



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 PRETÉRMINO CON DEFICIT

**EN LOS REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO SECUNDARIO A
SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

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

PRESENTA

LIC. ENF. VALDEZ RUBIO NATALIA DE JESUS

ASESORA

EEL ALVAREZ GALLARDO LAURA



CIUDAD DE MEXICO, 2017



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.

DEDICATORIA

El presente trabajo significa en mi vida un logro y una satisfacción muy grande como profesional de enfermería y como logro personal, es una meta que me propuse y que llegarla a cumplir culmina sólo una parte de lo mucho que quiero llegar hacer como enfermera.

En primera instancia dar gracias a **Dios** por darme salud y la capacidad para afrontar todas las adversidades que se me presentaron, a mi familia que sin ellos no podría estar donde estoy y que forman parte de mí, en especial a mi padre **Jesús Manuel Valdez Valdez** a mi madre **Norberta Rubio Medina** y a mi hermana **Diana Fernanda Valdez Rubio**, que me apoyaron en todo momento, me alentaron a no derrumbarme y estuvieron de manera incondicional a mi lado.

A las personas que no son de mi familia pero que estuvieron presentes en todo momento como lo fueron mis compañeros y amigos, que se convirtieron en mi familia durante mi estancia, que me ayudaron madurar y crecer profesionalmente, en especial a Blanca Denisse Villeda Morales quien se convirtió en más que una amiga, a Mónica González González, Ana Karina García García y Pablo Crespo los cuales recibí todo el apoyo y motivación, se convirtieron en mis hermanos.

A mi asesora y tutora EEI Laura Álvarez Gallardo, quien se convirtió en una parte fundamental de mi formación y vida académica y personal, que me motivó y ayudó a esforzarme cada día más en todo lo que me proponía y que a pesar de sus múltiples ocupaciones siempre estuvo presente.

Y a cada una de las personas que se cruzaron en mi camino desde del comienzo por que aportaron un granito de arena para que esto llegara a cumplirse.

GRACIAS

Contenido

I.-INTRODUCCION	1
II-OBJETIVOS	2
II.1- OBJETIVO GENERAL.....	2
II.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
III.- METODOLOGIA	3
IV.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	5
V. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO	7
V. 1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS	7
V.2.- CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	12
V.3.-TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO	19
V.4.- MÉTDO ENFERMERO	26
V.5.- RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA Y LA TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO.	32
VI.-CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
VII.- DAÑOS A LA SALUD	37
VIII.- ELECCION Y DESCRIPCION GENERICA DEL CASO.....	44
VIII.1.- FICHA DE IDENTIFICACION.....	44
VIII.2.- MOTIVO DE CONSULTA	44
VIII.3.-DESCRIPCION DEL CASO.....	44
VIII.4.- FACTORES BASICOS CONDICIONANTES.....	45
VIII.5.- REQUISITOS DE DESARROLLO	46
VIII.6.-REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD.....	47
IX.- APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO	48
IX.1.- EXPLORACION FISICA	48
IX.2.- REQUISITOS UNIVERSALES	50
X.-ANALISIS Y JERARQUIZACION DE REQUISITOS AEFCTADOS.....	56
X.1.- PRESCRIPCION DEL CUIDADO	56
PLAN DE ALTA.....	79
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	81
REFERENCIAS	82

I.-INTRODUCCION

La importancia de la teoría en la práctica profesional de la enfermería ha motivado el tratamiento del tema. La primera teórica en enfermería, Florence Nightingale, supo aplicar sus conocimientos de historia y filosofía al estudio de la realidad, en particular a esa parte de la realidad que se constituyó en el centro de su vida: el cuidado de la salud de las personas. Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión se establecen las bases de una formación formal para enfermeras.¹

El marco teórico de la enfermería permite dar una visión de lo que es enfermería y la evolución de los conocimientos, se parte de una refinación del significado de disciplina profesional y de los componentes de la misma; los conceptos, los problemas más comunes, el quehacer de la práctica, las valoraciones, los diagnósticos, e intervenciones, lo diseños y las metodologías de investigación conforman todo lo que es la disciplina.

El nacimiento prematuro continúa siendo una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y constituye un reto terapéutico para el médico obstetra y el médico pediatra y/o Neonatólogo. El riesgo de nacimientos prematuros para la población general se estima 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.

Los recién nacidos, con edad gestacional inferior a las 32 semanas y especialmente los recién nacidos prematuros extremos que nacen antes de la semana 28 de edad gestacional presentan alta morbilidad y mortalidad. La calidad de atención al nacimiento y durante el primer mes de vida influyen en la morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros. Entre los factores de riesgo que favorecen que el recién nacido prematuro se enferme destacan: edad gestacional (entre menor sea la edad gestacional, el pronóstico se ensombrece), peso bajo para la edad gestacional, baja calificación de Apgar y enfermedades asociadas. La patología respiratoria es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro y es, el Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) por déficit de surfactante la patología que se presenta con mayor frecuencia, en segundo lugar, la apnea del prematuro y la displasia broncopulmonar (DBP) como secuela.

El objetivo principal es dar a conocer los cuidados especializados de enfermería acordes a los requisitos alterados del paciente neonatal, el capítulo 3 expone la metodología del método enfermero en conjunto con la Teoría General del Autocuidado y su aplicación en

los cuidados de enfermería, el capítulo IV explica la realización de un cronograma de actividades identificando cada una de las fechas, posteriormente en el capítulo V, es el proceso de conceptualización de enfermería donde se exponen las bases teóricas y el método por el cual se elaboró el trabajo, como la Teoría General de Dorothea Orem donde se explica con detalle toda la teoría, el método enfermero con cada una de sus etapas y como se implementaron en conjunto para la elaboración del cuidado ; se hizo una búsqueda en diversas bases de datos de artículos médicos y de enfermería sobre el cuidado al prematuro con síndrome con dificultad respiratoria, para el capítulo VI se mencionan diferentes leyes y conceptos con los cuales nos basamos éticamente para la elaboración del trabajo, en el capítulo VII de daños a la salud , se describe el motivo de la elección del paciente, y descripción general del caso identificando desde datos perinatales, el motivo del ingreso una valoración extensa donde se llevó una identificación de los factores básicos condicionantes, requisitos de desviación de la salud y requisitos de desarrollo, después se describe su patología, el síndrome de dificultad respiratoria es una de las patologías más comunes en el recién nacido en conjunto con la prematuridad, una vez identificadas las necesidades del paciente, se aplicó el proceso enfermero en sus cinco etapas; valorando el recién nacido se obtuvieron un total de 12 diagnósticos, 6 reales, 4 de riesgo, 1 de bienestar y 1 de disposición, ya identificados los diagnósticos se hizo una jerarquización de estos, y se elaboraron los planes de cuidados y ejecutando las intervenciones, se le dio un seguimiento donde se valoró el requisito uno y dos y se elaboró un plan de alta.

II-OBJETIVOS

II.1- OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer los cuidados específicos que requiere un prematuro con síndrome de dificultad respiratoria con la aplicación del método enfermero y la Teoría General de Dorothea Orem en el Hospital General “Enrique Cabrera”.

II.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los requisitos que se encuentren alterados a través de la valoración.
2. Emitir diagnósticos de enfermería de acuerdo a las alteraciones que se encontraron.
3. Elaborar planes de cuidado acordes a los requerimientos del neonato.

4. Ejecutar planes de cuidados diseñados específicamente para los requisitos alterados en el neonato.
5. Valorar las intervenciones realizadas, para evaluar si se presentó mejoría en el neonato.

III.- METODOLOGIA

En el presente estudio de caso se tomó como base el Método enfermero junto con la aplicación de la Teoría General de Dorothea Orem, basándonos en un marco teórico del cual se realizó una búsqueda bibliográfica en el periodo comprendido del mes de agosto al mes de septiembre en diversas bases de datos tales como Scielo, Medigraphic, PubMed, Cochrane, BVS, Redalyc y Google Académico donde se revisaron 50 artículos que contaran con las características para este trabajo, se utilizaron los descriptores de neonato, new born, prematuro, preterm infants, síndrome de dificultad respiratoria, respiratory distress síndrome, cuidados de enfermería, nurse care, CPAP, SDR, se hizo una selección de 12 artículos que tuvieron relevancia para fundamentar el trabajo y emitir un cuidado especializado al neonato.

Se asignó el campo clínico y ahí se realizó la elección del paciente donde se analizaron diversas situaciones para poder elegir al paciente, una vez elegido se habló con la madre para que diera la autorización de llevar el estudio con su neonato, una vez dada la autorización se firmó un consentimiento informado con la presencia de un testigo.

Se realizó una valoración extensa, esta duró 3 días, los datos se obtuvieron con una entrevista a la madre, consulta del expediente clínico, una exploración física al neonato y valoraciones focalizadas diarias durante su cuidado.

Recabados los datos, se analizaron y realizaron planes de cuidados diseñados específicamente para los requisitos que se encontraban con déficit y se llevaron a cabo las intervenciones pertinentes fundamentando cada una de ellas; se realizó un seguimiento y evaluación de las intervenciones.

Posteriormente se hizo una segunda valoración donde se encontró un avance significativo del neonato y se realizaron nuevos planes e intervenciones de acuerdo a las nuevas demandas de los requisitos alterados.

Al final se realizó un plan de alta donde se especificaban los cuidados y los signos de alarma que la madre necesitaría durante la estancia del neonato en el hogar de manera integral y específico a las necesidades del neonato.

IV.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
AGOSTO Y SEPTIEMBRE DEL 2016	Se realizó una búsqueda para nuestro marco teórico, sobre el método enfermero la teoría general de Dorothea Orem y consideraciones También se realizaron revisiones con la tutora.	
21 DE OCTUBRE DEL 2016	Se realiza la elección del paciente y se inicia la búsqueda de antecedentes del paciente en el expediente clínico.	
25 DE OCTUBRE	Se realiza la valoración extensa sobre los 3 primeros requisitos y se realiza la exploración física del paciente.	No se firma consentimiento informado ya que la madre no se presenta a la visita
26 DE OCTUBRE DEL 2016	La madre autoriza y permite realizar el estudio de caso firmando el consentimiento informado. Se terminan de recuperar algunos datos de la valoración extensa, Se empieza a buscar información sobre la patología del neonato	
28 DE OCTUBRE	Se sigue evaluando al neonato diariamente, se realizan valoración focalizada y se hacen diagnósticos de enfermería con su plan de cuidados	
25-28 de OCTUBRE	Se planean y ejecutan los cuidados de enfermería	
03 DE NOVIEMBRE DEL 2016	Se realiza de nuevo una exploración física del neonato ahora en la unidad de cuidados intermedios, se empieza a evaluar el requisito 1 de la misma.	

04 NOVIEMBRE DEL 2016	DE	Se termina de evaluar la valoración extensa con todos los requisitos.	
06 NOVIEMBRE	DE	Se realiza seguimiento y control del recién nacido	
09 DICIEMBRE	DE	Se realiza entrega de trabajo final	

V. FUNDAMENTACION TEORICA DEL CASO

V. 1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS

Es necesario que como profesionales de salud se tenga la noción y conocimiento necesario sobre la fisiopatología del síndrome de dificultad respiratoria y el manejo que se debe de tener y las posibles complicaciones, para poder brindar un cuidado holístico.

Lo primordial en el tratamiento es el manejo de la vía aérea y lo que se busca hoy en día es que los neonatos duren lo menos posible con una ventilación mecánica, es por eso que se ha investigado sobre ello y se han encontrado nuevas técnicas no invasivas y con un efecto terapéutico.

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR), anteriormente llamado enfermedad de las membranas hialinas, es un cuadro respiratorio agudo que afecta casi exclusivamente a los recién nacidos pretérmino (RNPT). La inmadurez del pulmón del pretérmino no es solamente bioquímica, déficit de surfactante pulmonar, sino también morfológica y funcional, ya que el desarrollo pulmonar aún no se ha completado en estos niños inmaduros. El pulmón con déficit de surfactante es incapaz de mantener una aireación y un intercambio gaseoso adecuados.¹

La incidencia y la gravedad aumentan al disminuir la edad gestacional, presentándose sobre todo en menores de 32 semanas, siendo del 50% entre las 26 y 28 semanas. La incidencia es mayor en varones, en los nacidos por cesárea y segundos gemelos. También se puede presentar en niños de mayor edad gestacional nacidos de madres diabéticas con mal control metabólico y en los que han sufrido asfixia perinatal, otros problemas intraparto o durante el periodo postnatal inmediato.¹

Es de suma importancia que el personal de enfermería conozca las múltiples maneras con las cuales se puede se le puede brindar un apoyo ventilatorio de manera no invasiva.

Las cánulas nasales de alto flujo (HFNC) son tubos binasales pequeños, finos y cónicos que suministran oxígeno u oxígeno mezclado / aire a los flujos de gas de más de 1 L / min. HFNC se utilizan cada vez más como una forma de apoyo respiratorio no invasivo para los recién nacidos prematuros. En este artículo se buscó comparar la seguridad y eficacia de HFNC con otras formas de apoyo respiratorio no invasivo en neonatos prematuros. Los

autores extrajeron y analizaron los datos, y calcularon la crisis, la discriminación del riesgo y el número necesario para mejorar los resultados benéficos adicionales.²

HFNC tiene tasas similares de eficacia a otras formas de apoyo respiratorio no invasivo en neonatos prematuros para prevenir el fracaso del tratamiento, la muerte y la enfermedad pulmonar crónica. La mayoría de la evidencia está disponible para el uso de HFNC como apoyo post-extubación. Después de la extubación, HFNC se asocia con menos trauma nasal, y puede estar asociado con neumotórax reducido comparado con CPAP nasal. En los recién nacidos prematuros se deberían llevar a cabo ensayos controlados aleatorios con potencia suficiente para comparar el HFNC con otras formas de apoyo no invasivo primario después del nacimiento y para el destete del soporte no invasivo. También se requieren pruebas adicionales para evaluar la seguridad y la eficacia de la HFNC en subgrupos extremadamente prematuros y ligeramente prematuros, y para comparar diferentes dispositivos HFNC.²

W.A. Gonc et. al. evaluaron si el uso de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) en la sala de parto altera la necesidad de ventilación mecánica y surfactante durante los primeros 5 días de vida y modifica la incidencia de morbilidad y mortalidad respiratoria durante la estancia hospitalaria. El estudio fue un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado llevado a cabo en cinco hospitales universitarios públicos en Brasil, de junio de 2008 a diciembre de 2009. Los participantes fueron 197 bebés con peso al nacer de 1000-1500 g y sin defectos de nacimiento importantes. Ellos fueron tratados de acuerdo con las directrices de la Academia Americana de Pediatría (AAP). Se encontró que CPAP aplicado menos de 15 minutos después del nacimiento no fue capaz de reducir la necesidad de ventilador de apoyo y se asoció con un mayor número de dosis de surfactante en comparación con CPAP aplicado como se indica clínicamente dentro de un tiempo medio de 30 min.³

Con lo antes mencionado se explica que el hecho de empezar de manera temprana los tratamientos no ayuda de manera significativa la mejoría de los pacientes, lo que si queda claro es que la aplicación de surfactante y utilizando de manera conjunta el CPAP dan un apoyo al neonato de manera no invasiva y de pronta recuperación.

Subramaniam P. y Davis P.G., realizan un estudio con el objetivo de determinar el efecto de la presión de distensión continua (CDP) sobre la necesidad de IPPV y la morbilidad asociada en los recién nacidos prematuros espontáneamente con dificultad respiratoria. Y

se llegó a la conclusión que los recién nacidos prematuros con dificultad respiratoria, la aplicación de CDP como CPAP o CNP se asocia con insuficiencia respiratoria reducida y mortalidad y un aumento de la tasa de neumotórax. Cuatro de cada seis de estos ensayos se realizaron en los años setenta. Por lo tanto, la aplicabilidad de estos resultados a la práctica actual es difícil de evaluar. Se requieren más investigaciones para determinar el mejor modo de administración.⁴

Así mismo, hacen hincapié que debido a la antigüedad de la búsqueda de los estudios no son muy fiables los resultados, pero lo que nos puede dejar es que el CPAP trae beneficios para el paciente y su mejoría.

Con el uso de la presión positiva continua nasal se disminuyen las complicaciones de los recién nacidos de muy bajo peso, el objetivo fue determinar el impacto del uso de la ventilación con presión positiva continua nasal en la evolución del recién nacido de muy bajo peso. Hubo una disminución significativa del bloqueo aéreo y la neumonía pos-ventilación en el grupo estudio y el impacto fue satisfactorio.⁵ En este artículo demostró que el uso de ventilación no invasiva tiene los efectos esperados, evitando complicaciones.

Una de nuestras funciones es darle el posicionamiento adecuado al paciente, si bien este artículo nos explica los beneficios que tiene la posición en prono para la mejora del paciente.

La posición prona en el síndrome de dificultad respiratoria agudo refractario ha tenido éxito a nivel internacional, se desconoce el efecto de su aplicación en estadíos iniciales de la enfermedad. El objetivo evaluar el efecto de la ventilación prono sobre la dificultad respiratoria desde su diagnóstico, así como identificar las relaciones entre el resultado del tratamiento y la evolución clínica, la oxigenación, la mecánica respiratoria, el tiempo de utilización de la ventilación, las complicaciones, la falla orgánica, el pronóstico y el estado al egreso.⁶

Como conclusión la posición prona en estadíos iniciales de la enfermedad incidió en la evolución clínica de los pacientes, mejoró la oxigenación, el tiempo de utilización de la ventilación mecánica, la incidencia de complicaciones, la necesidad de intervenciones de urgencia, la disfunción orgánica y el pronóstico de supervivencia.⁶

El personal de enfermería debe de conocer las nuevas tecnologías y dispositivos que sirven para el cuidado del neonato, el cuidado del CPAP es una responsabilidad del personal de enfermería es por eso que debemos conocer cómo utilizarlo, y evitar sus complicaciones porque si bien como ya se ha visto el uso del CPAP tiene múltiples beneficios. Antunes JC.

Et. al. tiene por objetivos: a) Informe de la experiencia, en la práctica, de los principales efectos adversos a los cuales están sujetos los recién nacidos que son sometidos al uso del CPAP nasal; b) Sugerir, a luz de la vulnerabilidad anatómo-fisiológica de esta clientela, la forma por la cual el CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) nasal debe ser instalado por los profesionales de enfermería. Estudio descriptivo observacional, realizado en junio y julio/2008, utilizando la observación participante y el diario de campo. Los posibles efectos adversos se producen, como un evento en cascada iniciada por la isquemia de la mucosa y termina en la necrosis y desviación septal. Se concluye que el CPAP nasal también fue concebido para ser un coadyuvante al tratamiento, pero, al ser utilizado sin las observaciones adecuadas puede pasar a ser un complicador en el proceso de restauración de la salud y de la calidad del cuidado de enfermería ofrecido al recién nacido.⁷

Como se ha dicho los cuidados de enfermería en el neonato son de suma importancia ya que en ellos las lesiones en la piel son muy comunes, es por eso que hay que tener cuidados específicos en las zonas de presión que ejercen estos dispositivos.

Evaluar la incidencia y los factores de riesgo asociados a la lesión de tabique nasal en prematuros utilizando puntas nasales reutilizadas y nuevas. El estudio de Freire Bonfim S.F, fue un cohorte de intervención terapéutica abierta. La muestra incluyó 70 neonatos con edad gestacional inferior a 37 semanas, utilizando puntas nasales internados en la unidad neonatal de un hospital de Recife-PE, Nordeste de Brasil. Los datos fueron recolectados en archivos, mediante la evaluación de la aplicación del dispositivo y del tabique nasal. Fue aplicado análisis de Regresión Logística Multinomial y de Sobrevida. Los resultados fueron que la incidencia de lesión nasal fue 62,9%. En el análisis, solamente el tiempo de permanencia del neonato en la terapéutica fue factor determinante para la ocurrencia y severidad de las lesiones. Se llegó a la conclusión que el tipo de punta nasal no constituye factor de riesgo para la lesión nasal. La alta incidencia de lesión nasal indica la necesidad de adecuación de los cuidados de enfermería, enfatizando la prevención.⁸

El RNPT con SDR significa un desafío para el cuidado integral de enfermería neonatal en la UCIN. El plan de cuidados a elaborar necesita evaluar prioridades en la atención, así como el resto de los cuidados que impactan en la evolución del problema respiratorio y que disminuyen la morbilidad asociada. La supervivencia de los prematuros en edades gestacionales extremas pone a prueba nuestras capacidades y habilidades para el cuidado de estos niños y sus familias basados en la mejor evidencia científica disponible.⁹

Los cuidados de enfermería en el neonato se deben de manejar con sumo interés y cuidado y priorizar cada uno de ellos. Sobre todos los que son pretérminos cada caso llevarlo de manera específica.

