aumento de la tasa de prematuridad en los países desarrollados, que refleja no sólo el aumento de la tasa de incidencia, sino también los cambios en la práctica asistencial a estos neonatos, con avances de los cuidados obstétricos y neonatales, que permite la supervivencia de neonatos cada vez más inmaduros. Desde el punto de vista estadístico hay que tener en cuenta la limitación de la clasificación tradicional en aborto, muerte fetal y muerte neonatal precoz, y de las diferentes legislaciones nacionales, que establecen límites de obligatoriedad de registro, con edad gestacional descendente a tenor de las supervivencias conseguidas.

Un recién nacido prematuro es aquel que nace antes de completar la semana 37 de gestación, siendo la gestación una variable fisiológica fijada en 280 días, más menos 15 días. El término pretérmino no implica valoración de madurez, como lo hace prematuro, aunque en la práctica ambos términos se usan indistintamente.

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó que se definiera como prematuro al neonato nacido antes de las 37 semanas de gestación. Esto causó controversias por varios años más, pero hasta la mitad de la década de los setenta fue que se adoptó la definición de prematuro al producto de edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, con peso al nacer mayor de 500 gramos y menor de 2,500 gramos. El riesgo

de nacimientos prematuros para la población general se estima aproximadamente entre el 6 y 10%.

Después de las 28 semanas de gestación, las tasas de mortalidad prenatal y neonatal se hayan estrechamente ligadas con la incidencia de prematuridad. Decenas de niños mueren antes de cumplir 28 días de vida, esto significa que la contribución a la mortalidad infantil de este grupo de niños es entre 40 y 60%.<sup>32</sup>

La mayoría de los prematuros nacen tras la presentación de un parto pretérmino espontáneo. La presencia de infección clínica o subclínica es sospechada, (cultivos positivos en los anexos fetales en el 60% versus al 20% de los término; vaginosis materna, marcadores inflamatorios elevados en líquido amniótico), aunque el tratamiento antibacteriano no es eficaz en el parto prematuro espontáneo. Por el contrario su uso en la amniorrexis prematura, consigue prolongar el embarazo, disminuir la tasa de coriamnionitis y mejorar los resultados neonatales. Otros factores asociados son la existencia de partos pretérminos previos, la situación socioeconómica desfavorable de la madre y el tabaquismo materno.<sup>32</sup>

Las medidas que mejoran el cuidado antenatal, médico, dietético y social son eficaces en corregir la desigualdad y controlar la tasa de prematuridad. La raza negra aislada se muestra como factor de riesgo en varias series. La gestación múltiple espontánea o inducida, aumenta las tasas de prematuridad y representan aproximadamente una cuarta parte de los pretérminos. La incidencia de gemelos y tripletes se multiplica en los primeros años de desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Más del 50% de los gemelos y la práctica totalidad de los tripletes y múltiples, son recién nacidos pretérminos. Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15 y el 25% de los pretérminos. El mayor porcentaje viene representado por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios. La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales como la fetopatía diabética, el hidrops fetal etc.<sup>32</sup>

La patología prevalente del pretérmino es la derivada del binomio inmadurez-hipoxia, por el acortamiento gestacional y la ineficacia de la adaptación respiratoria postnatal tras la supresión de la oxigenación trasplacentaria; con frecuencia el test de Apgar es bajo y necesita reanimación neonatal.

La función pulmonar del pretérmino está comprometida por diversos factores entre los que se encuentran la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria,

asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de síntesis de surfactante y aumento del grosor de la membrana alveolo capilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares. Por último existe una probable hiposensibilidad de quimiorreceptores responsables del servocontrol. La dificultad respiratoria es la primera causa de morbi-mortalidad del pretérmino y viene representada por el distres respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de Membrana Hialina, seguida de las apneas del pretérmino y la displasia broncopulmonar en secuencia cronológica de su aparición. Otras patologías neumopáticas posibles son evolutivas como el neumotórax, la hipertensión pulmonar, atelectasia, enfisemas intersticiales, neumatoceles, edema de pulmón, neumonías infecciosas o aspirativas etc.<sup>33</sup>

La administración de corticoides prenatales y el uso del surfactante exógeno de origen bovino o porcino son dos terapias de eficacia probada, que han cambiado el pronóstico de los recién nacidos pretérminos. El uso de cafeína no solo mejora las apneas del pretérmino sino además se ha mostrado eficaz para reducir la tasa de la broncodisplasia y la supervivencia libres de secuelas del desarrollo neurológico. La oxigenoterapia con objetivos de saturación restringidos, parece contribuir a una reducción significativa en la incidencia de retinopatía de la prematuridad y a la integridad de mecanismos antioxidantes en los recién nacidos de riesgo.<sup>34</sup>

### **Síndrome de dificultad respiratoria**

El síndrome de Dificultad Respiratoria es una enfermedad caracterizada por inmadurez del desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido pretérmino, cuyo componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante que causa desarrollo progresivo de atelectasia pulmonar difusa e inadecuado intercambio gaseoso; se manifiesta con dificultad respiratoria progresiva, que puede llevar a la muerte si no recibe tratamiento adecuado.

El SDR es un cuadro clínico que afecta casi exclusivamente a RN prematuros y a hijos de madre diabética. La sintomatología se inicia inmediatamente después del nacimiento y va aumentando de intensidad hasta las 48-72 horas para luego regresar en el curso de una semana o diez días.

Hay numerosas tesis para explicar el SDR. Algunos autores han encontrado cierta relación entre el nivel de enzimas fibrinolíticas en el pulmón y en la sangre y membranas hialinas pulmonares. Otros han encontrado un inhibidor del activador del plasminógeno el que sería



el responsable del trastorno pero hay estudios que contradicen estos hallazgos por lo que se les ha restado importancia. Aparentemente lo más importante es la alteración o disminución del surfactante pulmonar que es el encargado de mantener la estabilidad alveolar después de la primera inspiración. Lo que aún se discute es si este déficit es primario y en relación al grado de madurez del niño o es secundario a la isquemia pulmonar que resulta de la asfixia intrauterina. El surfactante es un complejo formado por proteínas, hidratos de carbono, pero especialmente lípidos siendo el principal componente la lecitina, de alto poder para bajar la tensión superficial. El surfactante impide que los alveolos se colapsen totalmente en la expiración por lo que el déficit de esta sustancia produce atelectasia. El colapso pulmonar condiciona hipoxia, acidosis, vasoconstricción pulmonar, menor producción de surfactante y mayor colapso. La hipoxia daña el endotelio capilar y se produce trasudación de líquido con fibrina hacia la luz del alveolo que es lo que origina las membranas hialinas.<sup>34</sup>

De los 130 millones de nacimientos que ocurren en el mundo cada año, hay cerca de 4 millones de muertes neonatales (menores de 28 días de vida), de las cuales el 98% ocurren en los países en vía de desarrollo. Las principales causas de muerte neonatal en el mundo son los nacimientos pretérmino (28%), infecciones severas (36%, incluyendo sepsis y neumonía 26%, tétano 7% y diarrea 3%) y complicaciones de la asfixia (23 %), todas relacionadas con los trastornos respiratorios neonatales.<sup>33</sup>

Los trastornos respiratorios neonatales más frecuentes son el Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal (SDR), cuya incidencia y gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, y con una incidencia del 50% entre la semana 26 y 28.<sup>34</sup>

El síndrome de dificultad respiratoria constituye el trastorno más frecuente de observar en el período neonatal inmediato. Se entiende por tal la presencia de taquipnea, retracción y quejido presente desde las primeras horas de vida.<sup>35</sup>

El síndrome de dificultad respiratoria puede ser producido por diversas causas; neumonía connatal, aspiración meconial, neumotórax, neumomediastino, malformación congénita, etc., pero la más frecuente y la que causa mayor mortalidad en el periodo neonatal es el Síndrome de Dificultad Respiratoria idiopático o Síndrome de membrana hialina (SRDI o SMH). Cabe destacar por su frecuencia, aunque no por su gravedad al llamado Síndrome

de Dificultad respiratoria Benigno (SDRB) el que es de evolución fugaz y cuyo diagnóstico se hace por exclusión.

Es un cuadro clínico que afecta casi exclusivamente a recién nacidos pretérmino y a hijos de madre diabética. La sintomatología se inicia inmediatamente después del nacimiento y va aumentando de intensidad hasta las 48-72 horas para luego regresar en el curso de una semana o diez días. Los síntomas más constantes son: quejido espiratorio, retracción esternal y subcostal, polipnea, (sobre 70/min.), y cianosis que pasa al administrar oxígeno.<sup>35</sup>

La auscultación pulmonar revela menor entrada de aire a los pulmones, disminución del murmullo vesicular y a veces crépitos.

Si la enfermedad progresa aumenta el ritmo respiratorio, la retracción y la cianosis. Aparece edema periférico y disminuye el tono muscular y la temperatura. Pueden aparecer pausas de apnea la que se atribuye a la asfixia cuando son cortas y leves pero que traducen la presencia de hemorragias masivas intracraneales cuando son severas, subintrales y finales.

El diagnóstico clínico se basa en el análisis cuidadoso de los antecedentes materno-fetales, en el cuadro clínico y en la progresión de la sintomatología que es más importante que su presencia en un momento dado. El cuadro característico del inmaduro, se inicia en el momento del nacimiento o poco después; progresa hasta la 36-48 horas, y luego regresa lentamente.<sup>35</sup>

La valoración clínica por parte de enfermería del recién nacido con dificultad respiratoria es vital en su evolución y nos permite la detección precoz de signos de recuperación o agravamiento de la enfermedad. Integrar la habilidad y el conocimiento de todos los aspectos del cuidado incluyendo la fisiología del desarrollo, la fisiopatología y las necesidades psico-sociales del recién nacido y su familia, nos permitirá implementar estrategias que puedan contribuir no sólo a la curación sino también a la prevención de complicaciones o morbilidades asociadas. Es oportuno recordar la sistemática para realizar esta valoración y entender su importancia, ya que nos permite ejercitar el sentido de anticipación.<sup>36</sup>

También nos familiariza con el estado del recién nacido y nos ayuda a darnos cuenta de cambios sutiles que podrán pasar inadvertidos para otros miembros del equipo de salud. Esto resulta particularmente importante por el hecho de que los bebés tienen una mínima capacidad de comunicarse y quedan, en consecuencia, totalmente a expensas de la

habilidad de quien lo examine. La experiencia en el arte de valorar a nuestros niños se adquiere a través del tiempo y del desarrollo de nuestra carrera. Y en esta tarea cada uno de nosotros crea una forma única de aproximación. Es necesario para eso conocer las técnicas que nos permiten realizar correctamente el examen, entre las que se cuentan la observación, la auscultación, la palpación y la percusión.<sup>36</sup>

## **5 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO**

### **5.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Se trata de neonato femenino, Martínez Collazo, que nació el día 5 de octubre de 2015 a las 16:37 hrs. En el Hospital militar de especialidades de la mujer y neonatología , con una edad gestacional de 33 semanas por Capurro , peso al nacer de 1,390 g c, longitud supina de 46cm, producto de parto vaginal , recibió maniobras de RCP básicas al día de hoy tiene 14 días de estancia hospitalaria.

### **5.2 MOTIVO DE CONSULTA**

El recién nacido ingresa al servicio de terapia intensiva neonatal desde el día de su nacimiento el día 5 de Octubre de 2015 por presentar datos de dificultad respiratoria durante la reanimación neonatal tras recibir dos ciclos de ventilación con presión positiva además de presentar peso bajo para su edad gestacional posicionado por debajo del percentil 10 de acuerdo a la curva de crecimiento de Jurado García.

### **5.3 FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

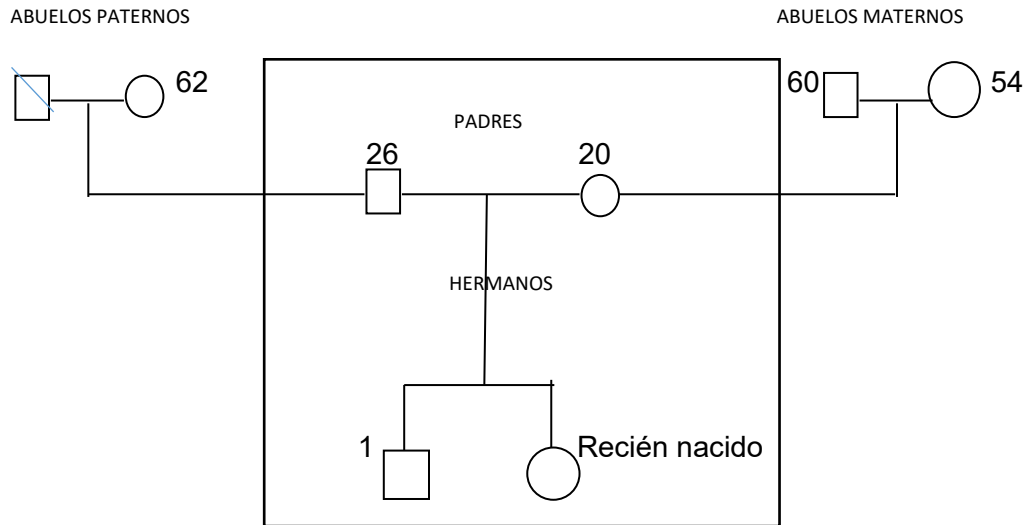
- Estado de salud

Enfermo

- Factores del sistema familiar

La familia es nuclear conformada por padre, Daniel Arenas Martínez de 26 años de edad, madre Olga Martínez Collazo de 20 años de edad e hijo Isaac Daniel Arenas de un año de edad.

- FAMILIOGRAMA



- Factores socioculturales y económicos

La madre Olga Martínez Collazo de 20 años de edad tiene un peso de 60 kg y una talla de 1.59m. Es de religión católica y es ama de casa, vive en unión libre con el padre Daniel Arenas de 26 años de edad el cual se desconoce el peso solo se cuenta con el dato de la estatura de 1.72m.

- Disponibilidad de Recursos

La vivienda es de concreto piso de cemento con buena ventilación e iluminación en ella habitan tres personas, cuenta con servicios de agua, luz, drenaje alumbrado público y pavimentación.

- Factores del sistema de salud

Son derechohabientes del ISSFAM

- Patrón de vida

No refieren antecedentes de enfermedades crónico degenerativas. Niegan tabaquismo alcoholismo y toxicomanías.

Refiere que su alimentación es buena comen tres veces al día, el baño diario y el aseo dental de 2 a 3 veces por día. En el caso de la madre refiere contar con su esquema de vacunación completo, el padre desconoce.

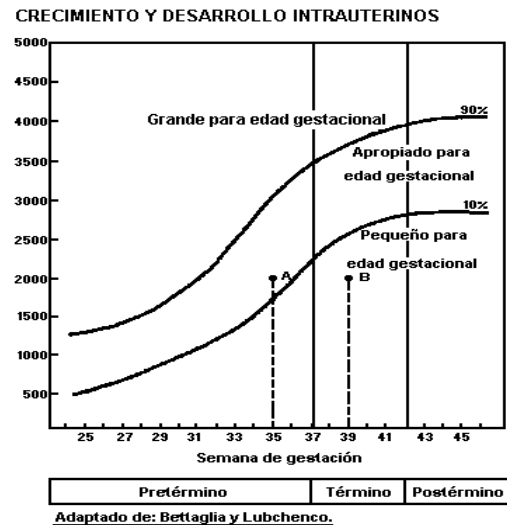
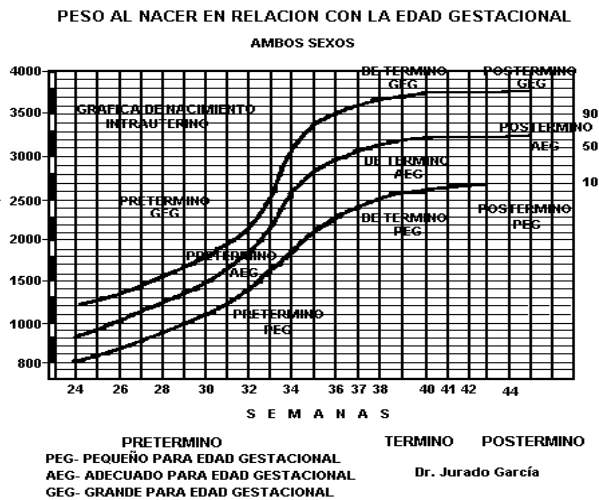
- Factores ambientales

Viven en área geográfica urbanizada, no conviven con animales.

