



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



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

ESTUDIO DE CASO:
NEONATO CON 34 SEMANAS DE GESTACIÓN CON DÉFICIT DEL
REQUISITO MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE
AIRE SECUNDARIO A PREMATUREZ

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL NEONATO

PRESENTA:

LIC. ENF. TERESA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ASESORA:

EEN. ARACELI MARTÍNEZ CLEMENTE



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
SERVICIOS ESCOLARES



MÉXICO, D.F., 2014

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	4
3. METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	5
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO	6
4.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA	16
4.3. ESCUELAS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO.....	17
4.4. PARADIGMAS DE ENFERMERÍA	21
4.5. TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	24
4.6. MÉTODO ENFERMERO	33
4.7. RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORÍA.....	40
4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	42
4.9. DAÑOS A LA SALUD	56
4.10. RECIÉN NACIDO PREMATURO	57
5. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO	66
5.1. MOTIVO DE LA CONSULTA	66
5.2. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS	67
6. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO	68
6.1. ESQUEMA METODOLÓGICO	68
6.2. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	69
6.3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO	70
6.4. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.....	70
6.5. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES.....	71
6.6. ANÁLISIS DE VALORACIÓN POR REQUISITO CON DÉFICIT	72
6.7. PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	73
7. PLAN DE ALTA.....	80
8. CONCLUSIONES	82
9. SUGERENCIAS	83
10. REFERENCIAS.....	84
11. ANEXOS	87

DEDICATORIA

A mi familia por el apoyo incondicional que me han brindado. Pero en especial a mi abuela MARÍA DEL CARMEN QUINTANA RUIZ, ya que con sus consejos supo guiarme y forjarme como persona, desde donde quiera que esté estará orgullosa de mis logros y siempre la recordare con gran cariño. Así como a mis padres MARÍA DEL LOURDES MARTÍNEZ QUINTANA y ATANASIO MARTÍNEZ GARCÍA ya que con su ejemplo han sido parte fundamental de mi formación.

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso se realizó a una recién nacida prematura de 34 semanas de gestación, peso bajo para la edad gestacional el cual se encuentra en un Hospital de tercer nivel de atención, en el servicio de Unidad de Terapia Intermedia Neonatal.

La OMS define a un recién nacido pretérmino como a todo aquél nacido antes de las 37 semanas cumplidas. Sin embargo la Academia Americana de Pediatría propone el límite a aquél recién nacido menor de 38 semanas. Esto último por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas.

Más de 15 millones de niños nacen prematuramente en el mundo. Los partos prematuros representan casi el 75% de la mortalidad neonatal y cerca de la mitad de la morbilidad neurológica a largo plazo. En México la tasa de mortalidad perinatal ha disminuido sin embargo en un estudio que se realizó en el Hospital General de Comitán Chiapas reveló que los prematuros tienen 9.2 más probabilidades de fallecer que los nacido a término.¹

La práctica de enfermería está dirigida al bienestar del paciente en forma multidisciplinaria, en este caso no es la excepción sin embargo se necesita de un método científico que regule tal actividad por lo que se implementa un proceso, el cual se realiza en una forma planeada, sistematizada y organizada permitiendo brindar cuidados enfermeros con calidad y calidez, pero sobre todo con fundamentación científica.

2. OBJETIVOS

GENERAL

- ✓ Realizar un estudio de caso aplicado a recién nacida prematura de 34 semanas de gestación, reforzando los conocimientos teóricos para favorecer intervenciones con enfoque científico.

ESPECIFICO

- ✓ Identificar los requisitos alterados del neonato durante su estancia hospitalaria
- ✓ Realizar intervenciones de enfermería que tengan un impacto positivo en su salud
- ✓ Propiciar la participación activa de los familiares para su cuidado.

3. METODOLOGÍA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se hace la selección del paciente con Dx. Recién nacida pretérmino de 34 SDG, peso bajo para la edad gestacional. Se proporciona el consentimiento informado a la madre para que con su autorización se realice la aplicación de la guía de valoración y conforme a las etapas del proceso de atención en enfermería.

Se realiza la búsqueda de información para programar intervenciones con enfoque científico, para proporcionar cuidados con sentido crítico para el bienestar del paciente. Al finalizar se verificará la respuesta del paciente, si se logró alcanzar los objetivos establecidos al principio del proceso y revisar cuales fueron las barreras para que no se lograra lo esperado, mejorando la calidad en la atención del neonato.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	19/09/2013	19/11/2013	22/11/2013	25/11/2013	27/11/2013	8/12/2013
Elaboración del marco teórico						
Selección del paciente, solicitud de consentimiento informado y aplicación de guía de valoración						
Búsqueda de información para fundamentar el caso						
Análisis de guía de valoración y realización de esquema metodológico						
Elaboración de plan de cuidados						
Conclusiones						

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO

4.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS

EL ESTRÉS MATERNO EN LA ORGANIZACIÓN DEL VÍNCULO MADRE-BEBÉ PREMATURO DE BAJO PESO²

Se realiza un estudio en el Hospital Universitario de Getafe, Madrid; específicamente en el servicio de pediatría en conjunto con salud mental, la cual es cualitativa de tres casos con neonatos prematuros y se realiza su análisis.

Los nueve meses preparan a los padres tanto biológica como psicológicamente, en los cuales se vinculan afectivamente con el bebé y se resuelven procesos psicológicos, como la separación de las tareas que tendrán que adoptar cada uno de los integrantes.

El parto prematuro detiene dicha "anidación psicobiológica" y se someten a una vulnerabilidad somática y psíquica. La interacción temprana es sustituida por una situación angustiante para los padres los cuales tienen a sus hijos en la UCIN y son sometidos a constantes evaluaciones para descartar daños o discapacidades en el menor. Las respuestas de los padres ante dichas noticias pueden ser de una tranquilidad enorme o viceversa.

Los largos tiempos en los que los bebés son hospitalizados sirven para darles ayuda psicológica a los padres y puedan crear un vínculo afectivo con los recién nacidos lo cual necesita reajustes ya que los padres tienen que organizar las nuevas tareas para cada miembro de la familia; es importante que busquen sus redes de apoyo para evitar el desgaste familiar.

El primer caso es de los gemelos Peter y Ryan en el que se interrumpe el embarazo uno de ellos nace con un peso normal y el otro es ingresado a la UCIN y la madre tiene que aprender a no comparar un hijo del otro. María fue una niña que se obtuvo por inseminación artificial y a los tres meses no realizaba muchas tareas por lo que la madre no podía tener un vínculo afectivo fuerte, lo que solo se logró a medida que el bebé tuvo avances en su maduración. Daniela y Adolfo otros gemelos en su caso de ellos la madre se siente incapaz de satisfacer todas

las tareas ya que aparte tiene un hijo mayor y la carga de labores evita un vínculo de calidad. Por lo que se enfoca la importancia de recibir atención psicológica temprana y poder establecer una conexión entre los padres y los recién nacidos.

PERCEPCION DE MADRES DE RECIEN NACIDOS PREMATUROS DE MUY BAJO PESO AL NACER Y DEL EQUIPO DE SALUD³

Se realizó un estudio mixto cualitativo en el Hospital Base en Valdivia en la unidad de neonatología. El riesgo para los recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer (RNMBPN) se debe principalmente a la inmadurez anatómica y funcional de diversos órganos, dentro de los que se destacan el reflejo débil de succión y deglución que origina peligro de aspiración; Inmadurez pulmonar que produce hipoventilación, hipoxia, acidosis respiratoria y metabólica, dificultad para mantener la temperatura corporal, mayor susceptibilidad a infecciones, depósitos limitados de hierro, capacidad limitada para excretar solutos en orina, estancia hospitalaria prolongada.

En cuanto a los resultados los participantes se caracterizaron por una edad predominante entre 21 y 30 años. La mitad de los casos (5/10) eran casados, en relación a la procedencia, seis eran del área urbana. En cuanto a la ocupación, cinco eran amas de casa, razón por la cual tenían la oportunidad de dedicar las 24 horas del día al cuidado y protección de su hijo en el hogar, tres eran estudiantes, una madre y un padre trabajaban quedando el cuidado del menor en manos de la abuela. En relación a la escolaridad, esta varió entre nivel básico incompleto hasta educación superior incompleta. Destacó además que 8/9 madres eran primíparas.

Las encuestadas asocian la educación con la información entregada y mencionan que el estar bien enteradas de la situación de sus bebés disminuye el estrés, la educación proporcionada debe darles mayor seguridad para atender a los recién nacidos en su hogar. Las madres coinciden que la educación proporcionada en el hospital es insuficiente, la recomendación es dar educación de calidad la cual sea comprensible para los padres. Las madres con estudios superiores buscan la información por internet por lo que el personal de salud debe disipar dudas sobre dicha información. Las madres que son adolescentes deben tener redes de apoyo

y proporcionar a ellas la información con el caso de las abuelas. Se debe realizar una educación multidisciplinaria para favorecer la atención del recién nacido en el hogar.

EL HIJO AJENO: VIVENCIA DE MADRES DE NIÑOS PREMATUROS HOSPITALIZADOS⁴

Se realizó un estudio cualitativo los criterios de inclusión es ser madre de un recién nacido prematuro en la UCIN con estancia de más de dos semanas.

La importancia que tiene este estudio para el profesional de la salud es que se debe asumir el compromiso de liderar procesos del "cuidado humano", ser la voz de los niños prematuros hospitalizados que necesitan además de los cuidados especializados del equipo multidisciplinario, el amor y dedicación de sus padres. Pero sin olvidar que se debe capacitar a los padres ya que ellos son los que brindarán los cuidados cuando el bebé egrese del hospital.

La mayoría de las encuestadas les tomó por sorpresa el estar embarazada sólo una de ellas obtuvo total apoyo por parte de su esposo, lo cual se complicó con un parto prematuro, el recién nacido no lo llegaron a ver, nace y se lo llevan a la UCIN. Ellas percibieron que dieron a luz a un hijo el cual no les pertenecía el cual pasaba al cuidado del personal de salud; la madre es sólo el visitante que debe ajustarse a los horarios de visita y permanecer solo 30 min, por lo que ellas sienten que no conocen a sus hijos. En algunas ocasiones el estado de salud de las madres era delicado por lo que les indicaban reposo absoluto, los padres y las abuelas asumen el rol y van a ver al recién nacido y proporcionarle sus cuidados.

Los resultados indican que el contacto con el hijo y el realizar cuidados, son fundamentales para establecer el vínculo, es fundamental el papel de enfermería para que las madres sientan a su bebé como propio, el contacto con el recién nacido mediante la técnica de mamá canguro puede ser fundamental para modificar positivamente las vivencias de los padres durante la estancia de sus hijos en la UCIN. Aunque no se puede generalizar sirve para escenarios como Latinoamérica.

ENFERMERÍA EN EL CUIDADO RECIÉN NACIDO PREMATURO⁵

El recién nacido prematuro, debido a la inmadurez de sus órganos y sistemas, presenta una vulnerabilidad y sensibilidad a las enfermedades y agentes externos, que los hacen requerir de cuidados especiales en una Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología, dónde el papel de enfermería es fundamental. Estos niños requieren de unos cuidados especiales durante semanas o incluso meses. De estos cuidados aportados depende su supervivencia en gran medida, ya que es frecuente que presenten dificultades para controlar la temperatura, la respiración y para alimentarse, y sobre estas tres funciones, están destinados principalmente los cuidados enfermeros en la Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatología. Se deben realizar diagnósticos de enfermería con intervenciones y resultados.

Control de la temperatura: Hay que prevenir la hipotermia y el estrés por frío. En los prematuros extremos el metabolismo de la grasa parda y la producción de calor están disminuidos. Estos recién nacidos deben ser colocados en incubadoras tan pronto como estén estables. Si esto no es posible se debe transferir a la cuna de calor radiante durante las primeras 2 horas. El calentamiento debe ser lento y progresivo.

Control de la humedad: La pérdida de agua por evaporación están muy aumentadas por el escaso desarrollo de su epidermis, por lo que se puede llegar a una deshidratación por ello hay que mantener humedad en los 3 primeros días de vida por encima del 75%.

Posturas: El cambio de posturas puede proporcionar un estado de calma y estabilidad psicológica para el prematuro de alto riesgo. Se utilizan cambio de posturas de flexión favorece la actividad de mano-boca y evita la posición de arqueado. La posición de supino dificulta la flexión y facilita la extensión.

Control de peso: Debe pesarse al prematuro, una vez al día para ayudar a valorar de forma precisa los requerimientos de fluidos. Este artículo es de importancia para los cuidados que se realizan en la UCIN especialmente en los prematuros.

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN EL INCREMENTO DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE SU PARTICIPACIÓN EN EL CUIDADO PREMATURO EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA⁶

El conocimiento es una mezcla de experiencia, valores, información que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción; el conocimiento es un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

Todo conocimiento es objetivo y subjetivo a la vez; objetivo, porque corresponde a realidad; subjetivo, porque está impregnado de elementos pensantes implícitos en el acto cognoscitivo.

El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método cuasi experimental de corte transversal, la población estuvo conformada por 15 madres, se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario, el cual fue aplicado antes y después del programa educativo, previa solicitud del consentimiento informado en los meses de agosto a septiembre del 2011. Resultados. En cuanto a los conocimientos de las madres sobre su participación en el cuidado del prematuro hospitalizado de un total de 15 (100%) madres, antes de la aplicación del programa educativo se evidencia que 10 (67%) no conocen y sólo 5 (33%) conocen: después de la aplicación del programa educativo el 15(100%) conocen.

Respecto a los conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado del prematuro según la dimensión física antes de la aplicación del programa educativo la mayoría de madres no conocen aspectos fundamentales: en reposo y sueño la importancia del sueño en el prematuro, en termorregulación los cuidados para favorecer la regulación de la temperatura en el prematuro, en higiene y eliminación los cuidados durante la higiene peri anal, en lactancia materna la frecuencia y tiempo de amamantamiento del prematuro, las formas de alimentación del prematuro, la extracción de leche.

Este estudio nos da la pauta de que el tener más padres capacitados ayuda en la atención que se pueda brindar al neonato.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE TERAPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES PREMATUROS QUE PRESENTAN PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NEONATOLOGÍA⁷

Se realizó un estudio observacional analítico transversal, retrospectivo, cuantitativo; la población es compuesta por recién nacidos en la UCIN en el hospital obstétrico Isidro Ayora de enero del 2012 a mayo del 2012. La fisioterapia respiratoria, a través de diferentes técnicas que se basan principalmente en la higiene bronquial y la reeducación ventilatoria, ayudan a mejorar la aclaración mucociliar a través de la permeabilización de la vía aérea, previniendo y tratando la hiperinsuflación pulmonar y optimizando la función respiratoria para aumentar así los parámetros ventilatorios y los intercambios gaseosos.

Con una buena función respiratoria se evitan infecciones y complicaciones broncopulmonares, se mejoran los niveles de oxígeno en sangre, se consigue un aumento de la fuerza y la resistencia de la musculatura respiratoria y, en definitiva, se consigue una mejor calidad de vida y un bienestar tanto psicológico como físico.

En cuanto a los criterios radiológicos encontrados en los registros, se apreció que el 63% de los pacientes presentaron radio-opacidad en sus rayos x iniciales antes de empezar el tratamiento de fisioterapia respiratoria y vemos que el 56% presentaron una mejoría en sus Rayos x; sin embargo, cabe recalcar que del 27% de pacientes no había registro de Rayos x finales.

La oxigenoterapia, y por ende la saturación de O₂, también presentaron cambios importantes durante el proceso del tratamiento; ya que al finalizar el mismo, el porcentaje de pacientes que necesitaban menos asistencia ventilatoria aumentó.

Es de gran importancia este artículo ya que podemos realizar terapia respiratoria a nuestros pacientes sin esperar que llegue el personal de inhaloterapia, ya que el personal de enfermería cuenta con el conocimiento para desarrollarlo.

FACTORES DE RIESGO EN LA RETINOPATÍA DEL PREMATURO⁸

Se realiza un estudio retrospectivo en el cual se toman todos los recién nacidos pretérmino con peso igual o menor a 1 500g o aquéllos que pesaron más pero necesitaron intubación entre noviembre 1991 y agosto de 1995. Se realiza una primera valoración 4 semanas después del nacimiento, con seguimiento cada 15 días, hasta que se completa la vascularización o se efectúa el tratamiento y se resuelve el proceso.

La midriasis se realiza con fenilefrina al 2.5% y ciclopléjico al 0.5% 1 gota cada 10 – 15 minutos, 3 veces. Monitorizado en su propia incubadora, se instila anestesia tópica y se efectúa la funduscopía con blefaróstatos, oftalmoscopia indirecta e indentación periférica, las lesiones se registran siguiendo la clasificación internacional y se localizan por extensiones horarias en su respectiva zona. Se mantiene la oximetría en rangos de 88 a 93%.

Se analizan peso y edad gestacional al nacimiento (según fecha de última regla), tipo de parto vaginal o cesárea, embarazo múltiple, necesidad de ventilación mecánica, diagnóstico de distrés respiratorio idiopático (SDRI), administración de surfactante, diagnóstico de sepsis (clínico o bacteriológico), persistencia del conducto arterial, hemorragia interventricular, uso de drogas vasoactivas (dopamina y dobutamina), necesidad de transfusión sanguínea.

Los resultados fueron 165 niños (86 varones y 79 hembras), que se dividieron en dos grupos, pacientes que al nacimiento pesaron más de 1500 g en total fueron 28 niños de los que sólo 2 presentaron ROP (7.1%) y uno evolucionó al estadio III siendo tratado con crioterapia. La incidencia es de 26.2% discretamente inferior a otras series que oscilan entre 35 y el 66%. El peso es uno de los principales factores de riesgo para la prevalencia de ROP. El uso de surfactante aumenta el número de niños inmaduros que sobreviven.

Este artículo nos servirá para ayudar al paciente en la prevención de la retinopatía del prematuro ya que entra dentro de sus derechos y es obligación de la institución darle un seguimiento apoyándonos de oftalmología.

MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO⁹

Se efectuó un estudio retrospectivo con revisión de expedientes y de libretas de capacitación de ingresos y egresos de pacientes de tococirugía, Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), Terapia intermedia y cuneros. Fueron analizados todos los recién nacidos menores a 37 SDG entre 1995 y 2001. Se documentaron 57, 431, de los cuales 2 400 (4.1%) fueron prematuros. La distribución por sexo fue de 1 052 (43.8%) femeninos y 1 348 (56.2%) masculinos. 1 621 fueron ingresados a la UCIN el 67.5% de los nacimientos prematuros.

En cuanto al sexo de los recién nacidos observamos un predominio en el sexo masculino con una proporción de 1.4:1. En cuanto a las defunciones en 1995 era muy alto (52.9%) y con el paso del tiempo ha ido disminuyendo 2001 (0.5%).

El rango de edad materna fue de 19 años, la mayoría menores de 25 años (62.5%), primigestas con 40.6%. La edad gestacional está entre 28 y 36 SDG, se encontraban entre 30 a 32 SDG con 28.8% y el tipo de nacimientos que predominó fue eutócico en una relación de 1.2:1. En cuanto a peso en pacientes menores de 1 000g con una mortalidad de 90.1%, entre 1 000 y 1 499g con una mortalidad de 61.9%. 1 500 y 1 999g con 39.1%, entre 2 000 y 2499g con 4.1%, de 2 500 y 2 999g 6.7%, 3 000g con 1.4%.

Las enfermedades principales que causaron el ingreso de los prematuros a la unidad de cuidados intensivos neonatales, se observa que la enfermedad de membrana hialina fue la principal con 644 casos (26.8%) seguida de neumonía con 495 casos (20.6%) y asfisia con 221 casos (9.2%).

La utilidad de este estudio es que se realizó en México y nos da un panorama de cómo está la atención en la salud de los neonatos por lo que podemos darnos cuenta existe una disminución de incidencia de algunas enfermedades pero aún falta mucho por hacer y trabajar para que los pacientes cuando sean egresados del hospital puedan tener una mejor calidad de vida.

EL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO¹⁰

Hoy es posible demostrar que el recién nacido (RN), incluso el prematuro, no sólo es capaz de percibir el dolor, sino que producto de su inmadurez puede percibir este dolor de manera más intensa y difusa.

La mielinización de fibras nociceptivas comienza a las 22 semanas de gestación, comenzando por las fibras sensitivas medulares que acompañan a los nervios somáticos, y continuando por fibras nociceptivas medulares, fibras de cápsula interna, y a las veintiocho semanas de edad gestacional las fibras de la corona radiata. La mielinización incompleta no implica bloqueo de la transmisión, ya que los estímulos nociceptivos son perfectamente vehiculizados por las fibras amielínicas "C". O pobremente mielinizadas "A" delta. Las fibras "C" y "A" delta vehiculizan estímulos nociceptivos correspondientes a dolor sordo, difuso, durable, más intenso. Las fibras "A" alfa y "A" beta, funcionales más tardíamente en la ontogénesis, transmiten información correspondiente a la sensibilidad fina y tacto epicrítico.

Las características fisiológicas y las incertidumbres farmacocinéticas de los productos empleados, la imposibilidad de contar con dosajes séricos de los fármacos habitualmente utilizados, nos impone disciplina y rigor en la supervisión clínica del prematuro tratado por el dolor.

Después de la instauración de un tratamiento analgésico, el nivel de sedación debe ser controlado para mantener al paciente con una reactividad adecuada a la estimulación. Las dosis administradas deben ser verificadas frecuentemente, y la oportunidad de proseguir el tratamiento evaluado.

Este estudio es de gran utilidad ya que nos permite darnos cuenta de que antiguamente se pensaba que los neonatos no tenían dolor lo cual es una gran mentira ya que aunque no sean muy expresivos con el dolor pueden sentirlo más que un adulto y es obligación de todo el equipo multidisciplinario disminuir el dolor.

FACTORES PERINATALES EN EL PRONÓSTICO DE PREMATURO EXTREMO¹¹

Desde hace mucho tiempo se sabe que el niño prematuro que nace deprimido tiene una mayor incidencia de distrés respiratorio. La incidencia de distrés respiratorio es el doble en aquéllos niños que nacen con un Apgar bajo. Más importante que el distrés respiratorio, que hoy se puede prevenir con surfactante, es la incidencia de hemorragia intracraneal. Datos de 760 niños de menos de 1000 g nacidos muestran que la incidencia de hemorragia intracraneal grave (grados 3 o 4) es más del doble en aquéllos niños que tienen un Apgar por debajo de 4.

En un estudio se analizaron los resultados en una población de niños de 24 semanas gestación en base a encuestas retrospectivas que evaluaron la actitud del equipo perinatal. Los niños se dividieron en dos grupos. Unos fueron atendidos por grupos perinatales obstétricos que no estaban dispuestos a hacer una cesárea por indicación fetal a las 24 semanas y otros que recibieron atención de grupos perinatales dispuestos a hacer una cesárea a las 24 semanas cuando existía una indicación fetal. La mortalidad neonatal fue muchísimo más alta en el primer grupo, pero el número de sobrevivientes con morbilidad fue mayor en el segundo grupo.

La condición del prematuro extremo en el momento del nacimiento está relacionada estrechamente con el pronóstico de estos niños y también se debe considerar que la actitud del equipo perinatal y neonatal es determinante. La importancia que tiene este estudio es que nos deja ver que desafortunadamente no hay una interacción muy estrecha entre el equipo multidisciplinario. Sin embargo, esta reunión es un ejemplo de cómo deben integrarse estrechamente las actividades entre obstetras y neonatólogos. El pronóstico del recién nacido de extremo bajo peso depende fundamentalmente del trabajo en equipo ya que, como hemos mencionado, los resultados en estos niños están en gran parte determinados por intervenciones que se realizan antes, durante y después del nacimiento.

4.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA

El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación. La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible¹².

Orem (1994), en su Teoría del Déficit de Auto cuidado, plantea que la enfermera vincula sus acciones a las de las personas que están asistiendo y promueve en ellas su participación en acciones de auto cuidado.

Pender (1994) propone un modelo en donde el individuo participa activamente en la toma de decisiones sobre su cuidado en conjunto con la enfermera, teniendo en cuenta elementos cognitivo preceptuales que son modificados por características situacionales, personales e interpersonales.

Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones. La Asociación Norteamericana de Enfermeras declara que la enfermería es: "El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales".

La anterior definición ha sido ampliada o adaptada como la que propone la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, "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".

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de

enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal¹³.

4.3. ESCUELAS DEL PENSAMIENTO ENFERMERO¹⁴

ESCUELA DE LAS NECESIDADES

Los modelos de las escuelas de las necesidades han intentado responder a la pregunta: ¿Qué hacen las enfermeras? Según estos modelos, el cuidado está centrado en la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades fundamentales (Henderson, 1991) o en la capacidad de llevar a cabo su autocuidado (Orem, 1991). 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.

La jerarquía de las necesidades de Maslow y las etapas de desarrollo de Erickson han influenciado esta escuela. Así, la persona es percibida con necesidades jerárquicas, sean las necesidades fisiológicas y de seguridad, sean las necesidades más complejas, tales como la pertinencia y las necesidades de amor y de autoestimas. Cuando las necesidades de base están satisfechas, surgen otras de nivel más elevado. Meleis (1991) subraya que las teorizadas de esta escuela en su descripción del campo de los cuidados enfermeros no incluyeron la actualización del sí mismo.

ESCUELA DE LA INTERACCIÓN

Apareció a finales de los años 50 y principios de los 60. Varios acontecimientos políticos y socioculturales, así como el resurgir económico y cultural en América del Norte, han favorecido el desarrollo de esta escuela. La teoría psicoanalista prevalece en esta época. Hay una creciente demanda de atención a las necesidades de intimidad y a las relaciones humanas (Meleis, 1991).

Las enfermeras teorizadoras que forman parte de esta escuela 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. Las teorizadoras señalan que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención. Estas teorizadoras dicen que debe mantenerse la integridad de la persona. Las teorizadoras de esta escuela son Hildegard Peplau, Josephine Paterson y Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King.

ESCUELA DE LOS EFECTOS DESEABLES

Quiere corresponder a la pregunta ¿Por qué las enfermeras hacen lo que ellas hacen? Sin ignorar el "que" y el "como", este grupo de teorizadoras han intentado conceptualizar los resultados o los efectos deseables de los cuidados enfermeros. Consideran 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 adaptación y de desarrollo, así como en la teoría general de los sistemas. Pone objetivos amplios y ambiciosos para los cuidados enfermeros destinados a la persona que es vista como un sistema.

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

ESCUELA DE LA PROMOCIÓN A LA SALUD

Responde de nuevo a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? A pesar de estar centrada sobre el "que" de los cuidados enfermeros, la promoción de comportamientos de salud, esta escuela se interesa en cómo lograrlos y también por cuál es su meta respondiendo igualmente a la pregunta: ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros? El punto de mira de los cuidados se amplía a la familia que aprende de sus propias experiencias de salud.

Una teorizadora canadiense ha elaborado para la disciplina enfermera un modelo orientado hacia la promoción de la salud de la familia; se trata de Moyra Allen. Su modelo, ya conocido con el nombre "modelo de McGill" es considerado ya como modelo conceptual, ya como modelo de intervención. La filosofía de los cuidados de salud primarios y la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) son las fuentes explícitas subyacentes en esta concepción.

ESCUELA DEL SER HUMANO UNITARIO

Se sitúa en el contexto de la orientación de apertura hacia el mundo y del paradigma de la transformación. Las teorizadoras de esta escuela intentan responder a la pregunta ¿A quién van dirigidos los cuidados enfermeros? Es gracias a esta escuela que el holismo ha conseguido todo su significado.

Sin embargo, Rogers (1983) 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 la ciencia del ser humano unitaria e invita a las enfermeras a desarrollar la ciencia 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.

Inspirada por la idea de Rogers, según la cual la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de la vida y no están ni opuestas ni divididas, Newman (1986) propone una teoría de la salud que será la expansión de la conciencia. La salud es la realización continua de uno mismo como ser humano unitario, y la enfermedad está integrada en la salud; forma parte del proceso de expansión de la conciencia, del cambio. Describimos los modelos conceptuales del ser humano unitario de Rogers y del ser hacia-su-actuación de Parse con el fin de ilustrar esta escuela del pensamiento.

ESCUELA DEL CARING

Durante los últimos quince o veinte años, el concepto de caring ha sido centro de varios escritos de la disciplina de enfermería. Lininger (1981) ha mantenido este concepto como la esencia de la disciplina. Benner y Wrubel (1989) sugiere 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 (1985) propone que las enfermeras creen un ideal de caring que sea a su vez humanitario y científico.

Según Banner y Wrubel (1989), el caring está formado por el conjunto de las acciones que permiten a la enfermera, por ejemplo descubrir de manera sutil los signos de mejora o de deterioro de la persona. Caring también significa facilitar y ayudar, respetando los valores, las creencias, la forma de vida y la cultura de las personas (Leninger, 1988; Watson, 1988). Las teorizadoras creen que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como a la espiritualidad y la cultura y si integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones.

Tiene conceptos centrales el caring y la cultura, se sitúa también en la orientación de la apertura hacia el mundo y el paradigma de la transformación. Centrándose en el cuidado intenta responder de nuevo la pregunta: ¿Cómo las enfermeras hacen lo que hacen? Describiremos los trabajos de dos teorizadoras con el fin de ilustrar esta escuela. Se trata de la teoría, el cuidado humano (human caring), de Jean Watson y de la teoría de la diversidad y de la universalidad del cuidado cultural, de Madeleine Leininger.

4.4. PARADIGMAS DE ENFERMERÍA¹⁵

PARADIGMA DE LA CATEGORIZACIÓN

Según el paradigma de la categorización, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

Un cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las reacciones lineales y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales. Orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

Ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública

Desde el siglo XII al XIX, la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. A mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabía nada de infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales. Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época.

Florence Nightingale, gracias a su educación, su experiencia en cuidados enfermeros y su personalidad, se revela como la única persona calificada y dispuesta a enfrentarse con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en los hospitales militares ingleses durante la guerra de Crimea (Dolan, Fitzpatrick y Herrmann, 1983). Acompañada de cuarenta enfermeras laicas y religiosas, intenta dar a los hospitales las condiciones de higiene más elementales.

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, también en la observación en la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. La preocupación de la enfermera está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.

Estas ideas guían a Nightingale hacia la elaboración de un plan para la formación de enfermeras competentes. Después de la guerra de Crimea, esta fundación permite establecer una escuela de enfermeras. Se les da una orientación hacia la salud pública.

Orientación hacia la enfermedad

Se sitúa hacia finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones. La erradicación de las enfermedades transmisibles es prioridad de los años 1900 a 1950. La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno. Ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Orientación hacia la persona

En América del Norte, se sitúa la orientación hacia la persona entre 1950 y 1975. Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Como reacción al sufrimiento humano vivido durante la crisis económica de los años 1930 y de la segunda guerra mundial. Se realizan escritos sobre la psicología individual, sobre

la teoría de la motivación (Maslow, 1943; 1954), esta evolución da lugar a una diferenciación entre la disciplina enfermera con relación a la médica.

La enfermera planifica y evalúa sus acciones en función de las necesidades no satisfechas. Se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso. Siguiendo la evolución de disciplinas afines e inspirándose en modelos conceptuales propios de la disciplina, la enfermera modifica su lenguaje y su actitud.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocido desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

Es la base de una apertura hacia el mundo. Ha inspirado a nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

Apertura hacia el mundo

De envergadura internacional, esta apertura hacia el mundo tuvo lugar en la mitad de la década de los años 70. Se abren fronteras, al principio en los aspectos culturales, después en la economía y finalmente en la política: la cultura occidental influye en la cultura oriental y viceversa; grandes movimientos de población y de dinero transforman, a la vez, la composición étnica original de un país y los mercados económicos, las comunicaciones se intensifican y dan lugar a una proliferación de experiencias.

La organización mundial de la salud (OMS), autora de la declaración de Ama-Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud entre los pueblos y el proceso equitativo sobre el plan económico y social. Propone una filosofía para el sistema de salud "los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de medidas de protección sanitaria que le son destinadas".

Los cuidados globales y los integrales dan a la enfermera la responsabilidad total del conjunto de los cuidados enfermeros requeridos por el cliente. La enfermera que evoluciona en estos sistemas posee un conjunto de conocimientos específicos de la disciplina. Lo mismo ocurre con otros sistemas más recientes como el sistema modular y la gestión de casos. Para dispensar cuidados enfermeros es cada vez más necesario comprender los procesos, los problemas y las situaciones de las personas de todas las edades, en todas las situaciones de la vida y en un mundo de constante evolución (Gortner, 1983; Polit y Hungler, 1991).

4.5 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

DOROTHEA E. OREM¹⁵

BIOGRAFÍA

Nació en Baltimore, Maryland. Su padre, trabajador de la construcción, era aficionado a la pesca, y su madre ama de casa, a la lectura. Inició su carrera de enfermera en la escuela de Enfermería del Providence Hospital de Washington D.C; donde finalizó su diplomatura a principios de la década de los 30. Continuó su formación y obtuvo un BSN de la universidad católica de América en 1939 y un Master of Science en formación de enfermería en 1945 en la misma universidad.

Su experiencia profesional incluye el ejercicio privado, la enfermería hospitalaria y la docencia. Orem fue directora de la escuela de enfermería y del departamento de enfermería del Providence Hospital, Detroit, desde 1940 a 1945. Tras abandonar Detroit, permaneció en Indiana durante siete años (1949-1957) trabajando en la División de Servicios Institucionales y Hospitalarios del Departamento de Salud del Estado de Indiana con el objetivo de mejorar la calidad

de la enfermería en los hospitales generales del estado. Fue en este período cuando Orem desarrollo su definición del ejercicio profesional de la enfermería.

En 1957 se trasladó a Washington D.C. trabajando como consultora para planes de estudio de la oficina de educación del ministerio de salud, educación y bienestar (HEW) desde 1950 a 1960. Durante esta etapa comienza a detectar déficit en la formación de las enfermeras sin titulación. Durante su etapa en el HEW elabora un proyecto para elevar la formación de las enfermeras no tituladas, lo que le llevo a plantear la pregunta de ¿Cuál es la materia de enfermería? Como resultado, publico Guidelines for Developing Curricula for The Education of Practical Nurses.

En 1959 inició su actividad docente como profesora agregada de formación de enfermería en la universidad católica de América. Posteriormente fue decana en funciones de la escuela de enfermería y profesora adjunta de formación de enfermería. Durante su estancia en la universidad católica continuo el desarrollo de su concepto de enfermería del autocuidado y escribió The hope of Nursing (1962), fue publicado en el Journal Of Nursing Education. En 1970 abandono la Universidad Católica y estableció su primera Consulting form como Orem y Shields SA; en Chevy Chase, Maryland. El primer libro de Orem, publicado en 1971, fue Nursing: Concepts of Practice. La universidad de Georgetown le concedió el titulo honorifico de doctora en ciencias en 1976. Levels of Nursing Education and Practice, fue publicado en la revista de los alumnos de la escuela de enfermería Jonh Hopkins en 1979. En 1980 recibió el premio a la teoría de enfermería de la asociación de alumnos de la universidad católica de América. En el mismo año se publicó la segunda edición de Nursing: Concepts and Practice, y en 1985, la tercera. Orem se retiró en 1984, residiendo desde entonces en Savannah, Georgia, donde disfruta leyendo, viajando, realizando tareas de asesoramiento y asistiendo a conferencias de enfermería para exponer su teoría.

La cuarta edición de su obra Nursing Concepts and Practice se finalizó en 1991. Participo en conferencias y continuo trabajando con sus colegas mediante discusiones sobre la estructura de la teoría y su aplicación a la enfermería.