El cuidado de enfermería es el pilar fundamental del éxito en la ventilación no invasiva. Por esta razón, es esencial saber cómo llevarlo a cabo, sus principales características, el cuidado adecuado, así como las complicaciones y problemas técnicos más frecuentes que puedan surgir. Pocas obras publicadas se concentran en el cuidado y el trabajo de enfermería, a pesar de que ésta es la base de su correcta aplicación. Este artículo habla brevemente los últimos datos publicados, repasa la atención básica de enfermería, subrayando la necesidad de establecer protocolos basados en la evidencia disponible y la experiencia adquirida en los últimos años.¹⁰

En el estudio de Roberts C.T. et. al. tiene como objetivo evaluar las percepciones de enfermería de las cánulas nasales de alto flujo (HFNC) en comparación con la presión positiva continua nasal de las vías respiratorias (NCPAP) como apoyo respiratorio post-extubación para los recién nacidos muy prematuros. Un formulario estandarizado de cuestionario fue distribuido en persona al personal de enfermería en la unidad neonatal del Royal Women's Hospital, donde HFNC había sido introducido recientemente en el contexto de un ensayo clínico. El personal de enfermería era elegible para participar si se cuidaban rutinariamente para bebés que recibían apoyo respiratorio. Las enfermeras preferían NCPAP para el apoyo post-extubación de 24 y 26 semanas de lactantes, y HFNC para 28 y 30 semanas de lactantes, a pesar de ser menos experimentado con HFNC. Las percepciones de HFNC en comparación con NCPAP incluyeron aumento de la facilidad de uso, mejora la comodidad del bebé y redujo el trauma nasal.¹¹

Los bebés nacidos prematuramente con síndrome de dificultad respiratoria tienen un alto riesgo de complicaciones por ventilación mecánica. Se necesitan estrategias para minimizar sus días en el ventilador. El propósito de este estudio fue comparar las tasas de éxito de extubación en niños tratados con 2 diferentes tipos de dispositivos de presión positiva continua en las vías respiratorias. Se utilizó un diseño de estudio de cohortes retrospectivo. Los datos fueron recuperados de los registros médicos electrónicos para los pacientes en una gran unidad neonatal de cuidados intensivos metropolitana, nivel III. Se seleccionó una muestra de 194 lactantes prematuros con síndrome de dificultad respiratoria, 124 de los cuales fueron tratados con ventilación de presión positiva intermitente nasal y 70 con presión positiva continua nasal en las vías respiratorias. Los lactantes de ambos grupos

tuvieron altas tasas de éxito de extubación (79% del grupo de ventilación con presión positiva intermitente nasal y 77% del grupo de presión positiva continua en las vías respiratorias). Aunque los lactantes en el grupo de presión positiva continua en las vías respiratorias nasales de dos niveles se extubaron antes, no hubo diferencias en la duración de la oxigenoterapia entre los dos grupos. La promoción de la extubación temprana y el éxito de la extubación es una estrategia vital para reducir las complicaciones de la ventilación mecánica que afectan negativamente a los bebés prematuros con síndrome de dificultad respiratoria.¹²

Cada uno de los artículos mencionados sirvieron para fundamentar las intervenciones ya que mencionan partes muy importantes para el cuidado y manejo de tratamientos en el cual como profesionales somos responsables.

V.2.- CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

Según Florencia Nightingale, “Enfermería es responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales”. Para ella la enfermería es la responsabilidad de estar presente durante la enfermedad de alguien y poder brindar el cuidado que en ese momento la persona requiera.¹⁴

Para la Real Academia Española enfermería (RAE) significa “profesión o titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como otras áreas sanitarias, siguiendo pautas clínicas”. La RAE contempla a la enfermería de una manera más técnica y no tanto holística, sino, poder realizar cierto cuidados o procedimientos para el beneficio del paciente.

Orem define la enfermería como es una preocupación especial por las necesidades del individuo, por las actividades del autocuidado, su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud; recuperarse de enfermedades o lesiones y enfrentarse a sus efectos.¹⁵ Donde el foco de atención para Dorotea Orem era el autocuidado y como la enfermera ayuda al individuo cuando este no llega a realizarlo de manera correcta.¹⁵

La enfermería es una disciplina humana que tiene como eje principal el cuidado holístico enfocado a las personas y que contiene una serie de conocimientos científicos, ordenados y sistemáticos.

Después de hacer revisión de los diferentes conceptos de lo que es enfermería se puede observar que no existe un concepto universal si no que cada quien ve de manera diferente lo que es enfermería, pero si se puede percibir que el ejercicio principal de la enfermería es el cuidado y mantenimiento de la salud.

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.¹⁶

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA SALUD PÚBLICA

Se caracteriza por "la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios."

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.¹⁶

ORIENTACIÓN CENTRADA EN LA ENFERMEDAD Y UNIDA A LA PRÁCTICA MÉDICA

Surge cuando comienzan a poder controlarse las enfermedades infecciosas, a partir del siglo XIX. El significado de los elementos que forman el metaparadigma según esta orientación es el siguiente:

- La persona, es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y además, no participa en su cuidado.
- El entorno, es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular.
- La salud, es la ausencia de enfermedad, un estado deseable.
- El cuidado, es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona⁴

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica, está reflejada en F. Nightingale, por el interés del control del medio ambiente demostrado en sus escritos y la importancia de la influencia que la naturaleza ejerce sobre la recuperación de la salud de las personas.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo. Según esta orientación, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.
- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.

- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones.¹⁶

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente y la separa de la medicina, no solo ver al individuo en el proceso salud-enfermedad sino con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas ideas de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo. Esta nueva orientación de apertura social influye decisivamente en la disciplina de enfermería y sitúa los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.¹⁶

Como describiera Kerouac, los cuidados de la persona son el núcleo de la profesión de enfermería, cuando expone. "El centro de interés de la enfermería está en los cuidados de la persona que, en interacción continua con su entorno vive experiencias de salud".¹⁶

Los cuidados enfermeros no son empíricos ni producto de una necesidad ocasional, sino que se fundamentan en un conocimiento teórico que facilita la interpretación y el análisis del cuidado que se brinda, se basan en una deducción lógica y explicación científica que se centra más en el fenómeno que en los detalles que lo originan y permiten mayor aproximación lógica, así como mayor calidad, desarrollo, avance profesional y disciplina.

Escuela y teorías de enfermería.

- **Escuela de necesidades.** La característica fundamental de los modelos que pertenecen a esta escuela es que definen la acción de la enfermera como la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el Autocuidado. Los modelos que presentan esta característica son los de V. Henderson, D. Orem y F. Abdellah.¹⁷
- **Escuela de la interacción.** La característica fundamental de los modelos y teorías que se incluyen en esta categoría es que coinciden en la descripción del modo en que desarrolla su acción la enfermera, señalando que se trata de un proceso de interacción entre la persona y la enfermera. Como representantes de esta escuela S. Kérouac incluye a: H. Peplau, J. Paterson, L. Zdeard, I. Orlando, J. Travelbee, E. Wiedenbach e I. King.¹⁷
- **Escuela de los efectos deseables.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente cuál es el resultado que esperan obtener de su actuación. Es decir "este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados los efectos deseables de los cuidados enfermeros" Dentro de esta escuela se encuentran D. Johnson, L. Hall, M. Levine, C. Roy y B. Newman.¹⁷
- **Escuela de la promoción de la salud.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran Por destacar el importante papel que los cuidados de enfermería tienen sobre la promoción de la salud ampliando su acción a la familia. M. Allen es la representante de esta escuela.¹⁷

- **Escuela del ser humano unitario.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por hacer patente quién es y cómo es el receptor de los cuidados de enfermería. Dentro de esta escuela se sitúan M. Rogers, M. Newman R.R. Parse.¹⁷
- **Escuela del caring.** La característica fundamental de los modelos y teorías que pertenecen a esta escuela es el interés que demuestran por la cultura y lo que denomina caring. Este nuevo concepto implica un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas. Dentro de esta escuela se sitúan M. Leininger y J. Watson.¹⁷

Desde 1860 a 1959.

1. En 1860, Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno”, en 1952 funda la revista “Nursing Research”.
2. En 1952, Hildegard Peplau publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “Interpersonal Relations in Nursing”
3. En 1955, Virginia Henderson publica “Definition of Nursing”.

Desde 1960 a 1969.

1. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
2. En 1960, Faye Abdellah publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”
3. En 1961, Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
4. En 1962, Lydia Hall publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
5. En 1964, Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”. 7. En 1966, Myra Levine publica su “Modelo de la Conservación”.
1. 8. En 1969, Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”.

Desde 1970 a 1979.

1. En 1970, Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios.
2. En 1971, Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”.
3. En 1971, Imogene King publica la “Teoría del Logro de Metas”.
4. En 1972, Betty Neuman publica su “Modelo de Sistemas”.
5. En 1976, la Hermana Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.

6. En 1978, Madeleine Leininger publica su "Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales".
7. En 1979, Jean Watson publica su "Teoría del cuidado Humano".

Desde 1980 a 1989.

1. En 1980, Evelyn Adam publica su "Modelo Conceptual de Enfermería".
2. En 1980, Joan Riel-Sisca publica su "Modelo de Interaccionismo Simbólico".
3. En 1981, Rosemary Rizzo Parse publica su "Teoría del Desarrollo Humano".
4. En 1982, Joyce Fitzpatrick publica su "Modelo de la Perspectiva de Vida".
5. En 1983, Kathryn Barnard publica su "Modelo de Interacción Padre-Hijo".
6. En 1983, Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su "Teoría Modelación del Rol".
7. En 1984, Patricia Benner publica su "Modelo del Aprendiz al Experto".
8. En 1985, Ramona Mercer publica su "Teoría del Talento para el Papel Materno".
9. En 1986, Margaret Newman publica su "Teoría de la Salud".⁵

La disciplina de enfermería ha ido progresando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo del tiempo, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta disciplina, por eso es necesario conocer los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias.

V.3.-TEORÍA GENERAL DEL AUTOCUIDADO **BIOGRAFÍA DE DOROTHEA OREM**



Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC. Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado servicios como personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publicó *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* (Orem, 1959).¹⁸

El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1971). Mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*, Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado. Dorothea Orem murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia).

La Teoría General del Déficit de Autocuidado, representa la obra de Orem en cuanto a la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica.

Identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye: a) la ciencia de la enfermería completamente compensatoria, b) la ciencia de la enfermería parcialmente compensatoria y c) la ciencia de la enfermería de apoyo-desarrollo. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son: a) la ciencia del autocuidado, b) la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y c) la ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud.¹⁸

CIENCIAS DE LA PRÁCTICA ENFERMERA	CIENCIAS ENFERMERAS QUE SIRVEN DE FUNDAMENTO	CIENCIAS ENFERMERAS APLICADAS CIENCIAS BÁSICAS NO ENFERMERAS
Enfermería completamente compensatoria	La ciencia del autocuidado	Biológicas
Enfermería parcialmente compensatoria	La ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada	Médicas
Enfermería de apoyo-desarrollo	La ciencia de la asistencia humana para personas con déficit de autocuidado asociados a la salud.	Humanas
		Ambientales

Cuadro 1- De Orem D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6.^a ed.).

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

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.¹⁸

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. ¹⁸

AUTOCUIDADO

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.¹⁸

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Factores condicionantes básicos hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.

- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos¹⁸:

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

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES. Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños¹⁸:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO. Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing: Concepts of Practice (Orem, 1980). Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo⁶:

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autodesarrollo.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE SALUD. Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran. La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.¹⁸

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o

parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.¹⁸

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y 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 existente o proyectada.¹⁸

CUIDADO DEPENDIENTE

Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.¹⁸

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona.

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: a) describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y b) tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

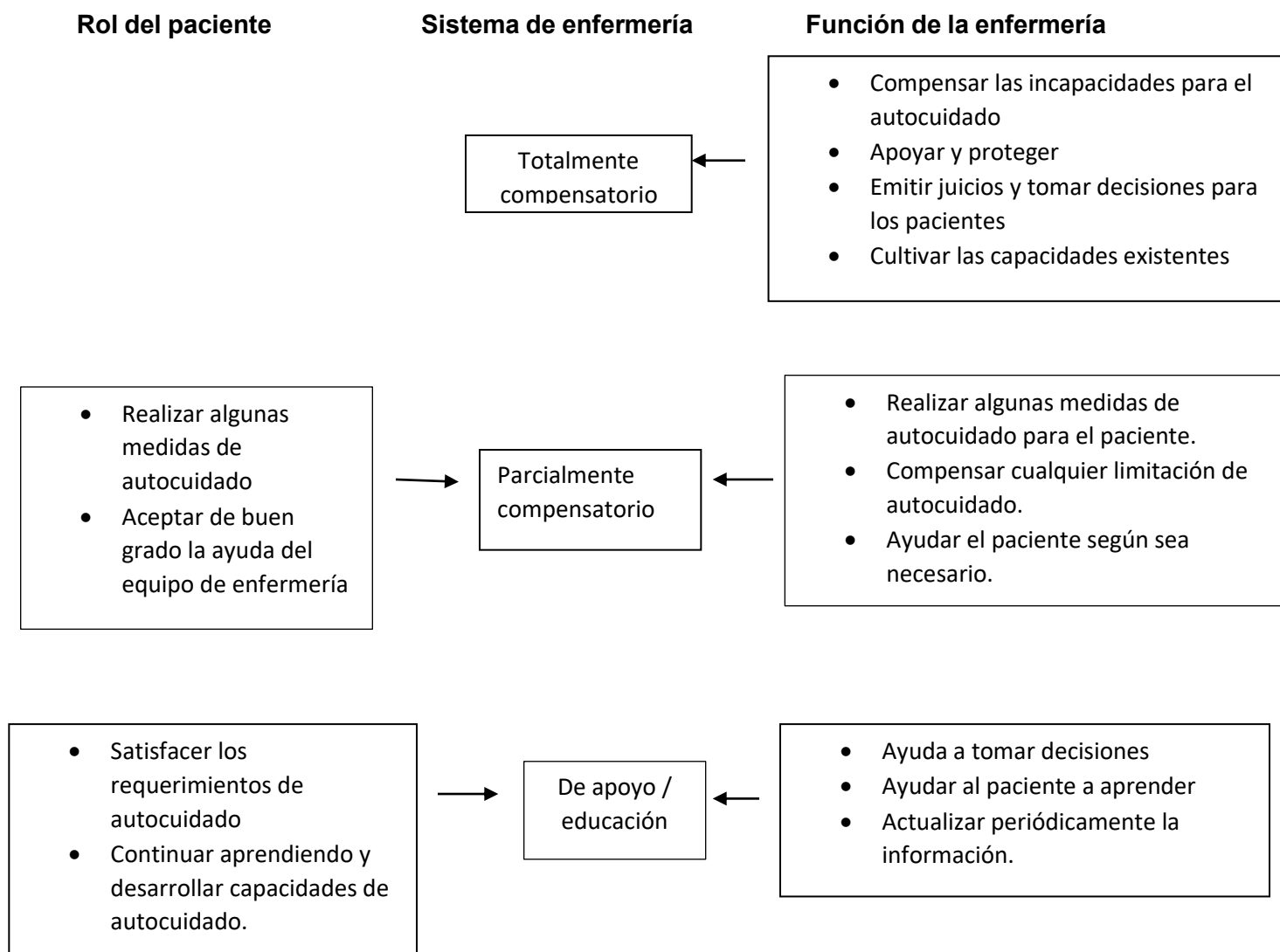
ACTIVIDAD DE CUIDADO DEPENDIENTE

Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.¹⁸

TEORÍA DE LOS SISTEMAS ENFERMEROS

La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por

enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales. ¹⁸



Cuadro 2.-sistemas de enfermería. Teorías y Modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado. 2009.

V.4.- MÉTDO ENFERMERO

El Proceso de Enfermería se define como “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”.²¹

ETAPAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.²⁰

La primera etapa, es la Valoración que 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 céfalo-caudal 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.²⁰

La valoración inicial se realiza cuando la persona toma contacto con la enfermera por primera vez y ésta necesita conocerla en su conjunto. A partir de ahí se hace una valoración continua durante toda la atención, de forma que se irán adaptando los cuidados a las necesidades y a los cambios de la persona. La toma de decisiones por parte de la enfermera durante la valoración incluye la recogida de información que realmente es relevante para esa persona, la identificación de datos que van a conducir a la formulación de diagnósticos enfermeros o bien aquellos que lleven a identificar problemas de colaboración y la forma en la que vive su proceso y cómo responde a éste. Como ya se ha dicho, la valoración se hace de una manera sistemática y se inicia con la recogida de datos, el registro de estos y su posterior evaluación. La recogida de los datos ha de hacerse con una visión holista del individuo, es decir, valorando aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, creencias, valores, aspectos culturales y todos aquellos elementos que forman parte de la persona. No se trata de recoger toda la información, sino aquella que sea útil y necesaria para conocer su estado de salud, su respuesta ante una enfermedad o cómo vive su proceso. Otro de los aspectos a tener en cuenta a la hora de recoger los datos es el nivel

asistencial, las características y posibilidades de atención que se van a poder ofrecer, con una visión realista.

TIPOS Y FUENTES DE DATOS.

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

METODOS DE VALORACIÓN.

- Entrevista
- Observación
- Exploración física

ENTREVISTA

Es una técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella se obtiene datos subjetivos acerca de los problemas de salud.

Tipos de entrevista:

- 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.

Objetivos

- 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.

Partes de la entrevista: Inicio, cuerpo y cierre.

- 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.

Técnicas de la entrevista:

- Verbales: interrogatorio (para verificar y aclarar datos), reflexión o reformulación (para confirmar lo que ha expresado el paciente).
- No verbales: expresiones faciales, gestos, posición corporal, forma de hablar, contacto físico.

Cualidades que debe tener un entrevistador:

- Empatía: Sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. La empatía consiste en ser capaz de ponerse en la situación de los demás. Consta de dos momentos, uno en el que el profesional es capaz de

interiorizar la situación emocional del paciente, y otro en el que le da a entender que la comprende.

- Proximidad afectiva entre el paciente y el profesional. (Técnica no verbal).
- Respeto: El profesional reconoce al paciente como persona, apreciando su dignidad y sus valores.
- Concreción: Es la capacidad del profesional para delimitar los objetivos que pretende buscar.
- Autenticidad: ésta supone que “uno es él mismo cuando lo que dice está acorde con sus sentimientos”.

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.

Actitudes básicas para observar.

- Objetividad, siendo fieles a la realidad observada y limitando las aportaciones subjetivas.
- Naturalidad, manteniendo una actitud discreta que haga que el paciente no se sienta directamente observado y actuando con soltura.
- Neutralidad, absteniéndose de influir opiniones, gestos o expresiones en las manifestaciones del paciente.
- Receptividad, manteniendo una actitud de escucha, demostrando atención e interés.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Es un método sistemático de recolección de datos en el cual el profesional utiliza los sentidos para obtener respuestas mediante el contacto físico directo con el paciente para descubrir problemas de salud, para realizar la exploración física la enfermera emplea las técnicas de: inspección, palpación, percusión y auscultación.

La exploración física se puede abordar de dos maneras: céfalo-caudal o por aparatos y sistemas.

- La inspección: Debe ser empleada en todo momento y con minuciosidad, es una de las cualidades de todo profesional de enfermería, pero no se trata de observar por observar, se debe tener una intención de búsqueda, (que en el caso de enfermería es encontrar las respuestas humanas que la persona tiene ante un proceso determinado).
- La palpación: Usando las manos, con los dedos, palpando con delicadeza, hay la posibilidad de captar una gran cantidad de información: la suavidad de la piel, su humedad y la temperatura, lo blanda o dura que pueda ser una superficie, presencia de dolor, consistencia, firmeza en alguna estructura del cuerpo o ante la presencia de alguna malformación, si se desencadena dolor con la presión que ejercen nuestros dedos o si se palpan algunas estructuras que se puedan delimitar.
- Percusión. Consiste en golpear determinadas áreas del cuerpo con el objeto de apreciar la variedad de sonidos producidos y determinar si el contenido es gaseoso que contiene aire, denso producido en las vísceras sólidas o una mezcla de ambos. Tomar en cuenta: 1. La fuerza o golpe de la percusión. 2. El grado de elasticidad de los tejidos. 3. El área de la vibración, ya sea localizada o extensa.
- Auscultación: Puede hacerse directamente colocando el oído en el área que se desea escuchar (generalmente tórax, espalda o abdomen) o bien, (lo más común), utilizando un estetoscopio. Requiere de verdadera concentración y habilidad para identificar los ruidos anormales.