#### 5.4 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

El neonato presentó una puntuación de Apgar de 7 al minuto y 8 a los 5 minutos. De acuerdo a la tabla de relación en el peso y edad gestacional de Jurado García, se encuentra por debajo del percentil 10 con resultado de pretérmino con peso bajo para su edad gestacional.

En la valoración de Capurro se obtiene un total de 33 semanas de gestación. En la valoración de Ballard se obtienen de 21 puntos, con resultado de 32 semanas de acuerdo al puntaje.



#### 5.5 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Antecedentes heredo-familiares

Antecedentes personales patológicos (madre)

Niega haber recibido transfusiones sanguíneas, intervenciones quirúrgicas y alergias, y haber estado hospitalizada.

Antecedentes perinatales

Tres gestas de las cuales dos fueron partos y una fue aborto. En su último embarazo acudió a 5 consultas sin presentar patologías.

No recibió tratamiento médico, únicamente tomó Ácido fólico y sulfato ferroso durante el embarazo fue vacunada con TD (toxoides tetánico).

El parto fue eutócico, con ruptura de membranas espontánea, sin recibir analgesia, el líquido amniótico fue claro. Se obtuvo producto único.

#### Antecedentes del neonato

Al nacimiento presentó dificultad respiratoria, actualmente cursa con hiperbilirrubinemia y síndrome de dificultad respiratoria. Su diagnóstico médico es: Recién nacido pretérmino con peso bajo para la edad gestacional.

### **FACTOR DE RIESGO**

En la valoración perinatal se presenta un embarazo controlado con 5 consultas en las cuales se niegan antecedentes heredofamiliares.

#### Antecedentes personales patológicos (madre)

Niega haber recibido transfusiones, así como intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones anteriores. Niega alergias.

#### Antecedentes perinatales

#### Antecedentes del neonato

Presenta trauma obstétrico en párpado de ojo izquierdo, sin sufrimiento fetal, actualmente su diagnóstico es: Recién nacido pretérmino, con peso bajo para edad gestacional, con Síndrome de dificultad respiratoria.

#### Valoración prenatal

Con resultado de: La madre acudió a cinco consultas de control prenatal, recibió inmunización con TD (toxoides tetánico) negando antecedentes heredofamiliares. Niega toxicomanías. Dos gestas previas de las cuales una parto, un aborto.

#### Valoración de riesgo perinatal

Ingresa a hospitalización el día 3 de octubre de 2015. El grupo y Rh de la madre es O+. No recibió isoimmunización previa, no fue hospitalizada durante el embarazo,

tuvo parto espontaneo, con ruptura prematura de membranas la presentación del producto fue cefálica, se obtuvo placenta completa y no hubo meconio en el líquido amniótico.

#### Valoración de riesgo neonatal

Recién nacido sexo femenino con peso de 1390 g longitud supina de 42cm con peso bajo para la edad gestacional requirió de reanimación básica, estimulación, liberación de la vía aérea y ventilación con presión positiva durante los primeros 60 segundos.

De acuerdo a la valoración por factor de riesgo neonatal, se encuentra con riesgo alto debido a su edad gestacional y a su bajo peso para la edad gestacional de acuerdo a Jurado García.

#### Cuidados inmediatos

Al nacer recibió control térmico, secado y estimulación, liberación de la vía aérea, corte y ligadura de cordón, permeabilidad anal, identificación valoración de Silverman y somatometría.

#### Cuidados mediatos

Profilaxis oftálmica, aplicación de vitamina k, valoración de signos vitales, cuidados de cordón umbilical así como valoración física.

## **6 APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO**

### **6.1 EXPLORACIÓN FÍSICA**

#### Preparación del entorno

Se realiza exploración física en el área de cuidados intensivos neonatales en presencia de la madre del neonato, se encuentra en incubadora, se cuenta con estetoscopio, cinta métrica, termómetro, lámpara ocular y martillo de reflejos. Se cuenta con buena iluminación y temperatura adecuada del área.

Presenta las siguientes constantes vitales FC: 165 por minuto, FR: 60 por minuto, Temperatura: 36.6 °C T/A: 75/43 mm Hg

Peso: 1400 g Perímetro cefálico 30 Perímetro torácico: 26 cm Perímetro abdominal: 25cm Pie: 6cm.

## Habitus exterior

Recién nacido femenino en incubadora con apoyo de O<sup>2</sup> indirecto al 30% con catéter umbilical bajo sueño fisiológico, en posición decúbito ventral y en flexión.

Piel: Se observa íntegra, sin lesiones, la coloración es rosada ictérica, se encuentra hidratada y tiene buena turgencia.

Cabeza y Cara: La cabeza es simétrica, redonda, fontanelas normotensas sin cabalgamiento en suturas, sin masas palpables. La cara es íntegra presenta equimosis en el párpado del ojo izquierdo debido a trauma obstétrico, la nariz es permeable, simétrica, mucosas hidratadas reflejos de succión y búsqueda muy débiles si dientes natales. Buena implantación de las orejas e integridad y permeabilidad en ambas.

Los ojos son simétricos sin lesiones, solo en el ojo izquierdo presenta equimosis en el párpado, con respuesta débil al estimular el reflejo palpebral. Presenta buena hidratación cilias y cejas escasas pero bien implantadas.

Los oídos se encuentran bien implantados, íntegros y permeables, la nariz es pequeña respecto al tamaño de la cara se encuentra íntegra permeable sin lesiones ni malformaciones.

La boca se encuentra hidratada, íntegra sin dientes natales, mucosas hidratadas con reflejos de succión y búsqueda débiles.

El cuello es cilíndrico íntegro sin masas ni nódulos a la palpación, hombros íntegros sin lesiones, tórax simétrico, con campos pulmonares ventilados se observa presencia de areola con pezón apenas visible, frecuencia cardiaca rítmica sin soplos audibles.

El abdomen es cilíndrico, globoso, simétrico, sin dolor a la palpación, es blando, presenta cordón umbilical sin datos de infección en proceso de momificación.

Los genitales son íntegros, bien diferenciados, los labios menores sobresalen de los mayores, se observa secreción blanquecina en poca cantidad en el área de la vagina, el ano se encuentra íntegro sin fístulas esta permeable.

El dorso y columna vertebral se encuentran íntegros, no se palpan nódulos ni masas. Las extremidades son simétricas sin lesiones ni deformidades al igual que la cadera simétrica con Ortolani y Barlow negativos



Se encuentra hemodinámicamente estable, sin datos de mala perfusión la frecuencia cardiaca es rítmica no se perciben soplos a la auscultación, focos cardiacos audibles su llenado capilar es de 2 a 3 segundos. Sin signos de mala perfusión.

De acuerdo a la valoración de Ballard se obtiene un puntaje de 21 lo cual posiciona al neonato en una edad de 32 semanas de gestación, en cuanto a reflejos neonatales cuenta con reflejo plantar y palmar débil así como el de succión búsqueda y deglución.

## **6.2 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES**

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

Valorado el día 7 de Octubre de 2015

EL Neonato presenta dificultad para respirar por sí mismo sin apoyo de oxígeno, en la valoración de la escala de Silverman Anderson se obtuvieron resultados el primer día de valoración de 3 pts. mostrando alteración en cuanto tiraje intercostal el cual fue discreto, aleteo nasal discreto así como retracción xifoidea también discreta.

Se encuentra en fase uno de ventilación con oxígeno indirecto por incubadora a una concentración del 30 %.

En cuanto a estudios de gabinete cuenta con los siguientes:

Biometría Hemática: leucocitos totales 15.2, eritrocitos 4.0 hemoglobina 12.6, hematocrito 38.8, Plaquetas 240, linfocitos en porcentaje 37.3% neutrófilos en porcentaje 36.5%, monocitos 10.0

Química Sanguínea: Glucosa 139 mg/dl Calcio 8.1, Magnesio 2, Bilirrubina indirecta 10.6.

Mostrando valores dentro de los parámetros establecidos, únicamente ligera elevación de la glucosa así como de la bilirrubina indirecta.

Los signos vitales se reportaron dentro de los parámetros normales, únicamente conto con baja de saturación de oxígeno hasta en un 82%, la valoración en cuanto a ritmos cardiacos no tuvo mucha variación, ritmos regulares, buena frecuencia, el llenado capilar entre dos y tres segundos sin presencia de soplos cardiacos ni ruidos agregados.

El requisito se encuentra con déficit debido a la necesidad del recién nacido de contar con un apoyo de oxígeno para mantener una buena saturación de oxígeno, además de los

signos de dificultad respiratoria observados durante la valoración. Por lo anterior se emiten los siguientes diagnósticos de enfermería:

### Diagnósticos de enfermería

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por tiraje intercostal, aleteo nasal y baja de la saturación de oxígeno hasta en 82%.

Riesgo de asfixia, relacionado con incapacidad del neonato para mantener una buena saturación de oxígeno sin apoyo de oxígeno.

### **2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos**

En cuanto a la valoración física cuenta con boca y nariz integras, sin lesiones ni deformidades, buena hidratación, fontanelas normotensas, piel hidratada y turgente abdomen blando y depresible.

Se realizó valoración de los ingresos los días 6, 7 y 8 de octubre de 2015 obteniendo:

Los ingresos el primer día de valoración fueron de 153.6 ml por día hasta el tercer día aumentaron a 196ml, de los cuales durante el turno fueron de 44.8 ml hasta 56.5ml.

Los dos primeros días el paciente se encontraba sin alimentación por vía oral únicamente con nutrición parenteral, posteriormente se inicia la vía oral con técnica de alimentación por sonda orogástrica, mostrando buena tolerancia a la alimentación.

El aporte de la NPT era de 6.4 ml por hora el día martes y miércoles, el día jueves tuvo un aumento de 7.5ml. , el aporte calórico de la fórmula láctea fue de 2.5 kcal en cada toma de 2 ml.

En cuanto a ganancia ponderal presento el siguiente peso:

	Martes 6/10/15	Miércoles 7/10/15	Jueves 8/10/17
PESO	<b>1400g</b>	1440g	1420g
INCREMENTO PONDERAL	-	40g	-20g

De acuerdo a la valoración el requisito se encuentra con déficit debido a que el recién nacido no puede mantener un aporte adecuado de agua y alimentos, requiere de ayuda para la alimentación y se inicia alimentación vía oral con fórmula láctea. Por lo anterior se emiten los siguientes diagnósticos de enfermería.

#### Diagnósticos de enfermería

Patrón de alimentación ineficaz, relacionado con incapacidad para realizar una succión efectiva, manifestado por reflejos de succión, búsqueda y deglución débiles.

Riesgo de intolerancia a la alimentación vía oral, relacionado con inicio tardío de la vía oral, e inicio con fórmula láctea.

#### **4 Procesos de eliminación y excretas**

De acuerdo a la valoración física sus genitales son íntegros, no presenta deformaciones o anomalías, sus egresos durante el turno fueron los siguientes:

##### Eliminación Urinaria

	MARTES 6 de oct	MIÉRCOLES 7 de oct	JUEVES 8 de oct
ESPONTÁNEA	+	+	+
FORZADA (ESPECIFICAR)			
CANTIDAD ml/hr	25ml en 7 hrs	25ml en 7hrs	
COLOR	Amarillo	Amarillo	
OLOR	Sin olor	Sin olor	
DENSIDAD			

##### Eliminación Fecal

	MARTES 6 oct	MIÉRCOLES 7 oct	JUEVES 8 oct
ESPONTÁNEA	+	+	
FORZADA (ESPECIFICAR)			Requiere de estímulo rectal
CANTIDAD grs/turno	15 g en 7hrs	20g en 7hrs	15gr en 7hrs
OLOR	Fuerte	Fuerte	Fuerte
CARACTERÍSTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)	Meconio	Meconio	Verde Pastoso

Uresis de 25 ml y evacuaciones de 15 gr durante el turno de 7 hrs, en cuanto a pérdidas insensibles de acuerdo al peso es de 2.3 por hora haciendo un total de egresos de 56.1 durante el turno.

Presentando un buen patrón de eliminación con frecuencia y cantidad adecuadas.

No cuenta con sondas o drenajes ni presento vómito.

#### Diagnósticos de enfermería

Riesgo de estreñimiento, relacionado con alimentación con fórmula láctea.

Bienestar en la provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos, manifestado por equilibrio entre ingresos y egresos

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

Algunos de los reflejos primarios se encuentran débiles como el caso del reflejo de succión, deglución, y búsqueda, así como el reflejo de moro que es débil pero presente. Cuenta con reflejo de babinski, puntos cardinales, presión palmar presente y presión plantar no muy definido.

En cuanto a los estados de acuerdo a la escala de conciencia de Brazelton el neonato se encuentra en estado I debido a que responde a estímulos, presenta movimientos intermitentes y muy poco llanto.

Actualmente de acuerdo a su edad gestacional en la Teoría Sinactiva se encuentra en estados como se mencionó anteriormente en el Estado I duerme tranquilo pero despierta cuando tiene hambre o cuando es expuesto a demasiados estímulos como alarmas de la unidad.

Recibe visita de su madre la cual muestra interés en conocer a cerca del neurodesarrollo y expresa dudas en cuanto al tema.

El requisito se encuentra con déficit debido a que el recién nacido se encuentra en el área de cuidados intensivos neonatales la cual no se encuentra controlada en lo que se refiere a sonidos de alarmas, bombas de infusión y monitores, así como el control de luz.

#### Diagnósticos de enfermería

Riesgo de desorganización en el neonato, relacionado con exposición a estímulos luminosos y de ruido excesivos.

Disposición para mejorar conocimientos por parte de la madre acerca de los cuidados para la estimulación del neurodesarrollo.

## **6 Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social**

La madre refiere que su hijo fue deseado, planeado y aceptado tanto por ella como por su pareja, el neonato recibe solo visita por parte de ella, debido a que el padre trabaja fuera de la ciudad.

Existe contacto físico únicamente con la madre a la hora de la visita pero no se lleva a cabo el registro de mama canguro en el área.

La madre se observa alegre cuando visita a su hijo le habla y le acaricia. No se realiza técnica de mama canguro en el área.

En general el requisito se encuentra sin déficit ya que se establece el contacto entre la madre y el recién nacido, únicamente existe el riesgo de presentar dificultad en el apego materno debido a la falta del establecimiento de la lactancia materna.

### Diagnósticos de enfermería

Bienestar en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, manifestado por contacto físico efectivo e interés en el cuidado

Riesgo de dificultades en el apego materno, relacionado con retraso en la creación total del vínculo madre e hijo.

## **7 Previsión de los peligros para la vida y el bienestar humano.**

El neonato se encuentra en riesgo de perder su estabilidad debido a su edad gestacional y vulnerabilidad al ambiente, por otro lado la madre carece de conocimientos en cuanto signos de alarma que ponen en peligro la vida del mismo.

Por otro lado en cuanto las valoraciones Macdems y de seguridad y protección el neonato presenta riesgo bajo por el momento. En la escala de úlceras por presión en neonatología presenta también un riesgo bajo.