Aplicación de datos empíricos

En 1958 Orem tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de la enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. La reflexión sobre este tema le proporciono los conocimientos necesarios para formular y expresar su concepto de enfermería.

En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976; recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honóris Causae de la universidad de Missouri en 1998. Se han publicado ediciones posteriores de Nursing: Concepts of Practice en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Murió el 22 de junio del 2007 en Savannah Georgia a la edad de 94 años.

PRINCIPALES CONCEPTOS Y DEFINICIONES

Teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres subteorías relacionadas:

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

Los conceptos principales de esta teoría son:

Autocuidado: Actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo. Conducta que el individuo dirige para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.

Requisitos de autocuidado: Son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener del compromiso deliberado con el autocuidado. Son los medios para llevar a cabo acciones que constituyen el autocuidado. Se pueden desglosar en tres categorías:

Requisitos universales de autocuidado: Son comunes para todos los seres humanos, incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de las actividades humanas.

Requisitos de autocuidado relativos al desarrollo: Se separan de los requisitos universales. Promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración y mitigación de sus efectos.

SUPUESTOS PRINCIPALES

AGENTE

Es la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en un curso de acción.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE

Es el adolescente o el adulto que acepta asumir la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre la propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes.

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas de esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad a su cuidado.

DISEÑO ENFERMERO

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura.

El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; las unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.

SISTEMAS ENFERMEROS

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

MÉTODOS DE AYUDA

Un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes.

Las enfermeras utilizan todos los elementos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud.

SUBTEORIAS DE AUTOCUIDADO

El modelo muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de autocuidado terapéutico, la enfermedad compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente.

AUTOCUIDADO

Las personas maduras o en vías de la maduración llevan a cabo acciones o secuencias de acciones dirigidas hacia ellos mismos o hacia los aspectos del entorno que cumplen o se supone que cumplen determinados requisitos para controlar los factores que promueven, afectan de forma perjudicial o interfieren a la regulación de sus propias funciones o desarrollo para contribuir a la continuidad de la vida o mantenimiento y a la salud o bienestar personal.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Todas las limitaciones de las personas para comprometerse en esfuerzos prácticos dentro del dominio y los límites de la enfermería están asociados, con la subjetividad de los individuos maduros o en vías de maduración, a limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud, que les incapacitan parcial o totalmente para conocer los requisitos o existentes de asistencia reguladora de ellos mismos o de las personas a su cargo.

SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Es algo que se construye a través de las actividades de las enfermeras y de las relaciones entre las enfermeras y los pacientes. Es un producto que debería ser beneficioso para las personas con categoría de paciente en las situaciones del ejercicio profesional de la enfermería.

Método lógico

La intuición de Orem condujo a la formalización inicial y posterior expresión de un concepto general de enfermería. Esa generalización hizo posible el razonamiento deductivo de la enfermería.

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO DE LAS ALTERACIONES DE LA SALUD

La enfermedad o la lesión no solo afecta las estructuras y/o mecanismos fisiológicos o psicológicos si no al funcionamiento humano integrado. En tales situaciones las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento. Para que las personas con alteraciones de la salud sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado en estas situaciones tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado.

Demanda de autocuidado terapéutico: Es una entidad de carácter humano, que describe al individuo desde el punto de vista estructural, funcional y de desarrollo. Se basa en la teoría de que el autocuidado es una fuerza reguladora humana y en hechos y teorías de las ciencias humanas y medioambientales.

Acción del autocuidado: Es la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano y promueven el bienestar.

Agente: Persona que ejecuta la acción -

Agente de autocuidado: El que proporciona el autocuidado

Agente de asistencia dependiente: El que se ocupa de la asistencia de niños o de adultos dependientes

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista.

Acción de enfermería: Propiedad o atributo complejo de las personas formadas o entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a identificar su demanda de autocuidado terapéutico, controlar el ejercicio o desarrollo de su acción de autocuidado o cuidado dependiente.

Sistema de enfermería: Serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda propias acciones o a las acciones de personas a las que se está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su autocuidado.

TIPOS DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Se han identificado tres:

Sistemas de enfermería totalmente compensatorios: Son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total del paciente para realizar actividades de autocuidado que requieren de deambulación y de manipulación.

Sistemas de enfermería parcialmente compensatorios: Son aquéllos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o deambulatorios.

Sistemas de apoyo educativo: Son para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno y externo, pero que pueden hacerlo sin ayuda.

Métodos de ayuda

- Actuar o hacer por
- Guiar
- Enseñar
- Apoyar
- Proporcionar un entorno que estimule el desarrollo

Supuestos principales

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

1. Los seres humanos necesitan ser estimulados de una forma continua para seguir vivos y actuar de acuerdo con las cualidades humanas naturales.
2. La acción humana, la capacidad de actuar deliberadamente, se ejerce en forma de ayuda hacia uno mismo y hacia los demás para identificar las necesidades y crear los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones para actuar en ayuda de uno mismo y de los demás, mediante aportaciones que sustenten la vida y regulen sus funciones.
4. La acción humana se lleva a cabo al descubrir, desarrollar y transmitir a los demás formas y medios para identificar las necesidades y realizar las aportaciones hacia uno mismo y hacia los demás.
5. Grupo de seres humanos que poseen unas relaciones estructuradas agrupan las tareas y reparten las responsabilidades para ayudar a los miembros del grupo que experimentan privaciones para realizar las aportaciones deliberadas necesarias hacia sí mismos o hacia los demás.

4.6. MÉTODO ENFERMERO¹⁶

El Proceso de Enfermería es el resultado de los esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo XX para sistematizar los cuidados con el propósito de hallar un método que permita estimar la calidad de las intervenciones de los profesionales de la enfermería. Estas afirmaciones conducen al nacimiento de un proceso de intervención producto de la corriente reflexiva acontecida en el nacimiento de lo que conocemos como Modelos Teóricos en Enfermería.

No obstante, los modos tradicionales de proceder de los enfermeros son la base sobre la que descansa tanto esta sistematización como las áreas que recaen bajo su competencia.

Los cuidados relacionados con la higiene y el confort, la eliminación, alimentación, desplazamiento y movilización del paciente, la preparación y administración de la medicación y los utensilios precisos para las curas, la vigilancia, del estado de salud del enfermo, acompañamiento a los enfermos durante el proceso de muerte, fueron las actividades que desarrollaron los enfermeros en distintas instituciones. La naturaleza de los establecimientos en los que se desarrollan las actividades enfermeras pone de manifiesto que los cuidados de Enfermería.

Así pues, la enfermería no siempre estuvo ligada al desequilibrio de la salud, pero lo que se desprende de las fuentes históricas es que la identificación progresiva de la actividad de cuidar fue caracterizada a través de la óptica de la enfermedad. De hecho la autoría de los textos es un indicador de este aspecto, ya que los primeros manuales de instrucción de enfermeros, datados en el siglo XVII, fueron escritos por enfermeros varones que ejercían esta profesión, lo que supone una diferencia notable con el género femenino que se le presupone actualmente a la profesión de enfermería. La publicación de estos libros dirigidos a unos lectores a quienes se pretenden formar para el ejercicio clínico de la Enfermería.

El nacimiento del Proceso de Enfermería es el resultado de los esfuerzos de la reflexión que distintas "teóricas" realizaron a partir de la década de 1950, la naturaleza e importancia de los cuidados enfermeros y el medio por el que se pragmatizan las acciones de los profesionales de la enfermería.

Partiendo de estas consideraciones aceptadas hoy en día, en 1955 durante una conferencia Lydia Hall en Nueva Jersey, cuando esta formulo su conocida afirmación "la asistencia sanitaria es un proceso" que tiene como preposiciones fundamentales "al paciente, para el paciente y con el paciente".

No fue hasta la década siguiente cuando comienza a apreciarse un significativo interés por el Proceso de Enfermería momento en el que se desarrollan las obras de Ida Jean Orlando, Dorothy E. Johnson y Ernestine Wiedenbach. La primera de ellas fue la que propuso la "Teoría del proceso deliberativo", es considerada como la formulación embrionaria del proceso de enfermería, ya que propone la distinción entre las acciones deliberadas y las automáticas de los profesionales.

Fue hasta 1966 cuando Louis Knowles presento una descripción de las actividades de los enfermeros, momento que puede considerarse como el impulsor directo de la descripción de la metodología empleada en el ejercicio clínico. Explicito que las actividades que se desarrollan consiste fundamentalmente en descubrir información, investigar fuentes para obtener datos, decidir el proceso a seguir, actuar o poner en marcha el plan concebido y discriminar o priorizar las necesidades del paciente y por lo tanto las intervenciones de las enfermeras. Estas fases resultaron cruciales, de tal modo que tan solo un año después un grupo de profesores de la escuela de enfermería de la universidad católica de colorado identifico cuatro de las actuales fases del proceso: valoración, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

Se incluye la recogida de datos, su verificación, organización, comprobación de las primeras impresiones y su anotación y en ella se incluyen los métodos de entrevista, observación y el examen físico. En la primera parte del proceso, las creencias, los conocimientos y las capacidades del personal son los principales factores influyentes en el modo que se desarrolla la intervención clínica.

Métodos para obtener los datos:

a) Observación: Es el momento del primer encuentro con el paciente se realiza a través de los sentidos y, según estudios del proceso actuales, el modo en el que se matizan las impresiones iniciales. Es una habilidad que precisa práctica y disciplina.

b) Entrevista clínica: Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados. La entrevista debe contener una iniciación, cuerpo y cierre; el entrevistador debe tener empatía, calidez, concreción y respeto.

c) La exploración física en la actualidad es de gran importancia como parte vital e integral del proceso de enfermería, sirve para enriquecer los datos básicos sobre los cuales se hacen los juicios de enfermería y por lo tanto, debe incluirse en el repertorio de métodos que necesitan las enfermeras que están ejerciendo la profesión¹⁷. Se realiza por medio de:

Inspección: se realiza con el sentido de la vista, debe ser cuidadoso y global, puede realizarse con el fin de descubrir características físicas significativas. Un examen completo debe anotar tanto la apariencia general del área que se examina como sus características específicas: la presencia o ausencia de rasgos y de colores habituales o excepcionales, la textura, localización, posición, temperatura, tamaño, los signos vitales, el tipo y grado de movimiento la simetría y la comparación con el lado opuesto del cuerpo. La inspección requiere que la enfermera sea capaz de discernir lo que es normal, lo que es poco común, pero que se halla dentro de límites de lo normal, lo que es anormal y requiere atención.

Palpación: basado en el tacto y la sensación, es el proceso de examinar el cuerpo empleando el sentido del tacto con el objeto de determinar las características de los órganos y de los tejidos, también la percepción de movimiento, la posición, la consistencia y la forma. El éxito depende no sólo de las habilidades de la palpación que tiene quien hace el examen, sino también de la competencia que

tenga esta persona para discriminar o interpretar el significado de lo que se está palpando.

Percusión: se basa en el tacto, percusión y la audición, consiste en dar golpes en la superficie del cuerpo, en forma ligera pero aguda, para producir sonidos que le permitan a quien examina determinar la posición, el tamaño y densidad de una estructura subyacente. La calidad de los sonidos logrados varía de acuerdo con la densidad de los tejidos adyacentes. Existen dos métodos de percusión: directo o indirecto.

Auscultación: mediante un estetoscopio, es el procedimiento que consiste en escuchar los sonidos que producen los diferentes órganos del cuerpo con el objeto de descubrir variaciones y desviaciones en relación con sus propias características. Esta destreza es especialmente exigente para quien está tratando de aprenderla, porque los sonidos anormales no se pueden distinguir sino cuando la persona que realiza el examen ya ha desarrollado una apreciación clara de las variaciones normales de los sonidos que producen las estructuras del cuerpo. La clave para lograr una auscultación exitosa está en escuchar sólo en un lugar a la vez y concentrarse en lo que se está oyendo, esta técnica es la más complicada de las habilidades relacionadas con el examen físico, el aprendiz deberá concentrarse primero en reconocer los ruidos anormales y capacitarse para lograr el primer grado de discriminación de la auscultación: o sea, distinguir los sonidos normales de los anormales; antes de seguir hacia el nivel que le permite discernir la naturaleza y el significado de los hallazgos anormales de la auscultación.

La forma de abordar la exploración física puede ser cefalo-caudal, por aparatos y sistemas o por requisitos de autocuidado.

En esta etapa se obtiene y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que puedan contribuir a la aparición de problemas de salud.

DIAGNÓSTICO

Establecimiento de conclusiones sobre los datos provisionales o definitivos. La primera conferencia para la clasificación del diagnóstico de enfermería tuvo lugar en 1973, existiendo en su forma actual desde 1982. Se organizaron en nueve patrones de respuesta humana que refleja la interacción de las personas y su entorno. El diagnóstico de enfermería real se compone de tres partes que son el problema, el factor relacionado o la causa del mismo y los datos subjetivos u objetivos que indican su presencia.

Gordon fue la que definió los componentes de la enfermería en el formato "PES", siendo acrónimo de Problema, Etiología y Síntomas. Es un enunciado del problema real o potencial que requiere la intervención de enfermería con la finalidad de resolverlo o disminuirlo. El diagnóstico de riesgo describe respuestas humanas a situaciones que pueden desarrollarse a un futuro próximo en una persona, familia o comunidad vulnerable, por lo que solo está constituido por el problema y factor de riesgo causal. Por otra parte los diagnósticos de salud son un juicio real que se emite en una situación pero que podrían alcanzar un nivel mayor, pueden formularse anteponiendo "Potencial aumento de..." o "Potencial mejora de..." a la etiqueta diagnóstica y se prescinde de los factores relacionados y los signos y síntomas.

Los componentes de las categorías diagnósticas, aceptadas por la NANDA para la formulación y descripción diagnóstica, en 1990 novena conferencia se aceptaron 90 categorías diagnósticas. Cada categoría diagnóstica tiene 4 componentes:

- 1.- Etiqueta descriptiva o título: ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Es una frase o término que representa un patrón.
- 2.- Definición: expresa un significado claro y preciso de la categoría y la diferencia de todas las demás.

3.- Características definitorias: Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, ésta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.

4.- Las características que definen el diagnóstico real son los signos y síntomas principales siempre presentes en el 80-100% de los casos. Otros signos y síntomas, que se han calificado como secundarios están presentes en el 50-79% de los casos, pero no se consideran evidencias necesarias del problema.

5.- Factores etiológicos y contribuyentes o factores de riesgo: Se organizan entorno a los factores fisiopatológicos, relacionados con el tratamiento, la situación y la maduración, que pueden influir en el estado de salud o contribuir al desarrollo del problema.

En esta etapa se analizan los datos e identifican los problemas reales o potenciales que constituyen la base del plan de cuidados, identifica los recursos para un plan de cuidados eficiente.

PLANIFICACIÓN

Se incluye las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables de la persona, bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas. Consta de cuatro pasos lógicos y consecutivos para proporcionar unos cuidados adecuados al estado de salud del paciente.

En primer lugar se deben establecer las prioridades, por lo que es preciso un sistema para determinar que diagnóstico o diagnósticos serán tratados y en el orden jerárquico. El segundo componente es el desarrollo de los resultados (objetivos). Su formulación se deriva de la respuesta humana identificada, su propósito es el de constituirse como criterio para la evaluación del grado en la que la respuesta humana ha sido impedida, modificada o corregida y así valorar la calidad de los cuidados en enfermería. Aquí se delimitan los resultados esperados.

Las intervenciones de enfermería suelen clasificarse en dependientes, interdependientes e independientes y se centra en las actividades necesarias para

el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente; se delimitan las tareas concretas que se realizarán, puede realizarlo el personal o educar a los familiares y que ellos puedan realizarlo. El último paso en la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado, estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos.

EJECUCIÓN

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

1. Preparación: En este momento es indispensable valorar las condiciones del paciente, el nivel de conciencia, el grado de movilidad o algún déficit neuronal; se debe tener en cuenta el tiempo, el profesional y el material. Se debe conocer las complicaciones más habituales de la intervención para estar preparado para cualquier evento adverso.
2. Intervención: Se estudian las cualidades del cliente, sus problemas y relaciones con los demás. Es importante la coordinación con otros miembros del equipo de salud si se requiere. Proporcionar educación a la familia para que comprendan la importancia y al paciente para que exista colaboración.
3. Documentación: Es importante que en cada etapa del proceso se realicen las anotaciones correspondientes, las cuales deben ser completas y exactas.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada

EVALUACIÓN

La fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga a la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el Proceso de Enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como a adecuación de las intervenciones enfermeras. Estas dos dimensiones permiten garantizar la calidad de cuidados de enfermería prestados. Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procura asegurar esta última etapa. Esta etapa es la que permite establecer conclusiones del trabajo realizado, puede darnos datos reales sobre la eficacia de las intervenciones realizadas, sin olvidar que esta es continua y permite realizar revaloraciones.

A pesar de situarse en el extremo final del proceso está presente en todas y cada una de las fases, pues la dirección que tomara cada una depende de la anterior al ser una metodología organizada de un modo consecutivo, es importante documentarla y llevar un registro detallado.

4.7 RELACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO Y LA TEORÍA

Orem ha destacado en todo su modelos que la enfermería es acción y, al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica. La traducción se logra usando el proceso de enfermería, un método tradicionalmente consistente en cuatro etapas: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Orem aboga por el uso del proceso de enfermería pero de una forma más coherente con su teoría. Específicamente, contempla el proceso de enfermería como aquél que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, operaciones tecnológico-profesionales. Operaciones interpersonales y sociales.

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular, las enfermeras deberían:

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

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de la enfermería con los pacientes.

Operaciones tecnológico-profesionales

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

Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoria de cuidados del proceso de enfermería), continuaran durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. Orem contempla las operaciones tecnológico-profesionales como las "piedras angulares" en el proceso de enfermería pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores. Las operaciones tecnológico-profesionales son particulares del modelo de Orem, y merecen ser contempladas detalladamente.