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.²⁰

Es el momento de emitir un juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración enfermera. Tras el análisis y la síntesis de los datos se identifican los problemas de salud y posteriormente se formulan los diagnósticos enfermeros y los problemas de colaboración. Los diagnósticos enfermeros delimitan los fenómenos de competencia exclusiva de enfermería, se refieren a problemas identificados, validados y tratados por

enfermería y en los que se asume la responsabilidad de alcanzar los resultados planteados. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.²¹

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.²¹

De los problemas identificados, rara vez se pueden abordar todos a la vez, por lo que es necesario valorar cuáles de ellos necesitan una atención inmediata y cuáles pueden ser tratados posteriormente. Este proceso de establecimiento de prioridades lo debe hacer la enfermera con el paciente en conjunto, ya que el objetivo es ordenar la provisión de los cuidados enfermeros, de forma que los problemas más importantes o aquellos que amenazan la vida de la persona sean tratados antes que aquellos que son menos críticos.

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.²¹

En esta etapa se valida el plan de cuidados, se documentan todos los cuidados, se suministran los mismos y se continúa con la recogida de datos de la persona manteniendo el plan siempre actualizado. Se llevan a cabo las actividades prescritas en el plan de cuidados valorando a la persona de forma continua y antes y después de la provisión de los cuidados, Antes de llevar a cabo cualquier intervención hay que cerciorarse de que se conocen las razones y principios para ese tratamiento, así como decidir si las intervenciones aún son apropiadas.²¹

Los registros son la base para la evaluación, investigación y mejora de la calidad, por lo que se hace tan importante la informatización de los registros de la gestión de cuidados que permite el posterior análisis de los datos obtenidos.

La quinta y última etapa es la Evaluación, 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 esta 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.²¹

V.5.- RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERÍA Y LA TEORÍA DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO.

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción, y al igual que con otros modelos de enfermería. Las ideas deben traducirse de, manera que puedan ser utilizadas en la práctica. La traducción se logra usando el proceso de enfermería. Un método tradicionalmente consistente, Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría. Específicamente, contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermas participen en operaciones interpersonales y sociales y operaciones tecnológico-profesionales.²²

Los proceso interpersonales u sociales implican que la enfermera desarrolle en estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular. Las enfermeras deberían:

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

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladores) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración.²²

Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. Orem contempla las operaciones tecnológico-profesionales como las piedras angulares en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.²⁰

Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. El diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos.²²

1. Demanda de autocuidado actual y futuro,
2. Capacidad actual y futura para el autocuidado

Es necesario determinar si el paciente puede realizar su propio autocuidado, no solo en términos de la práctica actual, sino también en un futuro. Debe hacerse una valoración del repertorio de conocimientos y habilidades que posee y con los cuales ha de cubrir las demandas diarias de autocuidado.

Las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la obtención de datos, y que pueden equipararse con la fase de “planificación”. También considera lo que podría suceder en el futuro. Orem destaca que las operaciones prescriptivas deben considerarse a la luz de la totalidad del individuo y no en relación con piezas aisladas de información. La operación de prescripción implica los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológico-profesional, se considera que esas series de operaciones de enfermería se desarrollan de manera concurrente, tanto mayor es el requerimiento de enfermería para desarrollar y mantener un buen contacto social e interpersonal con el paciente y con su familia.²²

Operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Es particularmente importante el desarrollo de un sistema apropiado para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de “intervención” y “evaluación”. La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado sistema de enfermería.

Orem considera que hay 3 tipos de sistemas de enfermería:

- Totalmente compensatorio: cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente.
- Parcialmente compensatorio: cuando no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio.

- De soporte-educación: para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería.

Después de tomar la decisión de adoptar in sistema particular o parte de un sistema, la enfermera está en disposición de decidir cómo lograr mejor los objetivos del cuidado del paciente.²²

La planificación es considerada por Orem como la adición de implicaciones prácticas y recursos al sistema de enfermería

Las enfermeras ayudan a los pacientes a cubrir sus necesidades de autocuidado y regulan el ejercicio o desarrollo de las habilidades para ocuparse en el autocuidado.⁷

Orem añade 3 nuevas operaciones a la lista anterior de acciones de enfermería, a causa de la necesidad de decidir si los cuidados de enfermería deberían continuar de la misma forma que ahora o deberían cambiarse.²²

Se manifiesta aquí la importancia de obtener retroalimentación de los pacientes sobre sus percepciones de como progresan los cuidados, en vez de obtener solo de las enfermeras u otros miembros del equipo de salud, y la necesidad de considerar el hacer cambios en el plan de cuidados.²²

El cuidado de casos es particularmente importante dado que integra a todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente produce una respuesta a los cambios. El aspecto de control del proceso de enfermería implica no solo la evaluación de los cuidados, sino también una auditoria de la utilización de los recursos.²²

VI. -CONSIDERACIONES ÉTICAS

La salud es el bienestar físico mental y social del individuo no necesariamente la ausencia de enfermedad.²³ Como personas y como ciudadanos es poca la información que las instituciones ofrecen para conocer nuestra postura como buscador de servicios asistenciales en salud y otra causa es que el propio personal perteneciente a este sector no tiene los suficientes conocimientos para poder desenvolverse de manera ética y eficiente en esta área tan importante.

No se le da la importancia que se debería de tener, el conocer las leyes a la hora ejercer y simplemente se enfoca al cuidado, sin darnos cuenta que todo está implícito. Programas de salud, pláticas y demás actividades que se realizan en materia de salud buscan que haya una mejor calidad de vida de la población que habita en el país, sin embargo, las arbitrariedades que ocurren en este ámbito ocasionan que no haya una buena atención por parte del prestador de servicios y una satisfacción de quien los adquiere.

Hablar de leyes en salud es algo que poco se conoce y sin embargo es muy necesario conocer que es lo que rige a los profesionales de salud y cuáles pueden ser las consecuencias si realiza una mala praxis

Para poder realizar investigación en enfermería es necesario poder conocer con que nos presidimos y cuáles son los derechos de los pacientes. Y hasta qué punto se puede llegar; los derechos de los pacientes es algo que debe tener presente tanto el personal de salud como los mismos pacientes.

Los principios éticos que conforman al profesional de enfermería son también una base fundamental para poder llevar una formación y una práctica correcta, la ética es algo que rige durante toda la vida es lo que regula a la sociedad, en el ámbito de la salud es aún más importante ya que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona; para los neonatos es de suma importancia que respetemos los derechos tanto de ellos como los de la familia, esta juega un papel muy importante durante cada una de las intervenciones, siempre debemos de consultar a los padres sobre los procedimientos y decisiones que intervengan con la salud del neonato.

El trabajar con neonatos conlleva un trabajo doble ya que también se tiene que contemplar a la familia, informarle al responsable del neonato cada uno de los procedimientos y acciones a realizarse, y saber qué es lo que el mismo neonato va necesitando e identificar que sería lo mejor para ambos cumpliendo siempre con la ley y sus derechos

Los profesionales de la salud al igual que los pacientes tienen derechos y al igual que ellos tienen la obligación de ponerlos en práctica, para poder que estos derechos conduzcan y promuevan el respeto y reconocimiento del profesional de enfermería en el ámbito multidisciplinario de la salud en México, así como fortalecer y brindar seguridad en el desarrollo de las intervenciones del personal de enfermería.

Los neonatos al momento de nacer y desde antes ya tienen derechos, la **WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (WAPM)**, conjuntamente con otras sociedades nacionales e internacionales de Medicina Perinatal, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, y la colaboración de Academias, Asociaciones, Fundaciones, Institutos, Centros Organizaciones humanitarias de todo el mundo, entre cuyos objetivos está la defensa y promoción de los derechos de la mujer de la infancia, han decidido, con motivo de la celebración en Barcelona (23-27 Septiembre 2001) del 5th WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE, hacer una DECLARACIÓN INSTITUCIONAL, que a partir de ahora se denominará “ **DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LOS DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO**”.

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. Desde el año 2010, la UNICEF, también implementó también los derechos del prematuro y la campaña de la semana del prematuro donde varias asociaciones se suman a este proyecto.

El manejo del expediente clínico es responsabilidad de enfermería saber el manejo necesario, como debe de estar estructurado que contenido debe tener y en específico la hoja de enfermería; saber que los documentos que están en el expediente son médicos legales y que no pueden ir tachados o con errores, otro documento que contiene el expediente y que es fundamental es el consentimiento informado, este permite conocer al paciente las posibles complicaciones de los procedimientos que se le vayan a realizar, dando así su firma para poder realizar las intervenciones.

VII.- DAÑOS A LA SALUD PREMATUREZ

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año nacen 15 millones de bebés prematuros en el mundo, más de uno en 10 nacimientos. La mayoría de los nacimientos prematuros ocurren de manera espontánea, el resto se produce por diversas razones: inducción precoz del parto o por cesárea debido a razones que pongan en compromiso la vida de la madre o del feto, embarazos múltiples, infecciones y enfermedades maternas crónicas como la diabetes y alta presión arterial, en ciertos casos existe una influencia genética; sin embargo, frecuentemente no se identifica una causa.²⁴

La prematurez es una causa importante de morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal; el recién nacido prematuro es un paciente de alto riesgo, este riesgo es inversamente proporcional a su edad gestacional y peso al nacimiento. Son considerados prematuros aquellos pacientes con edades menores a 37 semanas de gestación.

Los avances en la medicina y la tecnología ofrecen en la actualidad mayores expectativas de vida a neonatos cada vez más prematuros, se logra sobrevivencia, pero esta conlleva morbilidad y secuelas asociadas a prolongados periodos de hospitalización.²⁴

La displasia broncopulmonar y el daño neurológico severo, complicaciones frecuentes de la prematurez extrema, predicen un futuro con reiteradas consultas médicas, extensas terapias de rehabilitación, infecciones recurrentes, hospitalizaciones frecuentes; lo que ocasiona gran desgaste económico y emocional en el grupo familiar.

Otra de las patologías más comunes en estos neonatos es el síndrome de dificultad respiratoria (SDR), enfermedad caracterizada por inmadurez en el desarrollo anatómico y fisiológico pulmonar del recién nacido prematuro, cuyo principal componente es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante, manifestado como dificultad respiratoria progresiva.²⁴

CLASIFICACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

De acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en²⁵:

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

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 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 gestacional;

De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

De bajo peso (hipotrófico): Cuando el peso resulta inferior de la percentila 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

Peso adecuado (eutrófico): Cuando el peso corporal se sitúa entre la percentila 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional;

Peso alto (hipertrófico): Cuando el peso corporal sea mayor a la percentila 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Los avances de las intervenciones perinatales de los últimos decenios como el uso de esteroides prenatales, las técnicas ventilatorias, el surfactante y una mejor nutrición, han producido una mejoría en la supervivencia. Estos neonatos contribuyen con la mayor parte de la mortalidad y morbilidad infantil, por lo que uno de los mayores retos de la atención de salud es la prevención del nacimiento de productos muy prematuros.²⁶

Estos niños tienen un riesgo mayor de desarrollar una amplia variedad de morbilidades a largo plazo, que incluyen parálisis cerebral, retardo mental, desempeño escolar deficiente, déficit del crecimiento y morbilidad respiratoria aumentada.²⁶

Las patologías reportadas con impacto significativo en este grupo de pacientes son la broncodisplasia pulmonar (BDP), la hemorragia intraventricular severa (HIV), la leucomalacia periventricular (LPV) y la retinopatía severa del prematuro (ROP). Cada una contribuye por sí sola a la morbilidad, pero su asociación predice fuertemente el riesgo de muerte tardía y déficit neurosensorial.²⁶

También se deben tener presentes otros factores de crucial importancia en el manejo de estos niños, como el mantenimiento de una nutrición adecuada. La desnutrición fetal y durante el período neonatal afecta el crecimiento del sistema nervioso central y causa cambios microscópicos, así como alteraciones en la maduración funcional del cerebro determinando efectos permanentes sobre la capacidad cognitiva y el comportamiento.²⁶

El síndrome de dificultad respiratoria históricamente se registró al comienzo del siglo XX, los obstetras y pediatras de la época se sorprendían por las observaciones en pacientes fallecidos descritas por los patólogos, quienes encontraban hallazgos en la membrana alveolar brillante y transparente; de ahí, el nombre de membrana hialina. Algunos autores brindan evidencia que esta enfermedad se presenta por la falta de una sustancia activa, responsable de la baja tensión superficial pulmonar.²⁷

La enfermedad de membrana hialina, afecta al 60% de los niños menores de 1500 gramos al nacer, se considera la tercera causa de mortalidad neonatal después de las malformaciones congénitas y asfixia perinatal en América Latina.²⁷

El pulmón del recién nacido (RN) sufre una serie de adaptaciones trascendentes que modifican circulación fetal. El reemplazo de líquido pulmonar fetal por aire, es un fenómeno mecánico que requiere de la aplicación de presiones transpulmonares elevadas para lograr insuflar el pulmón en las primeras respiraciones; estas fuerzas deben superar tres elementos: viscosidad del líquido pulmonar, tensosactiva denomina surfactante que evita el colapso alveolar con la espiración. Cualquier alteración en estos mecanismos de adaptación, provoca alteración pulmonar y la aparición del síndrome de dificultad respiratoria.²⁷

SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

El síndrome de dificultad respiratoria (SDR) es una condición pulmonar que produce insuficiencia respiratoria, que es ocasionada por una deficiencia en el surfactante alveolar, asociado con una inmadurez de la estructura pulmonar; en la mayoría de los casos se presenta en recién nacidos (RN) prematuros menores de 34 semanas de gestación (SDG).¹ Los recién nacidos prematuros (RNPT) con enfermedad respiratoria constituyen un grupo de pacientes que ocupa en alto porcentaje las unidades de cuidado neonatal. Una encuesta realizada por The National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Network en aproximadamente 470 mil recién nacidos en forma prematura. De los cuales el 30% desarrollaron síndrome de dificultad respiratoria (SDR), y en la mayoría de los casos necesitaron intubación endotraqueal, ventilación mecánica y administración de surfactante.²⁹

El SDR se presenta tanto en países desarrollados como en países subdesarrollados, con una frecuencia que varía del 15-50%, la incidencia de SDR se incrementa con una edad gestacional menor; en el año de 2010 el EuroNeoNet informó una incidencia del 92% en RN de 24 a 25 semanas, del 88% entre RN de 26 a 27 semanas, del 76% en prematuros de 28 a 29 semanas y del 57% en niños que nacieron entre las 30 y 31 SDG.²⁸

En México hasta mayo del 2016, se han presentado alrededor de 2442 muertes debido a Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal.³⁰

La etiología del SDR es un déficit transitorio de surfactante por disminución de la síntesis, alteraciones cualitativas o aumento de su inactivación. La pérdida de la función tensoactiva produce colapso alveolar, con pérdida de la capacidad residual funcional (CRF), que dificulta la ventilación y altera la relación ventilación perfusión, por aparición de atelectasias. El pulmón se hace más rígido (cuesta distenderlo) y tiende fácil y rápidamente al colapso, aumentando el trabajo y el esfuerzo respiratorio. Este aumento del esfuerzo no podrá mantenerse debido a la limitación de la fuerza muscular que afecta a la función del diafragma y facilita que la pared torácica sea más débil y con tendencia a deformarse, lo que dificulta la ventilación y el intercambio gaseoso.³⁰

Se produce cianosis por hipoxemia secundaria a las alteraciones de la ventilación-perfusión y se retiene CO₂ por hipoventilación alveolar. Todo ello produce acidosis mixta, que aumenta las resistencias vasculares pulmonares y favorece la aparición de un cortocircuito derecha izquierda a nivel del ductus y del foramen, aumentando la hipoxemia.

En la actualidad el cuadro clínico es muy recortado debido a la administración precoz de surfactante y al soporte respiratorio. Los primeros síntomas se inician al nacer o en las primeras horas, empeorando progresivamente, apareciendo dificultad respiratoria moderada o intensa con polipnea, tiraje costal y xifoideo, quejido, aleteo nasal y cianosis en aire ambiente. El quejido espiratorio característico es debido al paso del aire espirado a través de la glotis semicerrada, para intentar mantener un volumen alveolar adecuado y evitar el colapso alveolar. Los niños más inmaduros presentan mayor riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar grave y un mayor grado de complicaciones pulmonares y extrapulmonares. El tratamiento con surfactante exógeno ha modificado la evolución natural de la enfermedad, disminuyendo los síntomas clínicos, la duración de la asistencia respiratoria y las tasas de mortalidad.³⁰

El diagnóstico en un neonato pretérmino con dificultad respiratoria, el diagnóstico se basa en los antecedentes, datos clínicos y en el aspecto radiográfico de los pulmones, si bien la radiografía puede no reflejar la intensidad de la afectación pulmonar, sobre todo cuando el neonato recibe asistencia respiratoria.

Los gases arteriales son un buen indicador de la gravedad de la enfermedad, presentando los cuadros más graves una acidosis mixta con hipoxemia y retención de CO₂. Además, el llamado índice de oxigenación (IO) definido como la relación de la FiO₂ y la presión media de la vía aérea con la pO₂ arterial es muy útil para juzgar la gravedad cuando el niño está sometido a ventilación asistida.³¹

Lo ideal es realizar la prevención primaria evitando el parto pretérmino y, la secundaria, mediante la administración de corticoides prenatales, en mujeres con riesgo de presentar un parto prematuro antes de las 35 semanas. Ha sido demostrado que la administración de corticoides a la madre disminuye la incidencia de SDR, la mortalidad y la tasa de hemorragia intraventricular (HIV).³¹

El tratamiento puede ser oxigenoterapia, debe incrementarse la FiO₂ para mantener la pO₂ entre 50 y 60 mmHg, evitando cifras más elevadas para disminuir el riesgo de lesión pulmonar y retinopatía de la prematuridad. Puede aplicarse mediante diversos dispositivos (carpa, mascarilla o piezas nasales), pero será previamente humedecido y calentado.

La CPAP puede aplicarse precozmente para evitar el colapso pulmonar, ya que favorece la síntesis de surfactante y puede modificar el curso del SDR. También permite una extubación rápida después de la instilación traqueal de surfactante, o después de un

periodo prolongado de ventilación mecánica disminuye el fracaso de la extubación. Se aplica de forma no invasiva mediante cánulas, preferentemente binasales.³¹

Los estudios multicéntricos más recientes muestran que en pacientes de 26 a 29 semanas, que son manejados de forma inicial con presión positiva continua a las vías aéreas (CPAP), se reduce la necesidad de intubación o uso de surfactante hasta en un 50%.³²

Recientemente, múltiples ensayos clínicos aleatorizados han mostrado que el tratamiento inicial debe ser la utilización de CPAP administrado por vía nasal, con aplicación de surfactante selectivo de forma temprana, con uso breve de ventilación mecánica y subsecuente extubación continuando con CPAP nasal, resultando en una menor necesidad de ventilación mecánica y menor uso de oxígeno a los 28 días, aunque sin diferencias en displasia broncopulmonar (DBP) al compararlo con el uso de surfactante profiláctico.³²

Se usará CPAP nasal temprana en los recién nacidos con peso <1,500 g que inicien con manifestaciones de dificultad respiratoria y que tengan factores de riesgo para desarrollar SDR

Considere utilizar CPAP si el bebé está respirando espontáneamente, tiene una frecuencia cardíaca >100 latidos por minuto, pero tiene dificultad respiratoria, está cianótico o tienen una baja saturación de oxígeno. Durante la reanimación la CPAP puede ser administrada en la cara del bebé, con una pieza en T o una bolsa inflada por flujo, ajustando con la válvula de control el flujo o utilizando una válvula de presión positiva al final de la espiración (PEEP) en la pieza en T. Generalmente una presión de 4 a 6 cmH₂O es adecuada Si la CPAP va a ser utilizada por un periodo prolongado, es más fácil instalar puntas nasales.³⁰

En el recién nacido prematuro con dificultad respiratoria que no responde al manejo con CPAP nasal y además requiere la administración de surfactante exógeno debe intubarse al menos hasta lograr su estabilización. Se realizará intubación traqueal al recién nacido prematuro que presente:

- Dificultad respiratoria progresiva a pesar del uso de CPAP
- Quien no logre mantener saturación arterial oxígeno preductal de >85%
- Aquellos pacientes que requieren administración de surfactante
- Si el bebé es intubado, utilice PEEP, generalmente 5 cmH₂O

La asistencia mecánica a la ventilación al inicio debe ser:

- Lo más moderada posible
- Con tiempos inspiratorios cortos porque disminuyen el riesgo de fuga de aire y de mortalidad

Los tiempos inspiratorios largos (>0.45 s) se asocian con:

- Mayor incidencia de fuga de aire (RR 1.56, IC 95% 1.25-1.94)
- Mayor riesgo de mortalidad (RR 1.26, IC 95% 1.00- 1.59)
- La asistencia mecánica a la ventilación se iniciará con tiempos inspiratorios cortos entre 0.30 y 0.40 segundos.³²

VIII.- ELECCION Y DESCRIPCION GENERICA DEL CASO.