Se realiza valoración del dolor en la cual se obtiene un puntaje de 7 posicionando al neonato en dolor moderado como consecuencia a la exposición de estímulos y la manipulación del mismo, además de la realización de procedimientos invasivos.

Se encuentra alterado saturación de oxígeno hasta un 82%, elevación de la frecuencia cardiaca hasta 189 lpm y entrecejo fruncido así como visualización del surco nasolabial.

El requisito se encuentra con déficit debido a la alteración en la escala PIPP , así como la evidente falta de conocimientos por parte de la madre en cuanto al cuidado de recién nacido en general. Por lo anterior se emiten los siguientes diagnósticos de enfermería:

#### Diagnósticos de enfermería

Dolor moderado, relacionado con exposición excesiva a estímulos y (ruido, luz) y procedimientos invasivos (sonda orogástrica para alimentación, multipunciones) manifestado por facies de dolor ocasionales, llanto, y valoración con 7 puntos en la escala de PIPP.

Conocimientos deficientes (madre), relacionado con el cuidado del neonato, manifestado por desconocimiento a cerca de los signos de alarma.

### **8 Promoción a la normalidad**

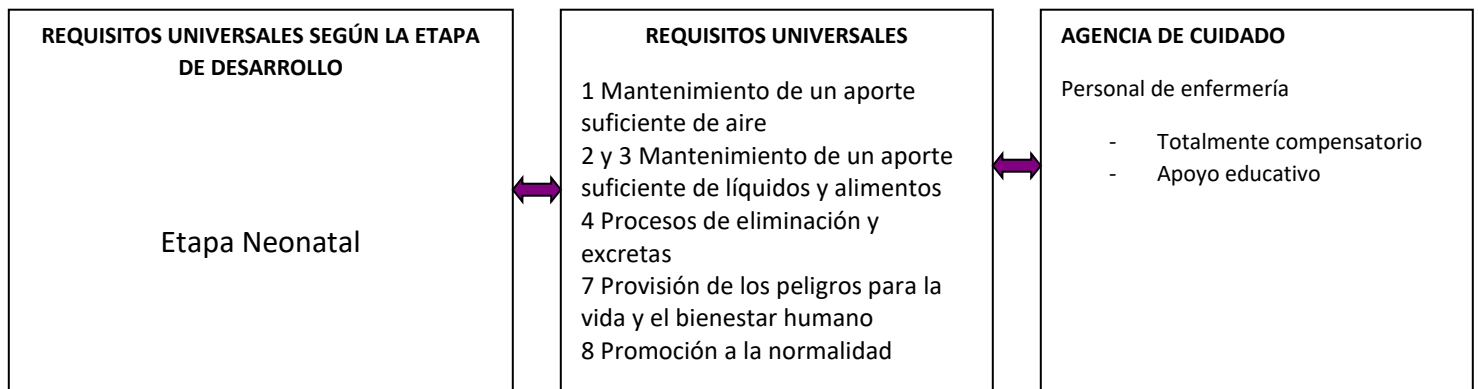
En cuanto a la valoración el neonato aún no cuenta con todos sus reflejos desarrollados lo que dificulta el inicio de la alimentación por succión al seno materno. Sin embargo la madre muestra interés en alimentar a su hijo con su propia leche.

#### Diagnósticos de enfermería

Lactancia materna limitada, relacionada con reflejo de succión débil, fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por retraso en el inicio de la lactancia materna.

Disposición para mejorar la lactancia materna relacionada con interés de la madre en que su hijo pueda alimentarse con seno materno.

### **6.3 ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM**





#### **REQUISITOS DE AUTOCAUIDADO ANTE LA DEVIACIÓN DE LA SALUD**

El neonato es incapaz de mantener un aporte suficiente de aire

Existe el riesgo de mortalidad alto por tratarse de un paciente vulnerable



El neonato se encuentra expuesto a sufrir variaciones en cuanto a su estado de salud.

Es dependiente totalmente del cuidador y del personal de enfermería

### **6.4 ANALISIS DE VALORACIÓN POR REQUISITOS CON DÉFICIT**

De acuerdo a la valoración realizada por requisitos tenemos que en cada requisito se encuentran alteraciones, o bien riesgos a los que se encuentra expuesto el neonato debido a su padecimiento.

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

Este requisito se encuentra completamente comprometido debido a la patología que presenta el neonato, así como su prematuridad y su peso bajo para la edad gestacional.

#### **2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos**

Estos requisitos, al igual se encontraron con déficit debido a que el neonato por ser prematuro y como consecuencia de dificultad en la respiración es incapaz de realizar una alimentación adecuada, debido a reflejos primarios de succión y deglución débiles presenta alteraciones en este requisito.

#### **4 Provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos**

Si bien el requisito no se encuentra alterado totalmente existe un alto riesgo de presentar alteración debido a que el neonato en primera instancia es alimentado por primera vez con fórmula láctea, lo que conlleva a tener posibles problemas en cuanto procesos de eliminación

#### **5 Mantenimiento en el equilibrio de la actividad y reposo**

Evidentemente por tratarse de un recién nacido pretérmino la exposición a estímulos ambientales y la realización de procedimientos invasivos intervienen malamente en el neurodesarrollo afectando además los periodos de descanso y el confort en el neonato.

#### **6 Mantenimiento en el equilibrio entre la soledad e interacción social**

El hecho de que el recién nacido se encuentre hospitalizado en un área restringida y con apenas unas horas que permiten la convivencia y el contacto con los padres, pone en riesgo el desarrollo del vínculo madre e hijo así como el apego materno.

#### **7 Previsión de los peligros para la vida y el bienestar humano**

Este requisito en particular siempre estará alterado debido a que el neonato por tratarse de un ser vulnerable, en este caso con riesgo de muerte súbita y pronóstico reservado se encuentra con expuesto a riesgos y peligros para la vida.

#### **8 Promoción a la normalidad**

Al igual que los anteriores, se encuentra alterado debido a que la madre no cuenta con los conocimientos necesarios para proporcionar un cuidado de calidad al recién nacido la falta de información y la existencia de mitos y creencias en cuanto al cuidado, ponen en riesgo la salud del neonato.



## 6.5 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS UNIVERSALES ALTERADOS

### 6.5.1 CUADRO N° 2

REQUISITO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN
<p><b>1</b></p> <p>1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire</p>	<p>1 Dificultad para mantener una respiración adecuada, relacionado con fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por tiraje intercostal, aleteo nasal y baja de la saturación de oxígeno hasta en 82%.</p> <p>2 Riesgo de asfixia accidental, relacionado con incapacidad del neonato para mantener una buena saturación de oxígeno sin apoyo de oxígeno.</p>	<p><b>7 - 10 - 15</b></p>
<p><b>2 y 3</b></p> <p>2 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos</p>	<p>1 Riesgo de intolerancia a la alimentación vía oral, relacionado con inicio tardío de la vía oral, e inicio con fórmula láctea.</p> <p>2 Patrón de alimentación ineficaz, relacionado con incapacidad para realizar una succión efectiva, manifestado por reflejos de succión, búsqueda y deglución débiles.</p>	<p><b>8 - 10 - 15</b></p>
<p><b>4</b></p> <p>5 Mantenimiento en el equilibrio entre la actividad y el reposo</p>	<p>1 Riesgo de desorganización en el neonato, relacionado con exposición a estímulos luminosos y de ruido excesivos</p> <p>2 Disposición para mejorar conocimientos por parte de la madre acerca de los cuidados para la estimulación del neurodesarrollo.</p>	<p><b>9 - 10 - 15</b></p>
<p><b>5</b></p> <p>4 Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos</p>	<p>1 Bienestar en la provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los</p>	<p><b>12 - 10 - 15</b></p>

	<p>excrementos, manifestado por equilibrio entre ingresos y egresos</p> <p>2 Riesgo de estreñimiento, relacionado con alimentación con fórmula láctea.</p>	
<p><b>6</b> 7 Previsión de los peligros para la vida y el bienestar humano.</p>	<p>1 Dolor moderado, relacionado con exposición excesiva a estímulos, (ruido, luz) manifestado por facies de dolor ocasionales, llanto, y valoración con 7 puntos en la escala de PIPP.</p> <p>2 Conocimientos deficientes (madre), relacionado con el cuidado del neonato, manifestado por desconocimiento a cerca de los signos de alarma</p>	<b>12-10-15</b>
<p><b>7</b> 8 Promoción a la normalidad</p>	<p>1 Lactancia materna limitada, relacionada con reflejo de succión débil, fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por retraso en el inicio de la lactancia materna</p> <p>2 Disposición para mejorar la lactancia materna relacionada con interés de la madre en que su hijo pueda alimentarse con seno materno, manifestado por la inquietud de alimentar al neonato con leche humana no necesariamente directa del seno.</p>	<b>13-10-15</b>
<p><b>8</b> 6 Mantenimiento en el equilibrio entre la soledad e interacción social</p>	<p>1 Bienestar en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, manifestado por contacto físico efectivo e interés en el cuidado</p> <p>2 Riesgo de dificultades en el apego materno, relacionado con retraso en la creación total del vínculo madre e hijo.</p>	<b>13- 10 – 15</b>

## **6.7 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO**

Se realizó la valoración de los ocho requisitos universales de autocuidado y de acuerdo a los diagnósticos antes mencionados, se realizaron los siguientes planes de cuidados.

### **- Objetivo General de Enfermería**

Diseñar un plan de cuidados con base en los diagnósticos antes mencionados , en el cual se incluyan los sistemas de enfermería requeridos, en este caso Totalmente Compensatorio y de Apoyo educativo para los padres , para intervenir de forma adecuada en los cuidados que demanda el recién nacido.

### **- Objetivo general para el Recién Nacido**

Recuperar en lo mayor posible el bienestar y lograr una adaptación adecuada a la vida extrauterina, así como lograr un contacto efectivo con la madre.

### **- Objetivo para la madre**

Proporcionar la información necesaria para dar seguridad, además de conocimiento para que la madre pueda ofrecer un cuidado integral al recién nacido y lo ayude en el proceso de hospitalización.

## **6.8 PLANEACIÓN DEL CUIDADO**

Se realizó el plan de cuidados correspondiente a los requisitos universales de autocuidado priorizando problemas presentes para actuar en consecuencia, posterior a ello se llevó a cabo la revaloración en la cual se dio seguimiento posterior. A continuación se muestra de forma detallada el plan de cuidados utilizado.

Requisito: 1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo		FECHA 7 de octubre de 2015	
DIAGNÓSTICO: Dificultad para mantener una respiración adecuada, relacionado con fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por tiraje intercostal, aleteo nasal y baja de la saturación de oxígeno hasta en 82%.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Mejorar el patrón respiratorio en el neonato y ayudarlo en el mantenimiento de una ventilación adecuada durante el cuidado proporcionado en la unidad de cuidados intensivos neonatales.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturación de o<sup>2</sup></li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> <li>- Coloración</li> <li>- Escala de Silverman</li> </ul>	1 Monitorización	1.1 Monitorización de signos vitales 1.2 Verificar que el sensor de saturación de o <sup>2</sup> se encuentre bien colocado 1.3 Evaluar la frecuencia respiratoria ritmo, y profundidad 1.4 Vigilar esfuerzo respiratorio 1.5 Auscultar campos pulmonares para descartar presencia de secreciones 1.6 Realizar valoración de escala de Silverman	<ul style="list-style-type: none"> <li>- una monitorización adecuada proporciona datos reales del estado respiratorio del paciente, dando a conocer datos importantes. NE 1 G A</li> <li>- una posición adecuada, ayuda de forma evidente la saturación y ventilación en el paciente</li> <li>- La administración de o<sup>2</sup> a diferentes concentraciones ayuda al paciente a mantener una adecuada oxigenación y saturación de o<sup>2</sup> NE 1 G A</li> </ul> Referencia : Sánchez R. Administración de oxígeno en el periodo neonatal. PRECOP SCP .Vol 9 (3)
	2 Oxigenoterapia	2.1 Administrar oxígeno por medio de casco cefálico 2.2 vigilar la concentración de o <sup>2</sup> conforme a los requerimientos del paciente 2.3 Vigilar Sat de o <sup>2</sup> durante la alimentación así como el esfuerzo respiratorio 2.4 Colocar el o <sup>2</sup> directo al paciente durante la alimentación para evitar baja en la saturación de o <sup>2</sup>	
	3 Posicionamiento	3.1 Posicionar al neonato de forma que la vía aérea se encuentre permeable	

		<p>3.2 Dar cambios de posición para identificar la postura adecuada para la ventilación</p> <p>3.3 Alinear al neonato</p> <p>3.4 Identificar posturas que indiquen estrés</p> <p>3.5 Realizar la mínima estimulación posible</p>	
<p>CONTROL DEL CASO: Después de realizar las acciones correspondientes, el paciente presenta una saturación que se mantiene en rangos de 88 a 95%, la coloración es rosada, su frecuencia respiratoria varía pero se mantiene entre 50 y 60 respiraciones por minuto. Silverman de 1(Aleteo nasal leve).</p>			

Requisito: 1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 7 de octubre de 2015
DIAGNÓSTICO Riesgo de asfixia, relacionado con incapacidad del neonato para mantener una buena saturación de oxígeno sin apoyo de oxígeno.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Disminuir en lo mayor posible el riesgo de asfixia en el neonato, debido a su incapacidad para mantener una buena saturación sin el apoyo de oxígeno durante el cuidado en el área de cuidados intensivos neonatales.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturación de o<sup>2</sup></li> <li>- Frecuencia Respiratoria</li> </ul>	<p>1 Monitorización</p> <p>2 Vigilancia del patrón respiratorio.</p> <p>3 Manejo de la incubadora</p>	<p>1.2 Monitorización de signos vitales</p> <p>1.2 Verificar que el sensor de saturación de o<sup>2</sup> se encuentre bien colocado</p> <p>1.3 Evaluar la frecuencia respiratoria ritmo, y profundidad</p> <p>1.4 Vigilar esfuerzo respiratorio</p> <p>1.5 Auscultar campos pulmonares para descartar presencia de secreciones</p> <p>2.1 Realizar valoración física al neonato</p> <p>2.2 Valorar signos de dificultad respiratoria</p> <p>2.3 Vigilar Sat de o<sup>2</sup> durante la alimentación así como el esfuerzo respiratorio</p> <p>2.4 Vigilar cambios en la saturación de oxígeno</p> <p>2.5 Observar al neonato frecuentemente</p> <p>3.1 Verificar que la incubadora se encuentre funcional</p> <p>3.2 Verificar que la temperatura y humedad sean las adecuadas</p> <p>3.3 Mantener cerradas las puertas de la incubadora</p> <p>3.4 Verificar que la toma de oxígeno se encuentre funcional</p> <p>3.5 Verificar que el oxígeno administrado se encuentre humidificado de forma adecuada</p>	<p>- una monitorización adecuada proporciona datos reales del estado respiratorio del paciente, dando a conocer datos importantes. NE 1 G A</p> <p>- una posición adecuada, ayuda de forma evidente la saturación y ventilación en el paciente</p> <p>- La administración de o<sup>2</sup> a diferentes concentraciones ayuda al paciente a mantener una adecuada oxigenación y saturación de o<sup>2</sup> NE 1 G A</p> <p>Referencia : Sánchez R. Administración de oxígeno en el periodo neonatal. CCAP .Vol 9 (3)</p>
CONTROL DEL CASO: Se realizan las acciones para disminuir el riesgo de asfixia en el neonato presentando frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno dentro de los parámetros normales.			