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; así sus acciones, decisiones y opiniones tratarán de orientarse en el marco del deber ser para una vida civilizada, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, de la profesión, de los usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo. Por lo tanto, el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el mismo grupo de profesionistas le otorgue.

PRINCIPIOS

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

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

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

Justicia.- La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo,

social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

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

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

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

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

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

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

Principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

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

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona.

La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

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

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes. La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

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

Terapéutico de totalidad.- Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.

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

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

CÓDIGO DE ÉTICA EN ENFERMERÍA¹⁸

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.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona. Por lo tanto, no es ya el médico el único que decide la mejor alternativa.

El consentimiento informado consta de dos partes:

a. Derecho a la información: la información brindada al paciente debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento. De la misma manera es importante dar a conocer los riesgos, los beneficios físicos o emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera. El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuesta a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado.

Los datos deben darse a personas competentes en términos legales, edad y capacidad mental. En el caso de personas incompetentes por limitaciones en la conciencia, raciocinio o inteligencia; es necesario conseguir la autorización de un representante legal. Sin embargo, siempre que sea posible, es deseable tener el asentimiento del paciente.

b. Libertad de elección: después de haber sido informado adecuadamente, el paciente tiene la posibilidad de otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos. Es importante privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.

Cuando se trata de un procedimiento de riesgo mayor al mínimo, el consentimiento debe ser expresado y comprobado por escrito, mediante un formulario firmado y será parte del expediente clínico. Las situaciones en que se requiere el consentimiento informado escrito, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico son las siguientes:

- Hospitalización en pacientes psiquiátricos, por mandato judicial, urgencia, peligro de quienes viven con él y riesgo de suicidio, entre otros.
- Intervención quirúrgica.
- Procedimientos para el control de la fertilidad.
- Participación en protocolos de investigación.
- Procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos físicos, emocionales o morales.
- Procedimientos invasivos.
- Procedimientos que produzcan dolor físico o emocional.
- Procedimientos socialmente invasivos y que provoquen exclusión o estigmatización.

En los casos de urgencias en los que no existe la oportunidad de hablar con los familiares, y tampoco es posible obtener la autorización del paciente, el médico puede actuar por medio del privilegio terapéutico hasta estabilizarlo y entonces poder informarle al paciente o a sus familiares. Esto debe quedar bien

fundamentado en el expediente clínico. No debe llevarse a cabo un procedimiento en contra de la voluntad de un paciente competente, aun cuando la familia lo autorice.

Existen pronunciamientos claros acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado en: Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud, Leyes Estatales de Salud, Reglamento de Servicios Médicos del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos de Salud y Cartas de los Derechos de los Pacientes (CONAMED).

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO¹⁹.

Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece; En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario; Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

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

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

Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO²⁰

Se realiza la declaración de los derechos del recién nacido y la madre en el 5º World Congress of perinatal medicine que se llevó a cabo del 23 al 27 de septiembre del 2001.

1. La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.
2. La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
3. Todo recién nacido tiene derecho a una filiación y a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.
4. Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estado deberán tomar las medidas adecuadas para que proteger a los niños frente a cualquier discriminación.
5. Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño y siempre que no haya posibilidad de intervención de padres o tutores. Debe existir equidad en la atención y el rechazo

absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.

6. El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. En los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legislativas y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma se aplicará durante su permanencia en el hospital.

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

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

9. Todo recién nacido tiene derecho a ser tratado de forma afectiva y a un entorno social acogedor. Este derecho estará sujeto a las circunstancias propias de cada caso, pero es obligación de los gobiernos el que se respete y se garantice este derecho.

10. Todo recién nacido tiene derecho a vivir con sus progenitores o mantener relaciones con ellos, aun estando separados, siempre que no esté en peligro su vida.

11. Todo recién nacido tienen derecho a no ser sometido a una adopción ilegal. En los Estados en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la adopción es admisible, y en todo caso

deberá prevalecer el interés del niño. En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.

12. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos y de rehabilitación, muy especialmente a los servicios relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Los Estados han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.

13. Los padres de los fetos con malformaciones incompatibles con la vida tienen el derecho de seguir su embarazo o bien optar por una interrupción legal, dentro del marco legal de cada país, si así los desean. En el caso de que el feto llegue a término no debe aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles tras el nacimiento.

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

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

16. Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en las situaciones de emergencia.

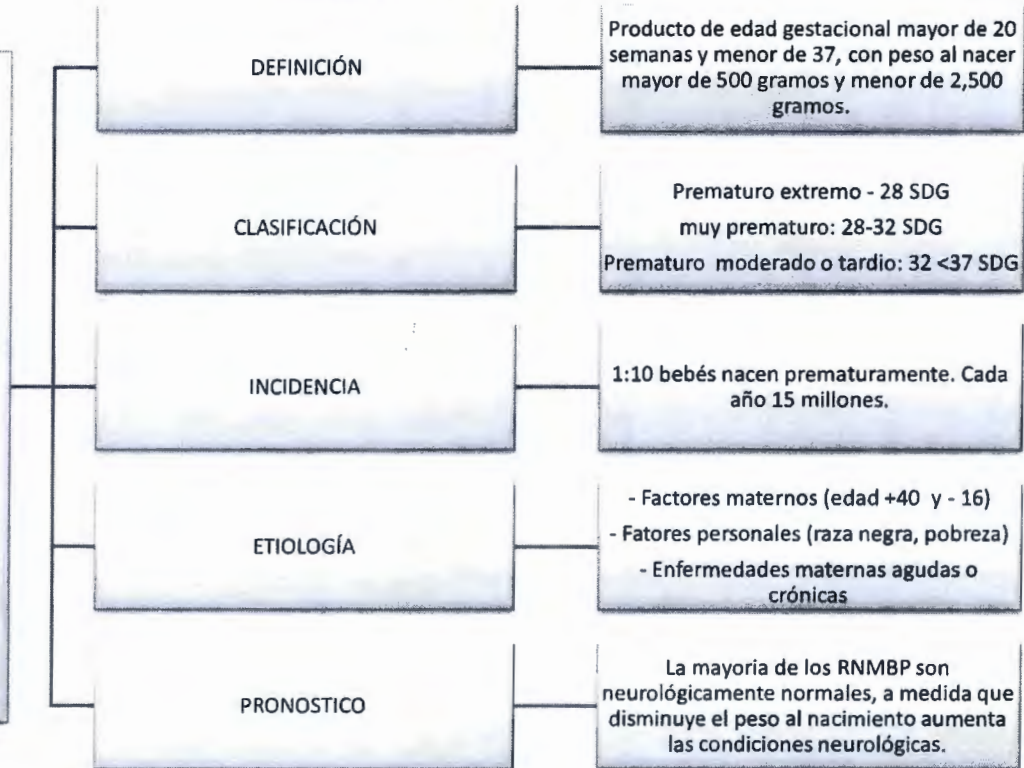
17. El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los estamentos legislativos y ejecutivos de todos los países deben hacer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

DERECHOS DE LOS PREMATUROS²¹

1. La prematuridad se puede prevenir en muchos casos, por medio del control de embarazo al que tienen derecho todas las mujeres
2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho al nacer y a ser atendidos en lugares adecuados
3. El recién nacido tiene derecho a recibir atención médica adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión a su futuro.
4. Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidado 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 de estar acompañado por su familia todo el tiempo
10. Las personas que nacen de parto prematuro tienen los mismos derechos a la integración social que las que nacen a término

RN PREMATURO

4.9 DAÑOS A LA SALUD²²



4.10 RECIÉN NACIDO PREMATURO

En los últimos 25 años los avances en el conocimiento de la ciencia médica y la tecnología han permitido la supervivencia y en muchos casos el mejoramiento en la calidad de vida de recién nacidos prematuros que en otra época no se habrían logrado.

Desde principios del siglo XX se han hecho esfuerzos por evaluar y clasificar a los recién nacidos, Ylpoos en 1901 fue el primero en definir como prematuros a los RN menores de 36 semanas de gestación, tomando como punto de partida la fecha del último día de la menstruación y el día del nacimiento. La OMS en 1961 clasificó como prematuros a los menores de 37 semanas de edad gestacional.

Jurado García tomó en consideración peso al nacer y la edad gestacional (teniendo como base la fecha de última menstruación y el día de nacimiento del niño), consideró prematuros a los menores de 37 semanas, de término a los nacidos entre 37 y 42 semanas. Clasificó también en sus gráficas a los de peso adecuado para su edad (eutróficos) considerando aquéllos que ocupaban percentiles entre la 10 y 90, hipertróficos o grandes para su edad a los que estaban por encima de la percentila 90, e hipotróficos o pequeños para su edad a los que se incluían por debajo de la percentila 10.

Usher en 1966 en su clasificación clínica del recién nacido toma en cuenta cinco signos físicos: Para menores de 36 semanas. Pelo delgado, poco diferenciado con apariencia de algodón; nódulo mamario menor de 2 mm, cartílago de la oreja delgado en la periferia, suave al tacto, fácilmente plegable, hélix poco profundo; genitales masculinos con escroto poco pigmentado, rígido con escasas rugosidades, testículo en la parte alta; genitales femeninos con labios mayores muy separados y con hipertrofia del clítoris; la planta del pie con surcos solamente en el tercio anterior.

DEFINICIÓN

La OMS define a un recién nacido pretérmino como a todo aquél nacido antes de las 37 semanas cumplidas (259 días). Sin embargo la Academia Americana de Pediatría propone el límite a aquél recién nacido menor de 38 semanas. Esto último por el reconocido mayor riesgo de patología entre las 37 y 38 semanas.

El grupo de recién nacidos con peso menor de 1500 gramos, catalogado como recién nacido de muy bajo peso de nacimiento (RNMBPN), ha sido el punto crucial de las últimas dos décadas en los avances de la medicina perinatal tanto en el conocimiento de la patogenia como de las nuevas terapias de las patologías prevalentes en este grupo de recién nacidos.

Los RN con peso de nacimiento entre 500 y 1500g continúan contribuyendo desproporcionadamente a la morbilidad y mortalidad perinatal a pesar de representar sólo 1.0 -1.5% del total de partos.

INCIDENCIA

Más de 1 en 10 bebés nacen prematuramente, afectando a familias de todo el mundo. Más de 1 millón de niños mueren cada año debido a complicaciones del nacimiento prematuro. Muchos sobrevivientes enfrentan una vida de discapacidad, incluyendo problemas de aprendizaje y problemas visuales y auditivos.

Las tasas de nacimientos prematuros están aumentando en casi todos los países con datos fiables. El nacimiento prematuro es la causa principal de muertes de recién nacidos (bebés en las primeras cuatro semanas de vida) y actualmente es la segunda causa principal de muerte después de la neumonía en niños menores de 5 años.

ETIOLOGÍA

La mayor parte de los prematuros son nacidos tras la presentación de un parto pretérmino espontáneo o nacido tras aminiorrexis prematura (>50%). La presencia de infección clínica es sospechada, (cultivos positivos en los anexos fetales en el 60%, contra el 20% en los recién nacidos a término; vaginosis materna marcada, marcadores inflamatorios elevados en el líquido amniótico) aunque el tratamiento antibacteriano no es eficaz en el parto prematuro espontáneo. Por el contrario su uso en la aminiorrexis prematura, consigue prolongar el embarazo, disminuir la tasa de coriamnionitis y mejorar los resultados neonatales.

También existen otros factores como la situación socioeconómica desfavorable, tabaquismo, así como la raza negra.

La gestación múltiple espontánea o inducida, aumenta las tasas de prematuridad y representa aproximadamente una cuarta parte de los pretérmino. La incidencia de gemelos y trillizos se multiplicó en los primeros años de desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Más del 50% de los gemelos y la práctica totalidad de los trillizos y múltiples son recién nacidos pretérmino.

Las complicaciones maternas y fetales son la causa del 15% y 25% de los pretérmino. El mayor porcentaje viene representado por la hipertensión materna y la desnutrición intrauterina, seguidas por el polihidramnios. La prematuridad es obstétricamente inducida en determinadas patologías fetales como la fetopatía diabética, el hidrops fetal, etc.

CONDUCTA PERINATAL INMEDIATA

El tipo de parto es una situación aún no resuelto, pero la cesárea es utilizada en un pico máximo (60-70%) a las 28 semanas. Descendiendo conforme avanza la EG a la tasa del 30% en los pretérmino que superan las 34 semanas.

El parto debe tener lugar en un ambiente hospitalario, preferentemente programado con la presencia de neonatólogo y enfermera experta. Preparar todo el material necesario para la reanimación y trasladarlo en un ambiente térmico

estable, provistos del soporte asistencial para la ventilación mecánica, mantener la perfusión y monitorización continua de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca. Existen estudios que demuestran que el uso de CPAP nasal, para la estabilización de los recién nacidos prematuros (<1500g) se ha acompañado de una disminución en el uso de surfactante y el número de días con suplemento de oxígeno.

FISIOPATOLOGÍA

La función pulmonar del pretérmino está comprometida por varias razones entre las que se encuentra la inmadurez neurológica central y debilidad de la musculatura respiratoria, asociada a un pulmón con escaso desarrollo alveolar, déficit de la síntesis de surfactante y aumento en la capa alveolocapilar. La vascularización pulmonar tiene un desarrollo incompleto con una capa muscular arteriolar de menor grosor y disminución del número de capilares alveolares. La patología respiratoria es la principal causa de morbimortalidad en el prematuro y viene representada por el distress respiratorio por déficit de surfactante o enfermedad de membrana hialina seguidas de las apneas del prematuro y la displasia broncopulmonar.

CUIDADOS EN LA SALA DE PARTOS

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

Termorregulación: Se recomienda envolver al recién nacido (RN) con polietileno de inmediato después del nacimiento para evitar la disminución post natal de la temperatura por evaporación y convección. No se debe secar al RNPEBN, sino colocarlo en una servocuna que permite una buena conservación del calor.

Soporte respiratorio

La mayor parte de los RNPEBN requiere sostén ventilatorio debido a la inmadurez pulmonar y a la limitada fuerza de los músculos respiratorios. Este soporte puede ir desde ofrecer oxígeno a flujo libre, pasando por la ventilación a presión positiva con bolsa y mascarilla hasta la intubación endotraqueal. Se debe tener en cuenta que la resolución de la bradicardia (frecuencia cardíaca < 100 latidos por minuto) en un RN es el mejor indicador de que la respuesta a la reanimación es adecuada. En este punto es clave recordar que si bien puede requerir presiones elevadas de insuflación para las primeras respiraciones, la presión máxima debe reducirse rápidamente para minimizar la injuria pulmonar, siendo útil para este cometido la adición de manómetros a nuestras bolsas mascarillas.

TRATAMIENTO²³

Todos los RNPEBN deben recibir poco después de su nacimiento nutrición parenteral iniciada con la administración de 2 gr/kg de aminoácidos, la solución utilizada contiene 10 gramos de proteína en 100 ml de mezcla. Esto tiene por ventaja aportar una cantidad equilibrada de aminoácidos esenciales y no esenciales capaces de lograr un perfil aminoacídico comparable al recién nacido alimentado al pecho. Se complementa con cisteína, ya que el prematuro no puede generarlo por déficit enzimático a partir de metionina. El aumento del aporte proteico es diario hasta llegar a un aporte total de 3 a 3,5 gr/kg. La nutrición enteral debe ser iniciada lo más rápido posible.

Los lípidos parenterales se inician al segundo día con un incremento gradual de 0,5 gr/kg/día hasta llegar a 3 gr/kg/día. Las contraindicaciones para el uso de lípidos son relativas, sin embargo, no se utilizarán en caso de hiperbilirrubinemia severa y septicemia, y se indicarán con precaución en caso de trombocitopenias por debajo de las 80.000 plaquetas. El aporte de lípidos se controla mediante turbidez plasmática bisemanal y trigliceridemia y colesterolemia semanal. El aporte enteral se inicia habitualmente entre el segundo y tercer día de vida con pequeños aporte tróficos llamados estímulo enteral. Este estímulo se hace con leche

materna exclusiva, se inicia con un volumen de 20 cc/kg y según tolerancia se aumenta diariamente en 20 cc/kg. Este incremento cauteloso del aporte enteral busca ser un factor protector ante cuadros de Enterocolitis Necrotizante. La incidencia alcanza el 10% en los RNPEBN lo cual es similar a lo descrito en series internacionales pero se destaca la baja necesidad de cirugía, que en nuestra experiencia alcanza el 4% y en la experiencia internacional llega hasta un 30 a 50%.

Una vez alcanzado un aporte enteral de alrededor de 80 a 100 cc/kg se suspende la nutrición parenteral manteniendo sólo una hidratación endovenosa para alcanzar un volumen adecuado.

COMPLICACIONES²⁴

Hipertensión pulmonar

Es el resultado de hipoxemia sostenida, prematuridad, dificultad respiratoria y cortocircuito de izquierda a derecha. El paso de sangre a través del conducto produce un soplo que al inicio es sistólico, aumenta en intensidad en la parte final de la sístole, puede continuar sin interrupción más allá del segundo ruido y desaparecer en el transcurso de la diástole, para convertirse en soplo continuo. Debido a que circula a través del conducto más sangre de la aorta a la arteria pulmonar, esto se traduce en un aumento de la presión diferencial, lo que produce pulsos periféricos amplios y saltones. Al inicio ocurre dilatación del ventrículo izquierdo y al aumentar la congestión puede dar datos de insuficiencia cardíaca congestiva con crecimiento del ventrículo derecho; si hay datos de hipertensión pulmonar puede invertirse el flujo y producir cianosis, en situación extrema. Por lo general el conducto arterioso se cierra funcionalmente a las 15 horas del nacimiento, ocurriendo la obliteración completa a las dos o tres semanas.

Displasia Broncopulmonar.

