



---

---

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
ENFERMERÍA DEL NEONATO  
HOSPITAL GENERAL ACAPULCO**

**ESTUDIO DE CASO:**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A UN  
RECIÉN NACIDO PRETERMINO CON SEPSIS NEONATAL  
BASADA EN LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM**

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
ENFERMERÍA DEL NEONATO

**PRESENTA**

LIC.ENF. ALCÁNTARA HERNÁNDEZ JARUMY ABIGAIL

---

**ASESOR**

MSP. GABRIELA SÁNCHEZ VILLASANA

---



ACAPULCO, GRO. 2018



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**

### **A Dios.**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

.

### **A mi madre Juanita Hernández Radilla**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. Por el ejemplo de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

### **A mis familiares.**

A mi hermano Christopher Álvarez Hernández al cual amo con todo mi corazón y que has sido participe de este gran sueño del cual a pesar de tu edad he aprendido mucho de ti y has estado en los momentos difíciles; también agradecer a mi Coordinadora MSP. Gabriela Sánchez Villasana por todo su apoyo incondicional durante la especialidad, por el aporte de sus conocimientos y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de este estudio de caso.

¡Gracias a ustedes!

## ÍNDICE

<b>I.INTRODUCCIÓN</b>	<b>05</b>
<b>II. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS</b>	<b>06</b>
<b>III.METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	<b>07</b>
<b>IV. FUNDAMENTACIÓN</b>	<b>09</b>
4.1 Antecedentes estudios relacionados	
4.2 Conceptualización de Enfermería	
4.3 Escuelas del pensamiento Enfermero	
4.4 Paradigmas	
4.5 Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem	
4.6 Teoría Sinactiva	
4.7 Método enfermero	
4.8 Relación del proceso enfermero y la teoría	
4.9 Consideraciones Éticas	
4.10 Daños a la salud	
<b>V ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO</b>	<b>48</b>
5.1 Ficha de identificación	
5.2 Motivo de consulta	
5.3 Descripción del caso	
5.4 Factores Básicos condicionantes.	
5.5 Familiograma	
5.6 Requisitos de desarrollo	
5.7 Requisitos de desviación de salud	
<b>VI APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO</b>	<b>53</b>
6.1 Exploración física	

<b>6.2 Valoración por requisitos universales</b>	
<b>6.3 Jerarquización de requisitos universales alterados</b>	
<b>6.4 Prescripción del cuidado</b>	
<b>VII. PLAN DE ALTA</b>	<b>83</b>
<b>VIII. CONCLUSIONES</b>	<b>83</b>
<b>IX. REFERENCIAS</b>	<b>84</b>
<b>X.ANEXOS</b>	<b>88</b>

## **I.INTRODUCCIÓN**

La sepsis neonatal representa un desafío creciente en las unidades de neonatología, consecuencia de la adquisición de bacterias y gérmenes patógenos en el hospital es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el período neonatal, un problema que ha ido aumentando y haciéndose más complejo.

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General Acapulco en el servicio de la Unidad de Terapia Intermedia Neonatal, con el objetivo de aplicar el Método Enfermero basado en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E.Orem a un recién nacido pretérmino (RNPT) de 22 días de vida extrauterina con diagnóstico de sepsis neonatal, para este estudio se utilizó la fuente directa mediante la valoración al neonato, así como indirecta, a través del expediente clínico y la entrevista a la madre, para la fundamentación de este estudio de caso se utilizó la base de datos PubMed, Scielo, Scielo, Cochraen, BVS, Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica las palabras claves fueron sepsis neonatal, cuidado de enfermería.

Una vez recabados todos los datos se analizaron y realizaron los planes de cuidado diseñados específicamente para los requisitos del neonato que se encontraban alterados llevándose a cabo las intervenciones pertinentes fundamentando cada una de ellas, se realizó un seguimiento y evaluación de las intervenciones.

Posteriormente en el servicio de cureros patológicos se realizó una segunda valoración del neonato, donde se diseñaron nuevos planes de cuidados de enfermería e intervenciones de acuerdo a los requisitos que presentaban déficit.

Al final se elaboró un plan de alta donde se especifican los cuidados y los signos de alarma que la madre necesita detectar en el neonato para su cuidado en el hogar de manera integral y específica a las necesidades del recién nacido.

Desde este punto de vista, este estudio de caso pretende aumentar la eficacia y la eficiencia en la prestación del cuidado al recién nacido porque será un aporte beneficioso para las instituciones, la sociedad, así como también para los profesionales de enfermería, ya que con esto se espera una mejora en la prestación del cuidado al recién nacido.

## **II.OBJETIVOS**

### **GENERAL**

- Establecer un plan de intervenciones especializadas de enfermería a un RNPT de 22 días de vida extrauterina con sepsis neonatal basado en la Teoría General de Dorothea E. Orem.

### **ESPECÍFICOS**

- Realizar la valoración fundamentada en los requisitos universales de autocuidado a un RNPT con sepsis neonatal.
- Identificar la demanda y déficit para la elaboración de los diagnósticos de enfermería en formato PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas).
- Diseñar y ejecutar un plan de cuidados con un enfoque integral para la atención del recién nacido de 22 días de vida extrauterina con sepsis neonatal.
- Analizar el control de caso de acuerdo a las intervenciones realizadas en el neonato en búsqueda del restablecimiento de la salud.

### **III.METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Para este estudio se utilizó valoración directa al neonato a través de la Guía de valoración basada en la teoría general del déficit de autocuidado en el neonato de Dorothea E. Orem que fue elaborada por las alumnas de la especialidad y validada por la coordinadora Lic. Enf. Gabriela Sánchez Villasana dicho instrumento fue usado para la recolección de datos así como una valoración cefalo-caudal, también se recabo información de forma indirecta a través del expediente clínico por la entrevista a la madre, para la fundamentación de este estudio de caso se utilizó la base de datos PubMed, Scielo, Cochraen, BVS Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica las palabras claves fueron sepsis neonatal cuidado de enfermería, cabe mencionar que dicha información fue tomada de la evidencia científica actual.

El día 19 de abril del 2018 elegí el caso de la recién nacida SRA de 22 días de vida extrauterina con diagnóstico de hospitalización RNPT 30 SDG /PAEG/Ruptura Prematura de Membranas mayor a 24 horas la cual se encontraba en el servicio de UTIN en la cuna 6, como es bien sabido el recién nacido es un ser inmaduro que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, lo que hace calificarlo totalmente dependiente y vulnerable, por lo cual requiere de cuidados específicos, por lo cual se aplicó el proceso enfermero el cual cuenta con sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Estas fueron traspoladas y sustentadas en base a la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Fueron encontrados los requisitos universales alterados, los cuales se jerarquizaron y se redactaron los diagnósticos de enfermería usando el formato PES(Problema, Etiología, Signos y Síntomas), se estableció la prescripción del cuidado, posteriormente se evaluó el cumplimiento de los objetivos y se analizaron los resultados obtenidos.



### **Cronograma de Actividades**

19 abril 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selección del caso.</li><li>• Entrevista con la madre.</li></ul>
20 abril 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>• Firma consentimiento informado.</li><li>• Se realiza la exploración física y la valoración con la Guía de valoración basada en la teoría general del déficit de autocuidado en el neonato de Dorothea E. Orem.</li></ul>
21 de abril al 05 de junio 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se realiza la investigación para la fundamentación del estudio de caso.</li><li>• 04/05/ 2018 Seguimiento en Cuneros Patológicos.</li><li>• 05/05/2018 Elabora plan de alta</li></ul>
13 junio 2018	<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación de caso</li></ul>

## **IV. FUNDAMENTACIÓN**

### **4.1 Antecedentes estudios relacionados**

Los recién nacidos están predispuestos a las infecciones durante el período perinatal debido a exposiciones múltiples y un sistema inmune relativamente comprometido. La carga de la enfermedad atribuida a las infecciones neonatales varía según la región geográfica y los factores de riesgos maternos y neonatales. En todo el mundo, se estima que más de 1.4 millones de muertes neonatales anuales son consecuencia de infecciones invasivas. Factores de riesgo para sepsis neonatal de inicio temprano (EOS) incluyen prematurez, inmadurez inmunológica, colonización por estreptococos del grupo B de la madre, ruptura prolongada de membranas e infección intraamniótica materna. La profilaxis antimicrobiana intraparto administrada a mujeres colonizadas por GBS ha reducido la carga de la enfermedad asociada con las infecciones invasivas por EGB de inicio temprano. La vigilancia activa ha identificado patógenos Gram-negativos como una etiología emergente de infecciones invasivas de inicio temprano. La sepsis neonatal de inicio tardío (LOS) atribuible a organismos Gram-positivos, incluidos *Staphylococcus coagulasa negativos* y *Staphylococcus aureus*, se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad entre los bebés prematuros. La candidiasis invasiva es una causa emergente de sepsis de inicio tardío, especialmente entre los bebés que reciben agentes antimicrobianos de amplio espectro. La administración profiláctica de fluconazol a neonatos de muy bajo peso al nacer (MBPN) durante las primeras 6 semanas de vida reduce la candidiasis invasiva en unidades de cuidados intensivos neonatales con altas tasas de infección fúngica. La prevención de infecciones asociadas a la atención médica mediante administración antimicrobiana, uso limitado de esteroides, alimentación enteral temprana, uso limitado de dispositivos invasivos y estandarización de las prácticas de cuidado del catéter e higiene meticulosa de las manos son estrategias importantes y rentables para reducir la carga de sepsis neonatal de inicio tardío.<sup>1</sup>

En información obtenida por el INEGI en el año 2015 sobre mortalidad a nivel nacional las septicemias ocupan el lugar número 20 mientras que en Guerrero las septicemias ocupan el 5to lugar en mortalidad.<sup>2</sup>

Las infecciones constituyen una de las principales causas de muerte en el periodo neonatal. El diagnóstico de sepsis neonatal representa un gran desafío ya que los recién nacidos presentan signos clínicos muy inespecíficos y los exámenes auxiliares tienen una baja sensibilidad. Con el objetivo de mejorar el diagnóstico correcto de esta patología proponemos un algoritmo de vigilancia diagnóstica para sepsis neonatal tardía en el Perú y países de la región. El algoritmo permite clasificar a los episodios como sepsis confirmada, probable o posible, y sobretodo busca identificar aquellos episodios que no corresponden a sepsis, evitando calificar otras patologías como “sepsis”. Un mejor diagnóstico permitiría tener tasas más reales de sepsis neonatal, mejorar el uso de antibióticos y evitar sus efectos negativos en el recién nacido, así como una visión más exacta de su impacto en la salud pública.<sup>3</sup>

En un estudio sobre reconocimiento temprano de las enfermeras sobre la sepsis neonatal encontraron que las enfermeras pueden identificar los indicadores fisiológicos y de comportamiento relacionados con la sepsis neonatal. El reconocimiento temprano, expresado como su conocimiento intuitivo, debe considerarse una herramienta clínica valiosa. Para comprender que los diferentes entornos de práctica influyen en la identificación de signos y síntomas es importante la integración de este conocimiento en la vigilancia de la atención formal podría reducir el umbral para la evaluación y el tratamiento temprano y, por lo tanto, mejorar los resultados.<sup>4</sup>

Fenton-JM y colaboradores en un estudio llamado reconocimiento y manejo de enfermería de la sepsis en la primera infancia nos dice que la sepsis neonatal describe infecciones bacterianas o víricas graves que se manifiestan en los primeros 28 días de vida y causan morbilidad y mortalidad significativas. Aunque la mayoría de los bebés con sepsis neonatal de aparición temprana nacen y son tratados en el hospital, algunos nacen en la comunidad o son dados de alta temprano desde las salas postnatales. En consecuencia, las enfermeras del departamento de emergencias (DE) y otros profesionales de la salud deben ser capaces de identificar y tratar a estos bebés de forma efectiva para mejorar los resultados a largo plazo. Este artículo aborda la sepsis neonatal, incluidos los organismos causantes, los tipos de sepsis neonatal y por qué los recién nacidos son vulnerables a la infección.<sup>5</sup>

En un artículo del presente año nos dice que el cuidado de enfermería del neonato en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) es complejo, debido en gran parte a diversos desafíos fisiológicos. Una consideración fisiológica más nueva y menos conocida es el microbioma neonatal, la comunidad de microorganismos, tanto útiles como nocivos, que habitan en el cuerpo humano. El microbioma neonatal está influenciado por el microbioma materno, el modo de nacimiento del recién nacido y diversos aspectos de la atención en la UCIN, como la elección de alimentación y el uso de antibióticos. Se cree que la composición y la diversidad del microbioma influyen en los resultados clave de salud, incluido el desarrollo de enterocolitis necrosante, sepsis de inicio tardío, crecimiento físico alterado y neurodesarrollo pobre. Las enfermeras en la UCIN desempeñan un papel clave en la gestión de la atención que puede influir positivamente en el microbioma para promover resultados de salud más óptimos en esta población vulnerable de recién nacidos.<sup>6</sup>

En la NOM-045-SSA2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, nos dice en su apartado 6.9.5 que la Bacteremia no demostrada en niños (antes sepsis).es en aquellos pacientes con fiebre, hipotermia o distermia más uno o más de los siguientes: taquipnea o apnea, calosfrío, taquicardia, ictericia, rechazo al alimento, hipoglucemia. Más cualquiera de los siguientes: leucocitosis o leucopenia, relación bandas/neutrófilos > 0.15., plaquetopenia < 100,000., respuesta a tratamiento antimicrobiano.<sup>7</sup>

## **4.2 Conceptualización de Enfermería**

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina que en el último siglo y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las ciencias de la salud; es la ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual.

Es una profesión universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

## **4.3 Escuelas del pensamiento enfermero**

### **Escuela de las necesidades**

De acuerdo a estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de las necesidades fundamentales o en su capacidad de llevar a cabo sus autocuidados. La enfermera reemplaza a la persona que, durante un tiempo, no puede realizar por sí misma ciertas actividades relacionadas con su salud y ayuda a la persona a recuperar lo antes posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades o en la realización de sus autocuidados.

En la jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erikson han influenciado esta escuela. Así la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades más complejas tales como la pertenencia y las necesidades de amor y autoestima. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras, de nivel más elevado. Meleis indica que la teorizadoras de esta escuela en su descripción de campo de los cuidados enfermeros no incluyen la actualización de sí mismo.

Según Henderson los cuidados se enfocan en la ayuda para la persona enferma o sana para satisfacer sus necesidades fundamentales. Persona es un todo complejo con catorce necesidades fundamentales. Salud es la capacidad que posee una persona de satisfacer de manera independiente sus catorce necesidades fundamentales. Entorno es la naturaleza o el medio que actúa de manera positiva o negativa sobre su persona.

La teórica Orem define los cuidados enfermeros que representan un servicio especializado centrado en la persona que tiene incapacidades para ejercer el autocuidado. Persona es un todo integral con capacidades, actitudes y poder de

comprometerse para llevar a cabo autocuidados. Salud estado de integridad de los componentes del sistema biológico y del modo de funcionamiento biológico, simbólico y social. Entorno factores externos que influyen sobre la decisión de la persona a emprender los autocuidados o sobre la capacidad de ejercerlos.

Las principales teorizadoras de esta escuela son Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.

### **Escuelas de la Interacción**

Forman parte de esta escuela las enfermeras teorizadoras que se inspiraron en las teorías de la interacción, de la fenomenología y del existencialismo. Han intentado responder a la pregunta: “¿Cómo hacen las enfermeras lo que están haciendo? Han centrado su interés sobre los procesos de interacción entre la enfermera y la persona.