REQUISITO: 2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 8 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Riesgo de intolerancia a la alimentación vía oral, relacionado con inicio tardío de la vía oral, e inicio con fórmula láctea.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Disminuir en lo mayor posible el dolor asociado a los procedimientos invasivos en el neonato durante el cuidado en el área de terapia intermedia neonatal.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perímetro abdominal</li> <li>- Síntomas de intolerancia a la vía oral ( regurgitación, diarrea, estreñimiento)</li> </ul>	<p>1 Vigilancia durante la alimentación</p> <p>2 Monitorización</p>	<p>1.1 Valorar el patrón de alimentación del neonato</p> <p>1.2 Realizar una técnica adecuada de alimentación.</p> <p>1.3 Solicitar a la madre que proporcione leche humana para evitar en lo mayor posible las fórmulas</p> <p>1.4 Colocar al paciente en decúbito lateral derecho para favorecer la digestión</p> <p>1.5 Vigilar la cantidad de leche que consume en cada toma</p> <p>2.1 Monitorizar signos vitales</p> <p>2.2 Medir perímetro abdominal después de cada toma</p> <p>2.3 Vigilar signos de intolerancia</p> <p>2.4 Vigilar patrón de evacuación</p>	<p>Los trastornos gastrointestinales pueden tener un impacto indirecto en la capacidad del RNPT para alimentarse. La intolerancia a la alimentación causa incomodidad abdominal y disminución de la motivación para comer. Pueden aparecer signos de intolerancia a la alimentación por medio de fórmula láctea tales como regurgitación, distensión abdominal, diarrea, estreñimiento entre otros.</p> <p>Villamizar B. etal.El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Revista Universitaria Santander. 2010. Vol 42(3)</p>
CONTROL DEL CASO: Se mantiene en vigilancia la tolerancia a la vía oral, hasta el momento no ha presentado distensión abdominal ni signos de intolerancia posteriores a las tomas.			

REQUISITO: 2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 8 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Patrón de alimentación ineficaz, relacionado con incapacidad para realizar una succión efectiva, manifestado por reflejos de succión, búsqueda y deglución débiles.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Mejorar el patrón el patrón de alimentación en el neonato para que sea capaz comenzar a desarrollar sus reflejos de succión y deglución y pueda mantener posteriormente una succión efectiva, durante el cuidado en el área de terapia intensiva neonatal.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Succión</li> <li>- Deglución</li> <li>- Cantidad de aporte</li> </ul>	<p>1 Estimulación</p> <p>2 Vigilancia</p>	<p>1.2 Valorar la técnica adecuada a realizar en el momento de alimentar al recién nacido</p> <p>1.3 Realizar masajes en cara. Mejillas y labios del neonato</p> <p>1.4 Enseñar a la madre a realizar los masajes antes de alimentar al neonato</p> <p>1.5 Estimular al neonato mediante succión no nutritiva</p> <p>1.6 Estimular el reflejo de búsqueda antes de alimentar al neonato</p> <p>deglución</p> <p>2.1 Vigilar el patrón de alimentación en el neonato</p> <p>2.2 Vigilar cuando la toma sea con alimentador que se realice una buena técnica</p> <p>2.3 Vigilar signos de dificultad respiratoria mientras se alimenta al neonato</p> <p>2.4 Vigilar y valorar la deglución en el neonato</p>	<p>Los recién nacidos prematuros presentan patrones de succión y deglución débiles y descoordinados que intervienen en el aprendizaje de una succión efectiva. La estimulación con masajes resulta beneficiosa para el neonato debido a que ayuda al neonato a desarrollar el patrón de succión y deglución.</p> <p>-Además el compromiso respiratorio impacta en su capacidad para respirar adecuadamente durante la alimentación por succión.</p> <p>Villamizar B. et al. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Revista Universitaria Santander. 2010. Vol 42(3)</p>



	<p>3 Alimentación</p>	<p>2.5 Vigilar signos de intolerancia a la alimentación</p> <p>2.6 Evaluar la coordinación entre succión, deglución y respiración</p> <p>3.1 Cuando se realice la alimentación por succión, valorar esfuerzo respiratorio.</p> <p>3.2 Evitar que el neonato derrame la leche.</p> <p>3.3 Proporcionar la cantidad indicada de fórmula</p> <p>3.4 Evaluar el tiempo en que termina la alimentación cuando sea por succión</p> <p>3.5 Realizar la técnica de alimentación por sonda orogástrica cuando sea necesario.</p> <p>3.6 Estimular la succión del neonato aun cuando se le alimente con sonda orogástrica.</p> <p>3.7 Proporcionar el aporte adecuado evaluando tolerancia.</p>	
<p>CONTROL DEL CASO: Se mantiene en vigilancia la tolerancia a la vía oral, hasta el momento no ha presentado distensión abdominal ni signos de intolerancia posteriores a las tomas.</p>			

REQUISITO: 5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 9 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Riesgo de desorganización en el neonato, relacionado con exposición a estímulos luminosos y de ruido excesivos		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio / Apoyo Educativo	
OBJETIVO Disminuir en lo mayor posible la exposición a estímulos ambientales en el neonato durante el cuidado en el área de terapia intermedia neonatal.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado general del neonato</li> <li>- Signos de estrés</li> <li>- Patrón de sueño</li> </ul>	<p>1 Manejo Ambiental</p> <p>2 Vigilancia del estado general del neonato</p> <p>3 Posicionamiento</p>	<p>1.1 Adaptar la incubadora del neonato para evitar el exceso de luz</p> <p>1.2 Evitar en lo mayor posible el sonido de alarmas de bombas de infusión</p> <p>1.3 Monitorizar al neonato de forma adecuada para evitar ruido de alarma de monitor</p> <p>1.4 Mantener al neonato en posición fetal</p> <p>1.5 Proporcionar al neonato medios de contención</p> <p>2.1 Valorar cambios en la frecuencia cardiaca</p> <p>2.2 Valorar el ritmo y frecuencia respiratoria</p> <p>2.3 Vigilar nivel de saturación de <math>O_2</math></p> <p>2.4 Vigilar signos de estrés, como hiperextensión de miembros.</p> <p>3.1 Mantener al neonato en posición flexionada</p> <p>3.2 Mantener alineado al neonato</p>	<p>De acuerdo a la teoría sinactiva la exposición a estímulos excesivos afecta el neurodesarrollo del neonato prematuro.</p> <p>La postura, el manejo ambiental, la estimulación mínima y la monitorización del neonato son acciones que ayudan al neurodesarrollo del mismo de acuerdo a la teoría sinactiva y el programa NIDCAP.</p> <p>Perapoch J. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades de neonatología en España. Revista de Enfermería [23]</p>

	4 Estimulación mínima	3.3 Proporcionar medios de contención para mantener la postura 3.4 Dar ligeros cambios de posición al neonato para favorecer el descanso 4.1 Reorganizar actividades propias del servicio 4.2 Evitar manipular al neonato de forma innecesaria 4.3 Movilizar al neonato cuidadosamente 4.4 Tocar al neonato de forma suave 4.5 Informar a la madre como debe ser el contacto con el neonato.	
CONTROL DEL CASO: Se realizaron las adecuaciones en lo mayor posible aunque en el área resulta difícil, el estado general del neonato fue estable y los signos de estrés fueron controlados.			

REQUISITO:5 Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 9 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Disposición para mejorar conocimientos por parte de la madre acerca de los cuidados para la estimulación del neurodesarrollo.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Apoyo educativo	
OBJETIVO: Proporcionar la información demandada a la madre del recién nacido para desarrollar el nivel de conocimientos en cuanto al neurodesarrollo del neonato			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conocimientos</li> <li>- Interés en el aprendizaje</li> <li>- Conocimientos Adquiridos</li> </ul>	1 Enseñanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Evaluar el nivel de conocimientos con los que cuenta la madre</li> <li>1.2 Establecer un ambiente de confianza con la madre</li> <li>1.3 Mencionar la importancia del neurodesarrollo en la etapa neonatal</li> <li>1.4 Proporcionar información acerca del cuidado en el neonato</li> <li>1.5 Informar estrategias de estimulación mínima</li> <li>1.6 Enseñar a la madre a manipular al neonato de forma adecuada</li> <li>1.7 Enseñar a la madre la postura correcta que debe tener el neonato</li> <li>1.8 Mencionar a la madre los estímulos a los cuales se encuentra expuesto el neonato</li> <li>1.9 Instruir a la madre en cuanto al contacto con el recién nacido</li> <li>1.10 Fomentar la lactancia materna</li> </ul>	<p>Los cuidados centrados en la familia incluidos en el programa NIDCAP involucran a los padres en el cuidado y que son parte integral para favorecer el desarrollo, para ello los padres deben contar con el conocimiento necesario para dicho cuidado, este conocimiento debe ser transmitido por parte del personal de enfermería que es quien se encuentra en contacto en todo momento no solo con el neonato sino también con los padres del mismo.</p> <p>Perapoch J. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades de neonatología en España. Revista de Enfermería [23]</p>
CONTROL DEL CASO: Se realizaron las adecuaciones en lo mayor posible aunque en el área resulta difícil, el estado general del neonato fue estable y los signos de estrés fueron controlados.			

PLAN DE CUIDADOS			
REQUISITO: 4 Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 12 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Bienestar en la provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos, manifestado por equilibrio entre ingresos y egresos		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO: Mantener el bienestar en los procesos de eliminación del neonato durante el cuidado en el área de cuidados intensivos neonatales.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Micción</li> <li>- Evacuación</li> <li>- Perímetro abdominal</li> </ul>	<p>1 Control de líquidos</p> <p>2 Vigilancia del estado general del neonato</p>	<p>1.1 Vigilar los procesos de eliminación en el neonato</p> <p>1.2 Comprobar que el neonato este recibiendo los líquidos necesarios para el</p> <p>1.3 Evaluar la cantidad, consistencia y apariencia de las heces</p> <p>1.4 Evaluar la cantidad, consistencia y apariencia de la orina</p> <p>1.5 Realizar el balance de líquidos</p> <p>1.6 Valorar ingresos y comparar con los egresos</p> <p>2.1 Valorar el estado de las fontanelas mucosas, piel</p> <p>2.2 Observar si hay signos de deshidratación o edema</p> <p>2.3 Valorar integridad de genitales</p> <p>2.4 Observar si existe distensión abdominal después de la alimentación</p> <p>2.5 Toma de signos vitales</p>	<p>Es necesario vigilar que el recién nacido cuente con micción y evacuaciones presentes para la evaluación del gasto urinario y fecal adecuados.</p> <p>Udaeta E. etal. Alimentación enteral en el recién nacido pretérmino y de término con bajo peso: estado actual en México. Gaceta Médica 2005. Vol141( 4)</p>
CONTROL DEL CASO: Se realizaron las actividades correspondientes al cuidado en cuanto a procesos de eliminación obteniendo el mantenimiento en el bienestar de dichos procesos, las evacuaciones son regulares y sin alteraciones al igual que la micción, no presenta distensión abdominal.			

REQUISITO: 4 Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 12 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Riesgo de estreñimiento, relacionado con alimentación con fórmula láctea.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio / Apoyo educativo	
OBJETIVO Evitar en lo mayor posible el estreñimiento en el neonato, durante el cuidado proporcionado en el área de cuidados intensivos neonatales.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perímetro abdominal</li> <li>- Síntomas de intolerancia a la vía oral ( regurgitación, diarrea, estreñimiento)</li> <li>- Patrón de evacuaciones</li> </ul>	<p>1 Vigilancia del patrón de eliminación</p> <p>2 Asesoramiento</p>	<p>1.1 Valorar signos de intolerancia a la alimentación con fórmula</p> <p>1.2 Medir el perímetro abdominal antes de realizar la toma</p> <p>1.3 Valorar el estado del abdomen y si hay dolor a la palpación</p> <p>1.4 Vigilar al neonato luego de la alimentación</p> <p>1.4 Valorar la cantidad y numero de evacuaciones</p> <p>1.5 Valorar las características de las evacuaciones</p> <p>1.6 Realizar masajes en el abdomen al neonato para la estimulación de la evacuación</p> <p>1.7 Realizar estimulación rectal si procede</p> <p>2.1 Mencionar a la madre los riesgos que existen asociados a la alimentación con fórmula</p> <p>2.2 Enseñar a la madre masajes de estimulación</p> <p>2.3 Enseñar a la madre a identificar signos de intolerancia</p> <p>2.4 Dar asesoramiento en lactancia materna.</p>	<p>Los trastornos gastrointestinales pueden tener un impacto indirecto en la capacidad del RNPT para alimentarse. La intolerancia a la alimentación causa incomodidad abdominal y disminución de la motivación para comer. Puede causar estreñimiento cuando existe dicha intolerancia</p> <p>Villamizar B. et al. El progreso de la alimentación oral del recién nacido prematuro. Revista Universitaria Santander. 2010. Vol 42(3)</p>
<b>CONTROL DEL CASO:</b> Se realizaron las actividades correspondientes para disminuir el riesgo en lo mayor posible, sin variaciones en perímetro abdominal, patrón de evacuación aun aceptable y sin síntomas de intolerancia.			

REQUISITO: 7 Previsión de los peligros para la vida y el bienestar humano			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 12 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Dolor moderado, relacionado con exposición excesiva a estímulos, (ruido, luz) manifestado por facies de dolor ocasionales, llanto, y valoración con 7 puntos en la escala de PIPP.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Disminuir en lo mayor posible el dolor asociado a los estímulos el neonato durante el cuidado en el área de cuidados intensivos neonatales.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llanto</li> <li>- Facies de dolor</li> <li>- Irritabilidad</li> <li>- Frecuencia cardiaca</li> </ul>	<p>1 Manejo del dolor</p> <p>2 Monitorización</p> <p>3 Estimulación mínima</p>	<p>1.1 Valorar el nivel de dolor en el neonato.</p> <p>1.2 Controlar el llanto</p> <p>1.3 Colocar al neonato en posiciones cómodas para él.</p> <p>1.4 técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor, masaje, contención.</p> <p>1.5 Hablarle al neonato con voz suave</p> <p>1.6 Proporcionar succión no nutritiva</p> <p>2.1 Valorar cambios en la frecuencia cardiaca</p> <p>2.2 Valorar el ritmo y frecuencia respiratoria</p> <p>2.3 Vigilar nivel de saturación de O<sub>2</sub></p> <p>2.5 Vigilar signos de estrés, como hiperextensión de miembros.</p> <p>3.1 Reorganizar actividades</p> <p>3.2 manipular al neonato de forma delicada</p> <p>3.3 Evitar procedimientos invasivos innecesarios</p>	<p>La valoración adecuada del dolor proporcionará la pauta para su manejo farmacológico y no farmacológico para el confort del neonato o disminuirá la respuesta de estrés durante las intervenciones que le causan dolor.</p> <p>Gallegos J.etal. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enfermería Neurológica. México 2010 Vol. 9 (1)</p>

	<p>4 Posicionamiento</p>	<p>3.4 Movilizar al neonato cuando sea meramente necesario  4.1 Posicionar al neonato de forma flexionada  4.2 Alinear al neonato con miembros a la línea media  4.3 Proporcionar medios de contención  4.4 Fomentar una postura para el descanso  4.5 Dar cambios posturales cuando sea necesario.  4.6 Colocar al neonato en una postura que disminuya el dolor</p>	
<p>CONTROL DEL CASO: Se realizaron las técnicas no farmacológicas para el alivio del dolor en el neonato, obteniendo disminución del llanto irritabilidad, facies de dolor y sin presentar alteraciones en frecuencia cardiaca.</p>			



PLAN DE CUIDADOS

REQUISITO 8 Promoción a la normalidad

NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo

FECHA 13 de octubre 2015

DIAGNÓSTICO Lactancia materna limitada, relacionada con reflejo de succión débil, fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por retraso en el inicio de la lactancia materna

SISTEMA DE ENFERMERÍA  
Totalmente compensatorio / Apoyo Educativo

OBJETIVO Promover la lactancia materna en la madre del neonato para favorecer la alimentación y aporte calórico del mismo, durante el cuidado proporcionado en el área de cuidados intensivos neonatales.

INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conocimientos de la madre</li> <li>- Interés en el aprendizaje</li> </ul>	<p>1 Apoyo en la lactancia materna</p> <p>2 Valoración al neonato ( apoyo a la madre)</p>	<p>1.1 Valorar el nivel de conocimientos en cuanto a lactancia</p> <p>1.2 Proporcionar información a la madre acerca de técnicas y beneficios de la lactancia</p> <p>1.3 Invitar a la madre a recolectar leche para alimentar al neonato</p> <p>1.4 Informar a la madre sobre técnicas de recolección de leche y almacenamiento.</p> <p>1.5 Informar los beneficios no solo para el neonato sino también para la madre</p> <p>2.1 Valorar el patrón de alimentación del neonato</p> <p>2.2 Valorar si cuenta con reflejos de succión y deglución</p> <p>2.3 Enseñar a la madre las técnicas de estimulación de reflejos</p> <p>2.4 Vigilar signos de alarma en cuanto a la alimentación</p> <p>2.5 Evaluar a la madre en cuanto a signos de alarma.</p>	<p>La lactancia materna tiene múltiples beneficios para el neonato y para la madre, la leche materna es el alimento ideal para un recién nacido. Requiere del apoyo del personal de enfermería para que la madre sea capaz desarrollar las habilidades necesarias que le permitan ofrecer una lactancia materna adecuada y eficaz para el recién nacido.</p> <p>Udaeta E. etal. El recién nacido luego de alimentarse. Gaceta Médica 2005. Vol141( 4)</p>

CONTROL DEL CASO: Se proporcionó información a la madre respecto a la lactancia su nivel de conocimientos era deficiente y fue reforzado mostrando interés en el aprendizaje.

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITO 8 Promoción a la normalidad

NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo

FECHA 13 de octubre 2015

DIAGNÓSTICO Disposición para mejorar la lactancia materna relacionada con interés de la madre en que su hijo pueda alimentarse con seno materno.

SISTEMA DE ENFERMERÍA  
Apoyo educativo

OBJETIVO Proporcionar información necesaria

INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conocimientos de la madre</li> <li>- Conocimientos adquiridos</li> </ul>	Asesoramiento en la lactancia materna	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Evaluar el nivel de conocimientos de la madre a cerca de lactancia</li> <li>2 Proporcionar información acerca de los beneficios</li> <li>3 Informar a la madre a cerca de los procedimientos para el almacenamiento de la leche</li> <li>4 Asesorar a la madre en cuanto técnicas para la extracción manual de leche</li> <li>5 Informar a la madre a cerca los beneficios de la lactancia materna</li> <li>6 Mencionar a la madre la existencia en la unidad hospitalaria del laboratorio de leche</li> <li>7 Invitar a la madre a dejar leche en la unidad hospitalaria para tomas posteriores</li> <li>8 Invitar a la madre a participar en el proceso de alimentación del neonato</li> </ol>	<p>Es de vital importancia que la madre muestre interés en realizar una lactancia efectiva, constante y adecuada, para ello debe tener en cuenta los múltiples beneficios que le ofrece a ambas partes y debe tener el conocimiento necesario en cuanto a técnicas y posiciones adecuadas así como la forma correcta de estimulación para la producción de leche.</p> <p>Udaeta E. etal. El recién nacido luego de alimentarse. Alimentación enteral en el recién nacido pretérmino y de término con bajo peso: estado actual en México. Gaceta Médica 2005. Vol141( 4)</p>
<p>CONTROL DEL CASO: Se proporcionó información a la madre respecto a la lactancia su nivel de conocimientos era deficiente y fue reforzado mostrando interés en el aprendizaje.</p>			

PLAN DE CUIDADOS			
REQUISITO 6 Mantenimiento en el equilibrio entre la soledad e interacción social.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 13 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Bienestar en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social, manifestado por contacto físico efectivo e interés en el cuidado		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Mantener el bienestar en el equilibrio entre la soledad e interacción social en el neonato durante los cuidados proporcionados en el área de cuidados intensivos neonatales			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto físico</li> <li>- Participación en los cuidados del neonato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Fomento del contacto físico</li> <li>2 Enseñanza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Explicar a la madre la importancia del contacto con el neonato</li> <li>1.2 informar a la madre a cerca del aseo de manos antes de ponerse en contacto con el neonato</li> <li>1.3 Proporcionar información acerca del vínculo materno</li> <li>1.4 Dar seguridad a la madre para tocar al neonato</li> <li>2.1 Valorar el estado general del neonato</li> <li>2.2 Hacer partícipe a la madre en los cuidados proporcionados al neonato</li> <li>2.2 Enseñar a la madre a realizar cambio de pañal</li> <li>2.3 Enseñar a la madre a tomar la temperatura</li> <li>2.4 Evaluar a la madre en cuanto a técnicas</li> <li>2.5 Dar apoyo en todo momento al proporcionar cuidados</li> </ul>	<p>Los cuidados centrados en la familia, hacen partícipes a los padres y sostienen que deben involucrarse en los procedimientos a realizar en el neonato como parte de un cuidado integral para él.</p> <p>Ruiz A, Rodriguez R, etal. Cuidados centrados en el desarrollo .Bol. SPAO 2013; 7 (2)</p>
CONTROL DEL CASO: Se proporcionó información a la madre respecto a los cuidados y se le invito a participar en los cuidados mostrando buena disposición y entusiasmo al hacerlo.			

PLAN DE CUIDADOS			
REQUISITO6 Mantenimiento en el equilibrio entre la soledad e interacción social.			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 13 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Riesgo de dificultades en el apego materno, relacionado con retraso en la creación total del vínculo madre e hijo.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio/ Apoyo Educativo	
OBJETIVO Fomentar en la medida de lo posible el vínculo madre e hijo para evitar que surjan complicaciones posteriores para el inicio de la lactancia materna durante en cuidado proporcionado en el área de cuidados intensivos neonatales.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interés de la madre en el contacto</li> <li>- Contacto físico</li> </ul>	<p>1 Fomento del contacto físico</p> <p>2 Enseñanza</p>	<p>1.1 Explicar a la madre la importancia del contacto con el neonato</p> <p>1.2 Informar a la madre acerca del aseo de manos antes de ponerse en contacto con el neonato</p> <p>1.3 Proporcionar información acerca del vínculo materno</p> <p>1.4 Dar seguridad a la madre para tocar al neonato</p> <p>2.1 Valorar el estado general del neonato</p> <p>2.2 Hacer partícipe a la madre en los cuidados proporcionados al neonato</p> <p>2.2 Enseñar a la madre a realizar cambio de pañal</p> <p>2.3 Enseñar a la madre a tomar la temperatura</p> <p>2.4 Evaluar a la madre en cuanto a técnicas</p> <p>2.5 Dar apoyo en todo momento al proporcionar cuidados</p>	<p>Los cuidados centrados en la familia, hacen partícipes a los padres y sostienen que deben involucrarse en los procedimientos a realizar en el neonato como parte de un cuidado integral para él. La falta de contacto físico entre madre e hijo retrasa en gran medida el establecimiento del apego materno.</p> <p>Ruiz A, Rodriguez R, et al. Cuidados centrados en el desarrollo .Bol. SPAO 2013; 7 (2)</p>
CONTROL DEL CASO: Se proporcionó información a la madre respecto a los cuidados y se le invito a participar en los cuidados mostrando buena disposición y entusiasmo al hacerlo. La madre mostró interés en establecer contacto físico con el neonato.			

## **6.8 SEGUIMIENTO**

Se realizó una segunda valoración al neonato fue focalizada de acuerdo a los requisitos universales alterados. La valoración se lleva a cabo en el área de crecimiento y desarrollo, esta vez se contó con la presencia de la madre en todo momento, se realiza un nuevo plan de cuidados observando mejoría considerable en cuanto a los requisitos antes mencionados, se llevó a cabo los días 22 y 23 de octubre del presente año.

Los requisitos evaluados y en los cuales se diseñó el plan de cuidados fueron:

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

En cuanto a este requisito se encontró al paciente con una mejoría evidente presentando un buen patrón respiratorio, mantenimiento de la saturación de oxígeno dentro de los parámetros adecuados así como buen esfuerzo respiratorio.

### **3 y 3** Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentos

El patrón de alimentación se encontró aún limitado debido a la debilidad de los reflejos de succión búsqueda y deglución, se continúa trabajando ahora en compañía de la madre en cuanto a la estimulación de dichos reflejos para la mejora de la succión.

**7** Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y **8** Funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos de acuerdo con el potencial humano las limitaciones humanas conocidas y el deseo.

Luego de realizadas las valoraciones anteriores se encuentra que el riesgo existente para el recién nacido, recae ahora sobre los conocimientos insuficientes por parte de la madre para el cuidado, y es básicamente en lo que se trabajó en cuanto a estos requisitos.

A continuación se muestra el plan de cuidados para intervenir en los requisitos antes mencionados.

REQUISITO: 1 Mantenimiento de un aporte suficiente de aire			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 22 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Bienestar en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, manifestado por capacidad de mantener una respiración adecuada.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio	
OBJETIVO Mantener el bienestar del aporte suficiente de aire en el neonato durante el cuidado en el área de crecimiento y desarrollo.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saturación de oxígeno</li> <li>- Frecuencia respiratoria</li> <li>- Coloración de tegumentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 Monitorización</li> <li>2 Vigilancia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.7 Realizar una evaluación del patrón respiratorio del neonato</li> <li>1.8 Valorar frecuencia respiratoria</li> <li>1.9 Valorar esfuerzo respiratorio.</li> <li>1.10 Observar si existen datos de dificultad respiratoria</li> <li>1.11 Vigilar oximetría de pulso</li> <li>1.12 Valorar coloración del neonato</li> <li>1.13 Auscultar al neonato de forma periódica</li> <li>2.2 Vigilar que el oxígeno indirecto proporcionado sea recibido por el neonato.</li> <li>2.3 Valorar si el neonato es capaz de mantener una buena saturación al retirar el oxígeno indirecto</li> <li>2.4 Colocar al neonato en una posición adecuada y cómoda favorezca la entrada y salida de aire</li> </ul>	<p>La valoración y monitorización por parte de enfermería del recién nacido con dificultad respiratoria es vital en su evolución y nos permite la detección precoz de signos de recuperación o agravamiento de la enfermedad.</p> <p>Quiroga A. Valoración clínica del recién nacido con dificultad respiratoria. Patología Respiratoria. Enfermería Neonatal</p>
CONTROL DEL CASO: Se realizaron las actividades correspondientes observando saturación de oxígeno dentro de los parámetros, así como buena coloración y frecuencia respiratoria con valores entre las 48 y 60 respiraciones por minuto.			

REQUISITO: 2 y 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de agua y alimentación			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 23 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Patrón de alimentación ineficaz, relacionado con incapacidad de realizar una succión efectiva que le proporcione la cantidad de alimentos que requiere, manifestado por succión débil		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio /Apoyo Educativo	
OBJETIVO Mejorar el patrón de alimentación en el neonato, para ayudarlo a obtener los requerimientos de alimentación, durante el cuidado proporcionado en el área de crecimiento y desarrollo			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón de Succión</li> <li>- Cantidad de leche ingerida por toma</li> <li>- Tolerancia a la vía oral</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Alimentación del neonato</li> <li>2 Estimulación</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Valorar el patrón de succión del neonato en cada toma</li> <li>1.2 Asegurarse de que reciba la cantidad de leche adecuada</li> <li>1.3 Alternar tomas en cuanto a la técnica de alimentación</li> <li>1.4 Realizar la técnica correcta de inserción de sonda orogástrica</li> <li>1.5 Colocar al neonato en decúbito lateral derecho para favorecer la digestión</li> <li>2.1 Realizar estimulación por medio de masajes</li> <li>2.2 Estimular al neonato con succión no nutritiva</li> <li>2.3 Mostrar a la madre como estimular la succión con el uso del guante</li> <li>2.4 Enseñar a la madre como realizar los masajes de estimulación</li> <li>2.5 Evaluar la efectividad de los ejercicios de estimulación</li> </ol>	<p>Es necesario estimular el reflejo de succión en el neonato para favorecer la alimentación. Así como valorar la técnica de alimentación requerida</p> <p>El recién nacido luego de alimentarse. Udaeta E. et al. Alimentación enteral en el recién nacido pretérmino y de término con bajo peso: estado actual en México. Gaceta Médica 2005. Vol141( 4)</p>
CONTROL DEL CASO: Se realizaron las acciones correspondientes, el neonato aun cuenta con succión débil pero se está trabajando para lograr una succión efectiva en él. Muestra buena tolerancia a la alimentación. La cantidad de leche ingerida es la adecuada para los requerimientos, se revalora succión mostrando mejoría.			

REQUISITO: 8 Promoción a la normalidad			
NOMBRE DEL PACIENTE: Martínez Collazo			FECHA 23 de octubre 2015
DIAGNÓSTICO Conocimientos deficientes en cuanto a signos de alarma, relacionado con el cuidado del neonato, manifestado por respuestas negativas a la hora de cuestionar a la madre		SISTEMA DE ENFERMERÍA Apoyo educativo	
OBJETIVO Mejorar el nivel de conocimientos de la madre para que sea capaz de reconocer los principales signos de alarma en el neonato, durante el cuidado en el área de crecimiento y desarrollo			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de conocimientos</li> <li>- Interés en el aprendizaje</li> <li>- Conocimientos adquiridos</li> </ul>	1 Enseñanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Evaluar nivel de conocimientos previos</li> <li>1.2 Proporcionar información acerca de signos de alarma en el neonato</li> <li>1.3 Invitar a la madre a participar en los cuidados del recién nacido</li> <li>1.4 Mostrar la técnica correcta de alimentación para el neonato</li> <li>1.5 Mostrar la técnica correcta de toma de temperatura.</li> <li>1.6 Enseñar a la madre a medir el perímetro abdominal e identificar cuando se ha distendido</li> <li>1.7 Realizar preguntas a la madre a cerca de la información dada</li> <li>1.8 Evaluar si existen dudas en cuanto al cuidado</li> <li>1.9 Proporcionar a la madre información de forma escrita</li> </ul>	<p>Los cuidados centrados en la familia, hacen partícipes a los padres y sostienen que deben involucrarse en los procedimientos a realizar en el neonato como parte de un cuidado integral para él.</p> <p>Ruiz A, Rodriguez R, etal. Cuidados centrados en el desarrollo .Bol. SPAO 2013; 7 (2)</p>
CONTROL DEL CASO: Se proporciona la información a la madre ella muestra interés a la hora de informarle, adquiere conocimientos suficientes para el cuidado del recién nacido en casa y en la identificación oportuna de signos de alarma.			



## 7 PLAN DE ALTA

<b>NOMBRE:</b> Martinez Collazo	<b>Fecha :</b> 3 de noviembre de 2015	<b>DVEU:</b> 38 2/7 semanas corregidas	<b>PESO:</b> 1,570 g
---------------------------------	---------------------------------------	--	-------------------------

### **1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE**

**DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA:** Cianosis generalizada , cianosis peribucal , esfuerzo respiratorio, polipnea, aleteo nasal, retracción xifoidea, tiraje intercostal

**ORIENTACIÓN MATERNA:** Informar signos de dificultad como labios morados, respiraciones profundas y rápidas aleteo nasal.