VIII.1.- FICHA DE IDENTIFICACION



Figura 1

Neonato masculino Pérez Olvera Pedro Gabriel, que nació el día 22 de octubre del 2016 a las 23:15 PM en el Hospital General “Enrique Cabrera”, con una edad gestacional con 31 semanas de gestación por Ballard, peso al nacer de 1480 gramos, y una longitud supina de 40 centímetros, producto por parto vaginal, producto único, recibió maniobras básicas de reanimación, con 15 días de estancia.

VIII.2.- MOTIVO DE CONSULTA

Se decide ingreso por prematuridad al servicio de la UTIN, pero al ser trasladado del servicio de tococirugía, se encuentra al paciente con dificultad respiratoria moderada, con tiros intercostales, quejido respiratorio, aleteo nasal, disociación toraco-abdominal, que no mejora con O₂ en casco cefálico ni al mejorar temperatura corporal, por lo que se pasó al servicio de UCIN.

VIII.3.-DESCRIPCION DEL CASO

Se trata de recién nacido pretérmino masculino obtenido por vía abdominal inducido conducido, con líquido amniótico claro, quien llora y respira al nacer, proporcionándole los pasos iniciales de reanimación, obteniendo una puntuación Apgar DE 8 al primer minuto y 9 a los cinco minutos, Silverman Andersen de 1 a los cinco minutos y 0 a los 10 minutos, con una frecuencia respiratoria de 68 x'. Normocefálico, fontanelas normotensas, adecuada implantación de pabellón auricular, ojos simétricos, con apertura palpebral espontánea, coanas permeables, labio y paladar íntegro, esófago permeable cuello normal, tórax simétrico, campos pulmonares ruidos respiratorios bilaterales, estertores gruesos diseminados. Al nacimiento únicamente tiraje intercostal que remiten (SA 1/0). Precordio

hiperdinamico, sin soplos, abdomen globoso, peristalsis presente, blando sin masas ni megalias. Genitales fenotípicamente masculinos, normales con testículos descendidos, ano permeable, cadera con Barlow y Ortolani negativos, columna vertebral normal, extremidades simétricas e integras, reflejos primarios disminuidos (Moro, prensión succión deglución).

VIII.4.- FACTORES BASICOS CONDICIONANTES

1.- Edad: neonato de 15 días de vida extrauterina

2.- Sexo: Masculino

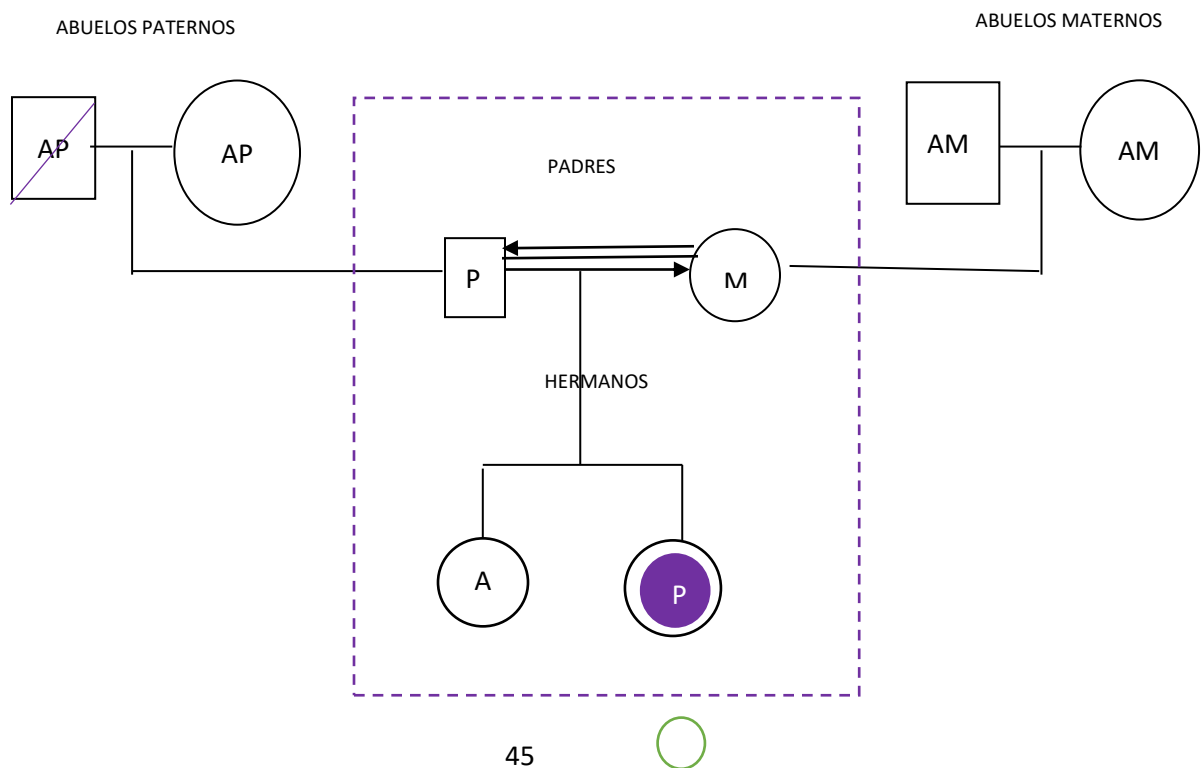
3.- Estado de Desarrollo: Etapa Neonatal

4.- Estado de salud: Enfermo

5.- Factor del sistema de cuidados de salud: Seguro popular

6.- Factor del sistema familiar: Pérez Olvera P. Proviene de una familia nuclear, la cual está integrada por Olvera Acosta Stefani la cual es ama de casa con secundaria completa, Pérez Salamanca Pedro, quien labora como chofer y cuenta con secundaria completa y Pérez Olvera Alan Ulises de 1 año 3 meses

FAMILIOGRAMA



NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Olvera Acosta Stefani	18	SECUNDARIA	AMA DE CASA
Pérez Salamanca Pedro	24	SECUNDARIA	CHOFER
Pérez Olvera Alan Ulises	1 año 3 meses	NINGUNA	

7.- Factores Ambientales: Residen en el Estado de México, en una zona urbana la casa tiene paredes de concreto y techo de lámina, tiene buena ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios y las calles están pavimentadas, no cuentan con mascotas.

8.- Disponibilidad y Adecuación de recursos: El papá gana aproximadamente 6000.00 pesos mensuales

9.- Patrón de vida: Madre de 18 años ama de casa con secundaria terminada, en unión libre, niega toxicomanías, consumo de alcohol y tabaco. El padre de 24 años de edad, quien labora de chofer, vive en unión libre y consume tabaco, niega toxicomanías y consumo de alcohol y cuenta con secundaria terminada.

La madre se dedica al hogar y cuidar del pequeño de un año mientras el padre se va a trabajar, la que realiza más visitas es la madre ya que el padre por falta de tiempo por ir a trabajar no puede acudir seguido a las visitas.

La pareja expresa la madre que tienen una buena relación llevan años juntos y se complementan bien, ambos pendientes del estado de salud de neonato.

VIII.5.- REQUISITOS DE DESARROLLO

Producto que nace por vía abdominal con ruptura de membranas de 19 hrs de 31.2 SDG, nace producto masculino con esfuerzo respiratorio, se le brindan las maniobras básicas de reanimación, se seca y estimula y se proporciona calor, se aspiran secreciones de cavidad bucal y nasal, se corrobora permeabilidad de coanas, esófago y ano, no se encontraron megalias, miembros superiores e inferiores simétricos, cordón con dos arterias y una vena, se procede a cortar y ligar cordón, Barlow y Ortolani negativo, se realiza somatometría, PC: 30 cm. PT: 25 cm. PA: 22 cm. PIE: 6 cm. PB: 7 cm. TALLA: 40 cm. SS: 25 cm. PESO: 1480 grs.

A la valoración de Apgar se califica con 8 al primer minuto y 9 puntos a los 5 minutos y 9 a los 10 minutos, 2 puntos por frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos por minuto, 2 puntos de esfuerzo respiratorio, 2 puntos de irritabilidad refleja, 1 punto de en tono muscular por ligera flexión y 1 punto de coloración ya que presento acrocianosis.

A la valoración de Silverman Andersen se calificó con 1 en los primeros 5 minutos y 0 a los 10 minutos. Se le dio 0 puntos en movimientos toraco-abdominales, 1 punto ya que presento discreto tiraje intercostal, 0 puntos en retracción xifoidea, 0 puntos en aleteo nasal, 0 puntos en quejido abdominal.

En la clasificación del Dr. Jurado, se encuentra en el percentil 50 dando un peso adecuado para la edad gestacional.

Y por Ballard, se le dio 31.2 SDG 2 puntos en postura, 1 punto en ventana cuadrada con 60°, regreso del brazo de 140°- 160° con 1 punto, ángulo poplíteo 140° con 1 punto, signo de la bufanda 1 punto, talón oreja 2 puntos, piel descamación y /o exantema superficial pocas venas 2 puntos, lanugo delgado 2 puntos, superficie plantar tenues marcas rojas 1 punto, mama areola plana sin botón 1 punto, ojo/oreja ligeramente curvado blando se dobla y desdobla lentamente, genitales masculinos testículos bajos pocas arrugas 2 punto, dando un total de 17 puntos= a 31 SDG.

VIII.6.-REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD ANTECEDENTES PERINATALES

Recién nacido masculino, hijo de una madre de 18 años de edad, sin patologías aparentes, sin toxicomanías, producto de G2 P0 A0 C2, C1 hace 1 año 3 meses por condilomatosis, con producto de 38 SDG y peso bajo al nacimiento de 2 kg, vivo en la actualidad con mal control prenatal con 4 consultas prenatales y 4 USG, sin aplicación de toxoide tetánico en este embarazo, curso con infección de vías urinarias durante el 3er mes de gestación con tratamiento no especificado. Se realizó 3 USG de control aparentemente normales, acudió el día 13 de octubre al INPER aparentemente por amenaza de parto pretérmino, con USG de control que reporto 29 SDG con ILA de 13 y otro USG de control de 21, se dio tratamiento uteroinhibidor, y es egresada. Inicia el día 20 de octubre con abundante salida de líquido transvaginal por lo que acudió a esta unidad, en donde es ingresada por PB ruptura de membranas, NO corroborada, en el USG que realizo en la unidad se muestra liquido normal para edad gestacional, se dio tratamiento con esquema de maduración con betametosona (2 dosis) se inició doble esquema antimicrobiano con cefotaxima y amikacina, se obtiene vía abdominal con presencia de membranas al parecer integras, con salida de líquido amniótico normal en cantidad y características, llora y respira al nacer, se dan maniobras de reanimación con buena respuesta, se aplica profilaxis oftálmica y aplicación de vitamina k 1 mg IM DU. Se califica con Apgar de 8/9, SA 1/0.

Somatometría: PC:30 CM. PT: 25 cm. PA: 22 cm, pie: 6 cm, PB: 7 cm, SS: 25 cm, peso: 1480 gramo, talla: 40 cm.

FACTORES DE RIESGO

Como factores de riesgo podemos encontrar: recién nacido pretérmino de 31.2 SDG con un peso de 1480 g, ruptura de membranas de 19 horas de evolución, madre sin inmunización durante el embarazo, dificultad respiratoria al nacer, SA 1/0, padre fumador, antecedentes heredofamiliares de hipertensión, nivel socioeconómico bajo, tono muscular débil, alimentación por sonda orogástrica por reflejo de succión deglución débil.

IX.- APLICACIÓN DEL METODO ENFERMERO

IX.1.- EXPLORACION FISICA

Preparación del ambiente

La exploración física se realiza en el área de cuidados intensivos neonatales, se encuentra en cuna radiante de calor, se cuenta con estetoscopio, cinta métrica, termómetro, lámpara ocular y martillo de reflejos. Se cuenta con buena iluminación y temperatura adecuada.

Presenta las siguientes constantes vitales:

FC: 156 x'

FR: 52 X'

TEMP: 37° C

T/A: 74/58 T/A mm/Hg MEDIA: 63 mm/Hg

Peso: 1330 gramos

Perímetro torácico: 22 cm

Perímetro abdominal: 22.5 cm

Perímetro cefálico:27 cm

Pie: 6 cm

Habitus exterior: Neonato masculino de 3/30 días de vida extrauterina, aparentando la edad, con tinte icterico kramer II, bajo sueño fisiológico, en fase de ventilación II CPAP, complexión pequeña para la edad, miembros superiores e inferiores simétricos, en pañal, en posición decúbito ventral, libremente escogida.

Piel: se observa íntegra, sin lesiones, tinte icterico Kramer II, hidratada y turgente.

Cabeza y cara: Normocefálico, fontanela bregmática tiene un diámetro de 1.2 mmx 1.5mm y la fontanela lambda 0.6 mm, suturas bien afrontadas, sin masas palpables, implantación del cuero cabelludo media de color castaño oscuro, lacio, fino, cara simétrica, cejas con poco vello de color castaño oscuro, párpados simétricos con pestañas largas, delgadas, de color castaño oscuro

Ojos: simétricos. Con movilidad, con apertura espontánea, implantación de pestañas cortas y delgadas de color castaño oscuro, hidratados, esclera blanca, presencia de reflejo pupilar, conjuntivas rosadas e hidratadas.

Oídos: Bien conformados e implantados, pabellón auricular ligeramente curvo, conductos auditivos permeables y con respuesta a estímulo al ruido, pequeños y simétricos.

Nariz: Pequeña, simétrica, ligeramente chata, permeabilidad nasal, mucosa rosada e hidratada, con dispositivo de CPAP.

Boca: Cavidad oral íntegra, paladar duro sin fisuras, paladar blando íntegro, anodoncia, mucosas orales rosadas e hidratadas, úvula central, encías rosadas e íntegras, lengua normal, con presencia de frenillo, reflejo de succión-deglución débil.

Cuello y Hombros: Cuello cilíndrico, simétrico, sin adenomegalias, tráquea en línea, con poca movilidad, hombros simétricos, clavículas sin fracturas a la palpación, continuas.

Tórax: Normolíneo, con glándula mamaria menos de 5 mm a la palpación, pezones apenas visibles simétricos, areola chata lisa, con un diámetro de 0.6 mm, tórax redondo, con movimientos de ampliación y amplexación, simétrico, Silverman Andersen con una puntuación de 0, FR: 59 por minuto, perímetro torácico de 21 cm, ritmos respiratorios irregulares, presenta pausas respiratorias, con una saturación de 96%. sin presencia de ruidos agregados, con resonancia de llanto normal.

Cardiovascular: ritmos cardíacos irregulares con buena intensidad, sin ruidos agregados. Hemodinámicamente estable, sin soplos. con una frecuencia cardíaca de 156 lpm, con buena intensidad, pulsos presentes, ruidos aórticos 154 lpm, ruido pulmonar 156 lpm, ruido tricúspide 155 lpm y ruido mitral 156 lpm, llenado capilar de 2”.

Abdomen: Blando, depresible, integridad de pared abdominal, presencia de peristalsis 4-5 movimientos por min, no doloroso a la palpación, hígado de tamaño adecuado, por debajo

del borde intercostal, sin globo vesical, presenta cordón umbilical sin datos de infección en proceso de momificación.

Genitales: fenotípicamente masculinos, glande cubierto por prepucio, meato urinario presente y central, escroto con poca presencia de arrugas, testículos descendidos, ano central, permeable sin fístulas.

Dorso y columna vertebral: simétrico, sin hundimientos, ni malformaciones

Extremidades: extremidades íntegras, simétricas, reflejos primarios débiles.

Cadera: íntegra simétrica, Barlow y Ortolani negativos.

Estado Neurológico: Reflejo succión-deglución y búsqueda débil, tónico del cuello y enderezamiento tronco débil, movimientos débiles, llanto débil, Babinsky presente, Moro presente, reflejo glabellar presente, prensión plantar y palmar débil.

IX.2.- REQUISITOS UNIVERSALES

1.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE INSUFICIENTE DE AIRE

Valorado el día 25 de octubre del 2016

El neonato presenta dificultad para respirar por sí mismo, por lo cual requiere ayuda con un aporte de oxígeno, a la valoración de Silverman Andersen se obtuvo un resultado de 1 pt. Movimientos torácicos solo abdominales.

Se encuentra en fase ventilatoria II con CPAP con un fiO_2 del 28% con un flujo de 8 lt, Presión: 4 cm

Los resultados de los estudios de gabinete dieron como resultado:

Biometría hemática: leucocitos totales 3.20×10^3 mm³, neutrófilos 47.30%, linfocitos 45.90%, monocitos 6.20% , eritrocitos 4.0mm³, hemoglobina 14.40 mm³, hematocrito 39.70%, plaquetas 304.0×10^3 mm³.

Química sanguínea: ácido úrico 2.6, creatinina 0.60 mg/dL, glucosa 139.0 mg/dL, urea 47.1, sodio 143.0 mEq/L, potasio 4.10 mEq/L, cloro 117.0, calcio 8.8 mg/dL, fosforo 4.4 mg/Dl, magnesio 3.09 mg/dL.

Gases arteriales: Ph 7.20, Pco₂ 53 mmHg, pO₂ 50 mmHg, Na⁺ 149 mmol/L, K⁺ 3.1mmol/L, Ca⁺⁺ 0.90 mmol/L, glu 108 mg/Dl, lac 0.7 mmol/L, htc 34%.

Se encontraba en acidosis respiratoria.

Los signos vitales estuvieron dentro de los parámetros normales, pero con irregularidades, ya que presentaba ligeras variaciones en la frecuencia cardiaca y respiratoria, también presentó pausas respiratorias.

El requisito se encuentra con déficit ya que el neonato no puede mantener una buena saturación de oxígeno por si solo necesita de aporte extra.

Diagnósticos de enfermería

- Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez del sistema respiratorio manifestado por pausas respiratorias, necesidad de oxígeno, retracción xifoidea y disociación toraco-abdominal (Silverman Andersen).
- Riesgo de asfixia relacionado con incapacidad del neonato para mantener un aporte suficiente de oxígeno sin aporte complementario.

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

Cavidad oral y nasal se encuentra integra, sin lesiones ni malformaciones, fontanelas normotensas, sin datos de deshidratación, abdomen blando y depresible.

Se llevó el control de líquidos durante la semana, durante los primeros días se encontraba con estímulo trófico, el día 24 de octubre con un aporte de 2 ml, y el día 25 de octubre se aumentó a 4 ml por sonda orogástrica, se le suspende el estímulo, se deja en ayuno y se le proporciona NTP con un aporte de 6.4 ml/hr.

Se empezó la semana con un aporte de líquidos totales de 160 ml con un aporte GKM 5, hasta 165 ml con una GKM 6.

No hubo ganancia ponderal ya que el neonato perdió peso durante toda la semana, con una pérdida de peso de hasta 45 gramos.

El requisito se encuentra con déficit ya que el neonato no incrementó de peso, requiere un aporte extra de nutrimentos por medio de la NPT.

Diagnósticos de enfermería:

- Patrón de alimentación ineficaz relacionado con incapacidad de iniciar alimentación vía oral manifestado por reflejo de succión-deglución débil.

- Riesgo de intolerancia a la vía oral relacionado con inicio tardío de la alimentación por vía oral.

4.- PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRETAS

De acuerdo a la valoración los genitales se encuentran íntegros, sin malformaciones y alteraciones.

Con egresos urinarios de un promedio de 30 ml, con un color amarillo claro, por turno, durante la semana en el turno de la mañana sólo presentó un día una evacuación mediante estimulación rectal de 3 g meconial. Con pérdidas insensibles mínimas de 1.8 ml y máximas de 1.9ml durante una semana.

El requisito se encuentra con déficit ya que el neonato no presentó evacuaciones constantes.

Durante la semana tendió a presentar hiperglucemia donde la más alta fue de 125 mg/dl, y en sus laboratorios se encontraba una bilirrubina indirecta de 9.9. por lo cual se le indica fototerapia.

No cuenta con sondas ni drenajes, no presentó regurgitaciones ni vómitos.