El cuidado es pues una acción humanitaria y no mecánica, la teorizadora señala que la enfermera debe de poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda a la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Estas teorizadoras dicen que debe mantenerse la integridad de la persona, que la persona es capaz de reconocer sus necesidades y que tienden hacia su actualización. La enfermedad es considerada como una experiencia humana que puede permitir el crecimiento la subjetividad en los cuidados enfermeros. Estas enfermeras teorizadoras han introducido de nuevo la intuición y la subjetividad en los cuidados enfermeros.

Según Peplau cuidados proceso interpersonal terapéutico. Persona tiene capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitiera responder a sus necesidades. Salud representa del movimiento continuo de la personalidad y de otros procesos humanos de la dirección de una vida personal comunitaria, creativa, constructiva y reproductiva. Entorno sugiere tener en cuenta la cultura y las costumbres cuando la persona cambia de entorno.

Las teorizadoras de esta escuela son Hildergar Peplau, Josephine Peterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Trevelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

### **Escuela de los efectos deseables**

En esta escuela se considera que el objetivo de los cuidados enfermeros consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeostasia o en preservar la energía. Estas teorizadoras se han inspirado en las teorías de la adaptación y de desarrollo, así como la teoría general de los sistemas.

Para Roy cuidados promueve la adaptación, ya sea modo fisiológico, autoimagen, función según los roles y del modo de interdependencia para contribuir a la salud a la calidad de vida y a una muerte digna. Persona sistema adaptativo que utiliza los procesos internos como la supervivencia, el crecimiento, la reproducción y el desarrollo, a su vez englobando los mecanismos reguladores y los mecanismos cognitivos. Salud es un estado y proceso que permite a la persona ser o llegar a ser íntegro y unificado, es el esfuerzo constante que hace el individuo para alcanzar su máximo potencial de adaptación. Entorno va a proporcionar los estímulos o los datos de entrada en la persona como sistema adaptativo.

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

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

En esta escuela el punto de vista de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Hubo una teorizadora canadiense la cual ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo orientado hasta la promoción de la salud de la familia; se trata de Moyra Allen. Su modelo conocido con el nombre "Modelo de McGill" es considerado ya como un modelo conceptual, ya como modelo de intervención.

Según Allen los cuidados es la promoción de la salud mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. Persona la visualiza como a la familia que son sistemas abiertos con interacción constante el uno con el otro, el entorno y la comunidad. Salud es un proceso social que comprende lo atributos interpersonales y los procesos de aprendizaje. Entorno es el contexto en que la salud y los hábitos de salud se aprenden ya sea en la escuela, casa, hospital y el lugar de trabajo.

### **Escuela del Ser Humano Unitario**

Es gracias a esta escuela que el holismo ha conseguido todo su significado.

Según Rogers evita el concepto holismo a causa de la mala utilización que muchos han hecho de él. Prefiere el concepto de persona unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar las ciencias del ser humano unitario. Otras teorizadoras se han unido a esta escuela y han añadido fuentes filosóficas extraídas del existencialismo y de la fenomenología. Se trata de Margaret Newman y de Rosemarie Rizzo Parse.

Cuidado se centra en la totalidad de la persona de modo humanístico, abstracto, juicioso y compasivo sin perder la creatividad y la inventiva en cada intervención. Persona es un sistema abierto que interacciona constantemente con otro sistema abierto el cual es el entorno. Lo define como ser humano unitario e integrado con campos de energía infinita y pandimensionales o eterna energía. Entorno es un campo de energía irreductible y pandimensional. Cada campo de entorno es específico de un campo humano, por lo cual ambos evolucionan continuamente, interaccionando entre sí. Salud lo define como un concepto que dependerá de la definición o percepción que le ofrezca cada persona o cultura y que esto dependerá de las circunstancias y experiencias a lo largo de la vida de cada ser humano y la capacidad de este para lidiar y alcanzar la salud según los sistemas de valores existentes a considerar.

### **Escuela del Caring**

En los últimos quince o veinte años, el concepto de Caring ha sido centrado de varios escritos en la disciplina enfermera. Leininger ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel sugieren que una práctica enfermera se basa sobre la prioridad del Caring reemplaza aquella en la que el enfoque comprende la promoción, la prevención y la restauración de la salud. A su vez Watson propone que las enfermeras creen un ideal de Caring que sea a la vez humanista y científico.

Para Benner y Wrubel, el caring está formado por el conjunto de acciones que permiten a la enfermera, descubrir de manera sutil los signos de mejora o deterioro de la persona, ya que creen que pueden mejorar la calidad de los cuidados a las persona si abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura.



Según Watson Cuidado consisten en un proceso intersubjetivo de humano a humano que requiere un compromiso con el caring. El cuidar es el ayudar a la persona a conseguir el más alto nivel de armonía entre su alma, su cuerpo y su espíritu. Persona es un ser el mundo como una unidad de mente y espíritu que experimenta y percibe el Gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería. Salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. Entorno es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia del individuo. El campo fenomenológico o la realidad subjetiva incluyen la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad.

Las teóricas de la escuela del Caring son Jane Watson, M. Leininger.

#### **4.4 Paradigmas**

Un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Se define paradigma como un marco teorico-metodologico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales n el contexto de una determinada sociedad.

##### **Paradigma de la categorización**

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.

##### **1.- Centrada en la salud publica**

Desde la línea que marca esta orientación se pueden explicar los conceptos meta paradigmáticos 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. Solo 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.

2. Centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

La persona es un todo formado por la suma de partes independientes entre sí y demás, 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 persona.

La representación principal del paradigma con la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica está reflejada en F. Nightingale y Henderson, Hall y Watson.

### **Paradigma de la integración**

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. Los trabajos de enfermería de Virginia Henderson, H. Peplau y Dorothea Orem quedan enmarcados dentro de este paradigma. Según esta orientación, en los conceptos de 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; lo que significa que se llevara a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

### **Paradigma de la transformación**

Es la base de la apertura de una ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado los nuevos conceptos de la disciplina enfermera Newman, Rogers, Parse y Watson.

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 respecto e interacción del que ambos persona- enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.<sup>8</sup>

### **4.3 Teoría de Enfermería de Dorothea E. Orem**

#### **Biografía de Dorothea Elizabeth Orem**

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Sus primeros años de práctica en enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959-1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966).

Como consultor de plan de estudios, Dorothea E. Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso Community College, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington.

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermera práctica en 1958, 1959 y 1960, a la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976.

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reedito la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. 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.

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for NursingTheory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois WesleyanUniversity (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National Leaguaje for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998.

Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos.

### **Conceptualización de enfermería por Dorothea Elizabeth Orem**

Conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la

ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.<sup>89</sup>

## **Paradigmas**

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.<sup>9</sup>

## **Teoría de enfermería del déficit de autocuidado**

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería,

entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson, Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach.<sup>10</sup>

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma.

### **Teoría del Autocuidado**

**Autocuidado:** Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.

**Agente de cuidado:** Persona que lleva acabo las acciones de autocuidado. Cuando las acciones van desde la persona que las realiza hacia persona sin capacidad de autocuidado (niños, ancianos con discapacidad, enfermos en coma, etc.) la conceptualiza como agente de cuidado dependiente y cuando se habla en términos de cuidados especializados, nos referimos a la agencia de enfermería.

**Requisitos de autocuidado:** son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

**Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

**Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

**Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** que surgen o están vinculados a los estados de salud. Las alteraciones de la salud provocan cambios en las estructuras, el funcionamiento, la conducta y los hábitos de la persona, por lo que pueden hacer a la persona dependiente de otra se distinguen seis categorías de requisitos de autocuidado de desviación de la salud:

\*Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada en cada caso de exposición a agentes físicos o biológicos específicos o a condiciones ambientales asociadas con acontecimientos y estados humanos patológicos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas a una patología.

\*Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, en los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.

\*Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas, dirigidas a prevenir tipos específicos de patologías o a regular el



funcionamiento humano integrado, a corregir deformidades o anomalías o a compensar incapacidades.

\*Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico que puedan producir malestar o deterioro, entre los que se incluyen los efectos sobre el desarrollo.

\*Modificar el autoconcepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado de salud particular y necesitada de formas específicas de cuidados.

\*Aprender a vivir con los efectos de los estados patológicos y los de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con la adaptación de un estilo de vida que fomente el desarrollo personal continuo.

**Factores básicos condicionantes:** son condiciones internas y externas de la persona que afectan, por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere y por otra parte a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado. Se identifican los siguientes factores: la edad, sexo, estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores del sistema de cuidados, los factores del sistema familiar, el patrón de vida, los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.

### **Teoría del déficit de autocuidado**

• **Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

• **Agencia de autocuidado:** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo

que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .

La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.

- **Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

- **Agencia de enfermería:** Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

### **Teoría del Sistema de Enfermería**

- **Sistema de enfermería:** La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera suple al individuo.

**-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realiza las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

**-Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.<sup>11</sup>

#### **4.4 Teoría Sinactiva**

La teoría “interactiva” (synactive theory) que desarrolló la Dra. Heidelise Als, postula que los recién nacidos humanos forman activamente su propio desarrollo y el mismo está dado en gran medida por su capacidad de atención-interacción y su relación con el entorno y quienes lo cuidan. Esta comunicación constante del organismo con el medio ambiente ha permitido identificar la interacción de varios subsistemas de funcionamiento dentro del organismo. Estos subsistemas influyen el funcionamiento fisiológico, la actividad motora y la organización de los estados a medida que interactúan con el ambiente de cuidado. Todos aquellos estímulos que no sean acordes, penetran y desorganizan estos subsistemas, mientras que los apropiados mantienen y promueven la integración funcional y el crecimiento del prematuro. El concepto básico de esta teoría, es que el RNPT se defenderá en primera instancia, contra la estimulación si es inapropiada en el momento, ya sea en complejidad o en intensidad. A menor edad gestacional, menor capacidad de defensa. Si este estímulo persiste, no será capaz de mantener el balance o estabilidad entre estos subsistemas y llegará a su desorganización. En contraposición con esto, los estímulos apropiados en tiempo, complejidad e intensidad lograrán este balance o estabilidad. Por lo tanto valorar la conducta o funcionamiento fisiológico de los RNPT es indispensable para modular y adecuar los estímulos evitando que lo desorganicen y promuevan el crecimiento, y que no impacten en forma permanente en su cerebro. Para poder interpretar esta conducta se debe valorar cuatro subsistemas, que tienen una jerarquía:

- El subsistema nervioso autónomo, regula el funcionamiento fisiológico básico necesario para sobrevivir. Es el que comanda, es más preponderante a menor edad gestacional, e impacta en el resto de los subsistemas.
- El subsistema motor se manifiesta en el tono, la actividad y la postura.
- El subsistema de los estados, categoriza el nivel de despertar del SNC, los estados de vigilia y sueño.
- El subsistema de atención-interacción es la capacidad del recién nacido de interactuar con el medio y mantener el alerta.

La autorregulación, es la presencia y capacidad que tiene el recién nacido de mantener el balance de los cuatro subsistemas anteriores con su propio esfuerzo. Se presenta a partir de las 32-35 semanas.

Cuando un RN presenta signos de estrés se considera que el neonato se encuentra DESORGANIZADO.

Cuando un RN presenta signos de autorregulación se considera que se encuentra ORGANIZADO.<sup>12</sup>

## **4.5 Método 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”, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.<sup>13</sup>

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

cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva.<sup>14</sup>

### **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, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.<sup>15</sup>

### **Modelo del Proceso de Enfermería.**

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 cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

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

La segunda etapa, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en el déficit de las funciones del ser humano, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores. Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>16</sup> como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

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.

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.

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 ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

#### 4.5 Relación del proceso enfermero y la teoría

<p><b>Diagnóstico de enfermería (valoración)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtener información del paciente.</li> <li>• Analizar los datos/ la información</li> <li>• Emitir juicios sobre el paciente/ familia</li> <li>• Formular/ explicar la naturaleza causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.</li> <li>• Determinar el desarrollo, operación y educación de la agencia de autocuidado del paciente</li> <li>• Determinar la presencia de demandas de autocuidado presentes y futuras del paciente.</li> </ul>	<p><b>Prescripción de Enfermería (Planificación)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden/ deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado del paciente</li> <li>• Regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente</li> </ul>
<p><b>Control de los casos (evaluación / Auditoria)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería</li> <li>• Dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería</li> <li>• Asegurar que el proceso de enfermería es efectivo y dinámico</li> </ul>	<p><b>Tratamiento/ Regulación de enfermería (Intervención)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente a fin de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludables</li> <li>• asegurar que la agencia de autocuidado del paciente se desarrolla al máximo</li> <li>• Asegurar que se instruye la retroalimentación y la evaluación</li> </ul>

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

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

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

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

La enfermería como ciencia se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria.

La inserción en los programas de estudio de enfermería, las teóricas y sus postulados han hecho posible que se incremente el pensamiento científico sobre los problemas del cuidado. El fenómeno del autocuidado no quedó exento de estos estudios, lo que demuestra que se hace necesario la aplicación de esta teoría, para el logro de mejores niveles de satisfacción en este ámbito, la observación y evaluación constante de la calidad de los servicios de enfermería, da la medida de la importancia de establecer pautas o sistemas que refuercen científicamente el trabajo de la enfermera sobre el déficit de autocuidado.<sup>17</sup>

## **4.6 Consideraciones Éticas**

De acuerdo con los principios establecidos en Declaración de Helsinki en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993: y debido a que esta investigación se consideró como investigación de mínimo riesgo y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

- Ajustar y explicar brevemente los principios éticos que justifican la investigación de acuerdo a una normatividad a nivel internacional y a nivel nacional la Resolución 008430/93.
- Expresar claramente los riesgos y las garantías de seguridad que se brindan a los participantes.
- Contar con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la Resolución 008430/93

Con base a la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos en el apartado 10.6 Al formular la carta de consentimiento informado en materia de investigación, el investigador debe cerciorarse de que ésta cumpla con los requisitos y supuestos que se indican en el Reglamento, cuidando que se hagan explícitas la gratuidad para el sujeto de investigación, la indemnización a que tendrá derecho en caso de sufrir daños a su salud directamente atribuibles a la investigación y la disponibilidad del tratamiento médico gratuito para éste, aun en el caso de que decida retirarse de dicha investigación, antes de que concluya. Y el 10.8 Es responsabilidad del investigador principal informar al sujeto de investigación, al familiar, tutor o representante legal, durante el desarrollo de la investigación, acerca de las implicaciones de cada maniobra experimental y de las características de su padecimiento. Asimismo, deberá informar en su caso, acerca de la conveniencia de tomar una opción terapéutica adecuada a sus características particulares.<sup>18</sup>

## **Decálogo del código de ética para las Enfermeras y Enfermeros en México**

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>19</sup>

## **Decálogo del niño prematuro**

1. La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.
2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y a ser atendidos en lugares adecuados, con instalaciones provistas de equipos que permitan diagnósticos y tratamientos como así también con personal preparado.
3. El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales.
4. Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.
5. Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
6. Todo prematuro tiene derecho a la prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro (ROP).
7. Un niño que fue recién nacido prematuro de alto riesgo debe acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.
8. La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.
9. El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.
10. Las personas que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que las que nacen a término.<sup>20</sup>

## **4.7 Daños a la salud**

### **Sepsis neonatal**

#### **Definición**

Se define como un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SRIS) en la presencia o como resultado de infección probada o sospechada durante el primer mes de vida extrauterina. Según la edad de presentación puede ser clasificada de manera arbitraria en sepsis temprana, si aparece en los primeros 3 días de vida, (para algunos autores hasta los 7 días de vida), que es debida generalmente a microorganismos adquiridos de vía materna y sepsis tardía, la cual se presenta después de los 3 días de vida extrauterina y es causada frecuentemente por microorganismos adquiridos después del nacimiento; esta última puede ser de adquisición nosocomial o de la comunidad. Con el objetivo de estandarizar la nomenclatura, se utilizan los criterios establecidos en el Consenso Internacional de Sepsis Pediátrica y publicada en el 2005.