**MEDICAMENTOS:** Sin medicamentos

**OBSERVACIONES:** Orientar a la madre en caso del uso de oxígeno en el domicilio en caso de que el paciente sea dado de alta con esta indicación

### **2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA Y ALIMENTOS**

**TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO:** Alimentación alternada, por succión y con sonda orogástrica

**ORIENTACIÓN MATERNA:** Orientación en cuanto a masajes de estimulación para la succión y deglución, técnica correcta de alimentación , Fomento de la lactancia materna

**MEDICAMENTOS:** Vitaminas ACD, ácido fólico

**OBSERVACIONES:**

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

**CAMBIO DE PAÑAL:** Enseñar a la madre como debe realizar el cambio de pañal, a que tome en cuenta el número de veces que le recién nacido evacúa y micciona, las características del patrón de evacuaciones y signos de intolerancia a la alimentación

**MANEJO DE ERITEMA PERIANAL:** Instruir a la madre para evitar el eritema y la dermatitis en el área del pañal , uso correcto del óxido de zinc como profiláctico

**MANEJO DE ESTOMAS:** No cuenta con estomas

**OBSERVACIONES:**

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

**POSICIÓN PARA DORMIR:** Informar a la madre a cerca de la posición adecuada para dormir, la no utilización de almohadas, así como la posición antirreflujo.

**MEDIDAS DE SEGURIDAD:** Mantener al recién nacido cerca para vigilar, colocarlo en posición antirreflujo

**ESTIMULACIÓN TEMPRANA:**

**OBSERVACIONES:**

--

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

APEGO MATERNO: Fomento de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementaria hasta los 2 años de edad

TÉCNICA DE MAMA CANGURO: Proporcionar información acerca del método de mama canguro técnica para realizarlo y beneficios que ofrece.

OBSERVACIONES:

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

VACUNAS: Información acerca del esquema básico de vacunación así como reacciones y recomendaciones de cuidado posterior a la vacunación.

TAMIZAJE: Proporcionar información en cuanto a tamizaje auditivo y metabólico

MEDICAMENTOS:

OBSERVACIONES:

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

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA: Dar información a la madre acerca de signos de alarma que pudieran presentarse y que hacer en cada caso

OBSERVACIONES:

## 8 CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

El cuidado es el eje de la profesión de enfermería. Los neonatos representan uno de los sujetos de cuidado con mayor vulnerabilidad, ya que la atención que demandan es totalmente dependiente y su estado de vulnerabilidad es elevado debido a la etapa del desarrollo que se trata.

En el presente estudio de caso se muestra a grandes rasgos el padecimiento actual de un neonato, el cual requirió desde el nacimiento cuidados especializados debido a su edad gestacional, su ubicación por debajo del percentil 10 de acuerdo a Jurado García en relación al peso y la edad gestacional y a su diagnóstico de inicio.

La progresión de un paciente depende mucho de la agencia del cuidado que demanda, en este caso el cuidado fue totalmente compensatorio, pero además de apoyo educativo debido a que el cuidador como principal vínculo que tiene el neonato conlleva una gran responsabilidad, debe

conocer el padecimiento y las principales complicaciones así como los riesgos a los que se está expuesto.

Podemos concluir con que el área de unidad de cuidados intensivos así como el paso por la terapia intermedia y finalmente en el área de crecimiento y desarrollo favoreció en gran medida la recuperación del paciente en cuestión ya que esta última es adecuada para dar educación a la salud y hacer partícipe a los padres en el cuidado del neonato, en este caso la madre del paciente mostro siempre interés y se mostró cooperadora a la hora de aprender y proporcionar cuidados así como recibir la información necesaria para el cuidado.

La realización del estudio de caso conlleva tiempo y dedicación para un solo paciente, es por ello que la sugerencia para llevarlo a cabo de manera completa es realizar una rotación en los servicios de neonatología en conjunto con el paciente, para llevar un seguimiento completo e intervenir de manera aún más acertada.

## **9 REFERENCIAS**

- 1 Del Olmo., Cardiel L., Reynoso E., Oslas L., Acosta Y. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro. *Revista Médica Hospital General de México.* 2003; 66(1): 22-28
- 2 Fernández S., Gutiérrez G., Viguri R. Principales causas de mortalidad infantil en México: Tendencias recientes. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2012; 69(2): 144-148
- 3 Tenue M., Backhuizen S., Gyamfi C., Ompeer B., Kaam A., Wassenaer A. et al. Una revisión sistemática de la morbilidad grave en los recién nacidos prematuros tardíos. *Rev Chil Obstet. Ginecol.* 2013; 78(1): 72- 75
- 4 Sanabria A., Nodarse A., Carrillo L., Couret M., Maya N., Guzmán R. Morbilidad en el recién nacido menor de 1 500 g. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2012; 38(4): 478-487
- 5 Saldívar L., Sánchez V., Jiménez P., Espinoza M., Sánchez R. Propuesta de nuevas curvas de somatometría para recién nacidos sanos de nivel económico medio en la Ciudad de México. *Perinatología y reproducción humana.* 2013; 28(1): 7-15
- 6 Mata M., Salazar M., Herrera L. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Revista Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 17(1): 45-54
- 7 Wenceslao F., Labarrere Y., González G., Barrios Y. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. *Rev Cubana Enfermer.* 2007; 23(3): 1-15

- 8 Sánchez R., Solano J., Mendivil E., et al. Administración de oxígeno en el periodo neonatal. Curso Continuo de actualización en Pediatría. 9(3):42-53 Disponible en: <https://goo.gl/oxqXPc>
- 9 Salas G., Satragno D., Bellani P., Quiroga A., Pérez G., Erpen N. et al. Consenso sobre la monitorización del recién nacido internado: Parte 1: Monitorización no invasiva del recién nacido. Arch Argent de Pediatr. 2013; 111(4) 353-359
- 10 Moreno L. Nutrición enteral en el recién nacido prematuro. Bol. SPAO. 2011; 5(4): 156-166
- 11 Gasque J. Gómez M. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro. Revista Mexicana de Pediatría. 2012; 79(4): 183-191
- 12 Gallegos J., Salazar M. Dolor en el neonato: humanización del cuidado neonatal. Enf Neurol. 2010; 9(1): 26-31
- 13 Perapoch J., Pallás C., Linde S., Moral T., Benito F., López M., et al. Cuidados centrados en el desarrollo. Situación de las unidades de neonatología en España. An Pediatr. 2006; 64(2): 132-139
- 14 García M., Cárdenas L., Arana B., Monroy R., Hernández Y., Salvador C. Construcción Emergente del Concepto: Cuidado Profesional de Enfermería. Texto Contexto Enfermería. Florianópolis.2011; 20: 74-80
- 15 Balan C, Franco M. *Teorías y Modelos de Enfermería: 2ª ed.* México: ENEO; 2009
- 16 Rojas A., Pérez S., Lluch A., Cabrera M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Revista Cubana de Enfermería. 2009; 25(3).Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf02309.pdf>
- 17 Martínez R. González M., Barrero M., Núñez M., Hornedo I., Rojas M. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2007; 6(3): 1-11
- 18 Navarro Y. Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global. 2010; 1(19): 1-14
- 19 Reina G. El proceso de enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral científico. 2010; (17): 18-23
- 20 Martínez C. Proceso enfermero en la hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2008; 8(4): 19-24

- 21 Fundación para el desarrollo de enfermería. Valoración de enfermería. Observatorio metodología enfermera. Disponible en: <http://goo.gl/3Yj0p>
- 22 González M., Mirón D., Cotiello Y., Peñacoba D., Iglesias R., Arias S. et al. Guía de Metodología y Diagnósticos de Enfermería. Grupo regional de Metodología y Diagnósticos de Enfermería de la sociedad de enfermería de atención primaria de Austrias. 2002
- 23 Hernández A. Algunas consideraciones acerca de los valores Humanos y el profesional de enfermería. Aquichan. 2001; 1(1): 18-22
- 24 Amaro M., Marrero A., Valencia M., Blanca S., Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Revista Cubana de Enfermería. 2001; 12(1): 11-12
- 25 Secretaría de Salud. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. 1ª Ed. México. 2001.
- 26 Tena C. El consentimiento informado en la Práctica Médica. Revista CONAMED, Vol. 9(3).2004
- 27 Diario oficial de la federación. SEGOB. NOM-004-SSA3-2012. México; 2012
- 28 5º World Congress of Perinatal Medicine. (Barcelona 23 – 27 de Septiembre de 2001)
- 29 UNICEF. Decálogo del prematuro 2015 Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/DECALOGO.pdf>
- 30 Paisan L. Sota I., Muga O., Imaz M. El recién nacido de bajo peso. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008. Disponible en: <https://goo.gl/S2Z5LO>
- 31 Gómez M., Danglot C., Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Ped. 2012; 79 (1): 32-39
- 32 Rodríguez P., Hernández J., Reyes A. Bajo peso al nacer: Algunos factores asociados a la madre. Revista Cubana Obstetricia Ginecología .2005; 31(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n1/gin05105.pdf>
- 33 Fernández S., Gutiérrez G., Viguri R. Principales causas de mortalidad infantil en México: Tendencias recientes. Bol Med Hosp Infant Mex. 2012; 69(2): 144-148

34 Miranda-Del-Olmo H., Cardiel-Marmolejo L., Reynoso E., Oslas L., Acosta-Gómez Y. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro. Revista Médica Hospital General de México. 2003; 66(1): 22-28

35 Rizzardini M. Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. Revista Chilena de Pediatría. 2000; 44(6): 531-539

36 Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. Enfermería Neonatal. Disponible en: <http://goo.gl/oUNYWk>

## **10 ANEXOS**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**

**ESPECIALIDAD  
ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**FORMATO DE VALORACIÓN NEONATAL**

**ELABORADO POR:  
ALVAREZ GALLARDO LAURA  
HERNÁNDEZ ROJAS CAROLINA  
MARTÍNEZ CLEMENTE ARACELI**

**SEPTIEMBRE 2011**

**Actualizado 2015 Romana Alarcón Borjas, 8va. Generación Enfermería del Neonato**

**GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO**

## **I.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS**

### **1.1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

ELABORADO POR: Karina Botello Calderón

UNIDAD HOSPITALARIA: Hospital militar de especialidades del a Mujer y Neonatología de FECHA DE ELABORACIÓN:

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: Martínez Collazo SEXO:Fememnino HORA DE NACIMIENTO: 16:37hrs

LUGAR DE NACIMIENTO: México DF FECHA DE NACIMIENTO: 5 de Octubre de 2015

EDAD GESTACIONAL: PESO AL NACER: TALLA:43 cm TIPO DE PARTO: Vaginal

MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS : Si AVANZADAS: NO FECHA DE INGRESO: 5/10/15

DÍAS DE ESTANCIA: 14 GRUPO Y RH: O+

FUENTE DE INFORMACIÓN: Expediente Clínico, Entrevista con la madre

### **1.2 ESTADO DE SALUD**

1.2.1.- SANO ( ) ENFERMO ( x )

### **1.3.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:**

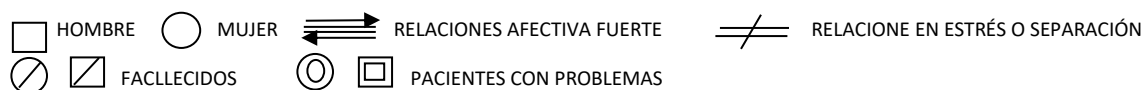
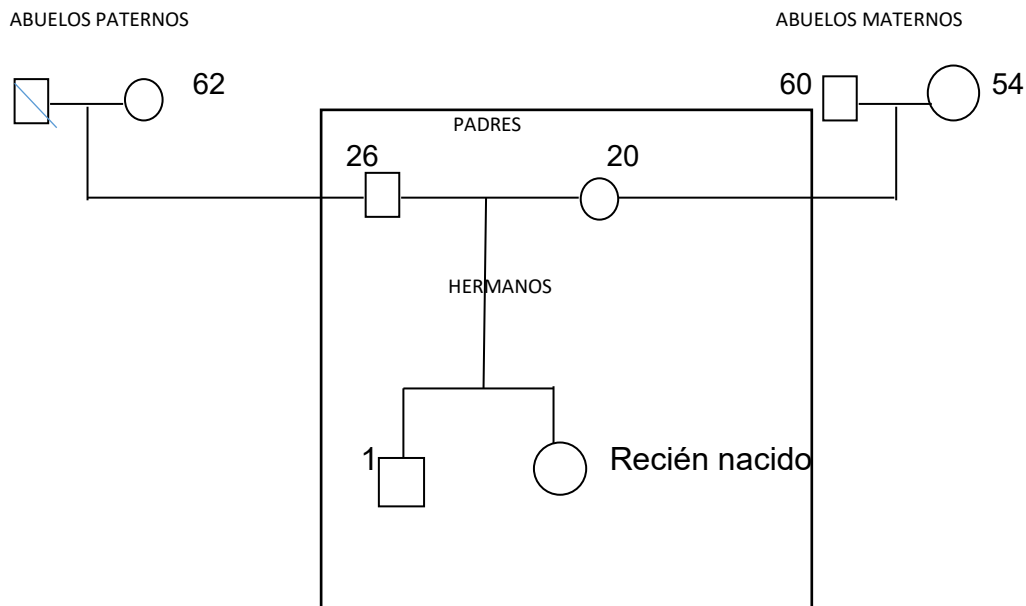
1.3.1. TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA ( ) DESINTEGRADA ( ) NUCLEAR ( x ) EXTENSA ( )

1.3.2. NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: 4

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Daniel Arenas Martínez	26	Secundaria	Militar
Olga Martínez Collazo	20	Secundaria	Ama de Casa
Isaac Daniel Arenas	1		
RN Martinez Collazo			



### 1.3.3.- FAMILIOGRAMA



### 1.4.-FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS:

NOMBRE DE LA MADRE Olga Fernanda Martínez    EDAD 20    PESO 60kg  
 TALLA 1.59mts    LUGAR DE RESIDENCIA Edo de México    OCUPACIÓN Ama de Casa  
 EDO CIVIL Unión libre    RELIGIÓN católica    ESCOLARIDAD secundaria  
 NOMBRE DEL PADRE Daniel Arenas    EDAD 26    PESO desconoce  
 TALLA 1.72mts    LUGAR DE RESIDENCIA Edo de México    OCUPACIÓN Militar  
 EDO CIVIL Unión Libre    RELIGIÓN Católica    ESCOLARIDAD Secundaria

### 1.5.- DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE RECURSOS

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO LÁMINA ( )    CARTÓN ( )    CONCRETO (x)    OTROS:

PAREDES: TABIQUE (x)    MADERA ( )    OTROS \_\_\_\_\_    PISO: CEMENTO (x)    TIERRA ( )    OTROS: \_\_\_\_\_

No. HABITANTES: 3

VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN: BUENA ( x )    REGULAR ( )    DEFICIENTE ( )

SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA ( x )    LUZ ( x )    DRENAJE ( x )    ALUMBRADO PUBLICO ( x )    PAVIMENTACIÓN ( x )    CUENTA CON JARDÍN ( x )

**1.6.- FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD:**

SISTEMA DE SALUD: IMSS ( ) ISSSTE ( ) SSA ( ) OTROS: ISSFAM

**1.7.- PATRON DE VIDA:**

**PADRES:**

CARGA GENÉTICA: HIPERTENSIÓN ( ) DIABETES ( ) CARDIOPATÍAS ( ) CÁNCER ( )  
OTROS \_\_\_\_\_ QUIEN LO PADECE \_\_\_\_\_  
TABAQUISMO ( ) ALCOHOLISMO ( ) TOXICOMANÍAS ( )  
ALIMENTACIÓN: CANTIDAD 3 veces por día CALIDAD Buena  
BAÑO Diario ASEO DENTAL Dos veces por día ESQUEMA DE VACUNACIÓN: COMPLETA ( x )  
DESCONOCE ( )

**1.8.- FACTORES AMBIENTALES**

ÁREA GEOGRÀFICA: URBANA ( x ) SUBURBANA ( ) RURAL ( ) \_\_\_\_\_

FAUNA NOCIVA:

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

**2.- REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD**

**2.1 ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES**

**2.1.3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (MADRE)**

TRANSFUSIONES ( ) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ( ) ALERGIAS \_\_\_\_\_  
HOSPITALIZACIONES ( x )

**2.1.4 ANTECEDENTES PERINATALES**

G 3 P 2 A 1 C 0 CONTROL PRENATAL Sí N° DE CONSULTAS 5

USG \_\_\_\_\_

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO Negadas

TRATAMIENTO MEDICO No

INMUNIZACIONES TD 2 dosis MICRONUTRIENTES no

ISOINMUNIZACION PREVIA \_\_\_\_\_

TIPO DE PARTO: ESPONTANEO ( ) FÓRCEPS ( ) INDUCIDO ( ) CONDUcido ( ) FORTUITO ( )

DISTÓCICO ( ) EUTÓCICO ( x )

RM: ESPONTANEAS ( x ) ARTIFICIAL ( ) LIQUIDO AMNIOTICO: Claro \_\_\_\_\_

ANALGESIA: NINGUNA ( ) BDP ( ) GENERAL ( ) LOCAL ( ) SEDACIÓN ( )

PRODUCTO: ÚNICO ( x ) GEMELAR ( ) MÚLTIPLE ( )

OTROS \_\_\_\_\_

**2.1.5 ANTECEDENTES DEL NEONATO**

LESIONES Y DEFECTOS AL NACIMIENTO Dificultad Respiratoria al Nacer, trauma obtétrico en párpado izquierdo.