La causa es multifactorial, existen factores patogénicos bien documentados entre los cuales se incluyen inmadurez pulmonar, ventilación con presión positiva, especialmente por el barotrauma debido a la baja distensibilidad alveolar relacionada con la deficiencia de factor tensoactivo (surfactante), la inflamación a nivel del endotelio alveolar y de los bronquiolos terminales, la cual puede producir obstrucción de la vía respiratoria y, por lo tanto, áreas de atelectasia o sobredistensión alveolar, o ambos. Influyen también factores genéticos como el antecedente de hiperreactores bronquiales, ya incluso desde la semana 28 de edad gestacional puede haber manifestaciones de hiperreactividad bronquial, como broncoconstricción e hipertrofia del musculo liso.

Uno de los factores más importantes es la toxicidad por oxígeno. Si este último se administra a concentraciones elevadas produce un aumento en la actividad de neutrófilos y macrófagos, necrosis del epitelio bronquiolar, necrosis de las células tipo I e hiperplasia de las células tipo II con proliferación de fibroblastos y macrófagos en el intersticio pulmonar. Como consecuencia se produce edema pulmonar, además de una pérdida de la acción ciliar, producción excesiva de moco inicial, seguida por una inhibición ulterior de la misma todo esto entre las 24 y 96 h de exposición al oxígeno.

Enfermedad de Membrana Hialina

El prematuro extremo puede presentar deficiencia de surfactante pulmonar. Este normalmente disminuye la tensión superficial de la membrana alveolar. Sin surfactante el alveolo se colapsa al final de cada espiración. Esto conduce a falla respiratoria en el neonato.

Es la principal causa de muerte neonatal y su incidencia varía inversamente de acuerdo a la edad gestacional. La administración de betametasona a las madres 48 a 72 horas antes de un parto menor o igual a 34 semanas de edad gestacional reduce en forma significativa la incidencia, morbilidad y mortalidad de la enfermedad y la terapia de reemplazo con surfactante exógeno, en forma precoz,

disminuye la letalidad de la enfermedad aproximadamente en un 40%. Las terapias ventilatorias actuales junto a las anteriores estrategias han logrado importantes resultados en el tratamiento de esta grave patología.

Enterocolitis Necrotizante.

Es una enfermedad gastrointestinal grave de causa desconocida que predominantemente afecta a niños prematuros. La incidencia total de Enterocolitis Necrotizante (E.C.N.) es entre 1 y 5% de todos los ingresos en unidades de cuidado intensivo y 62 a 94% de los pacientes son prematuros.

Teorías iniciales propusieron que la causa era multifactorial y requerían interacción de inmadurez, isquemia gastrointestinal, alimentación enteral, e invasión bacteriana. En la actualidad la información disponible apoya el hecho que el desarrollo de ECN incluye múltiples factores en el contexto de intestino alterado con mecanismos protectores inmaduros. La causa primaria de la enfermedad permanece desconocida.

La presentación clínica clásica incluye distensión abdominal, aspirado gástrico o vómitos biliosos, y deposiciones sanguinolentas. Generalmente con compromiso del estado general y hemodinámico; también aparición de signos peritoneales cuando evoluciona hacia la perforación intestinal.

Osteopenia del prematuro

Es una enfermedad ósea metabólica propia del recién nacido prematuro, en los cuales disminuye el contenido óseo metabólico principalmente como resultado de falta de adecuado ingreso de calcio y fósforo en la vida extrauterina. El 80% de la mineralización en los fetos normalmente ocurre durante el tercer trimestre. Y la acreción de calcio y fósforo es más alta que en la vida intrauterina. La prevención es el mejor acercamiento de manejo. Una adecuada cantidad y relación del ingreso de calcio y fósforo es necesario junto con un adecuado aporte calórico, aminoácidos, y vitamina D.

Retinopatía del prematuro.

Es una anomalía del desarrollo de la retina en RNMBPN la cual incluye alteraciones de la vascularización, maduración y diferenciación celular. Es una importante causa de alteración visual, incluida ceguera, explicada por progresión de la lesión no tratada de inflamación a hemorragia y finalmente cicatriz fibrótica con desprendimiento retiniano. El pronóstico puede ser mejorado si esta patología es detectada, por medio de la realización del examen de fondo de ojo a partir de las 4 a 6 semanas de vida en todo RN menor de 1500 g, especialmente a aquéllos expuestos a oxígeno, con controles seriados cada 1 a 2 semanas hasta la maduración de la retina (37 a 40 semanas), evento que marca el límite de la aparición del daño retiniano. Si la lesión aparece en los controles, las lesiones pueden ser evolutivas y requerirán tratamiento con cirugía láser (retinopatía III plus).

Hemorragia periventricular-intraventricular

La hemorragia se produce en la matriz germinal subependimaria a nivel del núcleo caudado y menos frecuentemente en el tálamo y se puede extender hacia el sistema ventricular. La incidencia actual es de 25 a 30% en menores de 1500 gramos pero en prematuros entre 500 y 750 g. la cifra aumenta a un 70%. El pronóstico vital y de largo plazo depende de la magnitud del daño en las estructuras comprometidas (hidrocefalia, hemorragia intraparenquimatosa).

5. SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO

5.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: Murrieta González RN

SEXO: (F) (M)

HORA NACIMIENTO: 15:06 h

LUGAR DE NACIMIENTO: Hospital Militar de Especialidades de La Mujer Y Neonatología (SEDENA)

FECHA NACIMIENTO: 04/11/2013

REGISTRO: A-10024803/4

PESO AL NACER: 1780 g TALLA: 43 cm EDAD GESTACIONAL: 34 SDG

TIPO DE PARTO: Distócico FECHA DE INGRESO: 04/11/2013

DIAS DE ESTANCIA: 15

GRUPO Y Rh: O+

MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (~~SI~~) (NO)

AVANZADAS (SI) (~~NO~~)

FUENTE DE INFORMACIÓN: Madre y expediente clínico

ELABORADO POR: Teresa Martínez Martínez

FECHA DE ELABORACIÓN: 19/11/2013 UNIDAD HOSPITALARIA: Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología (SEDENA)

5.1 MOTIVO DE LA CONSULTA

Ingresa paciente Murrieta Gonzales RN, producto de la concepción por medio de inseminación artificial, con Dx. RNPT Femenino de 34 SDG, Peso bajo para edad gestacional, Sepsis neonatal temprana, Hipertensión pulmonar, Foramen oval permeable el 04/11/2013 a la UTIN con un Silverman de 2 puntos (aleteo nasal y tiros intercostales discretos), se coloca CPAP nasal el cual no es bien tolerado, se decide su entubación y se traslada a la UCIN. El 13/11/2013 se decide extubar lo cual es bien tolerado, se coloca CPAP nasal con saturación de oxígeno al 89%, con cierre del foramen oval e hipertensión pulmonar remitida. El 15/11/2013 se coloca casco cefálico con un FiO₂ al 28%, el 19/11/2013 se realiza valoración y se elige para estudio de caso encontrándose en UTIP el 25/11/2013 se ingresa a crecimiento y desarrollo para destete de oxígeno, el 5/12/2013 se encuentra en crecimiento y desarrollo con un peso de 2,200g con oxígeno indirecto a 1Lxmin, sólo esperando sea independiente del oxígeno para su alta con Dx. Pb Displasia broncopulmonar.

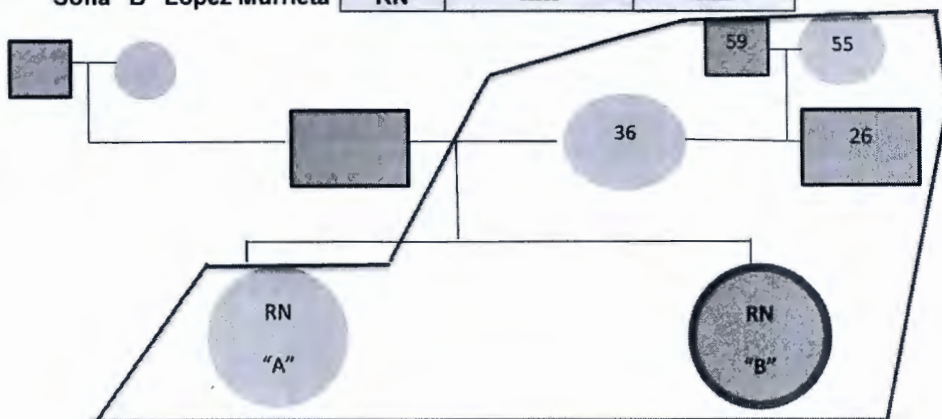
5.2 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

ESTADO DE SALUD: Neonato el cual se encuentra enfermo, cuenta con seguridad por parte de la Defensa Nacional.

FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR: Su familia es integrada y consta de 4 personas.

FAMILIOGRAMA

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Salvador Murrieta García	59 años	Ingeniero	Militar
Ofelia Gonzales Salazar	55 años	Secundaria	Ama de casa
Arturo Murrieta Gonzales	26 años	Preparatoria	Arquitecto
Lorena Murrieta Gonzales	36 años	Lic. Medicina	Militar
Sara "A" López Murrieta	RN	----	----
Sofía "B" López Murrieta	RN	----	----

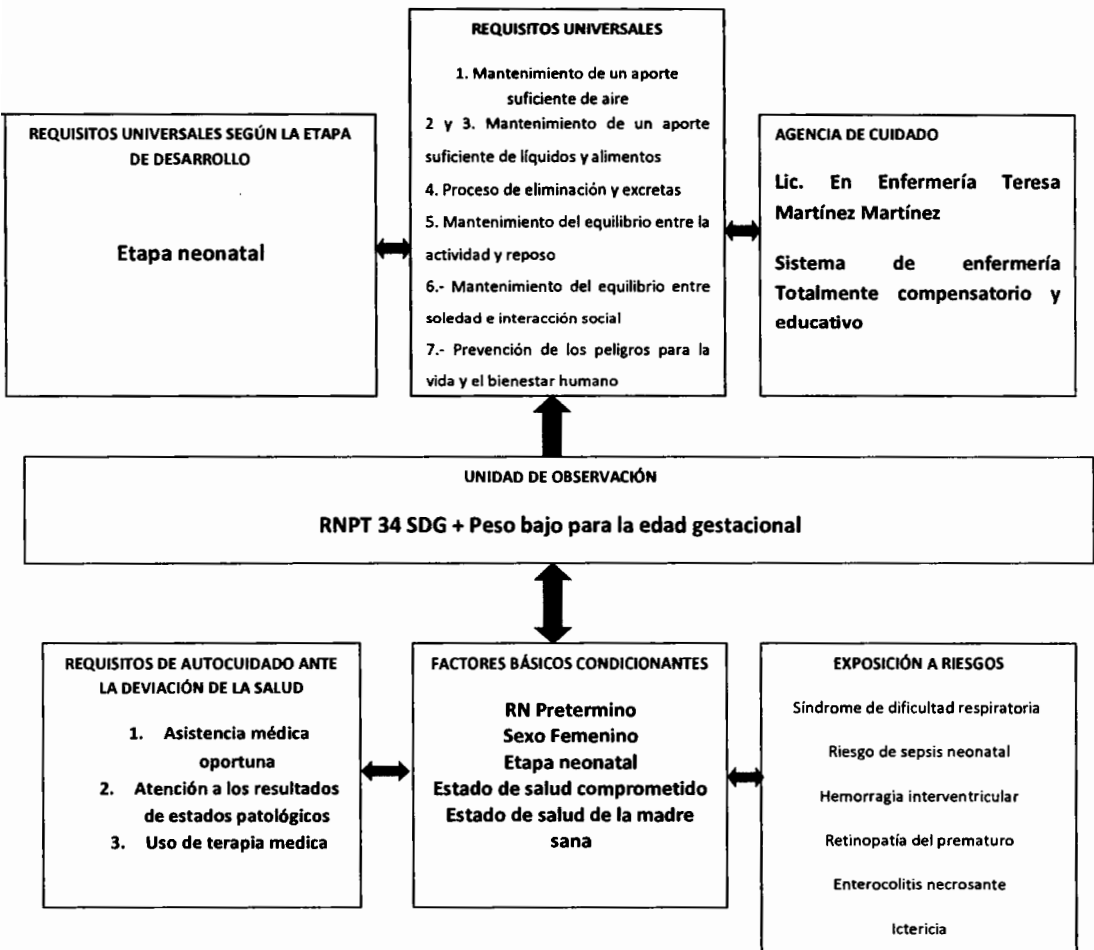


FACTORES AMBIENTALES:

Vive en una zona urbana la cual cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, en una vivienda de concreto con paredes de tabique y piso de cemento, con buena iluminación, sin ningún tipo de fauna nociva.

6. APLICACIÓN DEL MÉTODO ENFERMERO

6.1 ESQUEMA METODOLÓGICO



6.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

SIGNOS VITALES: A los 15 días de vida extrauterina:

FC: 150 x' FR: 69 x' T/A: -- mmHg TEMP.: 36.5°C

ANTROPOMETRIA

PESO ACTUAL: 1.872 Kg TALLA: 43 cm PC: 31 cm PT: 27.1 cm
PA: 28 cm SS: 24 cm PIE: 8.5 cm.

Recién nacido de sexo femenino en cual se encuentra en un habitus exterior en cuna bacinete, actitud alineada en contención, con sueño fisiológico, constitución peso bajo para edad gestacional, postura decúbito dorsal, con pañal y ropa hospitalaria con oxígeno indirecto con un FiO₂ al 28%.

Piel delgada con buena coloración de tegumentos, cianosis al retirar oxígeno.

Normocéfalo, con fontanelas normotensas, suturas afrontadas, con implantación baja de cabello, negro, liso. Simetría e integridad de cejas, en órbitas oculares presencia de esclera blanca, reflejo fotomotor presente. Oídos bien implantados con pabellón incurvado sólo en la parte superior. Nariz simétrica y permeable.

Labios íntegros rosados, paladar lengua y encía íntegros.

Cuello en línea media y hombros simétricos.

Tórax redondo normolineo en forma de campana, tamaño de las mamas menor a 10 mm. Con tiro intercostal discreto y movimientos sólo abdominales al retirar oxígeno indirecto. Frecuencia cardiaca 150 x' y respiratoria 69 x' dentro de parámetros normales, ruidos respiratorios normales, ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen plano depresible a la palpación con peristalsis presente, cordón umbilical con presencia de catéter, perímetro abdominal de 28cm.

Genitales de acuerdo a sexo íntegros, ligeramente hiperpigmentado. Dorso y columna vertebral alineados sin masas palpables. Extremidades íntegras, simétricas con 5 dedos en cada una. Pliegues glúteos simétricos maniobra de Ortolani negativa. Reflejos de succión, deglución, arrastre y Babinsky débil. Se encuentra en estado de la conciencia de la escala Brazelton I sueño profundo, respiración regular, ojos cerrados sin movimientos ni actividad espontánea a excepción de los sobresaltos. Con algunos signos de estrés como somnolencia, irritable y de difícil consuelo.

6.3 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Neonato con Apgar 9/9, con graficas de Battalgia y Lubchenco apropiado para la edad gestacional, según Jurado-García cae por debajo del percentil 10 pequeño para la edad gestacional y Capurro de 34 SDG.

6.4 REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Antecedentes Heredo-Familiares: Madre Lorena Azyade Murrieta González, con 36 años de edad, Lic. En Medicina, con carga genética de hipertensión y diabetes; en abuelo y abuela materna.

Antecedentes personales no patológicos: Madre niega toxicomanías consumo de alcohol o fumar, con buena alimentación en calidad y cantidad, baño diario, aseo dental 3 veces al día y esquema de vacunación completo.

Antecedentes personales patológicos: Madre niega transfusiones, intervenciones quirúrgicas, alergias y hospitalizaciones previas.

Antecedentes perinatales: Producto de la primera gesta, obtenida por cesárea, producto gemelar, con un control prenatal de 15 consultas, se realizan 10 ultrasonidos en el último se detecta retraso en el crecimiento intrauterino de gemela "A" por lo que se decide la interrupción del embarazo, presenta hipertensión los últimos 3 días sin tratamiento médico, con esquema de vacunación completo.

Tipo de parto inducido, distócico, con ruptura de membranas artificial, liquido amniótico transparente, con analgesia por BPD, producto gemelar.

Antecedentes del neonato: Sin lesiones ni defectos al nacimiento, sin sufrimiento fetal, con Dx. RNPT 34 SDG, Peso bajo para edad gestacional.

6.5 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

REQUISITOS	VALORACIÓN
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Se encuentra en fase 1 de ventilación oxígeno indirecto, FiO_2 al 28%, con saturación de oxígeno por arriba de 89%. A la auscultación se identifican estertores basales con dificultad respiratoria leve con tiro intercostal discreto y movimientos abdominales así como cianosis peribucal e ungueal al retirar oxígeno indirecto, con frecuencia cardíaca 150x' y respiratoria 69x' dentro de parámetros normales
2. Y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos	Piel turgente, hidratada y húmeda, fontanela normotensa, boca íntegra, simétrica, mucosas semihidratadas, reflejo de succión y deglución débil, paladar con perlas de Epstein, con perímetro abdominal de 28cm, abdomen blando depresible, con peristalsis presente. Glicemia capilar entre 86 - 93 mg/dl.
4.- Procesos de eliminación y excretas	Genitales femeninos íntegros, ano permeable; micción espontánea. A la palpación presencia de dolor abdominal.
5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo	Reflejos de succión, deglución, arrastre y Babinsky débil. Se encuentra en estado de la conciencia de la escala Brazelton I sueño profundo, respiración regular, ojos cerrados sin movimientos ni actividad espontánea a excepción de los sobresaltos. Con algunos signos de estrés como somnolencia, irritable y llanto de difícil consuelo.
6.- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	Neonato-planeado y deseado, el cual recibe visita de madre y tío, con poco contacto físico, con apego materno, técnica de mamá canguro de 10 a 20 min.
7.- Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano	La madre cuenta con conocimientos sobre el cuidado del neonato. Catéter percutáneo en miembro superior derecho, se brinda contención. Puntuación del dolor 2 en escala PIPP.
8.- Promoción a la normalidad	Capaz de fijar la mirada, presencia de pseudosonrisa.