La sepsis neonatal de aparición temprana (SNT) se ha definido de forma variable con base en dos características principales:

1. La edad de inicio: con bacteriemia o meningitis bacterianas que ocurren en las primeras 72 horas de vida; otros autores aumentan el tiempo de presentación a 7 días en recién nacidos a término que se encuentren en casa. 2. Presencia de patógenos bacterianos transmitidos verticalmente de la madre al bebé antes o durante el parto.

La sepsis de aparición tardía (SNTT) se presenta después de las 72 horas y hasta los 30 días de vida, sin embargo, algunas características propias del neonato (edad gestacional corregida, patógeno causal, entre otras) pueden extender esta definición hasta los 90 días de vida, destacando que esta patología es causada por patógenos adquiridos de manera vertical u horizontal.<sup>21</sup>

#### **Incidencia**

Las tasas de incidencia de sepsis neonatal son muy variables y depende de la definición, región, institución, tiempo, etc. Se han reportado tasas de sepsis neonatal que varían de 7.1 a 38 por 1000 nacidos vivos en Asia, de 6.5 a 23 por 1000 nacidos vivos en África y



de 3.5 a 8.9 en Sudamérica y el Caribe. Esto contrasta con lo reportado en Estados Unidos con un rango de 1.5 a 3.5 por 1000 nacidos vivos para sepsis temprana y de 6 por 1000 nacidos vivos para sepsis tardía. En México y otros países en vías de desarrollo, se informan tasas de 15 a 30 por cada 1000 RN con una letalidad entre 25 a 30%.

### **Etiología**

Los microorganismos más comúnmente implicados en la sepsis neonatal difieren entre instituciones, sin embargo los gram negativos como *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia Coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Salmonella* han sido reportados como importantes agentes etiológicos de sepsis, sobre todo en la sepsis de presentación temprana. De los microorganismos gram positivos, el estreptococo del grupo B (principalmente en Estados Unidos y Europa), *Staphylococcus aureus*, estafilococos coagulasa negativo y *Listeria Monocytogenes* son los más comúnmente aislados.

### **Factores de riesgo**

La sepsis neonatal temprana se encuentra asociada comúnmente a ruptura prematura y prolongada (más de 18 horas) de membranas, corioamnionitis, colonización del tracto genital con *Estreptococo del Grupo B*, infección de vías urinarias, edad de gestación menor de 37 semanas, restricción en el crecimiento intrauterino, asfixia al nacimiento y sexo masculino, lo cual puede estar relacionado con genes inmunorreguladores ligados al cromosoma X. En países en vías de desarrollo el acceso a los servicios de salud y el nivel sociocultural son factores agregados. Otros determinantes de riesgo incluyen historia de inmunodeficiencias y algunos errores del metabolismo, tal como la galactosemia.

### **Manifestaciones clínicas**

El diagnóstico temprano y oportuno de sepsis neonatal no es fácil porque las manifestaciones clínicas son inespecíficas y pueden avanzar rápidamente a estadios más avanzados. Los signos de alarma identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los siguientes: convulsiones, rechazo al alimento, dificultad respiratoria, hipoactividad, polipnea. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y muy variadas dependiendo de la gravedad de presentación. Algunas de las principales son: distermias,

dificultad respiratoria, ictericia, apneas (con más frecuencia en prematuros), distensión abdominal, hepatomegalia, letargia, sangrados, hipoactividad, palidez, oliguria, cianosis, piel marmórea, crisis convulsivas, irritabilidad, esplenomegalia, vómito, diarrea, hipotensión arterial, petequias o equimosis, trombocitopenia y acidosis.

## **Diagnostico**

La sospecha clínica es lo principal para poder llegar al diagnóstico de sepsis neonatal e idealmente confirmarse con cultivos positivos en sangre, orina, líquido cefalorraquídeo (LCR) u otros sitios normalmente estériles. El diagnóstico debe hacerse oportunamente para poder instalar un tratamiento adecuado ante cualquier cuadro sugestivo de sepsis, se debe realizar estudio diagnóstico completo. En sepsis temprana se deben incluir hemocultivos (central y periféricos) y cultivo de líquido cefalorraquídeo. En sepsis tardía se debe incluir además urocultivo. En casos de infecciones localizadas (por ejemplo osteoartritis), se debe cultivar el sitio de infección. Prácticamente cualquier problema neonatal puede presentarse como sepsis, debido a esto es importante que se realice una historia clínica y exploración física adecuadas, toma de biometría hemática completa. Si bien no existe un biomarcador de sepsis ideal, existen múltiples estudios que apoyan la utilidad de procalcitonina y proteína C reactiva para el diagnóstico de sepsis neonatal.

Debido a que la sepsis neonatal es inespecífica, sobre todo en el RN prematuro, inicialmente puede permanecer asintomático.

La sospecha diagnostica se puede fundamentar con:

- Presencia de factores de riesgo de infección de transmisión vertical.

La confirmación diagnóstica (sepsis probada) de sepsis vertical debe reunir los siguientes criterios:

- Clínica de sepsis, biometría hemática alterada: leucocitosis o leucopenia

- Índice de Neutrófilo inmaduras/ maduros  $>0.2$  o inmaduros/ totales  $>0.16$

- Trombocitopenia

- Alteración de reactantes de fase aguda:

- Proteína C reactiva (PCR) >10 a 15 mg/l
- Procalcitonina (PCT) >3 ng/ml
- Hemocultivo positivo a microorganismo patógeno
- Si la clínica inicia después del 3er día de vida se requiere:
  - Hemocultivo positivo a microorganismos de transmisión vertical (SGB y E. Coli)
  - Factores de riesgo de transmisión vertical
  - Identificación del microorganismo en exudado vaginal

Sepsis vertical clínica. RN que evoluciona con:

- Clínica de sepsis
- Biometría Hemática y PCR alterados
- Identificación de microorganismos patógenos en exudado vaginal materno y en exudados de superficie tomados al RN
- Hemocultivo negativo
- Presentación muy grave con disfunción multisistémica
- Dificultad respiratoria grave, meningitis

Sepsis Nosocomial

- Evolución más insidiosa
- Difícil de identificar por:
  - \*Producirse sobre enfermedades subyacentes graves
  - \*Con frecuencia están bajo tratamiento antibiótico
- Con signos clínicos orientadores
  - \*Taquicardia inexplicable
  - \*Aumento de los requerimientos ventilatorios

\*Necesidad de reintroducir la ventilación mecánica sin causa aparente

## **Tratamiento**

El manejo empírico inicial de antibióticos debe hacerse con base en la experiencia de cada hospital, siempre teniendo en cuenta el patrón de resistencia y sensibilidad. En sepsis neonatal temprana el tratamiento debe iniciarse con ampicilina y un aminoglucósido (gentamicina ó amikacina), en ocasiones especiales se puede sustituir el aminoglucósido por cefotaxima, sobre todo si existe la sospecha de neuroinfección (esta demostrado que esterliza el LCR con mayor rapidez). En recién nacidos con sepsis tardía adquirida en la comunidad, es posible utilizar el mismo esquema, sin embargo en sepsis nosocomial, el tratamiento debe estar orientado a combatir los microorganismos presentes en cada institución. Se debe evitar el uso empírico de antimicrobianos de amplio espectro, sin embargo en situaciones especiales, se requiere el empleo de cefalosporinas de tercera o cuarta generación, o inclusive carbapenems (cepas multiresistentes productoras de betalactamasas de espectro extendido –BLEE-). Debido a la alta prevalencia de infecciones por estafilococo coagulasa negativo, de manera empírica se puede utilizar vancomicina en sospecha de sepsis nosocomial, pero si los cultivos se reportan negativos en 48 horas, esta se debe suspender. En los pacientes en que se presente falla del tratamiento inicial, se deberá ampliar el esquema antimicrobiano, así como la toma de cultivos de control. Las dosis varían de acuerdo a la edad cronológica y de gestación del neonato. La evidencia actual de ensayos clínicos controlados aleatorizados no apoya el uso rutinario de inmunoglobulina intravenosa y factor v estimulante de colonias de granulocitos. El uso de pentoxifilina como adyuvante en el manejo de sepsis reduce la mortalidad en neonatos pretérmino, sin embargo debido a debilidades metodológicas de los estudios al respecto, no es adecuado utilizarlo de manera rutinaria hasta la obtención de mejor evidencia. Dependiendo de las condiciones clínicas del paciente en el caso de sepsis grave o choque séptico se deberá proporcionar apoyo ventilatorio, suministro de líquidos, aminos e incluso corticoesteroides en el caso de hipotensión refractaria a las mismas o en caso de sospecha de insuficiencia suprarrenal. Es indispensable realizar la corrección del equilibrio ácido base y proporcionar apoyo calórico y nutricional ya sea por vía enteral o parenteral según sea el caso.

## **Manejo del choque séptico**

El Colegio Americano de Cuidados en Medicina Crítica de Estados Unidos, publicaron las guías de intervención en neonatos con presencia de choque séptico, la meta es la restauración de la circulación y perfusión dentro de los primeros 60 minutos. Dentro de los primeros 5 minutos de presentación, el choque séptico debe ser reconocido, así como tener una vía aérea estable y acceso vascular. El algoritmo de las intervenciones apropiadas de manejo en el soporte hemodinámico de neonatos propuestas por J. A. Carcillo ha mostrado una mejoría significativa en la sobrevida de estos pacientes. Es de notar que la administración de antibióticos debe realizarse en los primeros 15 minutos de presentación de datos de choque séptico.

## **Prevención**

Se realiza desde el momento de la concepción al llevar la madre un control prenatal adecuado. El obstetra debe investigar infecciones maternas durante el embarazo, para así ofrecer profilaxis y tratamientos oportunos, tratando de evitar los factores de riesgo prevenibles antes mencionados. Los recién nacidos son especialmente vulnerables a las infecciones nosocomiales. Se deben implementar medidas universales preventivas como el lavado de manos así como evitar en lo posible procedimientos invasivos, entre ello el menor uso de dispositivos intravasculares, ventilación invasiva así como el uso racional de antibióticos de amplio espectro.<sup>21</sup>

## **Complicaciones**

La sepsis sigue siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad neonatal. Algunas de las complicaciones más frecuentes son:

- Meningitis

Secuelas por meningitis incluyen:

Discapacidad intelectual

Convulsiones

Parálisis cerebral

Déficit visuales, auditivos, lenguaje.

Alteraciones de conducta

- Choque séptico
- Coagulación intravascular diseminada
- Disfunción orgánica múltiple<sup>22</sup>

## **Clasificación del Recién nacido**

Aborto, a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

Feto, al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

Nacimiento, a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

Nacimiento con producto pretérmino, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

Nacimiento con producto posttérmino, al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

Recién nacido (persona recién nacida), al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Recién nacido (persona recién nacida) pretérmino, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

Recién nacida/o inmaduro, a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

Recién nacida/o a término, a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

Recién nacida/o postérmino, al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más).<sup>23</sup>



## V ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

### 5.1 Ficha de identificación

Nombre	SRA
Genero	Femenino
Lugar de Nacimiento	Hospital General Acapulco
Fecha de Nacimiento	29 marzo 2018                      16:25 horas
Expediente	234249
Servicio	Unidad de Terapia Intermedia Neonatal
Numero de Cuna	Cuna 6
Fecha de valoración	20 de abril 2018
Hora y tiempo	8:00-14:00
Edad	22/30 días
Fuentes de información	Valoración directa e indirecta interrogatorio a la mama y expediente clínico.

### 5.2 Motivo de consulta

Inicia trabajo de parto el día 27 -03-2018 a las 01:00 horas paciente que es referida a esta unidad médica por antecedente de Parto Prematuro de 27 SDG a su ingreso es valorada por el servicio de Tococirugía quien es manejada con uteroinibicion. Se realiza USG donde se determina anhidramnios el 29-03-2018 por lo que se decide la interrupción del embarazo. Completo esquema de maduración pulmonar.

### 5.3 Descripción del caso

#### Antecedentes heredofamiliares

Madre con escolaridad de primaria incompleta ocupación ama de casa, estado civil soltera, niega toxicomanías, niega enfermedades crónico degenerativas, homotipo O +, la cual vive con su abuela en casa rentada que cuenta techo piso cama en hacinamiento

con 5 personas ubicada en la laja seis de enero calle Chilpancingo #711 sin datos del padre.

### **Antecedentes perinatal**

Producto de la primera gestación llevando control prenatal en el centro de salud de la laja, con médico general y medico ginecólogo, iniciando control prenatal a partir del cuarto mes de embarazo, con 5 consultas aproximadamente, niega la presencia de sangrado transvaginal niega amenaza de aborto, amenaza de parto de parto prematuro a las 21 semanas de gestación, dan tratamiento con indometacina, niega la presencia de infecciones.

Nace el día 29-03-2018 a las 16:25 hrs nace con adecuado esfuerzo respiratorio, llanto espontaneo, buen tono muscular, requiriendo pasos iniciales de reanimación neonatal. Con puntaje de Apgar de 8/9 Silverman de 3 a expensas de aleteo nasal, retracción xifoidea, tiraje intercostal leve. Peso al nacimiento: 1.250 kg, talla de 40 cm, Ballard de 30 SDG/ PAEG. Signos Vitales: FC 100X´, FR 80 X´, Temperatura: 37°.

Se decide colocación de surfactante con técnica INSURE, a dosis de 5ml, dividido en alícuotas de 1.25 ml, paciente que se decide dejar en CPAP nasal manteniendo saturación del 100%. Se inició manejo de antibióticos con ampicilina y amikacina ante el riesgo de encontrarse infectado por presentar RPM de más de 24 hrs y se inicia manejo de xantinas por prematurez, por lo cual se ingresa al servicio de Urgencias Pediátricas para manejo y tratamiento, se reporta grave, alto riesgo de deterioro infectológico, choque séptico e incluso muerte dada las condiciones actuales se decide el día 31 -03-2018 es ingresar al servicio de Unidad Terapia Intermedia Neonatal.

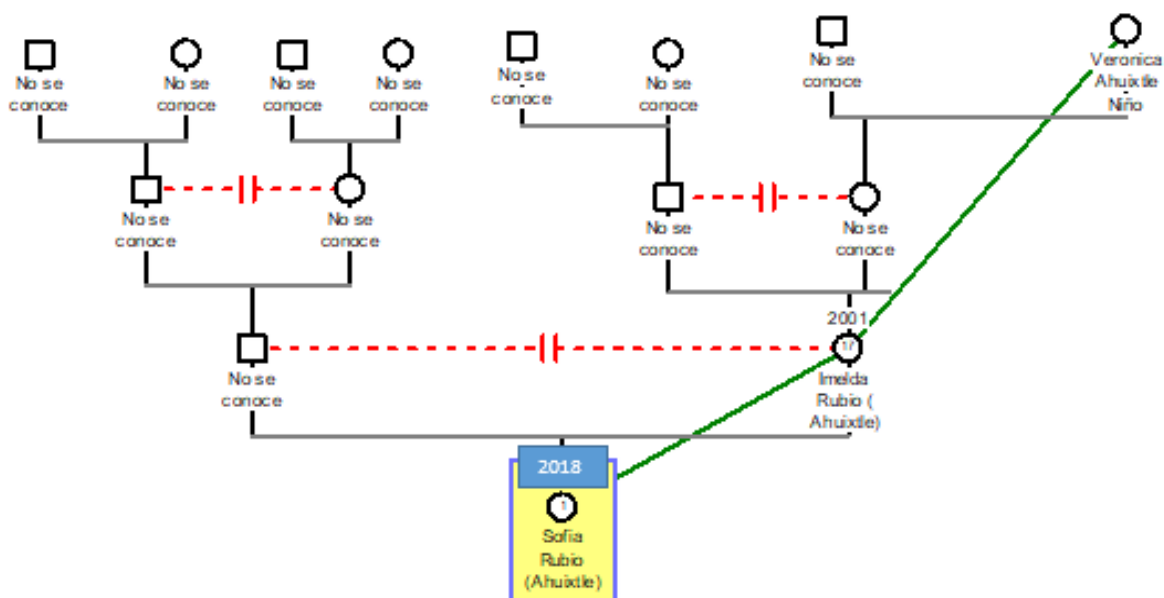
Cuenta con los siguientes laboratorios del día 30-03-2018: BH Leucocitos: 3.5 K/uL, Neutrófilos 47%, Linfocitos 32%, Monocitos 21% bandas no se reportan, Hb: 11.3g/dL Hematocrito 33.5%, Plaquetas 211K/uL Grupo Rh: O+, Tiempos de Coagulación normales, VSG 18 mm/hr.