SUFRIMIENTO FETAL NO

PADECIMIENTO ACTUAL SDR

DX MEDICO Recién Nacido Pretérmino con Peso Bajo para la Edad Gestacional

**2.2.- FACTOR DE RIESGO**

VALORACIÓN PRENATAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: OLGA MARTINEZ COLLAZO  
 Edad: 20 años  
 Edad gestacional: \_\_\_\_\_  
 No visitas: 5 visitas

Peso: \_\_\_\_\_ kg  
 60  
 Talla: \_\_\_\_\_ c  
 1.59  
 IMC: \_\_\_\_\_ m  
 T/A: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Heredofamiliares**

	BAJO	MEDIO	ALTO
	No	Controlada	Sin control
Diabetes	x		
Hipertensión	X		
Cardiopatías	X		
Enfermedades Renales	X		
Epilepsia	X		
Enfermedad de Tiroides	X		

Vacunas:  
 Toxoide  
 tetánico  
 difterico  
2 dosis  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Otras**

	No	Sopecha/tuvo	Si
Toxoplasmosis	X		
Rubéola	X		
Citomegalovirus	X		
Herpes	X		
Sifilis	X		
S.I.D.A.	X		

**Antecedentes Obstétricos**

	No	1 a 2	Más
Gestas:	3		X
Abortos previos :	1	x	
Partos:	2	X	
Abortos previos :	0		
Cesareas:	0		
Nacidos vivos:	2		
Nacidos muertos:	0		
Muertes Neonatales	0		
Intervalos Intergenésicos	1-2 años x	<1 año	
Peso <2500g	No x		Si
Peso >4000g	No x		Si
Hijos con malformaciones	No x		Si
Hijos prematuros	No x		Si

**Factores de riesgo para la salud**

	No	Si
Alcoholismo		X
Drogadicción	X	
Otras farmacodependencias	X	
Exposición a radiaciones	X	
Desnutrición	X	
Anemia	X	

Especifique: \_\_\_\_\_

Especifique: \_\_\_\_\_

Hb: \_\_\_\_\_ mg/dl

**Nivel Socioeconómicos**

Medio y alto x	Bajo	Muy bajo
----------------	------	----------

Valoración modificada CIMIGEN.

**VALORACIÓN DE RIESGO PERINATAL**

**ETAPA PERINATAL**

Fecha de ingreso	3/10/15		
Grupo y rh materno	_O+ _____		
Consultas prenatales	Total 5 _____		
Madre con insoinmunización previa	No	Si	
Hospitalización durante el embarazo	Si	No	Especificar _____
Corticoides prenatales	Si	No	
Trabajo de parto	Cesárea	espontáneo	inducido
RPM	Si	No	
Presentación	Pelvica	Transversa	Cefalica
Embarazo múltiple	Si	No	
Tamaño fetal acorde	No	SI	
Terminación	Cesárea	Forceps	Espontánea
Ligadura de cordón umbilical	No	Si	Especificar _____
Placenta completa	No	Si	
Presencia de meconio	Si	No	
Medicación recibida de la madre	Si	No	Especificar _____

**RECIÉN NACIDO**

Sexo Femenino	No diferido	Masculino	Femenino
Peso 1,390g	<2500	>4000	
Perimetro cefalico _____			
Longitud supina _____			

<b>Peso para edad gestacional</b>	<b>PBEG</b>	<b>PAEG</b>	
<b>Reanimación</b>	<b>Si</b>	No	Especificar _____
<b>Referido</b>	<b>Neonatología</b>	Alojamiento	
<b>Tamiz neonatal</b>	<b>No</b>	No	
<b>Defectos congénitos</b>	<b>Si</b>	No	Especificar _____

**A mayor número mayor riesgo**

## VALORACIÓN DE RIESGO NEONATAL

### NEO-MOD (Mods Multiple Organ Dysfunction Score)

Sistema	2 puntos	1 punto	0
Sistema nervioso central (presencia de Hemorragia intraventricular o leucomalacia)	Sangre intraparenquimatosa o con hidrocefalia, leucomalacia con conformación quística o atrofia cerebral	Sangre en uno o ambos ventrículos	No hemorragia o solo en matriz germinal subependimaria *
Hemocoagulación (Conteo de plaquetas)	Conteo de plaquetas menor de $30 \times 10^9/l$	Conteo de plaquetas entre $30-100 \times 10^9/l$	Conteo de plaquetas mayor de $100 \times 10^9/l$
Respiratorio (necesidad de soporte ventilatorio)	Ventilación mecánica en paciente intubado	Ventilación con presión positiva continua o requiere más de 21% de $FiO_2$ para saturación entre 85-95% en respiración espontánea *	Respiración espontánea sin soporte ventilatorio con saturación entre 85-95%.
Sistema Gastrointestinal	Signos de enterocolitis necrotizante o perforación intestinal o presencia de colostomía, ileostomía u otro drenaje	Nutrición parenteral total	Alimentación enteral o combinada enteral y parenteral *
Sistema cardiovascular (capacidad de mantener adecuada tensión arterial sanguínea)	No se logra adecuada tensión arterial en paciente a pesar del soporte farmacológico.	Soporte farmacológico continuo para mantener adecuada tensión arterial	Adecuada presión sanguínea dentro del rango establecido para la edad

Sistema renal (ritmo urinario)	Ritmo urinario menor de 0.2ml/kg/hora o diálisis peritoneal, hemodiálisis o hemofiltración.	Ritmo urinario entre 0.2 – 1 ml/kg /hora	Ritmo urinario mayor de 1ml/kg/hora *
Exceso de Bases	Menor de -15meq/l	Entre 7-15 meq/l	Mayor de -7 meq/l *

#### MODS Score

0 points:	ICU Mort 0%, Hosp Mort 0%, ICU Stay 2 Days
1-4 points:	ICU Mort 1-2%, Hosp Mort 7%, ICU Stay 3 Days
5-8 points:	ICU Mort 3-5%, Hosp Mort 16%, ICU Stay 6 Days
9-12 points:	ICU Mort 25%, Hosp Mort 50%, ICU Stay 10 Days
13-16 points:	ICU Mort 50%, Hosp Mort 70%, ICU Stay 17 Days
17-20 points:	ICU Mort 75%, Hosp Mort 82%, ICU Stay 21 Days
21-24 points:	ICU Mort 100%, Hospital Mortality 100%

#### POR FACTOR NEONATAL

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

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

#### CUIDADO MEDIATOS

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

RIESGO;

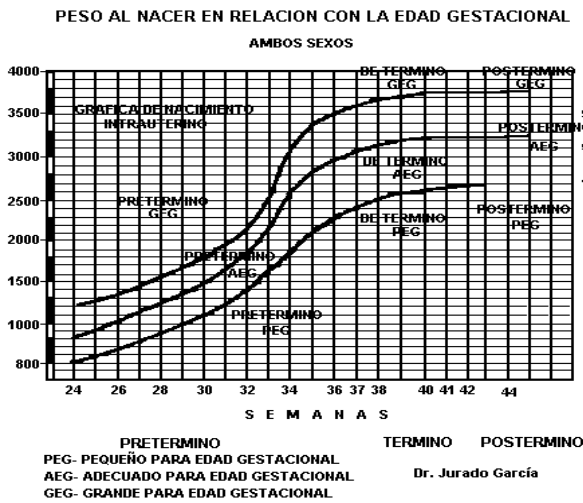
### 3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

#### 3.1.- VALORACION DEL NEONATO

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

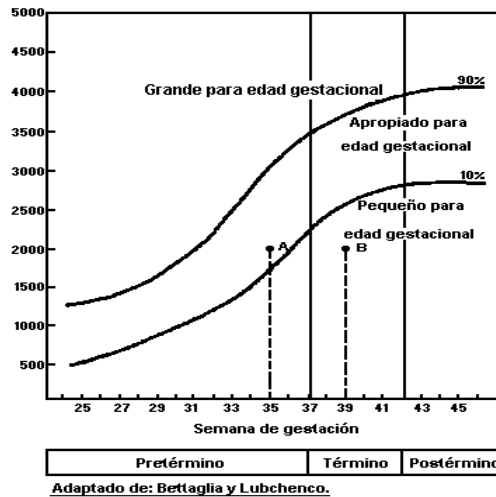
VALORACIÓN APGAR

INTERPRETACIÓN: 7/8



INTERPRETACIÓN: Pequeño para Edad Gestacional

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS



INTERPRETACIÓN: Pequeño para edad gestacional

#### MÉTODO CAPURRO PARA VALORACIÓN DE EDAD GESTACIONAL

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

INTERPRETACIÓN: 33 semanas de gestación

METODO BALLRD (Evaluación de madurez neurológica y física)



Madurez neuromuscular						
	0	1	2	3	4	5
Postura						
Angulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°	
Rebote del brazo	180°		100-180°	90-100°	<90°	
Angulo poplíteo	180°	160°	130°	110°	90°	<90°
Signo de la bufanda						
Talón-oreja						

Madurez física						
Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Levemente rosada, venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Descamación de áreas pálidas, venas escasas	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa rugosa
Lanugo	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso	Escala de madurez
Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transversal único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta	
Mamas	Levemente perceptibles	Aréola plana sin pezón	Aréola levantada 1 a 2 mm del pezón	Aréola levantada 3 a 4 mm de pezón	Aréola completa, 5 a 10 mm de pezón	5 26
Oído	Aplanado, permanente, doblado	Borde levemente curvo y suave, recuperación lenta	Borde curvo suave, de fácil recuperación	Formado, firme, recuperación instantánea	Cartilago grueso firme	10 28
Genitales ♂	Escroto vacío sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo, rugosidades completas	15 30
Genitales ♀	Clítoris prominente y labios menores		Labios mayores y menores iguales	Labios mayores más grandes	Clítoris y labios menores cubiertos	20 32
						25 34
						30 36
						35 38
						40 40
						45 42
						50 44

INTERPRETACIÓN: \_\_\_32 semanas de gestación

### 3.3 EXPLORACION FISICA

SIGNOS VITALES:

FC 152 x' FR 62 x' T/A 63/46mmhg TEMP 36.9 °C

ANTROPOMETRIA

PESO 1,400g TALLA 45CM PC \_\_\_\_\_ PT \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ PIE \_\_\_\_\_

HABITUS EXTERIOR Femenino en incubadora con apoyo de oxígeno indirecto al 30%, con catéter umbilical, bajo sueño fisiológico, en posición decúbito ventral, y en flexión.
PIEL Se observa integridad, sin lesiones, la coloración es rosada ictérica, se encuentra hidratada y tiene buena turgencia.
CABEZA Y CARA: La cabeza es simétrica, redonda, fontanelas normotensas sin cabalgamiento en suturas, sin masas palpables. La cara es íntegra presenta equimosis en párpado izquierdo debido a trauma obstétrico.
OJOS Simétricos, sin lesiones, buena hidratación, equimosis en párpado izquierdo Responde a estímulo palpebral débilmente, cuenta con buen reflejo pupilar.
OIDOS Buena implantación integridad y permeabilidad
NARIZ Íntegra permeable en ambas narinas, sin lesiones, ni malformaciones, pequeña respecto al tamaño de la cara
BOCA Hidratada, sin dientes natales, mucosas hidratadas, úvula central, lengua redondeada rosada e hidratada , reflejos de búsqueda y succión débiles.
CUELLO Y HOMBROS Cuello cilíndrico, integro sin masas ni nódulos palpables, hombros sin lesiones y continuos
TORAX Simétrico, campos pulmonares ventilados, presencia de areola y pezón apenas visible, Frecuencia cardiaca rítmica, sin sonidos ventilatorios agregados ni soplos audibles
CARDIOVASCULAR: Aparentemente hemodinámicamente estable, pulsos periféricos palpables , sin datos de baja perfusión
ABDOMEN Cilíndrico, globoso, simétrico, no presenta dolor a la palpación es blando y depresible, presenta cordón umbilical sin datos de infección en proceso de secado y momificación, ruidos intestinales audibles en relacion de 5 a 6 por minuto
GENITALES Son íntegros bien diferenciados , los labios menores sobresalen de los mayores, se observa secreción blanquecina en poca cantidad en el área vaginal, sin fístulas, el ano se encuentra permeable.

DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL Integridad y continuidad de la columna, sin nódulos ni masas palpables
EXTREMIDADES: Simétricas sin lesiones ni deformidades, cinco ortejos en cada extremidad
CADERA Simétrica sin lesiones ni deformidades. Ortolani y Barlow negativos.
ESTADO NEUROLÓGICO De acuerdo a la valoración de Ballard, se encuentra con 21 pts. Obteniendo una edad gestacional de 32 semanas. En cuanto a los reflejos neonatales cuenta con el de presión palmar y plantar débiles, babinski presente, succión , búsqueda y degución débiles.

#### 4. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

##### 1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

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

##### VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

				RESULTADOS				
PARÁMETROS	CERO	UNO	DOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	RITMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL		3	2	1	
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO					
RETRACCIÓN XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA					
ALETEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO					
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ADECUADO Y CONSTANTE					
SILVERMAN-ANDERSON	DIFICULTAD RESPIRATORIA							
1 A 2	LEVE							
3 A 4	MODERADA							
> 5	GRAVE							

##### 1.2.- FASE DE VENTILACIÓN

FASE VENTILATORIA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
FASE 1 ESPECIFICA	FIO <sub>2</sub> _____ % O <sub>2</sub> _____ Lt. X'				

<b>FASE 2 ESPECIFICA</b> <del>Oxígeno indirecto</del>	FIO <sub>2</sub> <u>30</u> % O <sub>2</sub> <u>1.5</u> Lt. X'		28%	35%	30%
<b>FASE 3 ESPECIFICA</b>	MODALIDAD CMV IMV PSV	PARAMETROS PIP PEEP FR CPM			

### 1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

PARAMETROS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PH					
PCO2					
PO2					
HCO3					
% SATURACIÓN O2					
<b>INTERPRETACIÓN</b>					

### 1.4 ESTUDIOS DE GABINETE

#### 1.4 VALORACION CARDIOVASCULAR

SIGNOS VITALES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
----------------	-------	--------	-----------	--------	---------

T.	R.	F.C.	T/A M.																	
	120	200	90																	
41	100	180	80																	
40	90	160	70																	
39	80	140	60																	
38	70	120	50																	
37	68	100	40																	
36	50	80	30																	
35	40	60	20																	
34	30	40	10																	
33	20	20	00																	

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
<b>RITMO CARDIACO</b> -REGULAR -IRREGULAR -ARRITMIA		Regular	Regular	regular	
<b>LLENADO CAPILAR</b> -MEDIATO -INMEDIATO -TERDIO		Inm	Inm	Inm	
<b>SOPLO</b> -AUDIBLE -NO AUDIBLE		No	No	No	
<b>PRECORDIO</b> -AUDIBLE -NO AUDIBLE		Audible	Audible	Audible	
<b>OXIMETRIA</b> DE		88%	89%	90%	
<b>PULSO %</b>					

**LABORATORIOS  
BIOMETRIA HEMATICA:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

1 Dificultad para mantener una respiración adecuada, relacionado con fatiga de los músculos accesorios para respirar, manifestado por tiraje intercostal, aleteo nasal y baja de la saturación de oxígeno hasta en 82%.