Diagnósticos de enfermería:

- Déficit en el proceso de eliminación intestinal relacionado con estímulo enteral con fórmula láctea manifestado por una evacuación de escasa (3g) cantidad en 48 hrs, necesidad de estimulación para la evacuación.
- Alteración en la eliminación de bilirrubina no conjugada r/c inmadurez del sistema hepático para excretar m/p ictericia, Kramer II, bilirrubina indirecta de 9.9

5.-MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y DESCANSO

En la valoración se pudo encontrar que los reflejos de succión, deglución y búsqueda aún se encuentran débiles, al igual que el de Moro, y presión palmar, tiene presente el reflejo de Babinsky, presión plantar y puntos cardinales, aún no tiene el de tónico del cuello y enderezamiento del tronco.

En los estados de conciencia de la escala de Brazelton se encuentra en el estado I ya que se encontraba en sueño profundo, con una respiración irregular, pero se mantenía con los ojos cerrados y sin movimientos espontáneos a excepción de los sobresaltos.

En la valoración de la teoría sinactiva podemos encontrar que se encontraba en el sistema motor, ya que presentó pausas respiratorias y taquipneas como signos de estrés, y en sus signos de estabilidad se encontraban coloración normal, y mientras dormía respiración tranquila.

El requisito se encuentra alterado ya que el neonato por su inmadurez aún es incapaz de mantener el control sobre los estímulos a los que está expuesto, debido a que se encuentra en un área de terapia intensiva, se encuentra sobre expuesto a estímulos como lo son el ruido, luz y manipulación por parte del personal.

Diagnósticos de enfermería:

- Riesgo de desorganización del neonato relacionado con incapacidad de regular los estímulos externos (ruido, luz y manipulación excesiva).
- Alteración del ciclo vigilia- sueño r/c macroambiente hospitalario manifestado por llanto, irritabilidad, escala de brazelton estado I

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCION SOCIAL

La madre refiere que el neonato no fue planeado, pero si fue aceptado por parte de los dos padres, la mayoría de las visitas son de la madre y el padre realizó muy pocas visitas, la madre mantenía contacto físico con él y le hablaba, si se presentó ese apego materno entre el neonato y la madre, no se llevó acabo el método mamá canguro, se mantuvo un contacto piel a piel durante lapsos de hora y media en la visita lo que propicio el vínculo.

El requisito se encuentra sin déficit ya que se creó ese vínculo madre e hijo.

Diagnósticos de enfermería:

- Bienestar en la interacción social manifestado por contacto físico y apego de la madre y el neonato.

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

El neonato se encuentra con factores de riesgo ya que por su patología e inmadurez lo ponen en peligro para la vida, la madre no presenta los conocimientos necesarios para los cuidados del neonato y los signos de alarma, el ambiente tampoco es el apto para el neonato se encuentra sobre expuesto a estímulos.

En la escala de Macdems se encuentra con un riesgo bajo con una puntuación de 5, en la escala de úlceras por presión (NSRAS), se encuentra en un riesgo medio con una puntuación de 13 puntos.

En la valoración del dolor (PIPP) se obtuvo una puntuación de 9 puntos lo que se califica como un dolor moderado, debido a los procedimientos invasivos y a la exposición a ruido y luz.

El requisito se encuentra alterado ya que el neonato en la escala de valoración del dolor presentó un dolor moderado debido a la exposición de estimulación en la que se encontraba, y que la madre no tiene los conocimientos suficientes para su cuidado.

Diagnósticos de enfermería:

- Dolor moderado relacionado con procedimientos invasivos manifestado por facies de dolor, llanto, taquipneas, taquicardia, escala de valoración PIPP con una puntuación de 9.
- Riesgo de inestabilidad en los valores de la glucosa relacionado con el aporte dietético NPT GKM 5.

8.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO, Y EL DESARROLLO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO AL POTENCIAL HUMANO

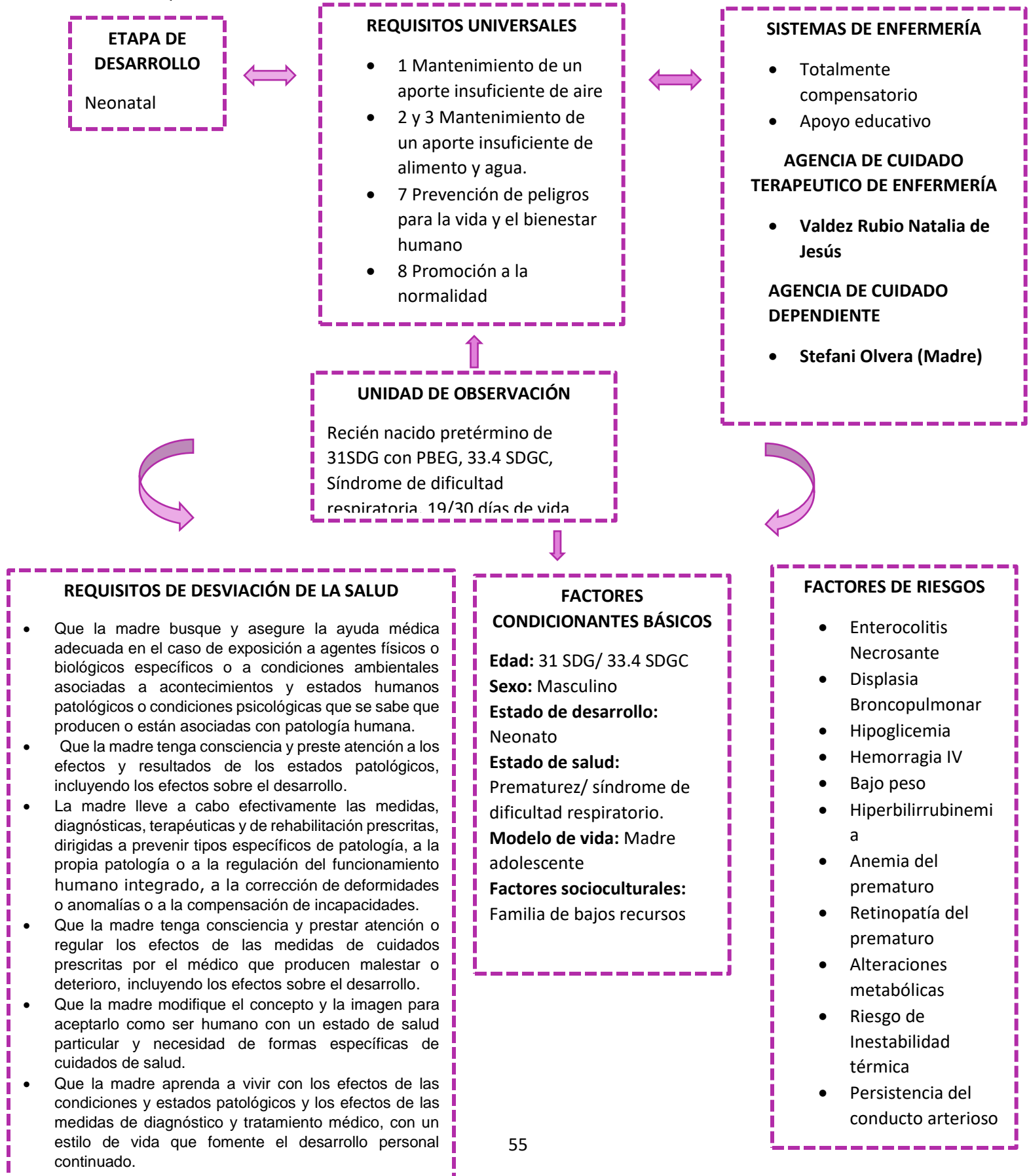
La adaptación que lleva hasta el día de hoy ha sido favorable, a pesar de que algunos de sus reflejos aún no se encuentran presentes, pero el proceso de apego hacia la madre se está llevando favorablemente se calma y estabiliza sus signos vitales mientras se encuentra con la madre.

La madre tiene la iniciativa de querer alimentar a su hijo con leche materna, acude al banco de leche de la institución a dejar leche para su hijo, mantiene el proceso de estimulación para no perder la producción de leche, pero por la inmadurez del neonato aún no se puede llevar la lactancia materna.

Diagnósticos de enfermería:

- Disposición de la madre para participar en los cuidados del neonato.

ESQUEMA METODOLOGICO DE LA TEORIA DE DOROTHEA O



X.-ANÁLISIS Y JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS AEFCTADOS

Se elaboró un análisis para la jerarquización de los requisitos alterados, la cual se agruparon que provocaran peligro para la vida en el cual se priorizo el mantenimiento de un aporte suficiente de aire y prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano, posteriormente que alteraran la funcionalidad del paciente y se situaron provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento y agua, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano y mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.

JERARQUIZACIÓN	REQUISITO DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	FECHA DE IDENTIFICACIÓN
1	<p>Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez del sistema respiratorio manifestado por pausas respiratorias, necesidad de oxígeno, retracción xifoidea y disociación toraco-abdominal (Silverman Andersen). • Riesgo de asfixia relacionado con incapacidad del neonato para mantener un aporte suficiente de oxígeno sin aporte complementario. 	25 DE OCTUBRE DEL 2016
2	<p>Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor moderado relacionado con procedimientos invasivos manifestado por facies de dolor, llanto, taquipneas, taquicardia, escala de valoración PIPP con una puntuación de 9. 	25 DE OCTUBRE DEL 2016

	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de inestabilidad en los valores de la glucosa relacionado con el aporte dietético NPT GKM 	
3	<p>Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Déficit en el proceso de eliminación intestinal relacionado con estímulo enteral con fórmula láctea manifestado por una evacuación de escasa (3g) cantidad en 48 hrs, necesidad de estimulación para la evacuación. Alteración en la eliminación de bilirrubina no conjugada r/c inmadurez del sistema hepático para excretar m/p ictericia, Kramer II, bilirrubina indirecta de 9.9 	26 DE OCTUBRE DEL 2016
4	<p>Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento y agua.</p> <ul style="list-style-type: none"> Patrón de alimentación ineficaz relacionado con incapacidad de iniciar alimentación vía oral manifestado por reflejo de succión-deglución débil. Riesgo de intolerancia a la vía oral relacionado con inicio tardío de la alimentación por vía oral. 	25 DE OCTUBRE DEL 2016
5	<p>Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p> <ul style="list-style-type: none"> Riesgo de desorganización del neonato relacionado con incapacidad de regular los estímulos externos (ruido, luz y manipulación excesiva). Alteración del ciclo vigilia- sueño r/c macroambiente hospitalario manifestado por llanto, irritabilidad, escala de Brazelton estado I 	27 DE OCTUBRE DEL 2016
6		27 DE OCTUBRE DEL 2016

	<p>Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposición de la madre para participar en los cuidados del neonato 	
7	<p>Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bienestar en la interacción social manifestado por contacto físico y apego de la madre y el neonato. 	27 DE OCTUBRE DEL 2016

X.1.- PRESCRIPCION DEL CUIDADO

Con la aplicación del método enfermero y un instrumento de valoración se encontraron 12 diagnósticos en total de los cuales 6 fueron reales, 4 diagnósticos de riesgos, 1 diagnóstico de bienestar y 1 diagnóstico de disposición, el sistema de enfermería que se activó en su mayoría fue el totalmente compensatorio y el apoyo educativo ya que el neonato necesitaba que cumplieran sus necesidades en su totalidad, la agencia de cuidado fueron la madre Stefani Olvera ya que la madre ayudaba en los cuidados del neonato y la enfermera Valdez Rubio Natalia se le proporcionaron los cuidados necesarios para suplir las necesidades del paciente, se detectaron los siguientes riesgos para el recién nacido:

- Enterocolitis Necrosante
- Displasia Broncopulmonar
- Hipoglicemia
- Hemorragia IV
- Bajo peso
- Hiperbilirrubinemia
- Anemia del prematuro
- Retinopatía del prematuro
- Alteraciones metabólicas
- Hipotermia

A continuación, se prescribe el tratamiento regulador por parte del personal de enfermería.



Figura 2

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 25 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Patrón respiratorio ineficaz relacionado con inmadurez del sistema respiratorio manifestado por pausas respiratorias, necesidad de oxígeno, retracción xifoidea y disociación toraco-abdominal (Silverman Andersen).		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Mejorar la ventilación del neonato pretérmino mediante intervenciones de enfermería durante 8 horas del turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Silverman Andersen • Saturación de O2 • Frecuencia respiratoria • Coloración 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales • Oxigenoterapia • Manejo de la vía aérea • Posicionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la frecuencia respiratoria ritmo y profundidad • Vigilar frecuencia cardiaca • Vigilar temperatura corporal • Vigilar variante en la saturación de oxígeno • Auscultar los campos pulmonares. • Vigilar la coloración del neonato • Vigilar el CPAP se encuentre bien colocado • Vigilar que el flujo de oxígeno sea correcto • Vigilar que tenga la presión correcta • Proporcionar el oxígeno húmedo y tibio • Vigilar las fluctuaciones de las saturaciones de oxígeno • Colocar al neonato en posición que mejore su ventilación • Vigilar esfuerzo respiratorio • Vigilar uso de músculos accesorios • Vigilar la presencia de apneas o pausas respiratorias • Realizar valoración de Silverman Andersen • Mantener al neonato en posición de olfateo. • Proporcionar al neonato en contención. • Realizar cambios posturales. • Vigilar signos de estrés.

FUNDAMENTACIÓN

CPAP reduce el tiempo de intervención de la enfermedad de membrana hialina; que es equivalente a la respiración mecánica en cuanto a mortalidad, presencia de enterocolitis necrosante y hemorragia intraventricular (con la ventaja de que puede usarse incluso en prematuros muy pequeños), y que la gravedad de la displasia broncopulmonar es menor, por lo que también se reduce el uso de oxígeno y esteroides. es una alternativa eficaz, no invasiva y de bajo costo que, además, presenta cada vez menos complicaciones, por lo que su uso es cada vez más frecuente para reducir la displasia broncopulmonar, particularmente en países con recursos económicos limitados.³³

CONTROL DEL CASO: El neonato disminuyó la escala de Silverman Andersen a 0, su frecuencia respiratoria se mantuvo desde 44-66 rpm, posterior a las 48 hrs el recién nacido mejoró disminuyendo la dificultad respiratoria, se le brindaron los cuidados necesarios al CPAP y no presentó lesiones.

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 25 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Riesgo de asfixia relacionado con incapacidad del neonato para mantener un aporte suficiente de oxígeno sin aporte complementario.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Brindar al neonato apoyo complementario de oxígeno indirecto durante las 8 horas del turno.		
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> Saturación de oxígeno Frecuencia respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorización del neonato Manejo de la vía aérea Posicionamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilar coloración del neonato Vigilar el patrón respiratorio Vigilar fluctuaciones de la saturación de oxígeno. Vigilar la frecuencia cardíaca Vigilar la temperatura corporal Colocar al neonato en posición que mejore su ventilación Vigilar esfuerzo respiratorio Vigilar uso de músculos accesorios Vigilar la presencia de apneas o pausas respiratorias Realizar valoración de Silverman Andersen. Colocar al neonato en posición que mejore la ventilación Dar cambios de posición adecuada para la ventilación Identificar posiciones que generen estrés Realizar la menos manipulación posible Verificar que los todos los sensores queden bien colocados en cada rotación.
FUNDAMENTACIÓN <p>La asfixia neonatal continúa siendo uno de los más importantes problemas en neonatología y la encefalopatía hipóxico-isquémica resultante constituye una de las causas más prevalentes de secuela neuropléjica en niños. Varias comunicaciones han demostrado que administrar oxígeno suplementario incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad en los neonatos a término o cerca a término y que no debe ser usado como medida de rutina. El empleo de oxígeno al 100% en la reanimación es un procedimiento aún usado en los casos de asfixia neonatal en humanos, aunque revisiones recientes muestran que el aire ambiental puede ser más beneficioso que el oxígeno al 100%.³⁴</p>		
CONTROL DEL CASO: Durante el turno se mantuvo al neonato con frecuencias respiratorias de 44-66 y saturaciones de 96%-100%, se le mantuvo en posición de olfateo para despejar vía aérea, se mantuvo en constante vigilancia su patrón respiratorio, se mantuvo la oxigenoterapia, evitando durante todo el turno el riesgo de asfixia.		

REQUISITO: Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 26 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Dolor moderado relacionado con procedimientos invasivos manifestado por facies de dolor, llanto, taquipneas, taquicardia, escala de valoración PIPP con una puntuación de 9.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Reducir el dolor en el neonato con tratamiento no farmacológico durante el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca • Llanto • Facies de dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de signos vitales • Manejo del dolor • Estimulación mínima 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar variaciones en la frecuencia cardiaca • Vigilar ritmo y frecuencia en la respiración • Vigilar saturación de oxígeno • Vigilar coloración del neonato • Vigilar niveles de tensión arterial • Valorar el nivel de dolor del neonato • Proporcionar succión no nutritiva • Brindar medidas de contención • Brindar medidas no farmacológicas (glucosa al 25%) • Hablarle al neonato en voz baja • Organizar las actividades y cuidados • Manipular al neonato de forma delicada • No tener las manos frías al momento de manipular al neonato • Evitar procedimientos no necesarios • Tocar de forma suave al neonato
FUNDAMENTACIÓN		
<p>La succión no nutritiva se recomienda cuando se realizan procedimientos que causan dolor leve a moderado. Se ha demostrado disminución de las expresiones faciales de dolor y menor llanto, que se atribuyen a la modulación de la transmisión o procesamiento de la nocicepción a través de la mediación del sistema opioide endógeno (41). Se ha comunicado un efecto de sinergismo al combinar sacarosa y succión no nutritiva. El pacificador o chupete humedecido con solución glucosada o sacarosa reduce la respuesta al dolor con mayor eficacia que la succión no nutritiva única. Los estímulos e intervenciones cotidianas deben coordinarse para respetar los períodos de descanso del RN y así evitar los excesos en manipulación e invasiones que puedan ser estresantes. Es conveniente agrupar maniobras y programar las extracciones sanguíneas en el mismo momento. Se recomienda la estimulación multisensorial y facilitar la posición alineada, con el RN contenido y con las extremidades flexionadas, manipulación gentil o cálida, acariciarlo y hablarle suavemente para mitigar el estrés.³⁵</p>		
CONTROL DEL CASO: El neonato logró disminuir el dolor a un puntaje de 6 de la escala de PIPP, se le brindaron medidas de contención, un ambiente sin estímulos, se encontraba con aislamiento tanto visual como auditivo, y se le administró succión no nutritiva durante los procedimientos realizaron durante el turno.		

REQUISITO: Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 26 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Riesgo de inestabilidad en los valores de la glucosa relacionado con el aporte dietético NPT GKM 5.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Vigilar los niveles de glucosa y signos y síntomas de hiper o hipo glicemias durante el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> Concentración de glucosa en sangre 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de la hiperglicemia Vigilancia del aporte de glucosa en soluciones Monitorización del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> Tomar glicemia capilar por turno Vigilar los niveles de glucosa Reportar al médico cuando el nivel de glucosa sea alto Aporte de líquidos Medición del peso diario Vigilar la cantidad de glucosa en las soluciones Vigilar la cantidad de soluciones que pasan por hora Vigilar el aporte GKM Vigilar el acceso venoso permeable Control de uresis diaria Control del peso diario Glicemia capilar por turno Vigilar estado de conciencia Vigilar patrón respiratorio
FUNDAMENTACIÓN Las complicaciones más frecuentes de la nutrición parenteral total en neonatos (NPT) son: metabólicas, infecciosas y por los catéteres. Entre las metabólicas las que se ve con más frecuencia es la hiperglicemia, se presenta durante los primeros días de vida, principalmente en niños recién nacidos prematuros; ésta se puede acompañar de coma hiperosmolar, diuresis osmótica, pérdida de electrolitos y hemorragia intraventricular. Generalmente son consecuencia del desequilibrio en el aporte de macro o micronutrientes. Entre éstas se pueden citar: * Hiperglicemia, glucosuria, diuresis osmótica, coma hiperosmolar o hipoglicemia: cuando se considera administrar insulina en pacientes con hiperglicemia, la dosis debe ser ajustada en base a la concentración de glucosa en sangre. La glicemia no debe ser regulada debajo de 150 mg/dl a menos que exista glucosuria. La dosis inicial que se agrega a la NP es por lo general 1 microgramo/10 gramos (3). La hipoglicemia puede ocurrir cuando una infusión de NP que contenga más de 10% de dextrosa se interrumpe abruptamente, por lo que, si esto se quiere evitar, la velocidad de infusión debe ser reducida gradualmente. ³⁶		
CONTROL DEL CASO: El neonato durante el turno presentó una glicemia de 125 mg/Dl, se mantuvo estrecha vigilancia en el aporte de líquidos, se tomó glicemia capilar durante el turno y se mantuvo en conjunto con el medico el aporte GKM.		