6.6 ANÁLISIS DE VALORACIÓN POR REQUISITO CON DÉFICIT

REQUISITO	DÉFICIT	Dx	Fecha
1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Dificultad para respirar, cianosis al retirar oxígeno, Silverman 2 movimientos solo abdominales y tiraje intercostal discreto, con fase de ventilación I con casco cefálico, FiO ₂ 28%.	Alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire r/c retención de secreciones en el árbol endotraqueal m/p estertores, tiros intercostales discretos y cianosis	19/11/2013
2. Y 3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos y alimentos	Tolerando leche hidrolizada con sonda orogástrica al intentar succionar presenta taquicardia 200 latidos x' y cianosis con saturación de oxígeno 70%, débil reflejo de succión y deglución.	Alteración en la nutrición r/c inmadurez en los reflejos de succión y deglución m/p cianosis con saturación de oxígeno al 70% y taquicardia 200 latidos x' al intentar succionar	19/11/2013
4.- Procesos de eliminación y excretas	A la palpación dolor abdominal, en un día previo no presenta evacuaciones.	Alteración en la excreción r/c disminución en el vaciamiento intestinal m/p retraso en la deposición de evacuaciones y dolor abdominal	19/11/2013
5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo	Alteración en el sistema de atención/interacción y motor con signos de estrés según la teoría sinactiva.	Alteración en el equilibrio de actividad y reposo r/c manipulación constante m/p signos de estrés como somnolencia, irritable y de difícil consuelo.	19/11/2013
6.- Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social	Separación de gemela, familiares tienen poco contacto con el recién nacido por miedo.	Riesgo de soledad r/c poco contacto por parte de familiares y separación de personas significativas (gemela)	19/11/2013
7.- Prevención de los peligros para la vida y el bienestar humano	Catéter umbilical, inmadurez.	Riesgo de peligro para la vida y bienestar humano r/c inmadurez Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo (catéter umbilical)	19/11/2013

6.7 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

REQUISITO: 1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE			
NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"		FECHA: 19/11/2013	
DIAGNÓSTICO: Alteración en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire r/c retención de secreciones en el árbol endotraqueal m/p estertores, tiros intercostales discretos y cianosis			
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio			
OBJETIVO: Que la enfermera disminuya las secreciones en el neonato para favorecer la ventilación durante el turno.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
<p>Valoración de silverman</p> <p>Cantidad y características de las secreciones</p> <p>Saturación de oxígeno</p> <p>FiO₂</p>	<p>Aspiración de las vías aéreas</p> <p>Fisioterapia respiratoria</p> <p>Administración de medicación: Inhalación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ✓ Disponer precauciones universales: guantes, gafas y máscara, si es el caso. ✓ Observar el estado de oxigenación del paciente y estado hemodinámico inmediatamente antes, durante y después de la succión. ✓ Aspirar la orofaringe y nariz ✓ Fomentar la posición semifowler ✓ Técnica de elevación de barbilla ✓ Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimentara bradicardia y/o desaturación ✓ Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas. ✓ Micronebulizaciones con combivent 	<p>Las vías aéreas repercutirán de forma sostenible en la ventilación pulmonar. La aspiración es una técnica que permite remover secreciones acumuladas en la vía aérea que no pueden ser eliminadas efectivamente por otros medios²⁶.</p> <p>La ventilación mecánica es un procedimiento de respiración artificial que sustituye o ayuda temporalmente a la función ventilatoria de los músculos inspiratorio mientras se corrige el problema²⁶.</p> <p>La saturación de oxígeno es una medida de la cantidad de oxígeno que la hemoglobina está transportando como un porcentaje de la capacidad de carga máxima²⁷.</p> <p>Proporciona la liberación simultánea de bromuro de ipratropio y sulfato de salbutamol permitiendo una eficacia sinérgica sobre receptores beta2-adrenérgicos y muscarínicos en el pulmón obteniendo una broncodilatación superior a la observada con cada agente en forma separada²⁸.</p>
CONTROL DE CASO: Se mantiene con un FiO ₂ al 28%, con saturaciones de oxígeno mayores al 89%, sin embargo después de realizar todas las intervenciones continua con Silverman 2 y secreciones abundantes, blancas y espesas.			

REQUISITO: 2. Y 3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE LÍQUIDOS Y ALIMENTOS			
NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"		FECHA: 19/11/2013	
DIAGNÓSTICO: Alteración en la nutrición r/c inmadurez en los reflejos de succión y deglución m/p cianosis con saturación de oxígeno al 70% y taquicardia 200 latidos x' al intentar succionar.			
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio			
OBJETIVO: Que la enfermera proporcione alimentación sin alterar constantes vitales y así favorecer el aporte nutrimental durante el día.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Saturación de oxígeno Frecuencia cardíaca Peso	Sondaje orogástrico Manejo de la nutrición Manejo del peso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Seleccione tamaño y medición de la sonda. ✓ Comprobar la correcta instalación aspiración residuo gástrico. ✓ Proporcionar alimentación con leche hidrolizada. ✓ Posición decúbito lateral al terminar la toma. ✓ Monitorización de signos vitales. ✓ Vigilar tolerancia a la fórmula. ✓ Somatometría: peso diario ✓ Perímetro abdominal pre y pos prandial 	<p>Es la introducción de una sonda a través de la boca hacia el estómago, está indicado en los recién nacidos prematuros con inmadurez en la succión-deglución o aquéllos en período de transición en el que aporte por vía oral no es suficiente²⁹.</p> <p>Los hidrolizados se obtienen por tratamiento de calor, hidrólisis enzimática y ambas, no se ha descrito diferencia entre las fórmulas extensamente hidrolizadas aunque parece que se obtienen péptidos de menor tamaño en la enzimática³⁰.</p>
CONTROL DE CASO: Se alimenta con sonda orogástrica, teniendo una buena tolerancia, con signos vitales estables FC 150 x' y Sat. De O ₂ al 89%, sin cianosis, se logra un aumento del peso +18g en un día			

REQUISITO: 4. PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS EL PROCESO DE ELIMINACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"

FECHA: 19/11/2013

DIAGNÓSTICO: Alteración en la excreción r/c disminución en el vaciamiento intestinal m/p retraso en la deposición de evacuaciones y dolor abdominal

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio

OBJETIVO: Que la enfermera ayude al neonato a mejorar el patrón de eliminación favoreciendo evacuación durante el turno.

INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Evacuaciones g/turno	Manejo intestinal Manejo del estreñimiento: del impactación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Vigilar la existencia de peristaltismo. ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ✓ Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación. ✓ Registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. ✓ Identificar los factores (dieta) ✓ Realizar estimulación rectal 	<p>La función del peristaltismo es movilizar los alimentos a través del aparato digestivo hasta el duodeno. Las fibras musculares lisas son las responsables de esta acción fisiológica favorecen la motilidad gastrointestinal³¹.</p> <p>Las fórmulas hidrolizadas son aquellas en las que las proteínas están predigeridas mediante hidrólisis enzimática, la fuente proteica es la caseína³⁰.</p> <p>La estimulación rectal desencadena defecación³¹.</p>

CONTROL DE CASO: Se logra defecación de 10 g el día 20/11/2013

REQUISITO: 5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE ACTIVIDAD Y EL REPOSO			
NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"		FECHA: 20/11/2013	
DIAGNÓSTICO: Alteración en el equilibrio de actividad y reposo r/c manipulación constante m/p signos de estrés como somnolencia, irritable y de difícil consuelo.			
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio			
OBJETIVO: Que la enfermera favorezca la manipulación mínima en el neonato para propiciar el reposo durante el día.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Teoría sinactiva	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajustar el ambiente para mejorar el sueño ✓ Facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. ✓ Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. ✓ Manipulación mínima ✓ Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. ✓ Contención 	<p>Se ha relacionado el ruido con la aparición de hipoxemia, bradicardia y aumento de la presión intracraneana.</p> <p>Cuando los neonatos están en sueño tranquilo, no se les debería interrumpir con ningún procedimiento.</p> <p>Es importante para el niño que al estar en sueño tranquilo se le permita continuar durmiendo.</p> <p>Incrementa la sensación de seguridad del niño, proporcionándole quietud y autocontrol, y mejorando la tolerancia al estrés³².</p>
CONTROL DE CASO: Se Mantiene en contención y con manipulación mínima manteniéndolo alineado favoreciendo la teoría sinactiva y mejorando el estrés a estados de autorregulación			

REQUISITO: 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"

FECHA: 20/11/2013

DIAGNÓSTICO: Riesgo de soledad r/c poco contacto por parte de familiares y separación de personas significativas (gemela)

SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio

OBJETIVO: Que la enfermera mejore el contacto con personas significativas (familiares) para el neonato

INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Registro técnica canguro	Manejo ambiental: proceso de acercamiento. Contención Cambios posturales	<ul style="list-style-type: none">✓ Crear un ambiente hogareño.✓ Proteger a los padres de interrupciones en la visita✓ Facilitar una silla cómoda para el padre/ser querido.✓ Fomentar que carguen y le hablen al neonato✓ Mantener un bajo nivel de estímulos en el ambiente del paciente y de la familia.✓ Técnica canguro	El contacto físico con el bebé es fundamental para su desarrollo físico y emocional. Fomenta el vínculo, ya que el bebé reconoce la voz y el olor de la madre y el padre. Hablarle, cantarle, besarle y acariciarlo contribuye al sano desarrollo de su personalidad ³² .

CONTROL DE CASO: Se logra que carguen al neonato aunque sea por unos minutos quitando casco cefálico y dejando oxígeno indirecto mejorando sus constantes vitales.

REQUISITO: 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO			
NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"		FECHA: 20/11/2013	
DIAGNÓSTICO: Riesgo de peligro para la vida y bienestar humano r/c inmadurez			
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Educativo			
OBJETIVO: Que la enfermera eduque a los familiares para reducir riesgo en el neonato cuando sea dado de alta.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Conocimientos de los familiares	Identificación de riesgos: familia con recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocer el nivel educativo de la madre. ✓ Vigilar las conductas que puedan indicar un problema de apego. ✓ Identificar al paciente que precisa cuidados continuos. ✓ Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar. ✓ Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados. ✓ Revisar historial prenatal para determinar la presencia de factores que puedan predisponer al paciente a complicaciones. 	Los bebés prematuros tienen muchas necesidades especiales, de modo que deben recibir cuidados médicos diferentes que los bebés a término, el identificar los factores de riesgo ayuda al personal de salud a dar una mejora en los cuidados proporcionados ³ .
CONTROL DE CASO: Los familiares cuentan con conocimientos suficientes para prevenir complicaciones, termorregulación, alimentación, signos de alarma.			

REQUISITO: 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y EL BIENESTAR HUMANO			
NOMBRE DEL PACIENTE: Murrieta González "B"		FECHA: 20/11/2013	
DIAGNÓSTICO: Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo (catéter umbilical)			
SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio			
OBJETIVO: Que la enfermera disminuya el riesgo de infección en el neonato mientras continúe con cateterismo umbilical.			
INDICADOR	INTERVENCIÓN	ACCIÓN	FUNDAMENTACIÓN
Signos de infección: ✓ Calor ✓ Color ✓ Temperatura	Control de infecciones. Protección contra infecciones. Cuidados al catéter umbilical.	✓ Mantener un ambiente aséptico mientras se coloca el catéter ✓ Lavado de manos ✓ Usar guantes según las normas de precaución universal ✓ Limpiar la piel del paciente con agente antimicrobiano ✓ Mantener un ambiente aséptico mientras se cambian NPT ✓ Instruir a familiares sobre signos de infección ✓ Mantener técnica estéril para colocación y curación de catéter.	Los gérmenes pueden llegar al catéter a través de diferentes vías, pueden proceder de líquidos de infusión contaminados, vía hematológica; desde la piel que rodea la entrada del catéter (modo más frecuente) y a través de las conexiones. Es de vital importancia que se extremen medidas de asepsia y antisepsia ³⁴ .
CONTROL DE CASO: El sitio de inserción del catéter se muestra con buena coloración, sin presencia de calor y la temperatura del neonato se encuentra dentro de parámetros normales.			

7. PLAN DE ALTA

NOMBRE:	REGISTRO:	DVEU:	PESO:
Murrieta González Sofía	A-10024803/4	29	2,186 Kg

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

OBJETIVO: Que la madre distinga los signos de alarma en su casa para mejorar el aporte de oxígeno en el neonato.

DATOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA: Cianosis sin oxígeno, tiraje intercostal discreto

ORIENTACIÓN MATERNA: Identificar signos de alarma para acudir al médico en caso de alguna dificultad respiratoria (aleteo nasal, quejido respiratorio, tiraje intercostal, retracción xifoidea, esfuerzo respiratorio)

MEDICAMENTOS: Sin medicamentos

OBSERVACIONES: Vigilar signos de alarma, dificultad respiratoria y coloración de la piel cianosis

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

OBJETIVO: Proporcionar información sobre la importancia del seno materno con la finalidad de que la madre se amamante al recién nacido.

TIPO DE ALIMENTACIÓN Y MÉTODO: Seno materno exclusivo y a libre demanda

ORIENTACIÓN MATERNA: Formarse los pezones, tomar el seno en forma de hamburguesa, estimular con ejercicios el reflejo de succión y deglución

MEDICAMENTOS: Sin medicamentos

OBSERVACIONES: Mejorar la técnica de lactancia materna, formar el pezón para evitar lesiones.

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

OBJETIVO: Dar información a la madre sobre la importancia de vigilar la eliminación en el recién nacido.

CAMBIO DE PAÑAL: Antes de comer, por razón necesaria.

MANEJO DE ERITEMA PERIANAL: Aplicar pomadas contra rozaduras, utilizar agua y algodón para limpiar al recién nacido

MANEJO DE ESTOMAS: sin estomas

OBSERVACIONES: Vigilar la cantidad de micciones y evacuaciones, masajes abdominales en caso de no evacuar.

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

OBJETIVO: Brindar información a la madre sobre la posición en que se debe colocar al recién nacido para favorecer su descanso.

POSICIÓN PARA DORMIR: De lado derecho después de las comidas, no se recomienda boca abajo ni boca arriba

MEDIDAS DE SEGURIDAD: No colocar muchas almohadas, ni peluches, si se pone almohada que este debajo de los hombros.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA: Realizar los mismos ejercicios aprendidos en crecimiento y desarrollo, utilizar pelotas, texturas, y estimulación visual con blanco y negro.

OBSERVACIONES: Se recomienda realizar estimulación temprana para fomentar su crecimiento y desarrollo

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

OBJETIVO: Fomentar el apego madre-hijo.

APEGO MATERNO: Fomentarlo por medio de la lactancia materna, contacto piel a piel (mamá canguro)

TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO: Descubrirse enfrente y colocar al bebe piel con piel arriba una cobijita

OBSERVACIONES: Ayuda a la termorregulación y fomenta mejor apego materno

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

OBJETIVO: Proporcionar información sobre vacunas, tamiz neonatal a la madre.

VACUNAS: Colocar vacunas BCG y Hepatitis, cuando alcance un peso de 2,500g las que siguen continuaran a los siguientes 2 meses.

TAMIZAJE: Realizar pruebas tiroideas o tamiz neonatal así como tamiz auditivo, próxima cita con oftalmólogo 16/diciembre/2013

MEDICAMENTOS: sin medicamentos

OBSERVACIONES: El principal peligro para la vida es la prematuridad ya que necesita cuidados más específicos los cuales han sido resueltos en crecimiento y desarrollo.

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

OBJETIVO: Brindar información sobre signos de alarma en la deshidratación.

IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA: Falta de apetito, duerme poco o mucho, llora inconsolablemente, deshidratación, temperatura alta o baja, piel azulada, dificultad al respirar.

OBSERVACIONES: Se proporciona clase de signos de alarma.

8. CONCLUSIONES

Se cumplen los objetivos ya que se logra realizar un estudio de caso aplicado a un neonato, mediante el proceso de atención en enfermería, favoreciendo el estado de salud del prematuro las intervenciones que se realizaron fueron fundamentación científica, logrando tener un impacto positivo en el paciente.

En la etapa neonatal el paciente carece de autonomía es por ello que el equipo multidisciplinario debe dar la información suficiente a los familiares para que puedan tomar las decisiones adecuadas sobre la salud del recién nacido, aunque en el estudio de caso la madre cuenta con Lic. En Medicina, no se encuentra en un área con este tipo de pacientes por lo que la madre refiere no contar con muchos conocimientos sobre los cuidados de sus bebés.

Aunque el paciente es tomado desde la UTIN, se coincide en el servicio de crecimiento y desarrollo por lo cual el 5/12/2013 se logra volver a valorar al neonato el cual cuenta con un peso de 2,200g en el servicio de crecimiento y desarrollo en dicho servicio se capacita a los familiares para que participen activamente en el cuidado del recién nacido, los cuales proporcionan baño, estimulación temprana, se logra que la madre proporcione lactancia materna de la cual tenía información equivocada y el 15/12/2013 es dada de alta satisfactoriamente.

9. SUGERENCIAS

Se sugiere dar mayor continuidad al estudio de caso a veces por falta de tiempo en el servicio asignado no se puede estar con el mismo paciente, por lo que se deberían de proponer estrategias para pasar el mayor tiempo con el paciente en lo que se encuentra hospitalizado.

Es necesario realizar intervenciones especializadas en el neonato ya que así el personal se da cuenta de los beneficios que tienen en el paciente, aún los criterios de atención en el paciente neonatal no se han logrado unificar, es por ello que se debe estar actualizado con artículos de investigación recientes, para poder fomentar dichos cambios en el personal sanitario.

El personal que se encuentre en estas áreas debe tener un trato más empático con los pacientes ya que por la etapa de la vida que cursan son vulnerables al cambio de entorno, se encuentran en áreas un poco hostiles y en el personal de enfermería pueden recibir un trato más cálido.