2.- Riesgo de asfixia, relacionado con incapacidad del neonato para mantener una buena saturación de oxígeno sin apoyo de oxígeno.

**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	X		
	INTEGRAS	X		
LENGUA	HIDRATADA	X		
	INTEGRA	X		
	ROSADA	X		
	FRENILLO	X		
PALADAR	INTEGRO	X		
	ROSADO	X		
	PERLAS DE EPSTEIN	X		
ENCIAS	INTREGRA		x	
	ROSADA	X		
	DIENTES		X	
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL			26 cm
	BLANDO/DEPRESIBLE	X		
	DISTENDIDO/DURO		X	
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES		X	
	PERISTALSIS	X		
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO	X		
	ARETIAS 2	X		
	VENAS 1	X		
	MONIFICADO	X		
	ERITEMATOSO			
	HERNIADO			
PIEL	TURGENTE HIDRATADA HUMEDA	X		
FONTANELAS	NORMOTENSA ABOMBADA DEPRIMIDA TENSA	X		

## A) INGRESOS

INGRESOS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
VIA ENTERAL 1) SENO MATERNO 2) FORMULA (ESPECIFICAR)		Sin vía oral	Sin vía oral	2ml c/3 hrs Fórmula para prematuro	
VIA DE ADMON 1) SUCCIÓN 2) SOG 3) OTROS (ESPECIFICAR)				SOG	
VIA PARENTERAL 1) NPT 2) SOLUCION BASE 3) SOLUCION PARA MANTENER VIA PERMEABLE		1 6.4ML/H	1 6.4ML/H	1 7.5ML/H	
Kcal POR DÍA					
LIQUIDOS TOTALES		153.6 ML	153.6ML	196ML	
LIQUIDOS REALES		153.6 ML	153.6ML	196ML	
BALANCE					

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
PESO		1,400	1,430	1,410	
TALLA		44	44	45	
INCREMENTO PONDERAL			30G	-20G	
GLICEMIA CAPILAR		82MG/DL		90MG/DL	
GLICEMIA CENTRAL					

## B) TERAPIA TRANSFUNCIONAL

FECHA	TIPO UNIDAD	CANTIDAD Y TIEMPO DE INFUSIÓN	EFFECTOS ADVERSOS

## C) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Patrón de alimentación ineficaz, relacionado con incapacidad para realizar una succión efectiva, manifestado por, reflejos de búsqueda, succión y deglución débiles.

2.- Riesgo de intolerancia a la alimentación vía oral, relacionado con inicio tardío de la vía oral, e inicio con fórmula láctea.

## 4.- 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	X		Blanquecina en poca cantidad
GENITALES MASCULINOS	ESCROTO			
	PREPUCIO			
	TESTICULOS			
	MEATO URETRAL			
ANO	PERMEABLE	X		
	CENTRAL	X		
	FISTULAS		X	
GLUTEOS	INTEGROS	X		
	SIMETRICOS	X		
	PLIEGUES PRESENTES	x		

#### 4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES)

##### ELIMINACIÓN URINARIA

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA		x	x	x	
FORZADA (ESPECIFICAR)					
CANTIDAD ml/hr		20 ml/ 7 hrs	15ml/ 7hrs	15 mo/7 hrs	
COLOR		Amarillo claro	Amarillo claro	Amarillo claro	
OLOR					
DENSIDAD					

##### ELIMINACION FECAL

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTANEA					
FORZADA (ESPECIFICAR)		Requiere de estimulación (masaje)	Requiere de estimulación (masaje)	Requiere de estimulación anorectal	
ESTOMAS					
CANTIDAD grs/ turno		10	10	15	
OLOR		Sin olor	Sin olor	Sin olor	
CARACTERISTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)		Meconio	Meconio	Verde pastoso	

##### DRENES

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

##### PERDIDAS INSENSIBLES:

FORMULA:

CONSTANTES:

INCUBADORA – BACINETE = 400

CUNA RADIANTE = 600

SUPERFICIE CORPORAL X CONSTANTE/24 X HRS LABORADAS

S.C. = PESO X 4 + 9 / 100

AUMENTAN PERDIDAS INSENSIBLES:  
Lesiones en piel, defectos de pared abdominal y/o de tubo neural, hipertermia = **+30%**  
Fototerapia, aumento de actividad motora o llanto = **+ 50%**

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
	2.3	2.3	2.3	

EXAMENES DE

LABORATORIO \_\_\_\_\_

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

1.- Riesgo de estreñimiento, relacionado con alimentación con fórmula láctea.

2 Bienestar en la provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación en el neonato manifestado por egresos adecuados

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

### **5.1.- REFLEJOS PRIMARIOS**

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

Enderezamiento del tronco ( )      puntos cardinales ( x )      Arrastre ( )

Inervación del tronco ( )      presión plantar ( x )      presión palmar ( x )      babinsky (x )



## 5.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

ESTADO DE CONCIENCIA NEONATO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
ESTADO I: sueño profundo respiración regular, ojos cerrados sin movimientos sin actividad espontanea a excepción de los sobresaltos		x	x	x	
ESTADO II: sueño ligero respiraciones irregulares, ojos cerrados con movimientos rápidos de los ojos, bajo nivel de actividad con movimientos de succión					
ESTADO III: somnoliento nivel de actividad variable ojos abiertos o cerrados con aleteo de lo parpados, expresión aturdida					
ESTADO IV: alerta actividad motora mínima, expresión inteligente con la atención concentrada sobre la fuente del estímulo, puede parecer aturdido pero es fácil abrirse camino hacia el lactante NEONATO					
ESTADO V: ojos abiertos mucha actividad motora, movimientos de empuje con las extremidades reaccionando a los estímulos con aumento de actividad y sobresaltos					
ESTADO VI: llorando actividad motora elevada y llanto intenso, es difícil abrirse camino hacia el lactante / NEONATO					
<b>REALIZA HORA PENUMBRA / TIEMPO</b>		<b>1 hr</b>	<b>1 hr</b>	<b>1 hr</b>	

## 5.3.- TEORÍA SINACTIVA

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

### INTERPRTACIÓN

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA ESTABILIDAD ESTRÉS		Estado 1	Estado 1	Estado 1	

## 5.4.- CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Riesgo de desorganización en el neonato, relacionado con exposición a estímulos luminosos y de ruido excesivos.

2.-Disposición para mejorar conocimientos por parte de la madre acerca de los cuidados para la estimulación del neurodesarrollo.

#### **6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL**

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

6.2.- RECIBE VISITA FAMILIAR: Solo de la madre

6.3.- PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO: en ocasiones

6.4.- APEGO MATERNO: no

6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: no

6.6.- RECIBEN LOS FAMILIARES ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: no

#### **REGISTRO DE METODO DE MÀMA CANGURO**

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

ELABORO: E.E.N ARACELI MARTINEZ CLEMENTE

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

1 Bienestar en el mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social.

2 Riesgo de dificultades en el apego materno, relacionado con retraso en la creación total del vínculo madre e hijo.

#### **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? La prematuridad y la dificultad respiratoria ponen en riesgo el estafo general de salud

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

SI ( ) NO ( x ) Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: La falta de conocimientos en cuanto a signos de alarma y cuidado del recién nacido

7.3.- CARACTERISTICAS AMBIENTALES: Exposición excesiva a estímulos

7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: \_\_\_\_\_

### 7.5.-SEGURIDAD Y PROTECCION

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BARRERA PRIMARIA: CATETERES: TIPO LOCALIZACIÓN		Onfalocclisis	Onfalocclisis	onfalocclisis	
BARRERA SECUNDARIA: LABORATORIOS BH INMUNOGLOBULINAS					
FACTORES AMBIENTALES: LUZ RUIDO		Luz y ruido en exceso	Luz y ruido en exceso	Luz y ruido en exceso	
RIESGO DE CAIDAS					
RIESGO DE INFECCION		x	x	x	

### 7.6 HIGIENE

INTERVENCIÓN	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BAÑO DE ESPONJA					
BAÑO PARCIAL					
ASEO DE CAVIDADES		x	x	x	
ADICTAMENTOS UTILIZADOS PARA POSICIONAMIENTO					

### 7.7 Escala Macdems modificada y complementada del instrumento del Hospital gral "Dr Manuel Gea González"

VARIABLES		PUNTUAJE
EDAD	RECIÉN NACIDO	2
	LACTANTE MENOR	2
	LACTANTE MAYOR	3
	PRE-ESCOLAR	3
	ESCOLAR	1
ANTECEDENTES DE CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
ANTECEDENTES	HIPERACTIVIDAD	1
	PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	1
	SINDROME CONVULSIVO	1
	DAÑO ORGANICO CEREBRAL	1
	OTROS	1
	SIN ANTECEDENTES	0
COMPROMISO DE CONCIENCIA	SI	1
	NO	0
EQUIPO	INCUBADORA CERRADA	0
	CUNA DE CALOR RADIANTE	1
	INCUBADORA TRASLADO	1

	BACINETE	2
MEDICAMENTOS	RELAJANTES	0
	OTROS	0
	NINGUNO	1
	TOMA DE PESO	1
INTERVENCIONES	CAMBIO DE ROPA	1
	TRASLADO A ESTUDIOS	1
	TRASLADO A OTRA AREA	1
	INHALOTERAPIA	1
	INTERCONSULTAS	1
	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	1
	FAMILIA	1
	BAÑO	2

RIESGO ALTO: 14 A 21

RIESGO MEDIO: 7 A 14

RIESGO BAJO: 0 A 7

## 7.8 VALORACIÓN DE RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN EN NEONATOLOGÍA

NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT SCALE (NSRAS)				
<b>CONDICIÓN FÍSICA GENERAL</b>	<b>1. Muy pobre</b> (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	<b>2. Edad gestacional</b> > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	<b>3. Edad gestacional</b> > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	<b>4. Edad gestacional</b> > 38 semanas hasta postérmino.
<b>ESTADO MENTAL</b>	<b>1. Completamente limitado.</b> No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardíaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	<b>2. Muy limitado.</b> Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca).	<b>3. Ligeramente limitado.</b> Letárgico.	<b>4. Sin limitaciones.</b> Alerta y activo.
<b>MOVILIDAD</b>	<b>1. Completamente inmóvil.</b> No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	<b>2. Muy limitada.</b> Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	<b>3. Ligeramente limitada.</b> Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	<b>4. Sin limitaciones.</b> Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1. Completamente encamado/a.</b> En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	<b>2. Encamado/a.</b> En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	<b>3. Ligeramente limitada.</b> En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	<b>4. Sin limitaciones.</b> En una cuna abierta.
<b>NUTRICIÓN</b>	<b>1. Muy deficiente.</b>	<b>2. Inadecuada.</b>	<b>3. Adecuada.</b> Alimentación por	<b>4. Excelente.</b> Alimentación con

	En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.
<b>HUMEDAD</b>	<b>1. Piel constantemente húmeda.</b> La piel está mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	<b>2. Piel húmeda.</b> La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	<b>3. Piel ocasionalmente húmeda.</b> La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	<b>4. Piel rara vez húmeda.</b> La piel está habitualmente seca, se requiere un cambio de sábanas solo cada 24 horas.

RIESGO ALTO <12 RIESGO MEDIO 13-14 RIESGO BAJO 15-16

## 7.9 VALORACIÓN DEL DOLOR

### VALORACIÓN EL DOLOR. ESCALA PIPP

Proceso	Parámetro	0	1	2	3
Gráfica	Edad gestacional	>=36sem	32 a <36 sem	28-32	<=28sem
Observar al niño 15 segundos	Comportamiento	Activo/desperto Ojos abiertos Movimientos faciales	Quieto/desperto Ojos abiertos no movimientos faciales	Activo/dormido Ojos cerrados Movimientos faciales	Quieto/dormido Ojos cerrados no movimientos faciales
Observar al niño 30 segundos	Frecuencia cardíaca máxima	0-4lat/min	5-14 lat/min	15-24 lat/min	>=25 lat/min
	Saturación de oxígeno minuto	0-2,4%	2, 5-4, 9%	5-7, 4%	>=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	Ninguna 0-9% tiempo	Mínimo 10-39% tiempo	Moderado 40-69% tiempo	Máximo >=70% tiempo

Fuente. Dolor en neonatos, 2005. Revista de la Sociedad Española del Dolor.

Es una escala de 7 reactivos y cada ítems se estimara del 0 al 3 para valorar el dolor. Puntuación de 6 ó menor, el dolor es mínimo o no existe, si este es moderado la puntuación será de 7 a 12 y si es mayor de 12 es moderado o grave.

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

1.\_ Dolor moderado, relacionado con exposición excesiva a estímulos, (ruido, luz) manifestado por facies de dolor ocasionales, llanto, y valoración con 7 puntos en la escala de PIPP.

2.- Conocimientos deficientes (madre), relacionado con el cuidado del neonato, manifestado por desconocimiento a cerca de los signos de alarma.

**8- PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD**

8.1 COMO ES LA ADAPTACION DEL NEONATO A LA VIDA EXTRAUTERINA:

FAVORABLE \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ DESFAVORABLE \_\_\_\_\_

POR QUE? Se encuentra en proceso de adaptación sin presentar dificultades

	De 7 días hasta un mes	SI	NO
Motor grueso	Hipertonía flexora fisiológica	X	
	En prono: postura fetal (rodillas debajo del abdomen) al mes de vida levanta momentáneamente la cabeza	X	
	En supino: posición asimétrica ( reflejo tónico asimétrico del cuello)	X	
	Mueve todas las extremidades	X	
	En tracción asentado incapaz de sostener la cabeza por si solo	X	
	Reflejo de presión	X	
	Reflejo del moro	X	
Lenguaje	Gemidos		X
	Reacciona al sonido	X	
Motor fino-oculomotor	Manos cerradas a menudo con los pulgares aducidos		X
	Es capaz de fijar la mirada en la cara pero la visión es confusa ( al mes la fija en la cara y la sigue)		X
Socialización	Responde a la cara y voz de los padres		
	Cuando llora se calma al hablarle o al cogerlo	X	
	Pseudosonrisa (la sonrisa social aparece entre las 4 y 6 semanas)		X
Signos de alerta	Falta de succion en los primeros 3 días de vida	X	
Preguntas a los padres	¿Gime?		X
	¿Reacciona al sonido?	x	
	¿Fija su mirada en la cara de la madre de vez en cuando con mirada confusa?		X
	¿Responde a la cara y voz de los padres?	X	
	¿Cuándo llora se calma al hablarle o cogerlo?	X	
	¿Sonríe sin dirección? ¿Succiona bien?		x

#### 8.4.- CON BASE A LA VALORACIÒN ESTABLECE DIAGNÒSTICOS DE ENFERMERÌA

1. Lactancia materna ineficaz, relacionada con reflejo de succiòn dèbil, fatiga de los mùsculos accesorios para respirar, manifestado por retraso en el inicio de la lactancia materna.
- 2.- Disposiciòn para mejorar la lactancia materna relacionada con interès de la madre en que su hijo pueda alimentarse con seno materno