REQUISITO: Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 26 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Déficit en el proceso de eliminación intestinal relacionado con estímulo enteral con fórmula láctea manifestado por una evacuación de escasa (3g) cantidad en 48 hrs, necesidad de estimulación para la evacuación.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Mejorar el proceso de la eliminación intestinal mediante ejercicios de estimulación durante el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de heces • Perímetro Abdominal • Características de las evacuaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización de líquidos • Manejo intestinal • Vigilancia del patrón de eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la temperatura corporal • Vigilar las pérdidas insensibles • Vigilar el aporte de líquidos • Vigilar la eliminación urinaria • Vigilar el aporte de líquidos • Valorar los movimientos peristálticos • Medir el perímetro abdominal • Realizar estimulación (masaje) • Vigilar la consistencia de las evacuaciones • Vigilar el aporte de alimento al neonato. • Valorar los signos de intolerancia de la alimentación con fórmula • Medir el perímetro abdominal antes de cada toma • Valorar el estado del abdomen y si hay dolor a la palpación • Valorar las características de las evacuaciones • Valorar la cantidad y el número de las evacuaciones
FUNDAMENTACIÓN <p>En los recién nacidos, el estreñimiento puede ser provocado por el ayuno, la disminución del peristaltismo, así como la alimentación con leche de fórmula. También puede ser provocado por medicamentos o hasta por un trastorno. Algunos recién nacidos pueden tener una obstrucción o “tapón” de meconio que bloquea la evacuación de las heces. El estreñimiento simple es fácil de tratar una vez que se determina la causa. Si hay una obstrucción de meconio, se quitará a mano con suavidad. Algunas veces se administra un estimulante, como por ejemplo un supositorio de glicerina. El estreñimiento leve suele resolverse una vez que el paciente inicia la alimentación, se regule el peristaltismo, la eliminación del tapón de meconio.³⁷</p>		
CONTROL DEL CASO: El neonato durante el turno solo logró evacuar en una ocasión, se le proporciono masaje abdominal, ejercicios de estimulación y tras la estimulación rectal evacuo en una ocasión con una cantidad de 3g de característica meconial.		

REQUISITO: Provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación y los excrementos		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 26 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Alteración en la eliminación de bilirrubina no conjugada r/c inmadurez del sistema hepático para excretar m/p ictericia, Kramer II, bilirrubina indirecta de 9.9		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Disminuir los niveles de bilirrubina mediante la colocación de fototerapia durante el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Bilirrubina • Coloración de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Fototerapia • Monitorización del recién nacido • Vigilancia del patrón de eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocación de la fototerapia • Colocar antifaz para protección ocular • Cambios de posición al neonato • Mantener a la distancia adecuada la fototerapia • Vigilar coloración de la piel • Vigilar los niveles de bilirrubina indirecta • Vigilar coloración de piel y tegumentos • Vigilar el estado de conciencia • Vigilar temperatura corporal • Vigilar las evacuaciones • Valorar los movimientos peristálticos. • Medir el perímetro abdominal. • Cuantificar el gasto biliar. • Vigilar el gasto de la sonda vigilar • Vigilar la consistencia y coloración de las evacuaciones. • Vigilar el aporte de alimento al neonato.
FUNDAMENTACIÓN <p>La hiperbilirrubinemia se caracteriza por una concentración sérica de bilirrubina mayor de 1.5 mg; de acuerdo con la causa de este aumento se determinan los tratamientos; la fototerapia es uno de los medios más utilizados para tratar la ictericia del recién nacido. La fototerapia consiste en la exposición del neonato a la fuente de luz fluorescente. Desde su descubrimiento, varios modelos fueron propuestos para controlar la acción de la luz que incide sobre la piel. Se acepta que la luz absorbida degrada la bilirrubina impregnada en la piel, transformándola en derivados hidrosolubles que serán eliminados del organismo sin necesidad previa de conjugación hepática. La eficacia del tratamiento por medio de la fototerapia depende de: la intensidad de la luz emitida por los aparatos, tener un espectro de emisión próximo al de la absorción de la bilirrubina, la edad posnatal del recién nacido, edad de gestación, su peso al nacer, la causa de la ictericia y del valor de la bilirrubina al inicio del tratamiento. ³⁸</p>		
CONTROL DEL CASO: Se realizó un uso adecuado de la fototerapia, se le proporciono aislamiento visual, se llevaron cambios de posición al neonato para evitar complicaciones, se vigiló el cuidado de la piel y no presentó complicaciones por la fototerapia durante el turno, la bilirrubina disminuyó a 1.8 después del tratamiento de la fototerapia.		

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 25 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Patrón de alimentación ineficaz relacionado con incapacidad de iniciar alimentación vía oral manifestado por reflejo de succión-deglución débil.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Estimular el reflejo de succión-deglución con ejercicios oro-motores previo a cada toma.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Reflejo de succión. • Reflejo de deglución • Peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por sonda orogástrica • Monitorización signos vitales • Succión nutritiva no 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que la sonda orogástrica que colocada correctamente • Evitar producir el reflejo nauseoso durante la colocación • Corroborar la cantidad de alimentos • Vigilar que el aporte sea el correcto • Vigilar presencia de nauseas • Vigilar la saturación durante la toma • Vigilar la frecuencia respiratoria • Vigilar la frecuencia cardiaca • Vigilar coloración del neonato • Vigilar la temperatura del neonato • Realizar masaje en las mejillas en forma circular hacia adelante y hacia atrás antes de cada toma • Realizar masajes debajo de la mandíbula antes de cada tema. • Enseñar a la madre a realizar los ejercicios • Estimular el reflejo de búsqueda antes de cada toma • Proporcionarles chupones al neonato.
FUNDAMENTACIÓN <p>La principal forma de proporcionar succión no nutritiva a un recién nacido es a través del uso de chupón, teniendo entre otros beneficios, el efecto analgésico, una menor estancia hospitalaria para los recién nacidos prematuros y una reducción en el riesgo de muerte súbita del lactante. Por otro lado, se menciona que el recién nacido puede modular experiencias agresivas por sí mismo y de manera eficaz, a través de conductas de autoconsuelo, tales como la succión.</p> <p>La técnica utilizada para ofrecer al recién nacido succión no nutritiva es mediante el estímulo de reflejo de búsqueda, al introducir el pezón o el chupón conjuntamente con la sonda, manteniendo la posición de semisentado con la cabeza en la línea media y brazos flexionados. Esto ayuda a que la lengua se dirija hacia el frente por acción de la gravedad y modifica la tendencia a la retracción.³⁹</p>		
CONTROL DEL CASO: El neonato no presento complicaciones en la alimentación, se le estimulo mediante ejercicios orofaciales para entrenar la succión-deglución, con buen reflejo succión durante las tomas, sus signos vitales durante las tomas del turno se mantuvieron estables		

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 25 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Riesgo de intolerancia a la vía oral relacionado con inicio tardío de la alimentación por vía oral.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Identificar si presenta signos y síntomas de intolerancia a la vía oral durante el turno matutino.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso • Distensión abdominal • Regurgitación • Nausea • Evacuaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la nutrición • Monitorización del neonato • Vigilancia del patrón de eliminación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar el aporte nutrición • Vigilar la ingesta calórica del neonato • Pesar diario al neonato • Vigilar presencia de distensión abdominal • Vigilar tolerancia de la vía oral (regurgitaciones, vómitos). • Vigilar coloración del recién nacido • Vigilar frecuencia respiratoria durante cada toma • Vigilar frecuencia cardíaca durante las tomas • Medir perímetro abdominal después de cada toma • Mantener una temperatura adecuada del ambiente • Valorar signos de intolerancia a la vía oral • Valorar el estado del abdomen • Valorar si hay dolor a la palpación • Valorar cantidad y número de evacuaciones • Valorar las características de las evacuaciones.
FUNDAMENTACIÓN <p>La alimentación enteral, ésta debe iniciarse en los neonatos que no tengan distensión abdominal, y si es menor de 32 semanas al nacer, no es indispensable que tenga peristalsis o que haya tenido expulsión de meconio. Los beneficios con esta alimentación son: acelera la maduración anatomofuncional del intestino al favorecer el crecimiento de los enterocitos, así como la motilidad intestinal y la inducción de hormonas tróficas como la gastrina, colecistoquinina, enteroglucagón, neurotensina y el factor inhibidor péptico gástrico. Por otra parte, esta alimentación permite el desarrollo precoz de la alimentación enteral completa, disminuye los episodios de sepsis, y a la vez, reduce los días de estancia hospitalaria sin aumentar el riesgo de ECN. Si bien la leche materna es la primera opción para la alimentación de los recién nacidos pretérmino, ya que proporciona al niño protección inmunológica entre muchas otras ventajas que superan a las que ofrecen las fórmula lácteas, cuando no es posible iniciar la lactancia con la leche materna, la segunda opción es lactarlos con fórmulas diseñadas para niños a término, o bien, las diseñadas para los recién nacidos prematuros que proporcionan 24 Kcal/onza y un aporte adecuado a estos niños recién nacidos y con respecto a otros nutrimentos dependiendo de la tolerancia de cada bebé.⁴⁰</p>		
CONTROL DEL CASO: Se mantuvo en vigilancia la tolerancia la vía oral, y signos vitales durante la toma, no presentó datos de distensión ni regurgitaciones ni vómitos durante el turno, se le administró la fórmula para prematuro al 16% a gravedad, presentando buena tolerancia durante las tomas del turno.		

REQUISITO: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad la actividad y reposo		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 25 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Riesgo de desorganización del neonato relacionado con incapacidad de regular los estímulos externos (ruido, luz y manipulación excesiva).		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Disminuir el número de estímulos, organizando las intervenciones de enfermería durante el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Signos de estrés • Constantes vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo ambiental • Monitorización del neonato • Medidas de confort 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener el servicio en silencio • Colocar aislamiento auditivo • Colocar aislamiento visual • Proporcionar medios de contención • Proporcionar hora de penumbra • Valorar cambios de frecuencia cardiaca • Valorar el ritmo y frecuencia respiratoria • Vigilar los niveles de saturación • Vigilar coloración del neonato • Vigilar la temperatura corporal • Vigilar signos de estrés • Posicionamiento del neonato • Medidas de contención • Cambios de posicionamiento • Ambiente neutro
FUNDAMENTACIÓN <p>En los recién nacidos prematuros es muy importante, tanto la cantidad como la calidad de los estímulos que reciben. Todos los estímulos tanto dentro de la incubadora, como fuera de ella, han de ser adecuados en frecuencia, duración e intensidad. Siendo nocivos para el recién nacido prematuro, tanto la estimulación excesiva, como la ausencia de la misma.⁴¹</p> <p>Las intervenciones de enfermería, realizadas de manera correcta, permiten reducir el riesgo potencial de alteraciones en el crecimiento y desarrollo del prematuro, así como las complicaciones inmediatas y mediatas relacionadas con su internamiento desde la etapa prenatal hasta su estancia en la UCIN. Múltiples investigaciones a nivel internacional han comprobado sus beneficios y ventajas en la atención del neonato prematuro considerando el gran impacto en su desarrollo a largo plazo, por lo que se han propuesto medidas que permiten reducir el estrés del entorno del neonato, el dolor asociado a pruebas diagnósticas y el manipuleo excesivo mediante estrategias como cargado y presencia de la madre.⁴²</p>		
CONTROL DEL CASO: El número de estímulos se redujo en la medida de lo posible, las actividades y cuidados de enfermería se trataron de hacer en un solo momento para evitar la sobre estimulación, se le mantuvo en posiciones cómodas, contaba con aislamiento auditivo y visual y el neonato no presentó signos de estrés durante el turno matutino		

REQUISITO: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad la actividad y reposo		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 25 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Alteración del ciclo vigilia- sueño relacionado con macroambiente hospitalario manifestado por llanto, irritabilidad, escala de Brazelton estado I.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Mantener el ciclo vigilia-sueño, agrupando las intervenciones durante el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de sueño • Signos de estrés 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación mínima • Manejo del ambiente • Monitorización del recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar las actividades durante el turno • Evitar manipular al neonato de forma innecesaria • Movilizar al neonato cuidadosamente • Tocar de forma suave al neonato • Tocar al neonato con las manos tibias • Mantener un ambiente neutro • Mantener en silencio el área • Mantener penumbra • Proporcionar medidas de contención • Hablar en voz baja • Vigilar fluctuaciones en frecuencia cardiaca • Vigilar fluctuaciones de saturaciones • Vigilar ritmo y frecuencia respiratoria • Vigilar coloración del neonato • Vigilar temperatura corporal
FUNDAMENTACIÓN <p>El neonato prematuro tiene una extrema sensibilidad al ruido. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva irreversible. El progresivo crecimiento del nivel de ruido en las UCIN, es un fenómeno que se observa a nivel mundial desde hace varias décadas.</p> <p>Es muy importante tener en cuenta la intensidad de la luz en las UCIN, ya que esto afecta al recién nacido y promueve su desorganización. La recomendación de la AAP es de 60 ftc como suficiente para la realización de la mayoría de los procedimientos.⁴³</p>		
CONTROL DEL CASO: Durante el turno el ciclo vigilia – sueño del neonato se logró mantener, se organizaron las actividades de enfermería evitando interrumpir el sueño del neonato, se mantuvo en un ambiente tranquilo sin estimulación visual y auditiva, durante el turno se mantuvo la mayor parte en sueño fisiológico, la escala Brazelton continuo en estado I a pesar de las intervenciones.		

REQUISITO: Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 27 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Disposición de la madre para participar en los cuidados del neonato.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Apoyo educativo
OBJETIVO: Incentivar a la madre que adquiera conocimiento sobre el cuidado del neonato durante cada visita.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> Niveles de conocimientos de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento en los sistemas de apoyo Enseñanza a la madre Fomento del contacto físico 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el grado de apoyo familiar. Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. Elegir con el cuidador personas cercanas que puedan ayudar de alguna forma. Sugerir la asistencia a grupos de apoyo. o Se invita a buscar ayuda profesional, para el asesoramiento. Invitarles a externar sus emociones con los cuidadores de otros pacientes. Establecer una relación de confianza. Establecer credibilidad con el cuidador. Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del cuidador. Valorar el estilo de aprendizaje del cuidador. Explicar a la madre de la importancia del contacto físico hacia su hijo Educar a la madre del previo lavado de manos antes de tocar al neonato Educar sobre la importancia del vínculo madre-hijo Dar seguridad a la madre para tocar a su hijo.
FUNDAMENTACIÓN <p>La comunicación afectiva es relevante en las interacciones humanas, en unas ocasiones evita situaciones problemáticas y en otras las resuelve". El personal de Enfermería interactúa con las personas que se encuentran en su entorno con el propósito de identificar sus necesidades interferidas y para conocer también sus sentimientos y sus opiniones acerca de su problema de salud. Es importante que el paciente y los familiares sean partícipes en la búsqueda de soluciones para lograr la calidad de su cuidado. Por lo tanto, la enfermería puede ser considerada como un instrumento educativo, que promueve una fuerza de maduración de la personalidad hacia la construcción de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria.</p> <p>El Personal de Enfermería que se encuentra en el área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales está llamado a fortalecer los aspectos positivos de la relación terapéutica con los padres de los neonatos hospitalizados en esta unidad, ayudando así a reconocer sus debilidades, a través de talleres de crecimiento personal que promuevan la empatía, la comunicación y cuidado de sí, para cuidar de los otros.⁴⁴</p>		
CONTROL DEL CASO: La madre logró mostrar los conocimientos necesarios para el cuidado del neonato e identificó algunos signos de alarma se realizó un evaluación sobre el cuidado del neonato, preguntándole cuales son los cuidados que debe tener en el hogar y que refiriera los signos de alarma.		

REQUISITO: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad e interacción social		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 27 de octubre del 2016
DIAGNÓSTICO: Bienestar en la interacción social manifestado por contacto físico y apego de la madre y el neonato.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Parcialmente compensatorio
OBJETIVO: Mantener el apego entre la madre y el neonato durante la visita en la unidad de cuidados intensivos.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> Contacto físico 	<ul style="list-style-type: none"> Fomento del contacto físico Enseñanza a la madre del cuidado del neonato Escucha activa 	<ul style="list-style-type: none"> Explicarle a la madre la importancia de contacto físico Explicarle a la madre los cuidados que debe de tener antes de establecer contacto con el neonato Dar seguridad a la madre para tocar al neonato Explicar a la madre los beneficios fisiológicos y psicológicos que tiene el contacto Escuchar los miedos de la madre Valorar el estado general del neonato Integrar a la madre en los cuidados del neonato Explicar cada uno de procedimientos a la madre Estar a un lado de la madre mientras realiza los procedimientos Proporcionar seguridad a la madre Escuchar las dudas de la madre Proporcionar confianza a la madre Dejar que la madre exprese sus miedos Apoyar a la madre en los procedimientos Hablarle a la madre y proporcionarle apoyo
FUNDAMENTACIÓN Varios estudios respaldan la importancia de la promoción del contacto a través del toque entre la madre y el hijo en las UCIN. Uno de los comportamientos de apego detectado con mayor relevancia fue las maneras de toque, un sentido del toque, el toque y las conexiones madre-recién nacido. Se observaron expresiones que se traducían en rutinas comportamentales específicas; por ejemplo, el toque suave y repetitivo de las madres, procurando hacer la diferencia entre el toque de la enfermera y el toque materno, de manera que el hijo pudiera identificarlo, sus creencias se encontraron relacionadas con la tranquilidad del bebé al momento de la caricia o el toque. ⁴⁵		
CONTROL DEL CASO: Durante las visitas la madre se mantuvo en contacto con el neonato, le hablaba y lo acariciaba, el neonato al estar en contacto con la madre se mantenía con constantes vitales de 140-150 de frecuencia cardiaca, saturaciones de 91%-95%, mostrando tolerancia y bienestar durante la visita.		

VI.5.- SEGUIMIENTO

Se realizó una segunda valoración extensa donde el neonato ya se encontraba en la unidad de cuidados intermedios, la madre no estuvo presente durante esta valoración, se observa la mejoría que presenta el neonato y la evolución que tuvo, esta valoración se elaboró el día 03 de noviembre del 2016.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presenta las siguientes constantes vitales:

FC: 160 x'

FR: 37 X'

TEMP: 36.8° C

T/A: 72/41 T/A mm/Hg MEDIA: 51 mm/Hg

Peso: 1265 gramos

Perímetro torácico: 21 cm

Perímetro abdominal: 20 cm

Perímetro cefálico:27.5 cm

Pie: 6.5cm

Habitus exterior: Neonato masculino de 13/30 días de vida extrauterina, aparentando la edad, con ligera palidez de piel y tegumentos, bajo sueño fisiológico, con oxígeno indirecto, complexión pequeña para la edad, miembros superiores e inferiores simétricos, en pañal, en posición decúbito ventral, libremente escogida.

Piel: se observa íntegra, sin lesiones, pálida, hidratada y turgente.

Cabeza y cara: Normocefalico, fontanela bregmática tiene un diámetro de 1.1 mmx 1.3mm y la fontanela lamboidea 0.6 mm, suturas bien afrontadas, sin masas palpables, implantación del cuero cabelludo media de color castaño oscuro, lacio, fino, cara simétrica, cejas con poco vello de color castaño oscuro, parpados simétricos con pestañas largas, delgadas, de color castaño oscuro

Ojos: simétricos. Con movilidad, con apertura espontánea, implantación de pestañas cortas y delgadas de color castaño oscuro, hidratados, esclera blanca, presencia de reflejo pupilar, conjuntivas rosadas e hidratadas.

Oídos: Bien conformados e implantados, pabellón auricular ligeramente curvo, conductos auditivos permeables y con respuesta a estímulo al ruido, pequeños y simétricos.

Nariz: Pequeña, simétrica, ligeramente chata, permeabilidad nasal, mucosa rosada e hidratada, con dispositivo de CPAP.

Boca: Cavidad Oral íntegra, paladar duro sin fisuras, paladar blando íntegro, anodoncia, mucosas orales rosadas e hidratadas, úvula central, encías rosadas e íntegras, lengua normal, con presencia de frenillo, reflejo de succión-deglución débil.

Cuello y Hombros: Cuello cilíndrico, simétrico, sin adenomegalias, tráquea en línea, con poca movilidad, hombros simétricos, clavículas sin fracturas a la palpación, continuas.