10. REFERENCIAS

1. Villanueva-Egan LA, Contreras-Gutiérrez AK, Pichardo-Cuevas M, Rosales-Lucio J. Perfil epidemiológico del parto prematuro. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(9):542-8.
2. Villanova F, Cuéllar-Flores I, Eimil B, Palacios I. El estrés materno en la organización del vínculo Madre-Bebé prematuro de bajo peso. *Clínica contemporánea* 2013; 4(2). 171-183.
3. Barrientos-Schuler T, Figueroa-Pantoja D. Percepción de madres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer y del equipo de salud, en relación a la educación brindada durante el periodo de hospitalización en la unidad de neonatología del hospital clínico regional Valdivia [Tesis]. Universidad Austral Chile; 2012.
4. Ocampo MP. El hijo ajeno: vivencias de las madres de niños prematuros hospitalizados. *Aquichán* 2013; 13(1): 69-80.
5. Cruz-Cabrera I, Serrano-Martín D, Guede-Cid MT. Enfermería en el cuidado del recién nacido prematuro. *Revista Científica HYGIA de Enfermería* 2013; 83: 26-31.
6. Melgarejo-Solís GL. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos de la madre sobre su participación en el cuidado prematuro en el servicio de neonatología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Tesis] Lima-Perú; 2012: 1-66.
7. Alvaracín A. Análisis de la efectividad de la aplicación de técnicas de terapia respiratoria en pacientes prematuros que presentan patologías respiratorias de la unidad de cuidados intensivos de neonatología [Tesis]. Quito; 2013:1-108.
8. Olea-Vallejo JL, Corretger-Ruhi FJ, Salvat-Serra M, Frau-Rotger E, Galiana-Ferre C, Fiol-Jaume M. Factores de riesgo en la retinopatía del prematuro. *Medicina Fetal y Neonatología* 1997; 47 (2): 172-176.
9. Miranda-Del-Olmo H, Cardiel-Marmolejo LE, Reynoso E, Paulino-Oslas L, Acosta-Gómez Y. Morbilidad y mortalidad en el recién nacido prematuro del hospital general de México. *Revista médica del Hospital General de México* 2003; 66(1): 22-28.
10. Dinerstein A, Brundi M. El dolor en el recién nacido prematuro. *Revista Hospital Materno Infantil* 1998; 17(97): 146-154.
11. Balancari E. Factores perinatales en el pronóstico del prematuro extremo. *Arch Pediatr Urug* 2003; 74 (3): 158-165
12. Balan C, Franco M. Antología: Teorías y Modelos de Enfermería, Bases teóricas para el cuidado especializado. 2da Edición, UNAM, México; 2009: 237-264.

13. Temas de salud enfermería [Homepage en internet] OMS [consultada 11 septiembre 2013] <http://bit.ly/1DGaUf3>.
14. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Concepciones de Nightingale a Parse. Capítulo 2 en: El Pensamiento enfermero. Ed. Masson. Barcelona España: 23-58
15. Taylor G. Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. 6ª Edición. Editorial: Elsevier. España; 2007: 267-295.
16. Hernández - Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban Albert M. El método de intervención de enfermería: El proceso de enfermería. Capítulo 8 En: Fundamentos de la enfermería. Teoría y método. 2da edición. Editorial McGraw-Hill. España. 147-161.
17. Salinas-Durán MT, Jiménez-Castro AB, Sánchez-Estrada MT. Desarrollo de habilidades y destrezas para llevar a cabo la valoración en enfermería. Revista mexicana de enfermería cardiológica. México; 2003; 11(3): 115-118.
18. Comisión interinstitucional de enfermería [Homepage en internet] Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México [Consultado 25 septiembre 2013]
19. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO [Homepage en internet] México septiembre 1999 [consultado 25 septiembre 2013] <http://bit.ly/18G3a18>.
20. Derechos de la madre y el recién nacido [Homepage en internet] Septiembre 2001 Declaración de Barcelona 5º World Congress of Perinatal Medicine [consultado 25 septiembre 2013] <http://bit.ly/1Efpb6c>.
21. Ravalli MJ, Ortiz Z. Decálogo de los derechos del prematuro [Homepage en internet] UNICEF Argentina Marzo 2013 [consultado el 25 septiembre 2013] <http://uni.cf/1DGIlz6>.
22. Rellan-Rodríguez S, García-De-Rivera C, Paz-Aragón-García M. Capítulo 8: El recién nacido prematuro. Protocolos diagnóstico terapéuticos de la AEP: Neonatología.2008: 68-77.
23. Días R, Pinto M. El prematuro extremo: Un desafío mayor. Rev. Med. Clin. Condes. 2008; 19(3): 252-259.
24. Burgos J. Capítulo 13: Prematurez [Libro en internet]. Chile Noviembre 2001: 24-99 [consultado el 25 septiembre 2013] <http://bit.ly/1zFk212>.
25. Villegas-Sánchez EA, Santiago-García S. Proceso de atención en enfermería aplicado a una persona con trauma craneoencefálico. Enf Neurol (Mex); México; 2012; 11(1): 25-29.
26. Pérez M, Mancebo J. Monitorización de la ventilación mecánica. Med. Intensiva; 2006; 30(9): 440-448.

27. Luna-Paredes MC, Asencio-De-La-Cruz O, Cortell-Aznar I, Martínez-Carrasco MI, Gómez-De-Agüero MI, Pérez-Ruiz E, Pérez-Frías J. *Anales de Pediatría* 2009; 71(2): 161-174.
28. Combivent [Homepage en internet] VADEMECUM [Consultado 23 de septiembre 2013] <http://bit.ly/1F5Tefa>.
29. Egan MF. Colocación de sonda orogástrica y nasogástrica. *Enfermería neonatal*. 2002. 23: 25-26.
30. Plaza-Martín AM. Alergia a proteínas de leche de vaca [Monografía en internet]. Asociación Española de Pediatría [Consultado Septiembre 2013]. España; 2013; 1: 51-61. <http://bit.ly/1EdNmTT>.
31. Arandia-Valdez R, Camacho-Arnez M, Fernández-Ríos E. Uso de probióticos enterales para reducir la incidencia y gravedad de enterocolitis necrotizante en recién nacidos pretérmino de muy bajo peso al nacimiento en unidades de cuidados intensivos neonatales del materno infantil "Germán Urquidí". *Gac Med Bol*; 2010; 33(2): 26-29.
32. Lago E, Oliva-Martín M. Guía del cuidado de enfermería para la mínima manipulación del recién nacido prematuro extremo en la unidad del cuidado intensivo neonatal del centro policlínico del Olaya [TESIS]. Bogota; 2008: 1-58.
33. Closa-Monasterolo R, Moralejo-Benítez J, Ravés-Olivé M, Martínez-Martínez J, Gómez-Papí A. Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. *Anales Españoles de Pediatría* 1998; 49 (5): 495-498.
34. Castro-López F. Beneficios del catéter epicutáneo en el recién nacido. *Revista Cubana de Enfermería* 2004; 20(2): 1-1.
35. Herdman TH, Editora NANDA International Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007.
36. McCloskey J, Bulechek GM. (NIC) Clasificación de intervenciones en enfermería. 4ta edición. Editorial Elsevier: Madrid 2005.

11. ANEXOS

GUÍA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

I. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

1.1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO: Murrieta González RN SEXO: (F) (M) HORA NACIMIENTO: 15:06 h
 LUGAR DE NACIMIENTO: Hospital Militar de Especialidades de La Mujer Y Neonatología (SEDENA)
 FECHA NACIMIENTO: 04/11/2013 REGISTRO: A-10024803/4 PESO AL NACER: 1780 g
 TALLA: 43 cm EDAD GESTACIONAL: 34 SDG TIPO DE PARTO: Distócico
 FECHA DE INGRESO: 04/11/2013 DIAS DE ESTANCIA: 15
 GRUPO Y Rh: O+ MANIOBRAS DE REANIMACIÓN: BÁSICAS (~~SI~~) (NO) AVANZADAS (SI) (~~NO~~)
 FUENTE DE INFORMACIÓN: Madre y expediente clínico

ELABORADO POR: Teresa Martínez Martínez

FECHA DE ELABORACIÓN: 19/11/2013 UNIDAD HOSPITALARIA: Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología (SEDENA)

1.2 ESTADO DE SALUD

1.2.1.- SANO () ENFERMO (x)

1.2.2.- SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS: SEDENA

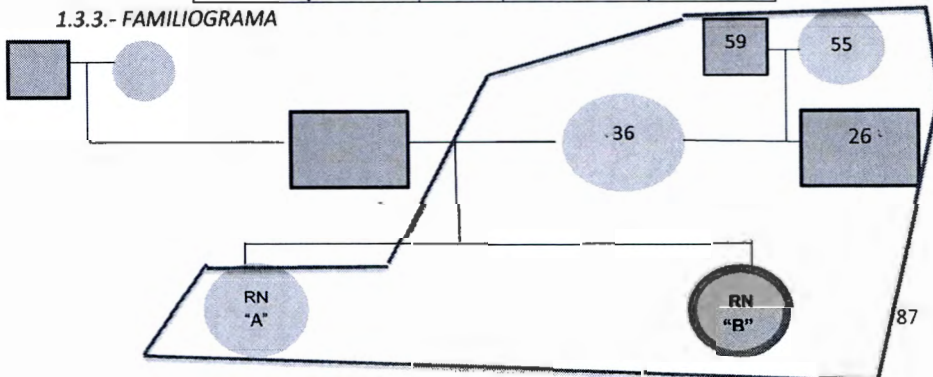
1.3.- FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

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

1.3.2. NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: 6 integrantes

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
Salvador Murrieta García	59 años	Ingeniero	Militar
Ofelia Gonzales Salazar	55 años	Secundaria	Ama de casa
Arturo Murrieta Gonzales	26 años	Preparatoria	Arquitecto
Lorena Murrieta Gonzales	36 años	Lic. Medicina	Militar
Sara "A" López Murrieta	RN	----	----
Sofía "B" López Murrieta	RN	----	----

1.3.3.- FAMILIOGRAMA



1.4.- FACTORES AMBIENTALES

1.4.1.- ÁREA GEOGRÁFICA: URBANA (x) SUBURBANA () RURAL ()

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

PAREDES: TABIQUE (x) MADERA () OTROS PISO: CEMENTO (x) TIERRA () OTROS: No. HABITANTES: 2

1.4.3.- VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN: BUENA (x) REGULAR () DEFICIENTE ()

1.4.4.-SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA (x) LUZ (x) DRENAJE (x)

ALUMBRADO PUBLICO (x) PAVIMENTACIÓN (x) CUENTA CON JARDÍN (x)

1.4.5.- FAUNA NOCIVA

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

No. (-) OTROS: NINGUNO

2.- REQUISITOS DE DESVIACION DE LA SALUD

2.1 ANTECEDENTES HEREDO- FAMILIARES

NOMBRE DE LA MADRE: Lorena Azyade Murrieta González EDAD: 36 años PESO: 76 Kg TALLA: 1.56 m

LUGAR DE RESIDENCIA: Batanas #13 C Fraccionamiento Rancho La Luz C.P. 55740 Del. Tecámac Edo. México

Tel. 52767071 OCUPACIÓN: Lic. Medicina EDO CIVIL: Unión libre RELIGIÓN: Católica

ESCOLARIDAD: Licenciatura CARGA GENÉTICA:

HIPERTENSIÓN (x) DIABETES (x) CARDIOPATÍAS () CÁNCER () QUIEN LO

PADECE: Abuela y Abuelo materno

2.1.2. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICO (MADRE)

TABAQUISMO () ALCOHOLISMO () TOXICOMANÍAS () Ninguna (x) ALIMENTACIÓN: Buena

CANTIDAD: Carne, huevo, leche, verduras, diario CALIDAD: Buena

BAÑO: Diario ASEO DENTAL: 3 veces al día ESQUEMA DE VACUNACIÓN: COMPLETA (x) INCOMPLETA

() DESCONOCE ()

2.1.3 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (MADRE)

TRANSFUSIONES (NO) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

(NO) ALERGIAS (NO) HOSPITALIZACIONES (NO)

2.1.4 ANTECEDENTES PERINATALES

G: 1 P: 0 A: 0 C: 1 CONTROL PRENATAL: Si N° DE CONSULTAS: 15 consultas USG: 10 (última retraso en el crecimiento uterino gemelo "A")

PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO: Hipertensión últimos 3 días Tratamiento médico: Sin tratamiento

INMUNIZACIONES: Tétanos, hepatitis, Varicela y rubeola MICRONUTRIENTES: NO

ISOINMUNIZACIÓN PREVIA: NO TIPO DE PARTO: ESPONTÁNEO (NO) FÓRCEPS (NO) INDUCIDO (SI) CONDUCIDO (NO) FORTUITO (NO) DISTÓCICO (SI) EUTÓCICO (NO)

RM: ESPONTANEAS () ARTIFICIAL (x) LIQUIDO AMNIOTICO: Transparente

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

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

OTROS

2.1.5 ANTECEDENTES DEL NEONATO

LESIONES Y DEFECTOS AL NACIMIENTO: Ninguno SUFRIMIENTO FETAL: No APGAR: 9/9

DX MEDICO: RNPT 34 SDG, Peso bajo para edad gestacional, Sepsis neonatal temprana, Hipertensión pulmonar, Foramen oval permeable, Pb. Broncodisplasia pulmonar.

2.2.- FACTOR DE RIESGO

POR FACTOR MATERNO

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
EDAD MATERNA	36 años	-----	17 - 35 AÑOS	<17 y >35 AÑOS
NIVEL SOCIOECONOMICO	Bajo	-----	MEDIO - ALTO	BAJO
ALIMENTACION		ADEGUADA	POCO DEFICIENTE	DSNUTRICIÓN - OBESIDAD
TABAQUISMO		NO		SI
INGIERE ALCOHOL		NO		SI
PRESENTA ALGUN TIPO DE ADICCION		NO		SI
PADECIMIENTO ACTUAL ¿CONTROL?		NO		SI
GESTA NUMERO	1	-----	<3	>3
CONTROL PRENATAL		SI		NO
COMPLICACIONES PRENATALES O NEONATALES PREVIOS (MULTIGESTA)		NO		SI
ANESTESIA		NO		SI
¿EN EL TRANSURSO Y HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO PRESENTO ALGUN PROBLEMA DE SALUD?	Hipertensión últimos 3 días	NO		SI

BAJO

MEDIO:

ALTO

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

POR FACTOR NEONATAL

PARAMETROS	ESPECIFIQUE	BAJO	MEDIO	ALTO
PESO	1.780 Kg	2500g – 3999g		<2500g->4000g
SEMANAS DE GESTACIÓN (CAPURRO)	34 SDG	281 – 295 días 37 – 42 SDG		<37 SDG – 6 –>42 SDG <280 días – 6 –>295 días
GESTACIÓN		UNICO		GEMELAR
APGAR A LOS 5'	9/9	7 A 10	4 A 6	<3
SILVERMAN	2	<3	4 – 6	>7
CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINO RELACIÓN PESO-EDAD (GRAFICA JURADO GARCÍA)		AEG PORCENTILA DENTRO DE 10 Y 90		GEG ARRIBA DE PORCENTILA 90 Y BEG DEBAJO DE PORCENTILA 10
MALFORMACIONES PRESENTES O VISIBLES		NO		SI
LESIÓN POR TRAUMA OBSTETRICO		NO		SI
PROBLEMA DE SALUD ACTUAL		NO		SI

BAJO

MEDIO:

ALTO

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

CUIDADOS INMEDIATOS

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

CUIDADOS MEDIATOS

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

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

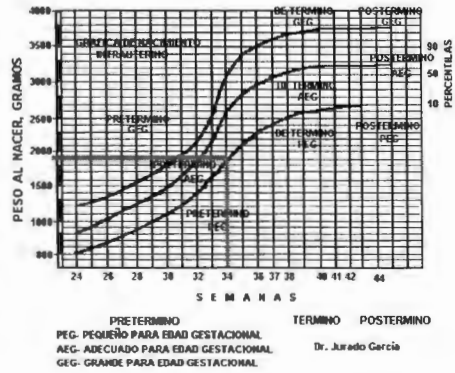
3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADACION DEL DESARROLLO
3.1.- VALORACION DEL NEONATO

APENDICE B (Normativo)
VALORACION DEL RECIEN NACIDO
METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MEJOR DE 100	100-160
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E IPO-VENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS BUENA FLEXION
IRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOYILIDAD	100-160
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO	COMPLETAMENTE SONROSADO

APGAR: 9/9

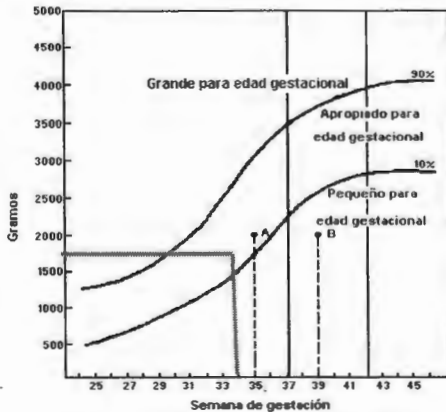
PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL
AMBOS SEXOS



Pequeño para la edad gestacional

APENDICE D (Normativo)
(primera opción)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS











Pretermino Término Postérmino

Adaptado de: Bettgeglie y Lubchenco.