El recién nacido con motivo del presente estudio de caso tiene un diagnóstico de RNPT 33.1 SDG/Sepsis Neonatal sin germen aislado con 22 días de vida extrauterina, se le aplicó el proceso de enfermería para poder entender y realizar prescripciones adecuadas que restablezcan o mejoren las condiciones del paciente.

#### 5.4 Factores Básicos condicionantes.

SRA de 22 días, femenino, que presenta la siguiente somatometría al nacer PC: 28cm, PT: 24 cm, PA: 23.5 cm, PIE: 5.5 cm con un peso de 1.250 kg y una talla de 40cm, presento un apgar 8/9, silverman 3 se calculó un ballard de 30 SDG, vía de nacimiento cesárea, distócico gesta 1, al nacer se le otorgaron pasos iniciales, grupo y Rh O+, su tipo de familia es extensa, desintegrada su rol es hija la comunicación familiar es buena entre la madre y su abuela materna con los demás familiares no tiene relación, viven en casa rentada donde cuentan con agua, luz, drenaje recolección de basuras y servicios de comunicación un celular el principal apoyo es la madre los padres están separados. La madre tiene hasta nivel primaria la cual es incompleta de religión católica, idioma español con domicilio ubicado en la Laja, seis de enero, calle Chilpancingo #711, actualmente se encuentra desempleada solo cuenta con seguro popular, vive en zona urbana y no cuenta con animales.

#### 5.5 Familiograma



Familia extensa, desintegrada, la madre del neonato vive con la abuela materna con la cual mantiene una buena relación afectiva siendo esta su único apoyo, ya que de su madre biológica no se sabe nada, no proporciona datos del padre de Sofía Rubio Ahuixtle que es el sujeto de estudio.

## 5.6 Requisitos de autocuidado de desarrollo

La madre no sabe decir si fue planeado su embarazo, pero la niña ya cuenta con un nombre es hija única y la madre no ha tenido la experiencia de haber cuidado de otro recién nacido, ella será la principal cuidadora en casa y probablemente le ayude su hermana, la recién nacida recibe visita de la abuela materna y de la madre, para la madre la recién nacida es muy diferente de cómo se imaginaba, inicio lactancia materna el día 30-03-18, ha recibido información de lactancia materna, tamiz metabólico, auditivo, estimulación temprana, la madre habla con el recién nacido y este abre los ojos también lo toca pero no es capaz de cargarlo y acariciarlo porque se encuentra en la cuna térmica, la madre se involucra en el cuidado del recién nacido cambiando pañales. Los movimientos del neonato son muy débiles, el sueño del recién nacido es excesivo, su llanto es débil, está siendo alimentado con leche materna por sonda orogastrica la madre ha estado presente cuando lo alimenta y ella cree que su leche lo nutre, cuando termina la alimentación ella lo deja boca arriba.

<b>Fecha</b>	<b>Semanas De Gestación Corregidas</b>	<b>Peso</b>	<b>Valoración Tabla García Jurado</b>
29-03-18	30 SDGC	1.250 Kg	PAEG
20-04-18	33.1 SDGC	1.310 KG	PPEG
21-04-18	33.2 SDGC	1.340 Kg	PPEG
22-04-18	33.3 SDGC	1.320 Kg	PPEG
23-04-18	33.4 SDGC	1.330 Kg	PPEG
24-04-18	33.5 SDGC	1.350 Kg	PPEG
25-04-18	33.6 SDGC	1.360 Kg	PPEG
26-04-18	34 SDGC	1.400 Kg	PPEG

27-04-18	34.1 SDGC	1.390 Kg	PPEG
28-04-18	34.2 SDGC	1.390 Kg	PPEG
29-04-18	34.3 SDGC	-	
30-04-18	34.4 SDGC	-	
01-05-18	34.5 SDGC	1.570 Kg	PPEG
02-05-18	34.6 SDGC	1.600 Kg	PPEG
03-05-18	35 SDGC	1.600 Kg	PPEG
04-05-18	35.1 SDGC	1.595 Kg	PPEG
05-05-18	35.2 SDGC	1.610 Kg	PPEG

### 5.7 Requisitos de desviación de salud

La abuela es quien decide cuando acudir al médico, el recién nacido se encuentra hospitalizado, la madre sabe que está hospitalizado para que subiera de peso y por qué no respira bien y ha sido informada del tratamiento que recibe su niña en el servicio de UTIN, la madre y la abuela la visitan a diario, la madre está utilizando la extracción manual para proporcionar la leche ella refiere sentirse fatigada, aburrida. Tratamiento establecido Cefotaxima 62 mg IV c/8 horas, Vancomicina 12 mg IV c/8 horas, Cisaprida 0.4 mg VO c/8 horas preprandial, Vit. ACD 3 gotas VO c/24 horas, Vit. E 2 gotas VO c/ 24 horas.

## **VI APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO**

### **6.1 Exploración física**

Preparación del entorno: Se realizó en el servicio de la UTIN en la cuna 6 se redujo la entrada de corrientes de aire, se preparó iluminación adecuada, se disminuyó ruidos como el monitor, así mismo se realizó en un momento donde no había tanta afluencia de personal se manipulo posterior a su descanso para que se mantuviera tranquilo.

Preparación del equipo: Se verifico el funcionamiento del equipo a ocupar, tales como el termómetro, estetoscopio, cinta métrica, oxímetro de pulso y monitor, mismo que se desinfecto previo a la utilización y lavado de manos.

### **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Habitus exterior: Neonato femenino de 22/30 días de vida extrauterina en cuna térmica, posición decúbito dorsal, sin contención, con pañal.

Cráneo: Asimétrico, PC 28 cm, sutura izquierda cabalgada, fontanela anterior normotensa.

Ojos: simétricos, pupilas isocorias, reactivas a estímulos luminosos, ojos cerrados.

Nariz: Permeable, presenta millium.

Boca: Mucosa oral hidratada, sin alteraciones.

Orejas: Bien implantadas, con engrosamiento incompleto con vellosidades. Responde a estímulos sonoros.

Cuello: Cilíndrico, se palpan sin masas, tono muscular disminuido, pulsos palpables, tráquea en línea media, clavículas integra y simétricas.

Tórax: Con buena entrada y salida de aire los campos pulmonares sin ruidos anormales.

Abdomen: con dibujo de asas, peristalsis presente, onfaloclistis permeable con 22 días desde la colocación.

Columna: Lineal sin alteraciones.

Miembros torácicos y pélvicos: Extremidades en extensión, con palmas extendidas pulgar presionados.

Genitales: Íntegros, Fenotípicamente femenino, de coloración rosada labios menores visibles. Meato urinario, orificio vaginal y ano permeable, visible. Con uresis amarilla claro con una diuresis horaria de 2.1 ml/kg/hr durante el turno matutino, con evacuación amarillas pastosas

Piel: Palidez, lisa y moderadamente gruesa con descamación superficial.

## **6.2 Valoración por requisitos universales**

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

Presenta una frecuencia respiratoria de 56X´, Saturaciones fluctuantes entre 88-96%, con retracción intercostal, coloración pálida, con buena entrada y salida de aire, no presenta secreciones, no ocupa oxigenoterapia. Tiene una frecuencia cardiaca de 120 X´, pulsos palpables, presión arterial 70/50 mmHg, Silvermann de 1.

### **2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua**

Se encuentra hidratado, fontanelas normotensas, sin edema, mucosa oral hidratada, llenado capilar de 2 segundos, sin soluciones BHP:+19.9ml durante el turno.

### **3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**

Abdomen con dibujo de asas, perímetro abdominal 24 cm, alimentado con leche materna 25 ml por sonda orogastrica LATCH no valorable, dejando un remanente de 2 ml de contenido gástrico, con onfalocclisis, succión débil, peso de 1.310 Kg que de acuerdo a la tabla de peso al nacer en relación con la edad gestacional del Dr. Jurado García se encuentra por debajo de la percentil 10 que es peso bajo para la edad gestacional, glicemia capilar de 97 mg/dL.

### **4.- Previsión de cuidados asociados con el proceso de eliminación y los excrementos**

Meato urinario, orificio vaginal y ano permeable, visible. Con uresis amarilla claro con una diuresis horaria de 2.1 ml/kg/hr durante el turno matutino, con evacuación amarillas pastosas.

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

La UTIN tiene un ambiente iluminado, con temperatura ambiental optima, con ruido por la afluencia de las personas que entran, presenta sobresaltos, se encuentra en cuna de calor radiante, se observan extremidades en extensión, hipoactivo, hipotónico.

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

Se encuentra hipoactiva, la madre solo lo toca le habla en ocasiones, expresa sentirse aburrida y fatigada por los días de estancia de su hijo.

## **7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano**

Lleva 22 días hospitalizada en el área de UTIN con catéter umbilical, la madre presento ruptura prematura de membranas mayor a 24 horas, presento leucopenia, el neonato es incapaz de cualquier actividad de conservación, llanto débil solo al ejecutar estímulos adversos.

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

Presenta alteraciones en los reflejos, de prensión palmar, plantar, de marcha, moro, ciliar. Succión débil, la madre expresa estar aburrida.

### **RELACIÓN DE NEUTRÓFILOS INMADUROS Y TOTALES**

1 bandas+ 0 monocitos= 1% son neutrófilos inmaduros

1 bandas+ 0 monocitos+ 61 segmentados=62% del CTB

1 dividido entre 62 = 0.01

La relación I/T es de 0.01 significa que el 1% de todos los tipos de neutrófilos son formas inmaduras. Por lo cual no hay sospecha de infección sanguínea.



### 6.3 Jerarquización de requisitos universales alterados

Requisitos	Déficit	Priorización
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Sin déficit	
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Sin déficit	
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Con déficit	2
Previsión de cuidados asociados con el proceso de eliminación y los excrementos	Sin déficit	
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo	Con déficit	3
Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social	Con déficit	4
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano	Con déficit	1
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal	Con déficit	5

## 6.4 Prescripción del cuidado

<b>Requisito:</b> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 20 de abril 2018
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de Infección R/C cateterismo umbilical de 22 días de estancia		<b>Sistema de enfermería:</b> Totalmente Compensatorio
<b>Objetivo:</b> Detectar oportunamente datos de infección en el neonato.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Protección contra las infecciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.</li> <li>• Observar la vulnerabilidad del paciente a las infecciones.</li> <li>• Vigilar el recuento absoluto de granulocitos, el recuento de leucocitos y la fórmula leucocitaria.</li> <li>• Utilizar los antibióticos con sensatez</li> <li>• Notificar la sospecha de infecciones al personal de control de infecciones.</li> <li>• Retirar catéter umbilical e instalar otra línea vascular.</li> </ul>	<p>El tiempo óptimo de duración del catéter umbilical no debe exceder los 5 días en los arteriales y 14 días en los venosos.</p> <p><b>GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares. IMSS-273-13</b></p>

<p>Cuidado del sitio de inserción del catéter</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene de manos en sus cinco momentos.</li> <li>• Utilizar barrera máxima en el mantenimiento.</li> <li>• Antisepsia del sitio de inserción.</li> <li>• Dejar que el antiséptico actúe.</li> <li>• Evitar la fijación oclusiva del catéter para visualizar las complicaciones como desplazamiento, infiltración y secreción purulenta en el sitio de inserción.</li> <li>• Mantener el rodete umbilical limpio y seco.</li> <li>• No utilizar cremas con antibióticos en el sitio de punción.</li> <li>• Evitar la fijación oclusiva del catéter para visualizar las complicaciones como desplazamiento, infiltración y secreción purulenta en el sitio de inserción.</li> </ul>	<p>El riesgo de Infección disminuye después de la estandarización de la técnica, aséptica, de la inserción y mantenimiento de las líneas vasculares por personal experto. En niños recién nacidos, el antiséptico de elección es alcohol al 70%.</p> <p><b>GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares. IMSS-273-13</b></p> <p>Las complicaciones más frecuentes son hemorragia, infección u obstrucción y dolor.</p> <p>El uso de cremas con antibióticos aumenta el riesgo de favorecer las infecciones fúngicas y resistencia antimicrobiana.</p> <p><b>GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares. IMSS-273-13</b></p>
---	--	---

<p>Monitorización de los signos vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio.</li> <li>• Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura</li> <li>• Medir y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia</li> <li>• Vigilar la presencia y calidad de los pulsos</li> <li>• Medir la pulsioximetría</li> </ul>	<p>Los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.</p> <p><b>Guía clínica de control de signos vitales Facultad Ciencias de la Salud Kinesiología Chillán</b></p>
<p>Control de Infecciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiar el ambiente adecuadamente.</li> <li>• Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo.</li> <li>• Aplicar las precauciones de aislamiento y mantener técnicas de aislamiento apropiadas.</li> </ul>	<p>Los programas de mejora del desempeño para la sepsis podrían apuntar a un reconocimiento más incipiente de la sepsis por medio de un esfuerzo formal de detección sistemática y el tratamiento mejorado de los pacientes una vez que se los ha identificado como septicémicos.</p> <p><b>Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento</b></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar el número de las visitas, según corresponda.</li> <li>• Ordenar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente</li> </ul>	<p><b>de la sepsis y el choque septicémico: 2016</b></p>
<p><b>Evaluación:</b> No presenta datos significativos de una posible infección se evalúa el riesgo-beneficio con el equipo médico adscrito de la institución.</p>		

<b>Requisito:</b> Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 20 de abril 2018
<b>Diagnóstico:</b> Déficit del aporte suficiente de alimentos R/C Inmadurez gastrointestinal M/P dibujo de asas, hipoactivo, peso bajo para la edad gestacional.		<b>Sistema de enfermería:</b> Sistema totalmente compensatorio.
<b>Objetivo:</b> Ayudar al neonato en el aporte de nutrientes a través de la alimentación asistida, evitando la pérdida de peso.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Alimentación por sonda orogastrica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medir el perímetro abdominal pre y postprandial.</li> <li>• Medir desde la comisura labial hasta el borde inferior del lóbulo de la oreja y luego hasta el apéndice xifoides.</li> <li>• Elevar el cabecero de la cuna a 30 a 45° durante la alimentación</li> <li>• Vigilar que la sonda orogástrica 5 Fr quede colocada correctamente.</li> <li>• Comprobar la existencia de residuo gástrico.</li> <li>• Comprobar el peso diario.</li> </ul>	<p>El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los recién nacidos prematuros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación por el tono motor bajo, la falta de coordinación en la secuencia de la succión, la deglución y la dismotilidad del aparato digestivo. El método de alimentación por bolos intermitentes por sonda gástrica es más fisiológico ya que estimula el incremento ciclo de las hormonas intestinales.</p> <p><b>GPC Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. México: Secretaria de Salud;2010.</b></p> <p><b>GPC Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. México: IMSS, 2013.</b></p>