Tórax: Normolineo, con glándula mamaria menos de 5 mm a la palpación, pezones apenas visibles simétricos, areola chata lisa, con un diámetro de 0.6 mm, tórax redondo, con movimientos de ampliación y amplexación, simétrico, Silverman Andersen con una puntuación de 0, FR: 37 por minuto, perímetro torácico de 20 cm, ritmos respiratorios irregulares, con una saturación de 92%- 95%. sin presencia de ruidos agregados, con resonancia de llanto normal

Cardiovascular: ritmos cardíacos regulares con buena intensidad, sin ruidos agregados. Hemodinámicamente estable, sin soplos. con una frecuencia cardíaca de 160 lpm, con buena intensidad, pulsos presentes, ruidos aórtico 157 lpm, ruido pulmonar 159 lpm, ruido tricúspide 158 lpm y ruido mitral 159 lpm, llenado capilar de 2".

Abdomen: Blando, depresible, integridad de pared abdominal, presencia de peristalsis presente, no doloroso a la palpación, hígado de tamaño adecuado, por debajo del borde intercostal, sin globo vesical, cicatriz umbilical.

Genitales: fenotípicamente masculinos, glande cubierto por prepucio, meato urinario presente y central, escroto con poca presencia de arrugas, testículos descendidos, ano central, permeable sin fistulas.

Dorso y columna vertebral: simétrico, sin hundimientos, ni malformaciones

Extremidades: extremidades íntegras, simétricas, reflejos primarios débiles.

Cadera: integra simétrica, Barlow y Ortolani negativos.

Estado Neurológico: Reflejo succión-deglución y búsqueda débil, tónico del cuello y enderezamiento tronco débil, movimientos débiles, resonancia del llanto presente, Babinsky presente, moro presente, reflejo gablelar presente, prensión plantar y palmar presente.

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE INSUFICIENTE DE AIRE

Valorado el día 03 de noviembre del 2016

El neonato aun presenta dificultad para respirar por sí mismo, por lo cual requiere ayuda con un aporte de oxígeno indirecto a 1 Lt. con fiO_2 de 21%, presento un Silveman Andersen de 0t

No se realizaron exámenes de laboratorio

Los signos vitales estuvieron dentro de los parámetros normales, siguió con irregularidades, ya que presentaba ligeras variaciones en la frecuencia cardiaca y respiratoria.

El requisito se encuentra con déficit por que sigue necesitando un aporte de oxigeno mínimo.

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

Este requisito presento ligera mejoría ya que se aumentó la ingesta enteral y se le retiro la nutrición parenteral, pero los reflejos aún siguen débiles, se trabajó con la madre para que realice ejercicio de estimulación.

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 03 de noviembre del 2016
DIAGNÓSTICO: Dificultad respiratoria leve relacionado con patología de base manifestado por necesidad de oxígeno indirecto 1 lt con fiO2 al 21%		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Ayudar al neonato con el aporte suficiente de oxígeno, mejorar el patrón respiratorio durante los cuidados en el turno.		
INDICADOR	INTERVENCION	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> Saturación de O2 Frecuencia respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> Monitorización de signos vitales Manejo de la vía aérea Oxigenoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluar la frecuencia respiratoria ritmo y profundidad Vigilar frecuencia cardiaca Vigilar temperatura corporal Vigilar variante en la saturación de oxígeno Auscultar los campos pulmonares. Vigilar que el aporte de oxígeno sea correcto Proporcionar el oxígeno húmedo y tibio Vigilar las fluctuaciones de las saturaciones de oxígeno Colocar al neonato en posición que mejore su ventilación Vigilar esfuerzo respiratorio Vigilar uso de músculos accesorios Vigilar la presencia de apneas o pausas respiratorias Realizar valoración de Silverman Andersen Proporcionar al neonato oxígeno humidificado y caliente Vigilar el nivel de FiO2 Proporcionar una PEEP correcta Vigilar la saturación de oxígeno
FUNDAMENTACIÓN <p>La terapia con oxígeno debe basarse en un análisis clínico, tener una indicación específica y ser monitorizada con la finalidad de retirarlo tan pronto no resulte necesario, ya que la toxicidad del oxígeno para el neonato es alta. El oxígeno indirecto es útil en neonatos conscientes con dificultad respiratoria, de leve a moderada, que requieren concentraciones bajas de oxígeno.⁴⁶</p> <p>El oxígeno es posiblemente el fármaco más utilizado en neonatología, ya que los problemas relativos a la insuficiencia respiratoria ocupan un primer lugar en la enfermedad neonatal. La utilización clínica del oxígeno requiere que se tengan conocimientos de aspectos inherentes al metabolismo oxidativo y de las consecuencias patológicas derivadas de su utilización con objeto de lograr un adecuado equilibrio. El balance entre hipoxemia e hiperoxemia es necesario para evitar consecuencias negativas en tejidos especialmente sensibles, como el sistema nervioso central, la retina, el pulmón o el aparato digestivo. Es más, las fluctuaciones frecuentes de la concentración de oxígeno son especialmente dañinas y deben ser evitadas. La incorporación de la pulsioximetría a la práctica clínica ha permitido un control mucho más preciso de la oxigenoterapia. Sin embargo, el clínico y la enfermería deberían conocer a fondo las limitaciones de estos dispositivos y la incapacidad que todavía existe en la actualidad para mantener de forma continuada a los pacientes dentro del rango prescrito.⁴⁷</p>		

CONTROL DEL CASO: El neonato se mantuvo con frecuencias respiratorias de 37 rpm – 45 rpm durante el turno, con saturaciones de oxígeno de 92%-95%, sin presencia de datos de dificultad respiratoria, con un Silverman Andersen de 0, con oxígeno indirecto de 1 lt con fiO2 al 21 %

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos		
NOMBRE DEL PACIENTE: Pedro Gabriel		FECHA: 03 de noviembre del 2016
DIAGNÓSTICO: Bienestar en la tolerancia de la vía oral manifestado por aumento en el aporte enteral y retiro de la nutrición parenteral.		SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente compensatorio
OBJETIVO: Ayudar a que el neonato mejore sus reflejos de succión y deglución y pueda empezar la succión.		
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación por sonda orogástrica • Monitorización del recién nacido • Succión no nutritiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar que la sonda orogástrica que colocada correctamente • Evitar producir el reflejo nauseoso durante la colocación • Corroborar la cantidad de alimentos • Vigilar presencia de nauseas • Vigilar la saturación durante la toma • Vigilar coloración del neonato • Vigilar datos de distensión abdominal • Realizar masaje en las mejillas en forma circular hacia adelante y hacia atrás antes de cada toma • Realizar masajes debajo de la mandíbula antes de cada tema. • Enseñar a la madre a realizar los ejercicios • Estimular el reflejo de búsqueda antes de cada toma • Proporcionarles chupones al neonato.
FUNDAMENTACIÓN <p>Es así como la alimentación enteral ordinaria tiene ventajas sobre la alimentación parenteral, ya que con la primera de éstas, el riesgo de infección es menor y se reducen los trastornos metabólicos en los lactantes menores. También, la frecuencia de hiperbilirrubinemia suele ser menor y mantiene y participa normalizando la integridad de la mucosa gastrointestinal en estos lactantes, facilitando además la restauración de las enzimas digestivas, con la ventaja de que la alimentación parenteral es bastante onerosa. Es así como la alimentación con leche materna no sólo fomenta el lazo madre-hijo, sino también brinda a los bebés protección inmunológica y tiene menor carga de solutos además de que también promueve el neurodesarrollo de los niños lactantes.⁴⁸</p>		
CONTROL DEL CASO: Pedro durante el turno no presentó datos de distensión abdominal, regurgitaciones o vómito, se siguió realizando sus ejercicios de estimulación para el reflejo de succión mejorando en la alimentación, lo que se buscaba era que comiera a través de seno materno, pero por el peso (1265 gramos) no lo logró en ese momento.		

PLAN DE ALTA

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

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

ORIENTACIÓN MATERNA: explicar a la madre que acuda al hospital cuando el neonato tenga los labios morados, tenga respiraciones rápidas o profundas, aleteo nasal.

MEDICAMENTOS: no tiene medicamentos

OBSERVACIONES: enseñar a la madre como identificar los síntomas de dificultad respiratoria.

2 Y 3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA y ALIMENTOS

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO: alimentación por sonda orogástrica con leche maternizada

ORIENTACIÓN MATERNA: enseñar a la madre sobre la extracción de leche y el almacenamiento, y como alimentar al bebe con SOG

MEDICAMENTOS: vitaminas ACD, ácido fólico.

OBSERVACIONES: enseñar a la madre que debe de alimentar al neonato cada 3 horas.

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

CAMBIO DE PAÑAL: Enseñar a la madre los cuidados que debe de tener al cambiar de pañal al bebe explicar que se debe de valorar las características de la orina y las heces y el número de micciones y evacuaciones.

MANEJO DE ERITEMA PERIANAL: enseñar las medidas a la madre del cuidado del pañal no dejar mucho tiempo al neonato con el pañal sucio, y utilizar óxido de zinc como profilaxis

MANEJO DE ESTOMAS: no cuenta con estomas

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

POSICIÓN PARA DORMIR: explicar a la madre la posición del neonato como debe de dormir, que no debe utilizar almohadas, la superficie tiene que ser firme, boca arriba

MEDIDAS DE SEGURIDAD: puede utilizar un nido como medida de contención, y que duerma cerca de ella para vigilarlo.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: explicar a la madre que debe realizar ejercicios de estimulación temprana para ayudar al neurodesarrollo del neonato.

OBSERVACIONES: decirle a la madre que puede llevar a terapias de estimulación temprana.

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

APEGO MATERNO: fomento de la lactancia materna, favorecer el contacto del neonato con la madre diciéndole que puede cargarlo todo el tiempo.

TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO: se realiza la técnica mamá canguro, la madre se adiestró mientras el neonato estaba hospitalizado.

OBSERVACIONES: se le explicó a la madre que es de suma importancia la vigilancia del neonato durante el sueño.

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

VACUNAS: información sobre el esquema de vacunación, y los cuidados que debe de tomar después de la aplicación.

TAMIZAJE: explicar el tamizaje tanto el auditivo como el metabólico.

MEDICAMENTOS: se va sin medicamentos y sin oxígeno.

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: explicar a la madre que acuda el hospital cuando: aumente la temperatura del neonato, cuando se ponga pálido o morado, presente signos de deshidratación, presente diarrea, sangrados, o dificultad para respirar.



Figura 3

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Los neonatos son una entidad que requiere ciertos cuidados especializados ya que por su misma inmadurez dependen completamente de alguien para poder cumplir todas sus funciones. Como bien se mencionó durante el presente trabajo, los cuidados que se brindan en una unidad de cuidados intensivos neonatales, se realizan de manera integral no solo son cuidados para el neonato sino también para toda su familia, es necesario incluir a los padres en cada uno de los cuidados para mejoría del neonato.

Es necesario también conocer cada uno de los aspectos de la patología para poder brindar esos cuidados especializados y poder identificar las posibles complicaciones y llevar una prevención.

El trabajo en equipo también fue fundamental integrar a la madre, los médicos y enfermeras que estuvimos al pendiente del neonato durante su estancia fueron de suma importancia

El neonato presento mejoría a su egreso, se brindaron los cuidados de enfermería mencionados, y en conjunto con el equipo médico del Hospital General “Enrique Cabrera” se lo logro que el neonato dejara el oxígeno y aumentara de peso para su egreso.

El conocer las necesidades del paciente en toda su evolución, proporciona que se le brinde el cuidado específico, como se describió en este trabajo, cada uno de los planes de cuidado descritos se elaboraron de un valoración extensa y exploraciones físicas, y valoraciones diarias del paciente, de una investigación exhaustiva sobre la patología y la metodología que se iba a realizar y los fundamentos de los cuales sustentan este trabajo.

REFERENCIAS

1. López de Heredia Goya J., Valls i Soler A. Síndrome de dificultad respiratoria. 2012, Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>.
2. Wilkinson D, Andersen C., O'Donnell CPF, De Paoli A.G, Manley BJ. High flow nasal cannula for respiratory support in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD006405. DOI: 10.1002/14651858.CD006405.pub3.
3. W.A. Gonc, alves-Ferri, F.E. Martinez, J.P.S. Caldas, S.T.M. Marba, S. Fekete, L. Rugolo, C. Tanuri, C. Leone, G.A. Sancho. Application of continuous positive airway pressure in the delivery room: a multicenter randomized clinical trial. *Braz J Med Biol Res* 47(3) 2014.
4. Ho JJ, Subramaniam P, Davis PG. Continuous distending pressure for respiratory distress in preterm infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD002271. DOI: 10.1002/14651858.CD002271.pub2
5. Barreras J., Agüero A., Avilés E., Murray H.J., Gómez Y. Impacto del uso de la ventilación con presión positiva continua nasal en la evolución del recién nacido de muy bajo peso Archivo. Médico de Camagüey, 2013, vol. 17, núm. 2, pp. 139-149
6. Lezcano G.A., Corona P, Rivero R. Ventilación prona en estadios iniciales del síndrome de distrés respiratorio/Prone ventilation in early stages of respiratory distress syndrome. *Rev Cub Med Int Emerg* Vol. 15, 2016;(3):70-84
7. Antunes, JCP; Nascimento, MAL; Gomes, AVO; Araujo, MC.; Christoffel, MM. TECNOLOGÍA SECUNDARIA EN EL TRATAMIENTO DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO (CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL USO DEL CPAP NASAL) *Enfermería Global*, vol. 9, núm. 3, octubre, 2010, pp. 1-11
8. Santos S.F., Freire Bonfim M.G., Lucena de Vasconcelos N., Cabral de Sousa F., Vieira Câmara da Silva D., Pedrosa Leal L. Lesión de tabique nasal en neonatos pretérmino en el uso de prongs nasales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(5):826-33.
9. Quiroga A. Cuidados al recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Plan de cuidados de enfermería. *FUNDASAMIN*. Disponible en: <https://goo.gl/pl3laa>.
10. Gema-González M.; Arranz-González M. Cuidados de enfermería en el CPAP neonatal. *[Nursing care in the use of neonatal continuous positive airway]*. *Rev Enferm*. 2012; 35(6): 52-9.
11. Calum T R., J Manley B., A Dawson J., G Davis P. Nursing perceptions of high-flow nasal cannulae treatment for very preterm infants. Volume 50, Issue 10 October 2014, pages 806-810.
12. Thomas P.E; LeFlore J. Extubation success in premature infants with respiratory distress syndrome treated with bi-level nasal continuous positive airway pressure versus nasal intermittent positive pressure ventilation. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2013; 27(4): 328-34; quiz E3-4.
13. Durán de Villalobos M.M. Marco epistemológico de la enfermería. *Aquichán*. 2002 Vol 2(1): 7-18.
14. Amaro Cano M.C. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev. Cubana Enfermer*. 2004 Vol; 20(3).
15. Hernández Cortina A., Guardado de la Paz C. La Enfermería como disciplina profesional holística. *Rev. Cubana Enfermer*. 2004; 20(2): 1-1.
16. Sanabria Triana L. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. *Rev. Cubana Educ Med Super* 2002; 16(4).
17. Disciplina enfermera. Conceptos nucleares de la enfermería. Modelos y teorías de enfermería. Características generales de los modelos: componentes y elementos.

Principales teóricas Manual CTO. Oposiciones de enfermería. Disponible en: http://www.grupocto.es/tienda/pdf/EN_OPEenf_Ara_CapM.pdf

18. Cisneros G. F. Introducción a las Teorías y Modelos de Enfermería. Disponible en: <https://goo.gl/O6WS4>
19. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma edición. Elsevier. España S.L. 2011.
20. Reina G. N C, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico 2010 18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>.
21. 10.- El proceso enfermero como herramienta metodológica. Aplicación de los lenguajes normalizados NANDA, NIC, NOC. Disponible en: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/lenguajes_normalizad.pdf
22. Balan Gleaves C., Franco Orozco R.G., Teorías y Modelos de Enfermería, bases teóricas para el cuidado especializado. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F. 2009.
23. Who.int. Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100.1948.
24. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet. 2012. 9;379(9832):2162-72.
25. Gómez-Gómez M., Danglot-Banck C., Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos Rev Mex Pediatr 2012; 79(1); 32-39.
26. Camacho Arnez Mery. Identificación de las principales patologías y mortalidad en el Recién Nacido menor a 1500 g al nacimiento. Gac Med Bol. 2013; 36(2): 90-92.
27. Intervenciones de enfermería para la atención y limitación del daño en recién nacidos pretérmino con síndrome de dificultad respiratoria en el segundo y tercer nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de práctica clínica de enfermería. México, Secretaría de salud: CENETEC, 2015.
28. J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler. Síndrome de dificultad respiratoria. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008, Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/31.pdf>
29. Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. México, Secretaría de Salud, 2009.
30. D.A. Morales-Barquet, E.R. Reyna-Ríos, G. Cordero-González, G. Arreola-Ramírez, et al. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria, Perinatol Reprod Hum. 2015;29(4):168-179.
31. Diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, México, Secretaria de Salud, 2009.
32. Morales-Barquet D.A., Reyna-Ríos E.R., Cordero-González G., Arreola-Ramírez G., Flores-Ortega J., Valencia-Contreras C. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatol Reprod Hum. 2015;29(4):168-179.
33. Pérez L, González D, Álvarez K, Díaz-Martínez L. Presión positiva continua en la vía aérea comparada con la respiración mecánica asistida en prematuros de 28 a 32 semanas de gestación con administración precoz de surfactante pulmonar. Biomédica, 2014; 34(4): 612-623.
34. Benavides M, Shimabuku R, Ota A. Hiperoxia por dos horas produce daño morfológico cerebral luego de asfixia neonatal experimental. 2013. An. Fac. med. vol.74 no.4 Lima oct./dic.
35. Lemus-Varela ML, Sola A, Golombek S, Baquero H, Borbonet D, Davila-Aliaga C et al. Consenso sobre el abordaje diagnóstico y terapéutico del dolor y el estrés en el recién nacido. Rev Panam Salud Publica. 2014;36(5):348-54.

36. Campos Cavada I, NUTRICIÓN PARENTERAL EN PEDIATRÍA. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. vol. 69, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 67-82.
37. Referencia: Alonso A, García M. Trastornos digestivos menores en el lactante. Bol Pediatr 2010; vol.46: pp.180-188.
38. Durán M., García J.A., Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. Enferm. univ 2015; vol.12(1): 41-45.
39. Guido-Campuzano M, Ibarra-Reyes M, Mateos-Ortiz C, Mendoza-Vásquez N. Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. Perinatol. Reprod. Hum]. 2012; 26(3): 198-207.
40. Gasque J, Gómez M. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro (Primera de dos partes). Rev Mex Pediatr 2012; 79(3); 151-157.
41. Rodríguez-Gonzalez L, Mata-Alcoba I. PROCEDIMIENTO DE MÍNIMA MANIPULACIÓN EN EL NEONATO. Rev. enferm. CyL. 2014. Vol 6 - N° 2.
42. Rivera-Vázquez P, Lara-Murillo D, Herrera-Rodríguez A, Salazar-Urbina E, Castro-García R, Maldonado-Guzmán G. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enf Neurol. 2011, No. 3: 159-162.
43. Egan F, Quiroga A, Chattás G. Cuidado para el neurodesarrollo. FUNDASAMIN 2012. Vol.14, pp4-13.
44. Sifuentes-Contreras A., Parra F.M., Marquina-Volcanes M., Oviedo-Soto S. Relación terapéutica del personal de enfermería con los padres de neonatos en la unidad terapia intensiva neonatal. Enferm. glob. 2010 Jun; Vol. (19). Pp. 1-6.
45. Guerra-Ramírez M., Muñoz-de Rodríguez L. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Enferm. Univ. 2013 Sep; 10(3): 84-91.
46. Sánchez R, Solano J, Mendivil E. Administración de oxígeno en la etapa neonatal. CCAP, 2012 Vol 9 (3), pp. 42-53.
47. Vento-Torres M. Oxigenoterapia en el recién nacido. An Pediatr Contin. 2014;12(2):68-73.
48. Gasque-Góngora J, Gómez García M. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro. Rev Mex Pediatr 2012; 79(3); 151-157



**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:			
UNIDAD HOSPITALARIA:		FECHA DE ELABORACIÓN:	
NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO:		SEXO:(F) (M)	HORA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO:		FECHA DE NACIMIENTO:	
EDAD GESTACIONAL:	PESO AL NACER:	TALLA:	TIPO DE PARTO:
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (SI) (NO)		AVANZADAS (SI) (NO)	FECHA DE INGRESO:
DÍAS DE ESTANCIA:		GRUPO Y RH	
FUENTE DE INFORMACIÓN:			

1.2 ESTADO DE SALUD

1.2.1.- SANO () ENFERMO ()

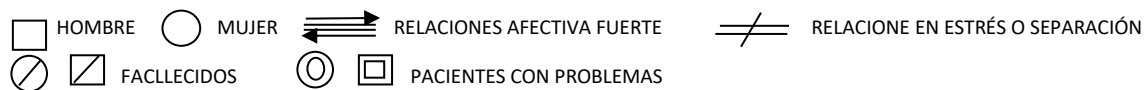
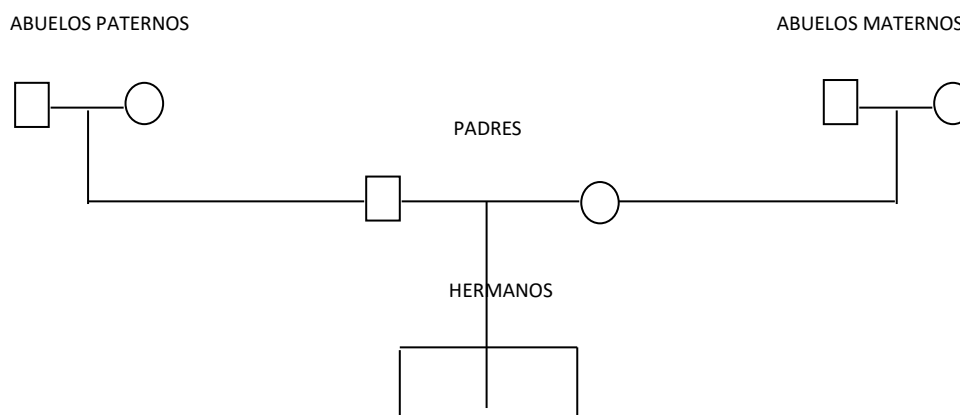
1.3.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

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

1.3.2. NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: _____

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

1.3.3.- FAMILIOGRAMA



1.4.-FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS:

NOMBRE DE LA MADRE _____ EDAD _____ PESO _____
TALLA _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____ OCUPACIÓN _____
EDO CIVIL _____ RELIGIÓN _____ ESCOLARIDAD _____
NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD _____ PESO _____
TALLA _____ LUGAR DE RESIDENCIA _____ OCUPACIÓN _____
EDO CIVIL _____ RELIGIÓN _____ ESCOLARIDAD _____

1.5.- DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE RECURSOS

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

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

No. HABITANTES: _____

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

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

1.6.- FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD:

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

1.7.- PATRON DE VIDA:

PADRES:

CARGA GENÉTICA: HIPERTENSIÓN () DIABETES () CARDIOPATÍAS () CÁNCER ()
OTROS _____ QUIEN LO PADECE _____

TABAQUISMO () ALCOHOLISMO () TOXICOMANÍAS ()

ALIMENTACIÓN: CANTIDAD _____ CALIDAD _____

BAÑO _____ ASEO DENTAL _____ ESQUEMA DE VACUNACIÓN: COMPLETA ()

DESCONOCE ()

1.8.- FACTORES AMBIENTALES

ÁREA GEOGRÁFICA: URBANA () 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 ()

2.1.4 ANTECEDENTES PERINATALES

G _____ P _____ A _____ C _____ CONTROL PRENATAL _____ N° DE CONSULTAS _____ USG

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO _____

TRATAMIENTO MEDICO _____
 INMUNIZACIONES _____ MICRONUTRIENTES _____
 ISOINMUNIZACION PREVIA _____
 TIPO DE PARTO: ESPONTANEO () FÓRCEPS () INDUCIDO () CONDUcido () FORTUITO ()
 DISTÓCICO () EUTÓCICO ()
 RM: ESPONTANEAS () ARTIFICIAL () LIQUIDO AMNIOTICO _____
 ANALGESIA: NINGUNA () BDP () GENERAL. () LOCAL () SEDACIÓN ()
 PRODUCTO: ÚNICO () GEMELAR () MÚLTIPLE ()
 OTROS _____

2.1.5 ANTECEDENTES DEL NEONATO

LESIONES Y DEFECTOS AL NACIMIENTO _____
 SUFRIMIENTO FETAL _____
 PADECIMIENTO ACTUAL _____
 DX MEDICO _____

2.2.- FACTOR DE RIESGO

VALORACIÓN PRENATAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Peso: _____ kg
 Edad: _____ Talla: _____ m
 Edad gestacional: _____ IMC: _____
 No visitas: _____ T/A: _____

BAJO	MEDIO	ALTO
------	-------	------

Antecedentes Heredofamiliares

	No	Controlada	Sin control
Diabetes			
Hipertensión			
Cardiopatías			
Enfermedades Renales			
Epilepsia			
Enfermedad de Tiroides			

Vacunas:

Otras

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

Antecedentes Obstétricos

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

Factores de riesgo para la salud

	No	Si	
Alcoholismo			
Drogadicción			
Otras farmacodependencias			Especifique: _____
Exposición a radiaciones			Especifique: _____
Desnutrición			
Anemia			Hb: _____ mg/dl

Nivel Socioeconómicos

Medio y alto	Bajo	Muy bajo

Valoración modificada CIMIGEN.

VALORACIÓN DE RIESGO PERINATAL			
ETAPA PERINATAL			
Fecha de ingreso	_____		
Grupo y rh materno	_____		
Consultas prenatales	Total	_____	
Madre con insoinmunicacion 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	No diferido	Masculino	Femenino
Peso _____	<2500	>4000	
Perimetro cefalico _____			
Longitud supina _____			
Peso para edad gestacional	PBEG	PAEG	
Reanimación	Si	No	Especificar _____
Referido	Neonatología	Alojamiento	
Tamiz neonatal	No	No	
Defectos congénitos	Si	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 (Cuento de plaquetas)	Cuento de plaquetas menor de 30x10 ⁹ /l	Cuento de plaquetas entre 30-100x10 ⁹ /l	Cuento de plaquetas mayor de 100 x10 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 espontanea	Respiración espontanea 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 (GRAFICA JURADO GARCÍA)		AEG PORCENTILA DENTRO DE 10 Y 90		GEG ARRIBA DE PORCENTILA 90 Y BEG DEBAJO DE PORCENTILA 10
MALFORMACIONES PRESENTES O VISIBLES		NO		SI
LESIÓN POR TRAUMA OBSTETRICO		NO		SI
PROBLEMA DE SALUD ACTUAL		NO		SI

BAJO _____ MEDIO _____ ALTO _____

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

CUIDADOS INMEDIATOS

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

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

CUIDADO MEDIATOS

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

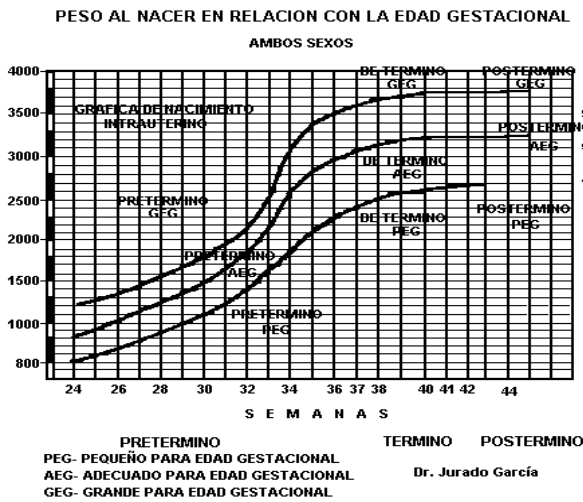
RIESGO;

3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO
3.1.- VALORACION DEL NEONATO

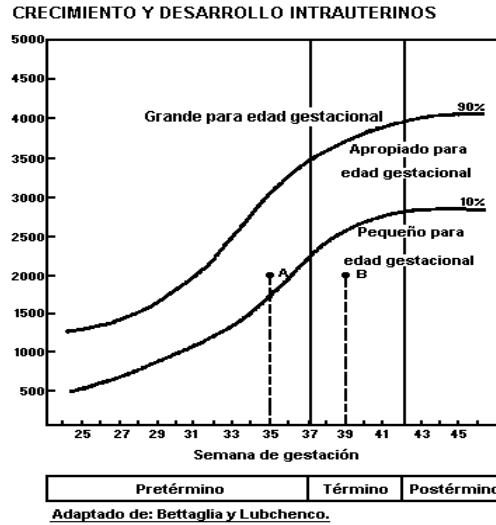
SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO. LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMI-DADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO. ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO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

VALORACIÓN APGAR

INTERPRETACIÓN: _____











INTERPRETACIÓN: _____












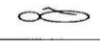





INTERPRETACIÓN: _____

MÉTODO CAPURRO PARA VALORACIÓN DE EDAD GESTACIONAL

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

INTERPRETACIÓN: METODO BALLRD (Evaluación de madurez neurológica y física)

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

Madurez física						
Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Levemente rosada, venas visibles	Descamación superficial, pocas venas	Descamación de áreas pálidas, venas escasas	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa rugosa
Lanugo	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso	Escala de madurez Puntos Sem. 5 26 10 28 15 30 20 32 25 34 30 36 35 38 40 40 45 42 50 44
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	
Oído	Aplanado, permanente, doblado	Borde levemente curvo y suave, recuperación lenta	Borde curvo suave, de fácil recuperación	Formado, firme, recuperación instantánea	Cartilago grueso firme	
Genitales ♂	Escroto vacío sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo, rugosidades completas	
Genitales ♀	Clitoris prominente y labios menores		Labios mayores y menores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos	

INTERPRETACIÓN: _____

3.3 EXPLORACION FISICA

SIGNOS VITALES:

FC _____ FR _____ T/A _____ TEMP. _____

ANTROPOMETRIA

PESO _____ TALLA _____ PC _____ PT _____ PA _____ SI _____ PIE _____

HABITUS EXTERIOR
PIEL
CABEZA Y CARA
OJOS
OIDOS
NARIZ
BOCA
CUELLO Y HOMBROS
TORAX
CARDIOVASCULAR

ABDOMEN
GENITALES
DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL
EXTREMIDADES
CADERA
ESTADO NEUROLÓGICO

4. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

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

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSON

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

RESULTADOS

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

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 ₂ _____% O ₂ _____ Lt. X'				
FASE 2 ESPECIFICA	FIO ₂ _____% O ₂ _____ Lt. X'				
FASE 3 ESPECIFICA	MODALIDAD CMV IMV PSV	PARAMETROS PIP PEEP FR CPM			

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

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

1.4 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
RITMO CARDIACO -REGULAR -IRREGULAR -ARRITMIA					
LLENADO CAPILAR -MEDIATO -INMEDIATO -TERDIO					
SOPLO -AUDIBLE -NO AUDIBLE					
PRECORDIO -AUDIBLE -NO AUDIBLE					
OXIMETRÍA DE PULSO %					

LABORATORIOS
BIOMETRIA HEMATICA:

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

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

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

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÉTRICA			
	INTEGRA			
	ÚVULA CENTRAL			
MUCOSAS	HÍDRATADAS			
	ROSADAS			
	SECAS			
	INTEGRAS			
LENGUA	HIDRATADA			
	INTEGRA			
	ROSADA			
	FRENILLO			
PALADAR	INTEGRO			
	ROSADO			

	PERLAS DE EPSTEIN			
ENCIAS	INTREGRA			
	ROSADA			
	DIENTES			
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL			
	BLANDO/DEPRESIBLE			
	DISTENDIDO/DURO			
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES			
	PERISTALSIS			
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO			
	ARETIAS 2			
	VENAS 1			
	MONIFICADO			
	ERITEMATOSO			
	HERNIADO			
PIEL	TURGENTE HIDRATADA HUMEDA			
FONTANELAS	NORMOTENSA ABOMBADA DEPRIMIDA TENSA			

A) INGRESOS

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

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PESO					
TALLA					
INCREMENTO PONDERAL					
GLICEMIA CAPILAR					
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.- _____

2.- _____

3.- _____

4.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

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

4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES)

ELIMINACIÓN URINARIA

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

ELIMINACION FECAL

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

DRENES

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

PERDIDAS INSENSIBLES:

FORMULA:

SUPERFICIE CORPORAL X CONSTANTE/24 X HRS LABORADAS

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

CONSTANTES:

INCUBADORA – BACINETE = 400

CUNA RADIANTE = 600

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

EXAMENES DE

LABORATORIO _____

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

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

5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

5.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

- Succión () deglución () búsqueda () moro () tónico cuello ()
- Enderezamiento del tronco () puntos cardinales () Arrastre ()
- Inervación del tronco () presión plantar () presión palma r () babinsky ()

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

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. Dificil 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					

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

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

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

- 6.1.- NEONATO: PLANEADO SI () NO () DESEADO () ACEPTADO ()
- 6.2.- RECIBE VISITA FAMILIAR: _____
- 6.3.- PRESENCIA DE CONTACTO FÍSICO CON EL NEONATO: _____
- 6.4.- APEGO MATERNO: _____
- 6.5.- TÉCNICA DE MAMA CANGURO: _____
- 6.6.- RECIBEN LOS FAMILIARES ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: _____

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 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

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

- 7.1.- EXISTE ALGÚN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA ESTABILIDAD DEL NEONATO
SI () NO ()
¿POR QUE? _____
- 7.2.- LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS AL NEONATO
SI () NO () Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO: _____
- 7.3.- CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES: _____
- 7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: _____
- 7.5.-SEGURIDAD Y PROTECCION

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

7.6 HIGIENE

INTERVENCIÓN	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BAÑO DE ESPONJA					
BAÑO PARCIAL					
ASEO DE CAVIDADES					
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

INTERVENCIONES	TOMA DE PESO	1
	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)				
CONDICIÓN FÍSICA GENERAL	1. Muy pobre (Edad gestacional ≤ 28 semanas).	2. Edad gestacional > 28 semanas pero ≤ 33 semanas.	3. Edad gestacional > 33 semanas pero ≤ 38 semanas.	4. Edad gestacional > 38 semanas hasta postérmino.
ESTADO MENTAL	1. Completamente limitado. No responde a estímulos dolorosos (no se estremece, ni aprieta los puños, ni gime, ni aumenta la tensión arterial o la frecuencia cardiaca) debido a una disminución del nivel de consciencia o a sedación.	2. Muy limitado. Responde únicamente a estímulos dolorosos (se estremece, aprieta los puños, gime, aumento de la tensión arterial o de la frecuencia cardiaca).	3. Ligeramente limitado. Letárgico.	4. Sin limitaciones. Alerta y activo.
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil. No realiza ni siquiera pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades sin ayuda (ej. relajante muscular).	2. Muy limitada. Ocasionalmente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de realizar cambios frecuentes de forma independiente.	3. Ligeramente limitada. Frecuentemente realiza pequeños cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades de forma independiente.	4. Sin limitaciones. Realiza cambios en la posición del cuerpo importantes, con frecuencia y sin ayuda (ej. girar la cabeza).
ACTIVIDAD	1. Completamente encamado/a. En una cuna térmica (radiante) en cuidados intensivos.	2. Encamado/a. En una incubadora de doble pared en cuidados intensivos.	3. Ligeramente limitada. En una incubadora de pared simple o doble en cuidados intermedios.	4. Sin limitaciones. En una cuna abierta.
NUTRICIÓN	1. Muy deficiente. En ayunas y/o con líquidos intravenosos (nutrición parenteral o sueroterapia).	2. Inadecuada. Recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida para crecer (leche materna/leche artificial) y/o complementada con líquidos intravenosos	3. Adecuada. Alimentación por sonda (enteral) que cumple con las necesidades nutricionales para el crecimiento.	4. Excelente. Alimentación con pecho/biberón en cada toma que cumple con los requerimientos nutricionales para el crecimiento.

		(nutrición parenteral o sueroterapia).		
HUMEDAD	1. Piel constantemente húmeda. La piel está mojada/ húmeda cada vez que se mueve o gira al neonato.	2. Piel húmeda. La piel está húmeda con frecuencia pero no siempre, las sábanas deben cambiarse al menos tres veces al día.	3. Piel ocasionalmente húmeda. La piel está húmeda de forma ocasional, requiere un cambio adicional de sábanas aproximadamente una vez al día.	4. Piel rara vez húmeda. 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 cardiaca 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	No	Mínimo 0-39% 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. _____
2. _____
3. _____

8-. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

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

FAVORABLE _____ DESFAVORABLE _____

POR QUE? _____

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

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

1. _____

2. _____

3. _____



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente yo: _____

_____ otorgo mi consentimiento para que el Licenciado en enfermería _____ estudiante del Posgrado de Enfermería del Neonato de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral de mi hijo (a) _____, como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las intervenciones a realizar durante el tiempo que dure esta, así como ser libre de retirar a mí hijo(a) de este estudio en el momento que yo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento.

Autorizo difundir resultados en revistas y /o ámbitos científicos.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR _____

FIRMA _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ESTUDIANTE DE POSGRADO _____

FIRMA _____

TESTIGO

NOMBRE _____

FIRMA _____

AUTORIZADO POR TUTOR CLÍNICO: _____

Ciudad de México, a _____ del mes de _____ del 2016

BENEFICIOS DE LA ESTIMULACIÓN ORAL.



- ♥ La estimulación con el seno materno favorece la continuidad de la lactancia materna y favorece el vínculo madre-hijo.
- ♥ Autorregulación de experiencias agresivas de manera eficaz, por medio de la succión no nutritiva.
- ♥ Contribuye a reducir el estrés, dolor en recién nacidos hospitalizados,
- ♥ Promueve la ganancia de peso.
- ♥ La maduración y crecimiento gastrointestinal en prematuros.
- ♥ La saturación de oxígeno mejora al succionar el pezón o chupón.
- ♥ Reduce la estancia hospitalaria.

RECOMENDACIONES

- ♥ La succión no nutritiva no descarta la lactancia materna
- ♥ El uso de chupete disminuye el síndrome de muerte súbita del lactante
- ♥ Debe formar parte de una rutina de estimulación con la fijación de un horario, y tiempo determinado.
- ♥ No lo utilice para calmar el hambre, o para aumentar el tiempo entre las tomas de leche del bebé.
- ♥ No debe forzar al bebé si rechaza la estimulación.
- ♥ No debe prolongar el uso del chupón por más de un año



- Harding C. How does non-nutritive sucking support infant feeding? *Infant Behavior and Development*. 2014;37(4): 457-264.
- Lozano D. Uso del chupete y la lactancia materna. *Anales de Pediatría*. 2011;74(4): 271. e1-271 e5.
- Guido Campuzano M, et al. Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretermino. *Perinatología y Reproducción Humana*. 2012;26(3): 198-207.

ESTIMULACIÓN ORAL



“A veces las cosas más importantes de la vida solo requieren acciones sencillas”

anónimo.

ESTIMULACIÓN ORAL

El primer indicador de bienestar en el neurodesarrollo es la alimentación, su eficacia depende de:

- ♥ Edad gestacional.
- ♥ Estado de salud.
- ♥ Madurez del sistema nervioso y el aparato gastrointestinal.



Está enfocada al desarrollo del sistema motor, lenguaje y desarrollo a nivel personal-social, fortaleciendo los lazos madre e hijo.

Se recomienda que a partir de las 32 SDG se inicien ejercicios de estimulación oral/succión no nutritiva para la maduración y facilitar la succión nutritiva.

¿CÓMO SE APLICA?

Debe realizarse todos los días, observando la conducta y tolerancia del prematuro, consiste en ofrecer masaje suave con uno de los dedos en:

- ♥ Mejillas x 4: 2 minutos.
- ♥ Labio superior x 4: 1 minuto.
- ♥ Labio inferior x 4: 1 minuto.
- ♥ Los labios superior e inferior x 2 cada labio: 1 minuto.
- ♥ Paladar superior x 2: 1 minuto.
- ♥ Paladar inferior x 2: 1 minuto.
- ♥ Cara interna x 2 cada mejilla: 2 minutos.
- ♥ Bordes laterales de la lengua x 2 de cada lado: 1 minuto.
- ♥ Parte media de la lengua x 4: 1 minuto.
- ♥ Facilitar una succión con el dedo: 1 minuto.
- ♥ Facilitar una succión con chupete: 3 minutos.



EJERCICIOS ANTES DE LA ALIMENTACIÓN

- ♥ Con dedos índice y pulgar, ejercer presión media de manera circular en zona de carrillos.
- ♥ Con el dedo índice, trazar círculos alrededor de la musculatura labial con presión media.
- ♥ Entre los dedos índice y pulgar, protuir el labio inferior y el superior alternando de forma rápida pero suave.
- ♥ Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior (como cepillando los dientes).