Monitorización nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso diario, antes de la toma correspondiente</li> <li>• Leche materna exclusiva</li> <li>• Graficar el crecimiento y desarrollo del neonato.</li> <li>• Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.</li> <li>• Identificar los cambios recientes del peso corporal.</li> </ul>	<p>Las necesidades de líquidos y nutrientes se cubren con lactancia materna, en los lactantes esas necesidades son proporcionalmente mayores que las de los adultos, por su metabolismo basal más alto, riñones inmaduros y mayor pérdida de agua a través de la piel y los pulmones.</p> <p><b>Kozier y Erb. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y prácticas. 2013, Pearson Educación, Madrid Novena Edición. Vol.II pag.1257.</b></p>
Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</li> <li>• Proporcionar un ambiente óptimo.</li> <li>• Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.</li> </ul>	<p>Estudios han concluido que el incremento rápido del volumen disminuye el tiempo para alcanzar el requerimiento total de líquidos por vía oral y el tiempo para obtener el peso al nacimiento, sin riesgo de enterocolitis necrosante. El incremento diario de 10-35 ml/kg/día se considera seguro.</p> <p><b>GPC Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. México: Secretaria de Salud;2010.</b></p>

<p>Control del peso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar diariamente al recién nacido desnudo, manteniendo un ambiente térmico neutro.</li> <li>• Todos los Recién nacidos prematuros deben recibir alimentación con leche humana.</li> <li>• Asesorar a la madre en técnica de extracción manual de leche y los beneficios de la lactancia materna.</li> </ul>	<p>El comportamiento alimenticio y la función gastrointestinal son inmaduros en los RN prematuros, por lo que pueden tener dificultades en la alimentación.</p> <p><b>GPC Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. México: IMSS, 2013.</b></p>
<p><b>Evaluación:</b> Se logró proporcionar alimentación vía enteral sin datos de distensión abdominal, vomito, regurgitación y se obtuvo una ganancia de peso de 30 gr.</p>		



<b>Requisito:</b> Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 20 de abril 2018
<b>Diagnóstico:</b> Conducta Desorganizada R/C Entorno Físico M/P Extremidades en extensión, palidez, tiros intercostales, presenta sobresaltos, saturaciones fluctuantes entre 88-96%.		<b>Sistema de enfermería:</b> Totalmente compensatorio.
<b>Objetivo:</b> Manipular el entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Manejo ambiental Confort	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulación mínima y permitir períodos de reposo.</li> <li>• Identificar signos de estrés en el neonato.</li> <li>• Uso de nidos de contención.</li> <li>• Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.</li> <li>• Mantener niveles mínimos de ruidos.</li> </ul>	<p>El niño prematuro es extremadamente vulnerable a factores ambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, etc., los cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica como consecuencias sobre su estado de salud.</p> <p><b>GPC Intervenciones de Enfermería en la Atención del Recién Nacido Prematuro. México: IMSS, 2013</b></p> <p>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.</p> <p><b>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 Pública. 2014;36(5):348–54</b></p>
Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda mantener los niveles de ruido por debajo de 45 dB.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda tener una luz entre 1 a 60 lux en la cuna o incubadora.</li> <li>• Medir temperatura cada 2 horas</li> <li>• Colocar al RN en cuna de calor radiante o incubadora, vigilando el sensor de temperatura de la incubadora.</li> </ul>	
Cuidados del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un espacio para los padres en la unidad.</li> <li>• Evitar la sobreestimulación</li> <li>• Cambiar de posición al recién nacido con frecuencia.</li> <li>• Rotar los sensores y brazalete de T/A.</li> <li>• Controlar los estímulos del entorno.</li> </ul>	
Monitorización del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar la temperatura del recién nacido.</li> <li>• Comprobar la frecuencia respiratoria y forma de respirar.</li> <li>• Vigilar el peso del recién nacido</li> <li>• Mantener un registro de los ingresos y egresos del neonato.</li> </ul>	
<b>Evaluación:</b> Se logra una conducta organizada del neonato, manteniendo una SPO2 constante de 94%.		

<b>Requisito:</b> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 20 de abril 2018
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de úlcera por presión R/C Disminución de la movilidad física, puntaje en escala Q de braden de 13 puntos		<b>Sistema de enfermería:</b> Totalmente compensatorio.
<b>Objetivo:</b> Prevenir la formación de úlceras por presión en el neonato con alto riesgo de desarrollarlas.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Prevención de úlceras por presión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilizar al neonato (p. ej., evitar el cizallamiento) para evitar lesiones en una piel frágil.</li> <li>• Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda.</li> <li>• Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día.</li> <li>• Colocar dispositivos como colchón de gel para prevenir UPP.</li> </ul>	<p>El paciente pediátrico presenta unas zonas propias y específicas de aparición de las UPP las cuales son la Región Occipital. Esta región es característica de los recién nacidos y los lactantes, debido a la relación entre el tamaño de la cabeza y el resto del cuerpo.</p> <p><b>Díaz Y, Riveiro A, González M. Prevención de úlceras por presión. Rol Enf. 2009; 32(5):361-366.</b></p>
Vigilancia de la piel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas.</li> <li>• Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades.</li> <li>• Utilizar una herramienta de evaluación para identificar a</li> </ul>	

	pacientes con riesgo de pérdida de integridad de la piel.	
Cambios de posición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios posturales cada 1-2 horas, según corresponda</li> <li>• Proporcionar contención al cuerpo.</li> <li>• Mantener al prematuro dentro de nidos de contención.</li> <li>• Flexionar extremidades semejando la posición dentro del útero.</li> <li>• Ayudar a la postura, alineación corporal y al movimiento del neonato a través del posicionamiento.</li> </ul>	
<b>Evaluación:</b> Se encuentra la piel íntegra y es estable un plan de movilización a lado de la cabecera.		

<b>Requisito:</b> Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 20 de abril 2018
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de retraso en el desarrollo R/C Edad extrema, nutrición inadecuada		<b>Sistema de enfermería:</b> Totalmente compensatorio
<b>Objetivo:</b> Armonizar las prácticas de cuidados con las necesidades de desarrollo y fisiológicas individuales del lactante prematuro para fomentar el crecimiento y el desarrollo.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Cuidados del lactante prematuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a los progenitores sobre los aspectos del desarrollo en los lactantes prematuros.</li> <li>• Instruir a los progenitores para que identifiquen las señales y estados del lactante.</li> <li>• Mostrar cómo llamar la atención visual o auditiva del lactante.</li> <li>• Ayudar a los progenitores a planificar los cuidados en respuesta a las señales y estados del lactante.</li> <li>• Indicar las actividades autorreguladoras del lactante (p. ej., llevarse la mano a la boca, succionar, uso de estímulos visuales o auditivos).</li> <li>• Proporcionar un «tiempo muerto» cuando el lactante muestre signos de estrés (p. ej., separación de los dedos de la mano, mal color, fluctuación de la frecuencia cardíaca o respiratoria).</li> </ul>	<p>Cuando el feto llega al término de la gestación, el crecimiento y el desarrollo del cerebro, se dan en el contexto de la protección que ofrece la madre, de las perturbaciones ambientales, a través del ambiente uterino donde la temperatura, nutrición y otros sistemas de regulación son provistos en forma constante.</p> <p><b>Egan F., Quiroga A., Chattas G., Cuidado para el neurodesarrollo, Rev. De Enfermería, 2017, pp. 4-14</b></p>

<p>Fomentar el vínculo afectivo de los padres con el recién nacido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitar los padres acariciar suavemente al niño prematuro para establecer el vínculo.</li> <li>• Enseñar a los padres para que puedan alimentar al neonato de acuerdo a las condiciones de salud</li> <li>• Enseñar a los padres a cambiar el pañal del neonato.</li> <li>• Fomentar el contacto piel a piel</li> <li>• Animar a la madre o padre a que realice los cuidados canguros de 20 a 3 horas de acuerdo a la respuesta del RN.</li> </ul>	
<p>Cuidados de Canguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar las ventajas e implicaciones de proporcionar un contacto piel con piel al bebé.</li> <li>• Vigilar los factores que influyen en la participación de los padres en el cuidado (p. ej., disposición, salud, disponibilidad y presencia de sistema de apoyo).</li> <li>• Asegurar que el estado fisiológico del bebé cumple con las directrices de participación en los cuidados.</li> <li>• Preparar un ambiente tranquilo, privado y calido.</li> </ul>	

<p>Apoyo a la Familia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar a la familia que al neonato se le brindan los mejores cuidados posibles.</li> <li>• Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del RN.</li> <li>• Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.</li> <li>• Favorecer una relación de confianza con la familia.</li> </ul>	
<p><b>Evaluación:</b> Se observa una mayor armonía en el entorno físico y se establece un mejor vínculo entre la madre-hijo.</p>		

## **Ejecución**

### **Registro de intervenciones**

Se llevaron las intervenciones de acuerdo al plan establecido, cumpliéndose cada una de las acciones planteadas durante el turno cumpliéndose en tiempo y forma, registrándose en la hoja de enfermería para posteriormente hacer la evaluación.

## **Evaluación**

### **Evaluación de las repuestas de la persona**

El neonato se encuentra en un ambiente confortable para su edad, se vigilara cualquier dato de infección en el catéter umbilical ya que de acuerdo a la evidencia encontrada nos dice que el tiempo máximo de duración es de 14 días por ello existe el riesgo de infección debido a la prematurez y el hecho que es un dispositivo invasivo, se mantiene con manejo de antibióticos, en cuanto al peso se mantendrá en seguimiento para observar si ha ido aumentando en los próximos días y si existe buena tolerancia de la vía oral y que no presente distensión abdominal.

### **Evaluación del proceso**

Mediante el PAE se utiliza un modelo centrado en el usuario que: aumenta nuestro grado de satisfacción, nos permite una mayor autonomía, continuidad en los objetivos, la evolución la realiza enfermería, si hay registro es posible el apoyo legal, la información es continua y completa, se deja constancia de todo lo que se hace y nos permite el intercambio y contraste de información que nos lleva a la investigación.

Además, al elaborar un plan escrito de atención individualizada, disminuyen los errores y acciones reiteradas y se considera al usuario como colaborador activo. Así enfermería puede crear una base con los datos de la salud, identificar los problemas actuales o potenciales, establecer prioridades en las actuaciones, definir las responsabilidades específicas y hacer una planificación y organización de los cuidados.

En el campo de la Neonatología, los PAE deben ir orientados a conseguir una mayor calidad de vida de nuestros pacientes, que se puede traducir en: bajas tasas de ingresos hospitalarios, mayores supervivencias y una buena percepción por parte de los usuarios de su estado de salud.



## **Seguimiento**

Preparación del entorno: Se realizó en el servicio de Cuneros Patologicos en el bacinete 119 se redujo la entrada de corrientes de aire, se preparó iluminación adecuada, se disminuyó ruidos, así mismo se realizó en un momento donde no había tanta afluencia de personal se manipulo posterior a su descanso para que se mantuviera tranquilo.

Preparación del equipo: Se verifico el funcionamiento del equipo a ocupar, tales como el termómetro, estetoscopio, cinta métrica, oxímetro de pulso y monitor, mismo que se desinfecto previo a la utilización y lavado de manos.

## **EXPLORACIÓN FÍSICA**

Habitus exterior: Neonato femenino de 35.1 SDGC con 33 días de vida extrauterina en bacinete, posición decúbito dorsal, en contención, con pañal.

Cráneo: Simétrico, PC 28 cm, fontanela anterior normotensa.

Ojos: simétricos, pupilas isocóricas, reactivas a estímulos luminosos, ojos cerrados.

Nariz: Permeable.

Boca: Mucosa oral hidratada, sin alteraciones.

Orejas: Bien implantadas, con engrosamiento incompleto con vellosidades. Responde a estímulos sonoros.

Cuello: Cilíndrico, se palpan sin masas, tono muscular con buen tono, pulsos palpables, tráquea en línea media, clavículas integra y simétricas.

Tórax: Con buena entrada y salida de aire los campos pulmonares sin ruidos anormales, buen ritmo cardíaco.

Abdomen: blando depresible, peristalsis presente.

Columna: Lineal sin alteraciones.

Miembros torácicos y pélvicos: Extremidades flexionadas en línea media, facilitando el contacto mano-boca.

Genitales: Íntegros, Fenotípicamente femenino, de coloración rosada labios menores visibles. Meato urinario, orificio vaginal y ano permeable, visible. Con uresis amarilla claro con una diuresis horaria de 10.7 ml/kg/hr durante el turno matutino, con evacuación amarillas pastosas

Piel: con buena coloración hidratada, llenado capilar de 2 segundos.

### **FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS.**

SRA de 35.1 SDGC 33 días de vida extrauterina, femenino, que presenta la siguiente somatometría al nacer PC: 28cm, PT: 24 cm, PA: 23.5 cm, PIE: 5.5 cm con un peso de 1.250 kg y una talla de 40cm, presento un apgar 8/9, silverman 3 se calculó un ballard de 30 SDG, vía de nacimiento cesárea, distócico gesta 1, al nacer se le otorgaron pasos iniciales, grupo y Rh O+, su tipo de familia es extensa, desintegrada su rol es hija la comunicación familiar es buena entre la madre y su abuela materna con los demás familiares no tiene relación, viven en casa rentada donde cuentan con agua, luz, drenaje recolección de basuras y servicios de comunicación un celular el principal apoyo es la madre los padres están separados. La madre tiene hasta nivel primaria la cual es incompleta de religión católica, idioma español con domicilio ubicado en la Laja, seis de enero, calle Chilpancingo #711, actualmente se encuentra desempleada solo cuenta con seguro popular, vive en zona urbana y no cuenta con animales.

### **REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO.**

La madre no sabe decir si fue planeado su embarazo, pero la niña ya cuenta con un nombre es hija única y la madre no ha tenido la experiencia de haber cuidado de otro recién nacido, ella será la principal cuidadora en casa y probablemente le ayude su hermana, la recién nacida recibe visita de la abuela materna y de la madre, para la madre la recién nacida es muy diferente de cómo se imaginaba, inicio lactancia materna el día 30-03-18, ha recibido información de lactancia materna, tamiz metabólico, auditivo, estimulación temprana, la madre habla con el recién nacido y este abre los ojos también lo toca lo cargarlo y acaricia, la madre se involucra en el cuidado del recién nacido cambiando pañales. Los movimientos del neonato son normales, el sueño del recién nacido es normal, su llanto es fuerte, está siendo alimentado con leche materna la madre ha estado presente cuando lo alimenta y ella cree que su leche lo nutre, cuando termina la alimentación ella lo deja boca arriba.

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

La abuela es quien decide cuando acudir al médico, el recién nacido se encuentra hospitalizado, la madre sabe que está hospitalizado para que subiera de peso y ha sido informada del tratamiento que recibe su niña en el servicio de Cúmulos Patológicos, la madre y la abuela la visitan a diario, la madre está dando seno materno para proporcionar la leche ella refiere sentirse contenta de que su bebé ha subido de peso. Tratamiento establecido con cisaprida 0.5 mg VO c/3 horas, Sulfato Ferroso 6 gotas VO c/24 horas, Vit. ACD 4 gotas VO c/ 24 horas, Vit. E 2 gotas VO c/24 horas.

## REQUISITOS UNIVERSALES

**1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:** Presenta una frecuencia respiratoria de 55 X', Saturaciones fluctuantes entre 96-99%, con buena coloración de piel y tegumentos, con buena entrada y salida de aire, no presenta secreciones, no ocupa oxigenoterapia. Tiene una frecuencia cardíaca de 135 X', pulsos palpables.

**2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:** Se encuentra hidratado, fontanelas normotensas, sin edema, mucosa oral hidratada, llenado capilar de 2 segundos, sin soluciones.

**3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:** Abdomen blando depresible, perímetro abdominal 25 cm, alimentado con leche materna 30 ml por succión con un LATCH de 9 ya que intervenimos para que se mantenga colocado al pecho posteriormente se sigue solo sin ayuda, succión fuerte vigorosa, peso de 1.595 Kg que de acuerdo a la tabla de peso al nacer en relación con la edad gestacional del Dr. Jurado García se encuentra por debajo de la percentil 10 que es peso bajo para la edad gestacional, glicemia capilar de 97 mg/dL.

**4.- Previsión de cuidados asociados con el proceso de eliminación y los excrementos:** Meato urinario, orificio vaginal y ano permeable, visible. Con uresis amarilla claro con una diuresis horaria de 10.7 ml/kg/hr durante el turno matutino, con evacuación amarillas pastosas.

**5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo:** En Cuneros Patologicos tiene un ambiente con cambios de iluminación permiten la entrada de luz natural, con temperatura ambiental optima, con ruido por la afluencia de las personas que entran, se encuentra en bacinete, se observan extremidades en flexión, activo, con buen tono muscular.

**6.- Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social:** Se encuentra activa, la madre solo lo toca le habla, expresa sentirse contenta por que en próximos días ya darán de alta a su hija.

**7.- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano:** Lleva 33 días hospitalizada en el área de Cuneros Patológicos, la madre presento ruptura prematura de membranas mayor a 24 horas, tiene un perímetro cefálico de 28 cm, llanto fuerte.

**8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal:** Sin alteraciones en los reflejos, de prensión palmar, plantar, de marcha, moro, ciliar. Succión fuerte y vigorosa, la madre expresa estar contenta por que pronto le darán de alta a su hija, así como su deseo de continuar con la lactancia materna ya que considera que esto ha ayudado a que suba de peso.

## JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

Requisitos	Déficit	Priorización
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Sin déficit	
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Sin déficit	
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Con déficit	2
Previsión de cuidados asociados con el proceso de eliminación y los excrementos	Sin déficit	
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo	Sin déficit	
Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social	Sin déficit	
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano	Con déficit	1
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal	Sin déficit	3

<b>Requisito:</b> Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 04 de mayo 2018
<b>Diagnóstico:</b> Riesgo de retraso en el desarrollo R/C Prematurez, peso bajo para la edad gestacional, perímetro cefálico de 28 cm		<b>Sistema de enfermería:</b> Totalmente compensatorio
<b>Objetivo:</b> Armonizar las prácticas de cuidados con las necesidades de desarrollo y fisiológicas individuales del lactante prematuro para fomentar el crecimiento y el desarrollo.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Cuidados del lactante prematuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar a los progenitores sobre los aspectos del desarrollo en los lactantes prematuros.</li> <li>• Facilitar el vínculo/apego entre los progenitores y el lactante.</li> <li>• Instruir a los progenitores para que identifiquen las señales y estados del lactante.</li> <li>• Mostrar cómo llamar la atención visual o auditiva del lactante.</li> <li>• Ayudar a los progenitores a planificar los cuidados en respuesta a las señales y estados del lactante.</li> </ul>	<p>El desarrollo psicomotor es un proceso continuo y se da de forma ordenada. Cada etapa representa un nivel de madurez con características muy singulares en cada área: sensorial, motora, comunicativa y cognitiva. Los signos de alarma neurológicos que se pueden presentar a cualquier edad, son: • Macrocefalia. • Microcefalia. • Movimientos oculares anormales. • Hipotonía. • Arreflexia osteotendinosa generalizada</p> <p>Es importante detectar el retraso en cualquiera de sus esferas en el primer año de edad, ya que es el momento ideal de lograr mayor grado de rehabilitación del menor de cinco años. Esto se debe por la plasticidad cerebral, la cual disminuye a partir del segundo año</p> <p><b>Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de 5 años. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015</b></p>

Evaluación de lactante prematuro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar y medir al lactante</li> <li>• Comparar el peso del recién nacido con la edad gestacional estimada</li> <li>• Medir el perímetro cefálico</li> <li>• Medir temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y presión arterial</li> </ul>	
Cuidados del desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un espacio para los padres</li> <li>• Evitar la sobreestimulación</li> <li>• Cambiar de posición al recién nacido con frecuencia</li> <li>• Controlar los estímulos del entorno del recién nacido</li> </ul>	
<p><b>Evaluación:</b> Necesita un seguimiento continuo para valorar su estado nutricional, neurológico, de acuerdo con las tablas de crecimiento avaladas por la institución.</p>		

<b>Requisito:</b> Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 04 de mayo 2018
<b>Diagnóstico:</b> Disposición para mejorar la lactancia materna <b>M/P</b> La madre expresa el deseo de mejorar el conocimiento acerca de los cuidados que empleara al lactante en su domicilio.		<b>Sistema de enfermería:</b> Sistemas de enfermería de apoyo-educación
<b>Objetivo:</b> Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Asesoramiento en la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).</li> <li>• Describir las formas para facilitar la transferencia de la leche (p. ej., técnicas de relajación, masaje mamario y entorno tranquilo).</li> <li>• Evaluar la capacidad del lactante para mamar.</li> <li>• Mostrar la forma de amamantar, si es necesario (utilizar un dedo limpio para estimular el reflejo de succión y el enganche al pezón).</li> <li>• Enseñar a la madre a dejar que el lactante termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda.</li> <li>• Enseñar sobre el modo de interrumpir la succión del lactante.</li> <li>• Explicar a la madre los cuidados del pezón.</li> <li>• Monitorizar la presencia de dolor del pezón y de alteración de la integridad cutánea de los pezones.</li> <li>• Explicar las técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y las molestias asociadas (p. ej., tomas frecuentes, masaje mamario,</li> </ul>	<p>Los profesionales deberían ayudar a las madres a encontrar la postura en la que se encuentren más cómodas y tengan menos problemas con el amamantamiento.</p> <p>Transferencia adecuada de leche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El lactante realiza succiones profundas, mantenidas y con pausas no muy largas.</li> <li>• La deglución es visible y/o audible.</li> </ul> <p>Se sugiere evitar siempre que sea posible el uso del chupete durante el primer mes para facilitar el buen inicio de la lactancia materna <b>Guía de práctica clínica sobre lactancia materna 2017.</b></p>



	compresas calientes, extracción de la leche, aplicación de compresas de hielo tras la lactancia o la extracción de leche, antiinflamatorios).	
Educación parental lactante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar los conocimientos y la buena disposición y la habilidad de los progenitores para aprender sobre los cuidados del lactante.</li> <li>• Escuchar las necesidades de aprendizaje de la familia.</li> <li>• Proporcionar guiado anticipatorio acerca de los cambios del desarrollo durante los primeros años de vida.</li> <li>• Ayudar a los progenitores a encontrar maneras de integrar al lactante en el sistema familiar.</li> <li>• Enseñar a los progenitores habilidades para cuidar al recién nacido.</li> <li>• Informar acerca de la higiene bucal durante el primer año.</li> </ul>	
<b>Evaluación:</b> Se encuentra fortalecido el vínculo madre-hijo a través de la lactancia materna		

<b>Requisito:</b> Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
<b>Nombre del paciente:</b> SRA		<b>Fecha:</b> 04 de mayo 2018
<b>Diagnóstico:</b> Déficit en el aporte suficiente de alimentos R/C Prematurez M/P Bajo Peso para la Edad Gestacional por debajo de la percentil 10 de García Jurado.		<b>Sistema de enfermería:</b> .Parcialmente compensatorio.
<b>Objetivo:</b> Ayudar al neonato en el aporte de nutrientes a través de la lactancia materna.		
<b>Intervención</b>	<b>Acción</b>	<b>Fundamentación</b>
Monitorización nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar al paciente.</li> <li>• Graficar el crecimiento y desarrollo.</li> <li>• Obtener medidas perímetro abdominal pre y postprandial</li> <li>• Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso</li> <li>• Identificar los cambios recientes del peso corporal.</li> </ul>	<p>Valorar el estado nutricional de la niña o del niño. Indicar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.</p> <p>Investigar los factores que pueden influir en el estado nutricional.</p>
Asesoramiento en la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a asegurar que el neonato se sujeta bien a la mama (monitorizar una alineación correcta del lactante, sujeción y compresión areolar, y deglución audible).</li> <li>• Instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia (p. ej., posición de cuna cruzada, cogido como un balón de fútbol y decúbito lateral).</li> </ul>	<p>Para identificar los criterios de buen inicio e instauración de la lactancia materna se debería realizar una valoración de la técnica de la lactancia en relación a la postura, al agarre y a los signos de transferencia eficaz de leche, de la madre y del recién nacido.</p> <p>Independientemente de la postura elegida, madre y recién nacido deberían estar en estrecho contacto, con la cabeza y el cuerpo del recién nacido bien alineados, con la nariz a la altura del pezón, evitando posturas que obliguen a mantener el cuello girado o flexionado durante la toma.</p>

<p>Terapia nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar una valoración nutricional.</li> <li>• Controlar los alimentos/líquidos ingeridos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.</li> </ul>	<p>La organización Mundial de la Salud (OMS), propone la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.</p> <p>Cuando el crecimiento y el estado nutricional del niño se encuentran con desnutrición leve, moderada o sobrepeso, talla ligeramente baja, citar a intervalos más cortos (cada 30 días en menores de 5 años). <b>Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de 5 años. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015</b></p>
<p><b>Evaluación:</b> Después del alta del servicio es necesario continuar con el control de peso y talla en el programa de vigilancia del niño sano.</p>		

## **VII. PLAN DE ALTA**<sup>[ddd1]</sup>

El día 04 de mayo del 2018 es dado de alta del servicio de cuneros patológicos, con un peso de 1.610kg, con diagnóstico de egreso: Lactante con prematurez de 35. 2 SDGC, Sepsis neonatal sin germen aislado resuelto.

Cuenta con una BH del 02 de mayo del 2018 con Leucocitos de 11.7 U/KL, Neutrófilos: 37%, Linfocitos 52%, Monocitos: 10%, sin presencia de bandas, HB: 15.2 mg/dL, Hematocrito: 45.4%, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica, tolerando la vía oral, con signos vitales FC 130X', FR 56X', Temperatura 36.8°C.

Con cita abierta a urgencias pediátricas ante cualquier signo de alarma.

Cita en control y vigilancia del niño sano.

Cita en 1 mes a consulta externa de pediatría

Realizar tamiz neonatal y se le entrega solicitud para realizar US transfontanelar

Aplicar vacunas de BCG y Hepatitis B al pesar 2Kg

## **VIII. CONCLUSIONES**

De acuerdo con el plan de cuidado establecido, se logró una mejora en el confort, me percate que existe dudas en cuanto al tiempo de duración y permanencia de los catéteres por lo que es necesario encontrar la mejor evidencia posible, con este estudio de caso pude comprobar su efectividad y eficiencia ya que permite hacer una valoración holística, proporcionando un cuidado específico y especializado como son los centrados en el neurodesarrollo.

En el seguimiento me percate que existe un alto riesgo de retraso en el desarrollo ya que de acuerdo con la medición de su perímetro cefálico de 28 cm con las tablas de la OMS se reporta como microcefalia, así como su peso y talla no son adecuados con las tablas de crecimiento y desarrollo se encuentra con peso bajo y talla baja, por lo cual es necesario referirlo a la consulta de vigilancia del niño sano para que asista de manera periódica así como en la brevedad posible realizar US Transfontanelar.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1 Shane AL, Stoll BJ Sepsis neonatal: progreso hacia mejores resultados. J Infect.[en línea]2014 enero[fecha de acceso 17 de diciembre 2017] Volumen 68, Suplemento 1, Páginas S24-S32 URL.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2414013>

2 INEGI 2015 URL Disponible:

<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

3 Zea-A, Turin C, Ochoa T. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [en línea] 2014 Abril [fecha de acceso 17 de diciembre 2017]; 31(2): 358–363. URL.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320120/4>

4 Boettiger M , Tyer-Viola L , Hagan J Reconocimiento temprano de las enfermeras de la sepsis neonatal J Obstet Gynecol Neonatal Nurs[en línea].2017 de noviembre a diciembre[fecha de acceso 17 de diciembre 2017]; 46 (6): 834-845. URL. Disponible en. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28987479>

5 Fenton-Jones M, Cannon A, Paul SP Reconocimiento y manejo de enfermería de la sepsis en la primera infancia. Enfermera Emerg. [en línea] 2017 octubre12 [fecha de acceso 17 de diciembre 2017]; 25 (6): 23-29.URL. Disponible en. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29115766>

6 Rodríguez J, Jordan S,Mutic A,Thul T. El microbioma neonatal: implicaciones para las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales MCN Am J Matern Child Nurs. [en línea] 2017 Nov / Dic [fecha de acceso 17 de diciembre 2017]; 42 (6): 332-337. URL. Disponible en. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29049058>

7.NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-045-SSA2-2005, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES.

8

8. Prado LA, González M, Paz N, Romero K La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención Rev. Med. Electron. [en línea] 2014 NOV. DIC, [fecha de acceso 17 de diciembre 2017] 36 (6). URL. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004)
9. Prado LA, González M, Paz N, Romero K La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención Rev. Med. Electron. [en línea] 2014 NOV. DIC, [fecha de acceso 17 de diciembre 2017] 36 (6). URL. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S168418242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242014000600004)
10. Naranjo Y, Concepcion JA, Rodriguez M. La teoría Deficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Med Espirit [en línea] 2017 sep-dic [Fecha de acceso: 07 octubre 2018]; 19(3). URL. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
11. Navarro Y, Castro M. Modelo De Dorothea Orem Aplicado A Un Grupo Comunitario A Través Del Proceso De Enfermería Enf. Global [en línea] 2010 junio [fecha de acceso 17 de diciembre 2017] (19):1-14. URL disponible en : <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/MODELOOREM.pdf>
12. Egan F., Quiroga A., Chattas G., Cuidado para el neurodesarrollo, Rev. De Enfermería, 2017, pp. 4-14 URL disponible en : <http://fundasamin.org.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/12/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>
13. Iyer P, Taptich B, Bernocchi D. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. 3ra edición. Mc Graw -Hill. 1997. p.11.
14. Ibíd., p.14.
15. Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10 edición Elsevier Mosby. pag 10 (EN LINEA). Disponible en [http:// books. google.com.co/books](http://books.google.com.co/books)

16. NANDA. Nursing Diagnosis: Definitions & classification 2007-2008 Madrid. España. Elsevier. 2008 p 10.

17 Naranjo Y, Concepcion JA, Rodriguez M. La teoría Deficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Med Espirit [en línea] 2017 sep-dic [Fecha de acceso: 07 octubre 2018]; 19(3). URL. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

18. NOM-012-SSA3-2012 que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos

19. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México. [en línea] 2001 diciembre [fecha de acceso: 28 agosto 2018] URL. Disponible en: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>

20. Ravalli MJ, Ortiz Z. Semana del Prematuro. [en línea] 2013 marzo [fecha de acceso: 28 agosto 2018] 3. URL. Disponible en: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/Salud-Prematuros\\_Decalogo2013.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/Salud-Prematuros_Decalogo2013.pdf)

**21. Gaitan CA, Camacho G. Sepsis neonatal. CCAP. Vol 13 Numero 3.**

21. Guías clínicas del departamento de neonatología 2011 Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

22. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Sepsis y Choque Séptico del Recién Nacido en el Segundo y Tercer nivel de Atención, México: Secretaria de Salud; Noviembre 2012.

23. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para La Atención De La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio, Y De La Persona Recién Nacida

24. GPC Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las Infecciones Relacionadas a Líneas Vasculares. IMSS-273-13

25. GPC Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. México: Secretaria de Salud; 2010.

26. GPC Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. México: IMSS, 2013.
27. Kozier y Erb. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y prácticas. 2013, Pearson Educación, Madrid Novena Edición. Vol.II pag.1257.
28. 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 Pública. 2014;36(5):348–54
29. Díaz Y, Riveiro A, González M. Prevención de úlceras por presión. Rol Enf. 2009; 32(5):361-366.
30. Rosales B, Reyes G. Fundamentos de enfermería.3ra ed. México: El Manual Moderno; 2004.
31. Egan F., Quiroga A., Chattas G., Cuidado para el neurodesarrollo, Rev. De Enfermería, 2017, pp. 4-14
32. Control y seguimiento de la nutrición, el crecimiento y desarrollo de la niña y del niño menor de 5 años. México: Secretaría de Salud; 2 de diciembre de 2015



## X. ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente:

NOMBRE: Imelda Rubio Ahuixtle

Doy mi consentimiento para que el licenciado en enfermería:

NOMBRE: Jarumy Abigail Alcántara Hernández

Estudiante del Posgrado en Enfermería del Neonato de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado integral del padecimiento de mi hijo(a), como parte de sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación.

Es de mi conocimiento que seré libre de retractarme de este estudio de caso, en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o se me niegue la atención médica para mi tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener fotografías, videos o registros médicos y de enfermería durante su hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos.

#### AUTORIZO

Nombre del tutor: Imelda Rubio Ahuixtle

Firma: I R A

#### RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

Alumno de Posgrado Jarumy Abigail Alcántara Hernández

Firma: J.

#### TESTIGO

Nombre: Rosa Divina Hernández Alarcón

Firma: Rosa Divina

Acapulco, Guerrero A 20 Del Mes De Abril Del Año 2018

*Jaromy Abigail Aleántara Hernández*

**GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LA  
TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE  
AUTOCUIDADO EN EL NEONATO DE  
DOROTHEA OREM**



**FACTORES CONDICIONANTES.**

1. Edad
2. Sexo
3. Etapa del desarrollo
4. Estado de salud
5. Modelo de vida
6. Factores del sistema sanitario
7. Factores del sistema familiar
8. Factores socioculturales
9. Disposición de recursos
10. Factores del sistema sanitario

GUÍA DE VALORACIÓN BASADA EN LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL NEONATO DE DOROTHEA OREM

Nombre: <u>Sofía Rubio Abuxtle</u>		Fecha: <u>20-09-18</u>	
1. Edad: <u>22 días</u>		2. Sexo: <u>Femenino</u>	
3. Estado del desarrollo		Peso: <u>1.250 Kg</u>	Talla: <u>40 cm</u>
PC: <u>28 cm</u>	PT: <u>24 cm</u>	PA: <u>23.5 cm</u>	PB: <u>        </u>
L.PIE: <u>5.5 cm</u>			
Apgar: <u>8/9</u>	Silverman: <u>3</u>	Capurro: <u>        </u>	
Ballard: <u>30 506</u>			
Fecha de Nacimiento: <u>20-09-17</u>		Via de Nacimiento: <u>Cesárea</u>	Tipo de Nacimiento: <u>Distósico</u>
Gesta: <u>1</u>	Parto: <u>0</u>	Aborto: <u>0</u>	Cesárea: <u>0</u>
<b>4. Estado de Salud</b>			
Pasos iniciales otorgados: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> ) Maniobras de RCP: Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
Malformaciones Congénitas: <u>NO</u>			
Inmunizaciones: Completas Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input checked="" type="checkbox"/> ) incompletas Si ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )			
Grupo y RH Materno: <u>        </u>		Grupo y RH del Neonato: <u>0+</u>	
¿Padece alguna enfermedad? Si: <u>        </u> No: <input checked="" type="checkbox"/>			
Si la respuesta es afirmativa, especificar: Crónica <u>        </u> Aguda <u>        </u>			
¿Cuáles?			
<b>5. Modelo de vida</b>			
¿Con quién vive?			
Tipo de familia: Nuclear: <u>        </u> Extensa: <input checked="" type="checkbox"/> Monoparental: <u>        </u>			
Integrada: ( <input type="checkbox"/> ) Desintegrada: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Funcional: ( <input type="checkbox"/> )			
Disfuncional: ( <input type="checkbox"/> )			
¿Qué rol tiene en su familia? <u>Hijo</u>			
¿Cómo es la comunicación familiar? Buena: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Deficiente: ( <input type="checkbox"/> )			
Mala: ( <input type="checkbox"/> )			
No existe: ( <input type="checkbox"/> )			
¿Quién cubre sus necesidades? <u>La abuela</u>			
<b>6. Factores del sistema sanitario</b>			
¿Cuenta con todos los servicios en su domicilio? Agua: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Luz: ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
Drenaje: ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
Recolector de basuras: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Servicios de comunicación: ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
Otros: <u>        </u>			
<b>7. Factores del sistema familiar</b>			
Estado civil de los padres: <u>Unión Libre</u>			
¿Quién es el principal apoyo para cuidar al neonato? <u>La madre</u>			
La familia tiene buenas relaciones humanas: Si ( <input checked="" type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )			

<b>8. Factores socioculturales</b>	
Escolaridad: <i>Primaria Incompleto</i>	Religión: <i>Católica</i>
Idioma: <i>Español</i>	
Lugar de procedencia: <i>La Laja, Seis de Enero, Calle Ahilpancingo #711</i>	
<b>9. Disponibilidad de recursos</b>	
Ocupación: <i>Desempleada</i>	Tipo de seguridad social: <i>Seguro Popular</i>
<b>10. Factores externos del entorno</b>	
Zona: Rural ( ) Urbana (✓)	Tipo de vivienda:
¿Convive con animales? Si ( ) No (X) ¿Cuáles?	

**I.- FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS**

**II.-Requisitos de autocuidado de desarrollo**

<b>1. Provision de condiciones que fomenten el desarrollo</b>	
¿Este embarazo fue planeado? Si No No sabe X No responde	
El recién nacido ya tiene nombre: Si X No Cual:	
La madre tiene mas hijos: Si No X ¿Cuántos? ¿Entre que edades?	
En caso negativo, ¿la madre ya ha cuidado a un recién nacido? Si No X	
¿Quién cuidara del recién nacido en casa? <i>La madre</i>	
¿Quién ayudara a cuidar del recién nacido? <i>Probablemente la hermana</i>	
¿Qué miembros de la familia visitaron al recién nacido? <i>Mama, Abuela</i>	
Para la madre el recién nacido es: Como imaginaba ( ) Muy diferente (X) Normal ( ) Defectuoso ( )	
No sabe ( ) ¿La familia del recién nacido se cree capaz de cuidar al recién nacido? Si No ✓	
Pinzamiento tardío Si ( ) No (X) Apego inmediato Si ( ) No (X)	
Inicio de la Lactancia Materna Si (✓) No ( ) Horas ( )	
<b>2. Implicación en el autodesarrollo</b>	
Orientación y consejería : Lactancia Materna (✓) Tamiz metabólico y auditivo (✓)	
Vacunas (NO) Estimulación temprana (✓)	
¿Cuando esta con el recién nacido habla con el? Si ✓ No	
¿Cuando le habla, el recién nacido: Abre los ojos (✓) Se asusta ( ) Mira Fijamente ( ) No reacciona ( )	
¿Cuando esta con el recién nacido, usted lo toca: Si ✓ No Lo acaricia: Si No ✓ Lo carga: Si No ✓	
En caso negativo ¿por que razón? Tamaño ( ) Por la Apariencia ( ) Tiene miedo ( )	
Otro motivo <i>Por que se encuentra en la cuna</i>	
¿Proporciona la madre algún tipo de cuidado al recién nacido? Si (✓) No ( ) En caso afirmativo, ¿Cuáles? <i>Cambio del pañal</i>	
En caso negativo ¿por que razón? No sabe como ( ) No se atreve ( ) No quiere ( ) Se cree incapaz ( ) Otro motivo	

<b>3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa en el desarrollo.</b>
Los movimientos del recién nacido son : Normales ( ) Muy débiles (✓) Agitados ( ) Esta inmobilizado ( ) Presenta convulsiones ( ) No sabe ( )
El sueño del recién nacido es. Normal ( ) Agitado ( ) No puede dormir ( ) Excesivo (✓) No sabe ( )
El llanto del recién nacido es : Fuerte ( ) Debil (✓) No llora ( ) Frecuente ( ) Intolerable ( )
El recién nacido deja de llorar si: Se chupa la mano ( ) Se le ofrece un chupón ( ) Se le cambia el pañal ( ) Se le cambia de posición (✓) Arrullandolo ( ) No sabe ( ) Otro:
¿Qué alimento esta recibiendo el recién nacido? <i>Leche Materna</i>
¿Cree que esta alimentación nutre el bebe? Si (✓) No ( )
Usted sabe que el recién nacido tiene hambre ¿por que?: se chupa la mano ( ) Mueve la boca ( ) Lloro (✓) No sabe ( ) Otro
¿Alimento o ha estado presente cuando alimentan al bebe? Si (✓) No ( ) En caso afirmativo el recién nacido succiona Fuerte ( ) Debil ( ) No sabe (✓) <i>Alimentación por S.O.S</i>
Cuando el deja de succionar es porque: Esta cansado ( ) No tiene hambre ( ) Esta dormido ( ) Esta lleno ( ) No sabe (✓)
Después de la alimentación, usted: Da palmaditas en la espalda ( ) Lo coloca en la cuna boca abajo ( ) Lo acuesta boca arriba (✓) Lo acuesta de lado ( ) Otro
En caso negativo ¿porque? No lo cree necesario ( ) La leche materna es débil ( ) No tiene leche suficiente ( ) No dispone de tiempo ( ) Por indicación medica ( ) Se le seco la leche ( )
¿Cuáles son los cuidados que la madre está teniendo con los senos? <i>Lavado de mano y de senos</i>

### III. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

En la familia del recién nacido, ¿quién decide cuando acudir al médico? <i>La abuela</i>
¿El recién nacido esta Hospitalizado? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es negativa, no necesita continuar respondiendo
¿Conoce el motivo por el cual él bebe está hospitalizado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Según usted, cual es la causa de este problema? <i>Subiera peso y no respira</i>
¿Fue informada del tratamiento que está recibiendo? Si ( ) No (✓) <i>Bien</i>
¿La familia visita al recién nacido? Si (✓) ¿Cuántas veces? <i>Diario</i> No ( ) ¿Por qué razón?
Le gustaría participar de los cuidados del recién nacido? Si (✓) No ( )

En caso negativo ¿Por qué razón? Estado de salud ( ) Por los aparatos ( ) Por la incubadora ( ) Por las soluciones ( ) No sabe lo que puede hacer ( ) No se atreve ( ) Otro
¿Cómo se está extrayendo la madre ahora la leche? <i>Extracción Manual</i>
¿Quién cuida el hogar durante el tiempo que se está visitando al recién nacido? <i>La abuela</i>
Fue necesario cambiar el horario de trabajo o solicitar un permiso especial para visitar al recién nacido? Si ( ) No (X)
¿Cómo se siente por la hospitalización del recién nacido? <i>Mal, Aburrida</i>
¿Qué problemas de salud han padecido en la familia del recién nacido?
Enfermedades: <i>Ninguna</i>
Accidentes: <i>Negados</i>
Hospitalizaciones: <i>Durante la Cesarea</i>
Alergias: <i>NO</i>

**Evaluación de enfermería el agente de cuidado**

**Evaluación de los requisitos de desarrollo**

Nombre del Recién Nacido: <i>Sofia Rubio Ahuixtle</i>
Fecha de Nacimiento: <i>29-03-18</i>
Edad: <i>22 días</i> Sexo: <i>Femenino</i> Peso: <i>1250kg</i> PC: <i>28cm</i> PT: <i>24cm</i> PA: <i>23.5cm</i>
Talla: <i>40cm</i>
Edad Gestacional Clasificación: <i>ANPT 30506 / 32.3 5E6C</i>
Clasificación: <i>Fullard</i> Tipo de Nacimiento: <i>Cesarea</i> Peso Actual: <i>1,30</i>
Fecha de Aplicación: <i>28-04-18</i>
Evaluado por: <i>Jarumy Abigail Alcantara Hernandez</i>

<b>Posición corporal</b>		Recibe visitas de la familia	Si
Extremidades flexionadas		Recibe actividades de autoconsuelo	Si
Moderadamente flexionadas		<b>Comportamiento</b>	
Levemente flexionadas		Mirar atento al medio	NO
Extremidades en tensión	✓	Ojos abiertos, pero indiferente	NO
Flacidez		Ojos cerrados o cubiertos	NO
<b>Reflejos</b>		Semidormido o somnoliento	Si
De succión	✓	Sueño excesivo / letárgico	Si
De prehension palmar	NO	<b>Observaciones</b>	
De prehension plantar	NO		
De marcha	NO		
De Babinsky	✓		
Ciliar	NO		
Moro o de abrazo	NO		
De búsqueda	✓	Recibe entretenedor o	
Tracción	NO	Busca el origen del ruido	
<b>Estímulos externos</b>		Reacciona a estímulos	Si
En alojamiento conjunto			
En Cuna	✓		
En Incubadora	✓		
En condiciones especiales aislamiento			
Requiere protección extra para mantener T <sup>0</sup>	✓		
Con protección ocular			
Inmovilizado			

### EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES.

<b>Aire</b>	Traqueotomía	Residuo en ml <i>2 ml</i>
<b>Respiración</b>	O <sub>2</sub> L/ min	R e f l u j o
Frecuencia	Ar L/ min	Vía
Eupneico	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Cardiovascular</b>	Oral succión fuerte
Apnea	Frecuencia cardíaca	Succión débil
Esfuerzo	Presión arterial <i>70/40 mm Hg</i>	Succión irregular
Aleteo nasal	Sonidos regulares	Sin reflejo de succión
Esfuerzo	Sonidos irregulares	Sonda nasogástrica <input checked="" type="checkbox"/>
Gemido expiratorio	Murmullo	Sonda oro gástrica
<b>Retracciones</b>	<b>Pulso</b> (no palpable, palpable débil, normal, fuerte)	Gastrostomía
Subcostal	Radial	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Sueroterapia</b>
Subesternal	Braquial	Cantidad total 24 h
Intercostal	<input checked="" type="checkbox"/> Femoral	<input checked="" type="checkbox"/> Vía Escalpe/Abocath
Esternal	Pedial	<input checked="" type="checkbox"/> Catéter umbilical <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Color</b>	<b>Agua/alimento</b>	Catéter central
Rosado	Hidratado	Flebotomía
Pálido	<input checked="" type="checkbox"/> Fontanelas	Localización
Acrocianótico	Normales	<input checked="" type="checkbox"/> <b>ELIMINACIÓN / EXCRECIÓN</b>
Cianosis central	Deprimidas	Orina
Acenizado	Tensas	Transparente <input checked="" type="checkbox"/>
Moteado	<b>Edema</b> C leve, moderado	Ambar
Pletora	Negativo	<input checked="" type="checkbox"/> Concentrada
Ictérico	Miembros inferiores	Sanguinolenta
<b>Sonidos pulmonares</b> <i>NO</i>	Periorbital	Heces (líquidas, pastosas, secas, semiformadas) <i>Pastosas</i>
Izuales	Generalizado	Meconio
Disminuidos	<b>Pie)</b>	Transición
Estertores	Lesiones	Amarillosas <input checked="" type="checkbox"/>
Roncus	Localización	Verdosas
<b>Secreciones</b> (pocas, moderadas, abundantes)	<b>Muñón umbilical</b>	Sanguinolentas
Transparentes	Seco	<input checked="" type="checkbox"/>
Amarillas	Secretante	<input checked="" type="checkbox"/> Emesis Características
Verdosas	<b>Abdomen</b>	<b>Drenajes</b>
Sanguinolentas	Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo
<b>Oxigenoterapia</b>	Distendido	<b>Actividad/reposo</b>
Negativa	<input checked="" type="checkbox"/> Masas	<b>Respuesta motriz</b>
O, circulando	<b>Dieta</b>	Activo, movimientos
	Defensivos	
Cámara Hood	Leche materna	<input checked="" type="checkbox"/> Actividad motriz variable



Sin actividad motriz		<b>Promoción de la salud y prevención de riesgos</b>	
Bajo sedación		<b>Respuesta verbal</b>	
Presenta temblores		Llanto vigoroso	
Presenta		Llanto débil	
Reposado		Llanto solo al ejecutar	✓
Sueño profundo	/ ✓	Ausencia de llanto	
Apático		<b>Respuesta comportamental</b>	
Sueño agitado		Manifiesta incomodidad o necesidad de atención	
<b>Interacción / soledad</b>		No siempre manifiesta incomodidad o necesidad de atención	
Activo, atento al medio		No manifiesta incomodidad o necesidad de atención	
Irritable		Incapaz de cualquier actividad de Auto conservación	✓
Adormecido	✓	<b>Respuestas reflejas</b>	
Apático		Tos y estornudo	
Reacciona a la voz humana		Reacciona a estímulos adversos (dolor, sonidos, luz, etcétera)	✓
Estado comatoso		Presenta temblores ante la pérdida de calor corporal	

**Evaluación de los requisitos en desviaciones de salud**

Diagnóstico de hospitalización BNPT 30.506/PAGE / BPM mayor de 24 hrs

Diagnostico actual BNPT 32.3.506/556A / Hipertbilrubinemia multifactorial  
 Tem. alta / Sepsis Neonatal Sin germen aislado

Medicamentos	Dosis	Via	Horario
<u>Montelukast</u>	<u>2mg</u>	<u>VO</u>	<u>8</u>
<u>Cefotaxima</u>	<u>62mg</u>	<u>IV</u>	<u>12-20-04</u>
<u>Vancomicina</u>	<u>12mg</u>	<u>IV</u>	<u>12-20-04</u>
<u>Cisaprida</u>	<u>0.4 ml</u>	<u>VO</u>	<u>8:45 17:45 23:45</u>

Líquidos endovenosos Tapon Obtorado

Tipo	Volumen / horas	Microgotas	Electrolitos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**Uso de monitores y equipos**

Incubadora		Fototerapia		Oximetría de pulso	✓
Monitor	✓	Ventilador		CPAP	
Cámara Hood		Bomba de		Suspensorio	

**Cuidados especiales de enfermería**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

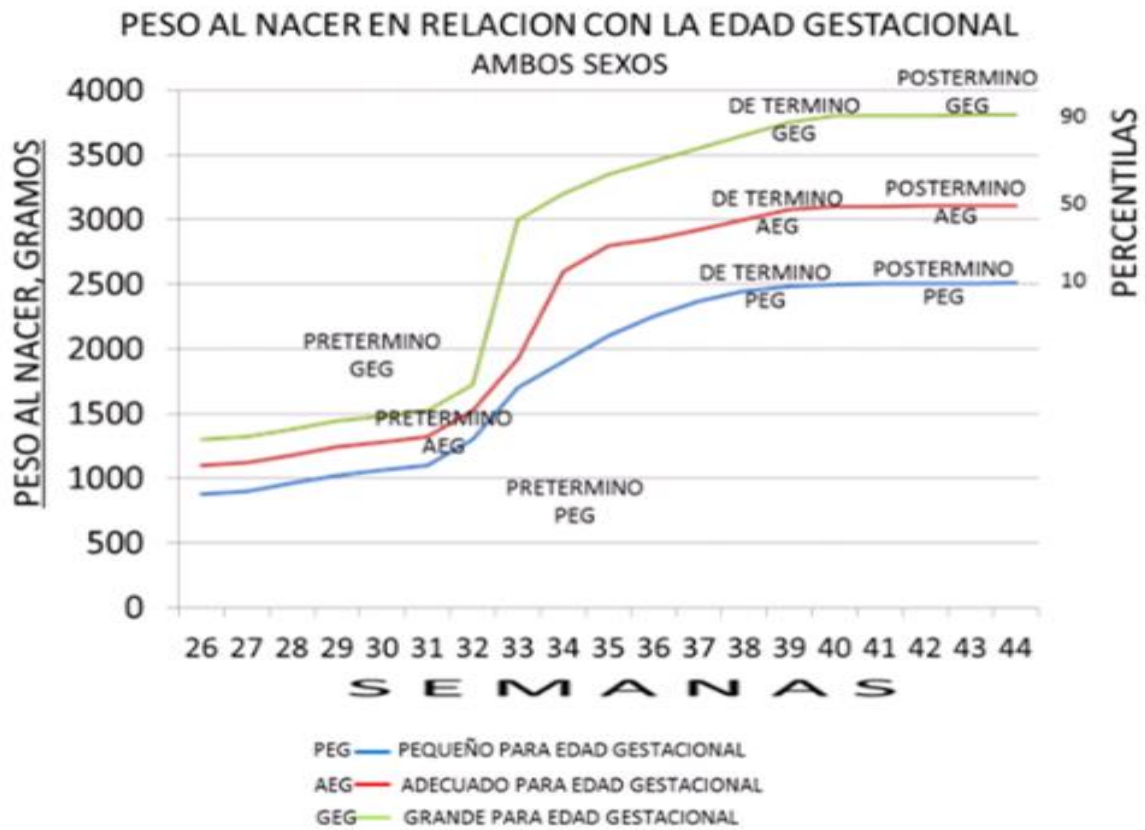
**Observaciones**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Peso al nacer en relación con la edad gestacional graficas de Jurado García

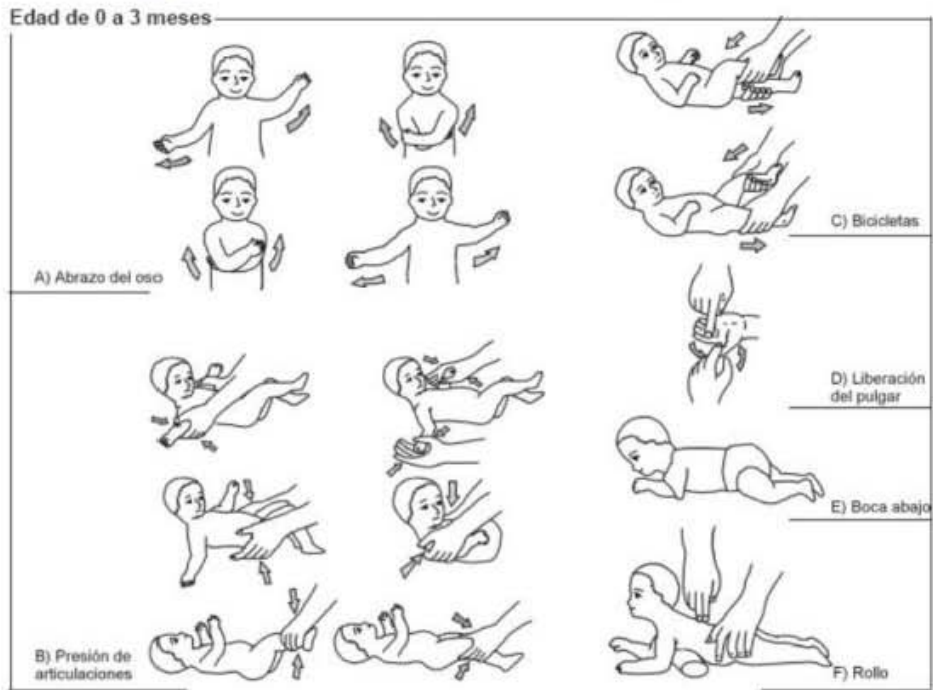


#### VALORACION SILVERMAN ANDERSON

Se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.

Signo	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

**Figura 1. Ejercicios para la estimulación temprana, según la edad del niño**



**Cuadro II. Valores de referencia para evaluar el peso y la talla en niñas menores de 5 años**

Peso en kilogramos por edad								Talla en centímetros por edad							
Edad meses	-3 DE	-2 DE	-1 DE	MD	+1 DE	+2 DE	+3 DE	Edad meses	-3 DE	-2 DE	-1 DE	MD	+1 DE	+2 DE	+3 DE
0	1.8	2.2	2.7	3.2	3.6	4.0	4.3	0	43.4	45.5	47.7	49.9	52.0	54.2	56.4
1	2.2	2.8	3.4	4.0	4.5	5.1	5.6	1	46.7	49.0	51.2	53.5	55.8	58.1	60.4
2	2.7	3.3	4.0	4.7	5.4	6.1	6.7	2	49.6	52.0	54.4	56.8	59.2	61.6	64.0
3	3.2	3.9	4.7	5.4	6.2	7.0	7.7	3	52.1	54.6	57.1	59.5	62.0	64.5	67.0
4	3.7	4.5	5.3	6.0	6.9	7.7	8.6	4	54.3	56.9	59.4	62.0	64.5	67.1	69.6
5	4.1	5.0	5.8	6.7	7.5	8.4	9.3	5	56.3	58.9	61.5	64.1	66.7	69.3	71.9
6	4.6	5.5	6.3	7.2	8.1	9.0	10.0	6	58.0	60.6	63.3	65.9	68.6	71.2	73.9
7	5.0	5.9	6.8	7.7	8.7	9.6	10.5	7	59.5	62.2	64.9	67.6	70.2	72.9	75.6
8	5.3	6.3	7.2	8.2	9.1	10.1	11.1	8	60.9	63.7	66.4	69.1	71.8	74.5	77.2
9	5.7	6.6	7.6	8.6	9.6	10.5	11.5	9	62.2	65.0	67.7	70.4	73.2	75.9	78.7
10	5.9	6.9	7.9	8.9	9.9	10.9	11.9	10	63.5	66.2	69.0	71.8	74.5	77.3	80.1
11	6.2	7.2	8.2	9.2	10.3	11.3	12.3	11	64.7	67.5	70.3	73.1	75.9	78.7	81.5
12	6.4	7.4	8.5	9.5	10.6	11.6	12.7	12	65.8	68.6	71.5	74.3	77.1	80.0	82.8
13	6.6	7.6	8.7	9.8	10.8	11.9	13.0	13	66.9	69.8	72.6	75.5	78.4	81.2	84.1
14	6.7	7.8	8.9	10.0	11.1	12.2	13.2	14	67.9	70.8	73.7	76.7	79.6	82.5	85.4
15	6.9	8.0	9.1	10.2	11.3	12.4	13.5	15	68.9	71.9	74.8	77.8	80.7	83.7	86.6
16	7.0	8.2	9.3	10.4	11.5	12.6	13.7	16	69.9	72.9	75.9	78.9	81.8	84.8	87.8
17	7.2	8.3	9.5	10.6	11.8	12.9	14.0	17	70.8	73.8	76.9	79.9	82.9	86.0	89.0
18	7.3	8.5	9.7	10.8	12.0	13.1	14.2	18	71.7	74.8	77.9	80.9	84.0	87.1	90.1
19	7.5	8.6	9.8	11.0	12.2	13.3	14.5	19	72.6	75.7	78.8	81.9	85.0	88.1	91.2
20	7.6	8.8	10.0	11.2	12.4	13.5	14.7	20	73.4	76.6	79.7	82.9	86.0	89.2	92.3
21	7.7	9.0	10.2	11.4	12.6	13.8	15.0	21	74.3	77.4	80.6	83.8	87.0	90.2	93.4
22	7.9	9.1	10.3	11.5	12.8	14.0	15.2	22	75.1	78.3	81.5	84.7	87.9	91.1	94.4
23	8.0	9.3	10.5	11.7	13.0	14.2	15.5	23	75.9	79.1	82.4	85.6	88.9	92.1	95.3
24	8.3	9.4	10.6	11.8	13.2	14.6	16.0	24	74.9	78.1	81.3	84.5	87.7	90.9	94.1

MD = Mediana			MD = Mediana		
Desviación estándar		Indicador peso/edad	Desviación estándar		Indicador talla/edad
+2 a	+3	= Obesidad	+2 a	+3	= Alta
+1 a	+2	= Sobrepeso	+1 a	+2	= Ligeramente alta
+1 a	-1	= Peso normal	+1 a	-1	= Talla normal
-1 a	-2	= Desnutrición leve	-1 a	-2	= Ligeramente baja
-2 a	-3	= Desnutrición moderada	-2 a	-2	= Baja
-3 y menos		= Desnutrición grave			

Fuente: Tomada de la Guía Clínica Para la Vigilancia de la Nutrición, el crecimiento y el Desarrollo del Niño Menor de Cinco Años, Trejo y Pérez, et al. 2003

**Cuadro IV. Valores de referencia para evaluar el perímetro cefálico (CM) por edad (meses) en niñas de 1 a 36 meses**

Edad (Meses)	Percentiles						
	3	10	25	50	75	90	97
1	33.6	34.7	35.7	36.4	37.3	38.4	39.8
2	35.8	36.6	37.3	37.9	38.9	39.7	41.6
3	37.4	38.0	38.6	39.2	40.1	41.1	42.8
4	38.5	39.2	39.7	40.4	41.3	42.3	43.6
5	39.3	40.0	40.7	41.5	42.4	43.2	44.4
6	40.0	40.7	41.5	42.4	43.1	44.0	45.5
7	40.6	41.3	42.1	43.2	43.9	44.7	45.6
8	41.1	41.9	42.7	43.8	44.5	45.3	46.2
9	41.6	42.5	43.3	44.4	45.0	45.8	46.7
10	42.1	43.0	43.8	44.9	45.4	46.3	47.1
11	42.5	43.3	44.2	45.2	45.8	46.6	47.5
12	42.8	43.6	44.6	45.6	46.2	47.0	47.8

## Opción 1. Escala LATCH (Adaptado de Báez León, 2008)

ÁREAS	ESCALA DE PUNTUACIÓN		
	0	1	2
<b>Coger</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demasiado dormido</li> <li>No se coge al pecho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repetidos intentos de cogerse</li> <li>Mantiene el pezón en la boca</li> <li>Llega a succionar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Agarra al pecho</li> <li>Lengua debajo</li> <li>Labios que ajustan</li> <li>Succión rítmica</li> </ul>
<b>Deglución audible</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ninguna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un poco de ruido o signos de transferencia de leche tras estimulación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Espontáneo e intermitente si menos 24h de vida</li> <li>Espontáneo y frecuente si más 24h de vida</li> </ul>
<b>Tipo de pezón</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Invertidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evertidos tras estimulación</li> </ul>
<b>Comodidad/ Confort (pecho / pezón)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingurgitados</li> <li>Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes</li> <li>Disconfort, dolor severo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensación de tensión en los pechos cuando están llenos</li> <li>Pezón enrojecido, con ampollas o rozaduras pequeñas</li> <li>Molestia leve o moderada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mamas blandas</li> <li>No dolor</li> </ul>
<b>Mantener colocado al pecho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Minima ayuda (colocar una almohada)</li> <li>Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro</li> <li>El personal lo obliga y luego la madre sigue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No es necesaria la ayuda del personal</li> <li>La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho</li> </ul>

### Nota informativa:

En la escala LATCH cada ítem se puntúa de 0 a 2 (de menos a más favorable). La puntuación más alta (de 10) se corresponde con una situación muy favorable que no requiere intervención, y la puntuación más baja (de 0) es la que más atención va a necesitar por parte de los profesionales.