INTERPRETACIÓN: Apropiado para la edad gestacional

MÉTODO CAPURRO PARA VALORACIÓN DE EDAD GESTACIONAL

Cuadro 6. Sistema de puntuación para calcular la edad gestacional mediante el método de Capurro

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

EDAD GESTACIONAL: 33 SDG

METODO BALLARD (Evaluación de madurez neurológica y física)

Cuadro 5. Método de Ballard que incluye la evaluación de madurez neurológica y madurez física

Madurez neuromuscular

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

Madurez física

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

3.2- FACTORES DE RIESGO NEONATAL POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO O SISTEMA	FACTOR DE RIESGO	SI/NO
RESPIRATORIO	ENFERMEDAD DE MEMBRANA HIALINA	NO
	SINDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	NO
	APNEA	NO
	TAQUIPNEA TRANSITORIA DEL RECIÉN NACIDO	NO
	NEUMONÍA	NO
	HERNIA DIAFRAGMÁTICA	NO
	BRONCO DISPLASIA PULMONAR	NO
CARDIOVASCULAR	CARDIOPATÍAS ACIANOGENAS	SI
	CARDIOPATÍAS CIANÓGENAS	NO
	ARRITMIAS	NO
GÁSTRICO	ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	NO
	ATRESIA DUODENAL	NO
	ATRESIA ESOFÁGICA	NO
	GASTROQUISIS	NO
	ONFALOCLISIS	SI
	REFLUJO GASTROESOFÁGICO	NO
	HIPERTROFIA CONGÉNITA DEL PÍLORO	NO
	COLELITIASIS	NO
	ANO IMPERFORADO	NO
	MALFORMACIONES ANORECTALES	NO
HEMATOLÓGICO	ANEMIA	NO

	HIPERBILIRRUBINEMIA	NO
	POLIGLOBULIA	NO
	ERITROBLASTOSIS	NO
	PLAQUETOPENIA	NO
	ENFERMEDAD HEMOLÍTICA POR ISOINMUNIZACIÓN	NO
APARATO NEUROLÓGICO	CAPUT SUCCEDANEUM	NO
	CEFALOHEMATOMA	NO
	HEMORRAGIA INTERVENTRICULAR	NO
	CONVULSIONES	NO
	HIDROCEFALIA	NO
	DEFECTOS DEL CIERRE DEL TUBO NEURAL	NO
	ESPIÑA BÍFIDA	NO
	MICROCEFALIA	NO
	ANENCEFALIA	NO
ALTERACIONES METABÓLICAS	HIPERGLUCEMIA	NO
	HIPOGLUCEMIA	NO
	HIPERPOTASEMIA	NO
	HIPOPOTASEMIA	NO
	HIPONATREMIA	NO
	HIPERNATREMIA	NO
ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS	HIPERPOTASEMIA	NO
	HIPOPOTASEMIA	NO
	BICARBONATO	NO

TRASTORNOS MUSCOLOESQUELETICOS	LESIÓN DEL PLEXO BRAQUIAL	NO
	PIE EQUINOVARO	NO
	DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA	NO
	POLIDACTILIA	NO
	ESCOLIOSIS CONGÉNITA	NO
	ONTOGÉNESIS IMPERFECTA	NO
INFECTOLOGÍA	FRACTURAS Y LESIONES	NO
	NEUMONÍA	NO
	SEPTICEMIA	NO
	ENDOCARDITIS INFECCIOSA NEONATAL	NO
	MENINGITIS BACTERIANA	NO
	OTITIS MEDIA	NO
	HIV	NO
	CONJUNTIVITIS	NO
DERMATOLOGÍA	HEMANGIOMAS	NO
	DERMATITIS ATÓPICA	SI
	DERMATITIS SEBORREICA	NO
	DERMATITIS DE PAÑAL	SI
	ERITEMA TÓXICO	NO
	ACRODERMATITIS	NO
UROLOGÍA	INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	NO
	ENFERMEDAD POLIQUISTICA RENAL	NO
	RIÑON UNICO	NO

OFTALMOLOGÍA	ROT	NO
	CONJUNTIVITIS	NO
	RETINOBLASTOMA	NO
	DACRIOCISTITIS	NO
	QUERATITIS	NO

RIESGO: Alto

3.3 EXPLORACION FISICA

SIGNOS VITALES:

FC: 150 x'

FR: 69 x'

T/A: -- mmHg

TEMP.: 36.5°C

ANTROPOMETRIA

PESO: 1.872 Kg TALLA: 43 cm PC: 31 cm PT: 27.1 cm PA: 28 cm SS: 24 cm PIE: 8.5 cm

HABITUS EXTERIOR Recién nacido de sexo femenino, en cuna bacinete, actitud alineado en contención, con sueño fisiológico, constitución peso bajo para edad gestacional, postura decúbito dorsal, con pañal y ropa hospitalaria
PIEL Piel delgada con buena coloración de tegumentos, cianosis al retirar oxígeno indirecto.
CABEZA Y CARA Normocéfalo, con fontanelas normotensas, suturas afrontadas, con implantación baja de cabello, negro, liso.
OJOS Simetría e integridad de cejas, en orbitas oculares presencia de esclera blanca, reflejo fotomotor presente.
OIDOS Oídos bien implantados con pabellón incurvado solo en la parte superior.
NARIZ Simétrica y permeable.
BOCA Labios íntegros rosados, paladar lengua y encía íntegros.
CUELLO Y HOMBROS Cuello en línea media y hombros simétricos.
TORAX Redondo normolineo en forma de campana, tamaño de las mamas menor a 10 mm. Con tiro intercostal discreto al retirar oxígeno indirecto. A la auscultación estertores basales.
CARDIOVASCULAR Frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de parámetros normales, ruidos respiratorios normales, ruidos cardíacos rítmicos.

ABDOMEN Plano depresible a la palpación con peristalsis presente, cordón umbilical con presencia de catéter.
GENITALES Genitales de acuerdo a sexo íntegros, ligeramente hiperpigmentado.
DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL Dorso y columna vertebral alineados sin masas palpables.
EXTREMIDADES Extremidades íntegras, simétricas con 5 dedos en cada una.
CADERA Pliegues glúteos simétricos maniobra de ortolani negativa.
ESTADO NEUROLÓGICO Reflejo de Moro, presión palmar y de Babinski presentes, de succión y deglución disminuido, arrastre débil.

4. REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

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

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSEN

PARÁMETROS	CERO	UNO	DOS	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES
MOVIMIENTOS TORACO-ABDOMINALES	RÍTMICOS Y REGULARES	SOLO ABDOMINALES	DISOCIACIÓN TORACO-ABDOMINAL	1	1	1	1
TIRAJE INTERCOSTAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO	1	1	1	1
RETRACCIÓN XIFOIDEA	AUSENTE	DISCRETA	ACENTUADA	0	0	0	0
ALETEO NASAL	AUSENTE	DISCRETO	ACENTUADO	0	0	0	0
QUEJIDO RESPIRATORIO	AUSENTE	LEVE E INCONSTANTE	ADECUADO Y CONSTANTE	0	0	0	0

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

1.2.- FASE DE VENTILACIÓN

FASE VENTILATORIA	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
FASE 1	FIO, 28 %	FIO 28 %	FIO, 28 %	FIO, 28 %
ESPECIFICA	O, 4 Lt. X'	O, 4 Lt. X'	O, 4 Lt. X'	O, 4 Lt. X'

1.3.- VALORES DE GASES SANGUINEOS

PARÁMETROS	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PH				
PCO2				
PO2				
HCO3				
% SATURACIÓN O2	94%	89%	92%	90%
INTERPRETACIÓN				

1.4 ESTUDIOS DE GABINETE

Ninguno

1.4 VALORACION CARDIOVASCULAR

SIGNOS VITALES				MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
T.	R	F.C.	T/A M.	FC 150	FC 148	FC 145	FC 158	FC 160	FC 146	FC 157	FC 150
	120	200	90	FR 69	FR 56	FR 42	FR 52	FR 46	FR 56	FR 49	FR 42
41	100	180	80	T° 36.8°C	T° 37°C	T° 37	T° 36.9	T° 37.2	T° 36.9	T° 36.9	T° 37.3
40	90	160	70	Sat O ₂ 94	Sat O ₂ 96	Sat O ₂ 89	Sat O ₂ 92	Sat O ₂ 92	Sat O ₂ 90	Sat O ₂ 90	Sat O ₂ 95
39	80	140	60								
38	70	120	50								
37	68	100	40								
36	50	80	30								
35	40	60	20								
34	30	40	10								
33	20	20	00								

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
RITMO CARDIACO -REGULAR -IRREGULAR -ARRITMIA	Regular	Regular	Regular	Regular
LLENADO CAPILAR -MEDIATO -INMEDIATO -TERDIO	Inmediato	Inmediato	Inmediato	Inmediato
SOPLO -AUDIBLE -NO AUDIBLE	No Audible	No Audible	No Audible	No Audible
PRECORDIO -AUDIBLE -NO AUDIBLE	No audible	No audible	No audible	No audible
OXIMETRIA DE PULSO %	94%	89%	92%	90%

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

1.- Limpieza ineficaz de vías aéreas r/c retención de secreciones en el árbol endotraqueal m/p estertores, tiros intercostales discretos y cianosis

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

PARÁMETRO		SI	NO	COMENTARIO
BOCA	SIMÉTRICA	X		
	INTEGRA	X		
	ÚVULA CENTRAL	X		
MUCOSAS	HÍDRATADAS	X		
	ROSADAS	X		
	SECAS		X	
	INTEGRAS	X		
LENGUA	HIDRATADA		X	
	INTEGRA	X		
	ROSADA	X		
	FRENILLO	X		
PALADAR	INTEGRO	X		
	ROSADO	X		
	PERLAS DE EPSTEIN		X	
ENCIAS	INTEGRA	X		
	ROSADA	X		
	DIENTES	X		
ABDOMEN	PERIMETRO ABDOMINAL	X		28
	BLANDO/DEPRESIBLE	X		
	DISTENDIDO/DURO		X	
	PRESENCIA DE ASAS INTESTINALES		X	
	PERISTALSIS	X		
CORDÓN UMBILICAL	LIMPIO	X		
	ARTERIAS 2	X		
	VENAS 1	X		
	MONIFICADO	X		
	ERITEMATOSO		X	
	HERNIADO		X	
PIEL	TURGENTE HIDRATADA HUMEDA	X		
FONTANELAS	NORMOTENSA	X		
	DEPRIMIDA TENSA		X	

A) INGRESOS

INGRESOS	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
VIA ENTERAL 1) SENO MATERNO 2) FORMULA (ESPECIFICAR)	LH 12	LH 15	LH 17.5	LH 19
VIA DE ADMON 1) SUCCIÓN 2) SOG 3) OTROS (ESPECIFICAR)	SOG	SOG	SOG	SOG Succión
VIA PARENTERAL 1) NPT 2) SOLUCION BASE 3) SOLUCION PARA MANTENER VIA PERMEABLE	9.4 NPT	9.4 NPT	9.4 NPT	9.4 NPT
Kcal POR DÍA				
LIQUIDOS TOTALES				
LIQUIDOS REALES				
BALANCE				

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
PESO	1,872	1,890	1,924	1,960
TALLA	43 cm	43 cm	43.5 cm	43.5 cm
INCREMENTO PONDERAL		+ 18	+52	+88
GLICEMIA CAPILAR	93 mg/dl	89 mg/dl	91 mg/dl	86 mg/dl
GLICEMIA CENTRAL	---	---	---	---

C) CON BASE EN LA VALORACIÓN ESTABLECE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Alteración en la nutrición r/c inmadurez en los reflejos m/p cianosis y taquicardia al intentar succionar

4.- PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

PARAMETRO		SI	NO	COMENTARIO
GENITALES FEMENINOS	INTEGROS	X		
	LABIOS MAYORES	X		
	LABIOS MENORES	X		
	MEATO URINARIO	X		
	PRESENCIA DE SECRECIÓN		X	
ANO	PERMEABLE	X		
	CENTRAL	X		
	FISTULAS		X	
GLUTEOS	INTEGROS	X		
	SIMETRICOS	X		
	PLIEGUES PRESENTES	X		

4.1.- EGRESOS (PERDIDAS SENSIBLES)

ELIMINACIÓN URINARIA

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTÁNEA	SI	SI	SI	SI
FORZADA (ESPECIFICAR)	NO	NO	NO	NO
CANTIDAD ml/h	4.4 ml/h	5.0 ml/h	4.7 ml/h	5.3 ml/h
COLOR	Amarillo claro	Amarillo claro	Amarillo claro	Amarillo claro
OLOR	suigeneris	Suigeneris	Suigeneris	Suigeneris

ELIMINACION FECAL

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
ESPONTÁNEA	SI	SI	SI	SI
FORZADA (ESPECIFICAR)				
ESTOMAS	NO	NO	NO	NO
CANTIDAD g/turno	0 g/turno	10 g/turno	20 g/turno	15 g/turno
OLOR	suigeneris	suigeneris	suigeneris	Suigeneris
CARACTERÍSTICAS (CODIGO DE EVACUACIONES)	Pastoso Amarillo	Pastoso Amarillo	Grumoso Verde	Pastoso Amarillo

DRENES

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SONDA OROGÁSTRICA	SI	SI	SI	SI
VÓMITOS	NO	NO	NO	NO
FISTULAS	NO	NO	NO	NO
SONDA PLEURAL	NO	NO	NO	NO
OTROS(ESPECIFICA)	NO	NO	NO	NO

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

1.- Alteración en la excreción r/c disminución en el vaciamiento intestinal m/p retraso en la deposición de evacuaciones y dolor abdominal

5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

5.1.- REFLEJOS PRIMARIOS

Succión (Débil) Deglución (Débil) Búsqueda (SI) Moro (SI) Tónico cuello (SI)

Enderezamiento del tronco (SI) Puntos cardinales (SI) Arrastre (Débil)

Inervación del tronco (SI) presión plantar (SI) presión palmar (SI) Babinsky (débil)

5.2.- ESTADOS DE CONCIENCIA DEL NEONATO ESCALA BRAZELTON

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

5.3.- TEORÍA SINACTIVA

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

Autorregulación	Valora los esfuerzos del niño para conseguir el balance con los otros subsistemas.	Acepta estimulación e interacción, estabilidad de los subsistemas.	Inestabilidad de los subsistemas.

INTERPRETACIÓN

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
SISTEMA ESTABILIDAD ESTRÉS	Autonómico Signo de estabilidad	Atención/ Interacción Signos de estrés	Autorregulación Signos de estabilidad	Motor Signo de estrés

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

1.- Alteración en el equilibrio de actividad y reposo r/c manipulación constante m/p signos de estrés

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

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

6.2.- RECIBE VISITA FAMILIAR: SI

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

6.4.- APEGO MATERNO: SI

6.5.- TÉCNICA DE MAMÁ CANGURO: SI

6.6.- RECIBEN LOS FAMILIARES ORIENTACIÓN ACERCA DEL SERVICIO: SI

REGISTRO DE METODO DE MAMA CANGURO

INICIO	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
FECHA Y HORA	19/Nov/2013	20/Nov/2013	21/Nov/2013	22/Nov/2013
EDAD DVE	15	16	17	18
PESO	1,872	1,890	1,924	1,960
METODO DE ALIMENTACIÓN	SOG	SOG	SOG	SOG y succión
DURACIÓN DE CONTACTO PIEL A PIEL	20 minutos	15 minutos	10 minutos	20 minutos
COMENTARIO U OBSERVACIÓN	Se intenta fomentar método de mamá canguro pero se dificulta por desaturación neonato	Se logra cargar al neonato colocando oxígeno indirecto	Se dificulta por hermana que entra UCIN y la madre tiene que ir por informes	Recibe visita del tío.

ELABORO: E.E.N ARACELI MARTINEZ CLEMENTE

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

1.- Riesgo de soledad r/c Falta de contacto con personas significativas (gemela)

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

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

SI () NO (x)

¿POR QUE?

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

SI (x) NO () Y ESPECIFIQUE SI PONE EN PELIGRO AL NEONATO:

7.3.- CARACTERISTICAS AMBIENTALES: Se encuentra UTIN a temperatura ambiente, eutérmico, en cuna bacinete, con ropa hospitalaria

7.4.- PREPARACIÓN DEL AMBIENTE: Se proporciona un ambiente óptimo para el neonato

7.5.-SEGURIDAD Y PROTECCION

	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
BARRERA PRIMARIA: CATETERES: TIPO LOCALIZACIÓN	Catéter percutáneo Miembro superior derecho	Catéter percutáneo Miembro superior derecho	Catéter percutáneo Miembro superior derecho	Catéter percutáneo Miembro superior derecho
BARRERA SECUNDARIA: LABORATORIOS BH INMUNOGLOBULINAS				
FACTORES AMBIENTALES: LUZ RUIDO	LUZ Y RUIDO	RUIDO	LUZ Y RUIDO	RUIDO
RIESGO DE CAIDAS	SI	SI	SI	SI
RIESGO DE INFECCION	SI	SI	SI	SI

7.6 HIGIENE

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

7.7.- VALORACIONES DEL DOLOR

CRIES

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

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

10 – máximo dolor

05 – indicativo de dolor

00 – no dolor

NIPS

NEONATAL PAIN ASSEMENT SCORE

PARAMETROS	0	1	2
Sueño	Normal	Sueño corto 5 – 10 minutos	No
Expresión facial al dolor	Calmado y relajado	Intermitente	Constante y marcada
Actividad motora espontanea	Normal	Agitación moderada o disminuida	Sacudidas, agitación constante o no activada
Tono global	Normal	hipertonía o hipotonía moderada	Fuerte hipertonía o hipotonía, flacidez
Consolabilidad	Quieto en 1 minuto	Después de un minuto	No
Llanto	No	Quejido	Vigoroso
FC	Basal	10-20% incremento	>20% incremento
Presión arterial	Basal	10 mm incremento	>10% incremento
Patrón respiratorio	Basal	Respiración periódica	Apnea o taquipnea
SaO2	No aumentada	<10% FIO2	> 10% en FIO2
			TOTAL

< 4 no dolor

5 – 8 dolor moderado

>9 dolor intenso

PIPP

PREMATURE INFANT PAIN PROFILE

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

00 - 6 no dolor

07 - 12 iniciar medidas no farmacológicas

13 - 21 analgesia narcótica

VALORACIÓN DEL DOLOR

	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Escala utilizada	PIPP	PIPP	PIPP	PIPP
Puntuación	2	1	2	0
Medida emprendida para control del dolor	Control ambiental Succión nutritiva Cambio de posición	Cambio de posición	Cambio de posición	Cambio de posición

Resultado	Se disminuye dolor	Sin presencia de dolor	Se nota cambio rápidamente	Se mantiene en ese rango
-----------	--------------------	------------------------	----------------------------	--------------------------

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

1. Riesgo de peligro para la vida y bienestar humano r/c inmadurez

8-. PROMOCIÓN A LA NORMALIDAD

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

FAVORABLE—

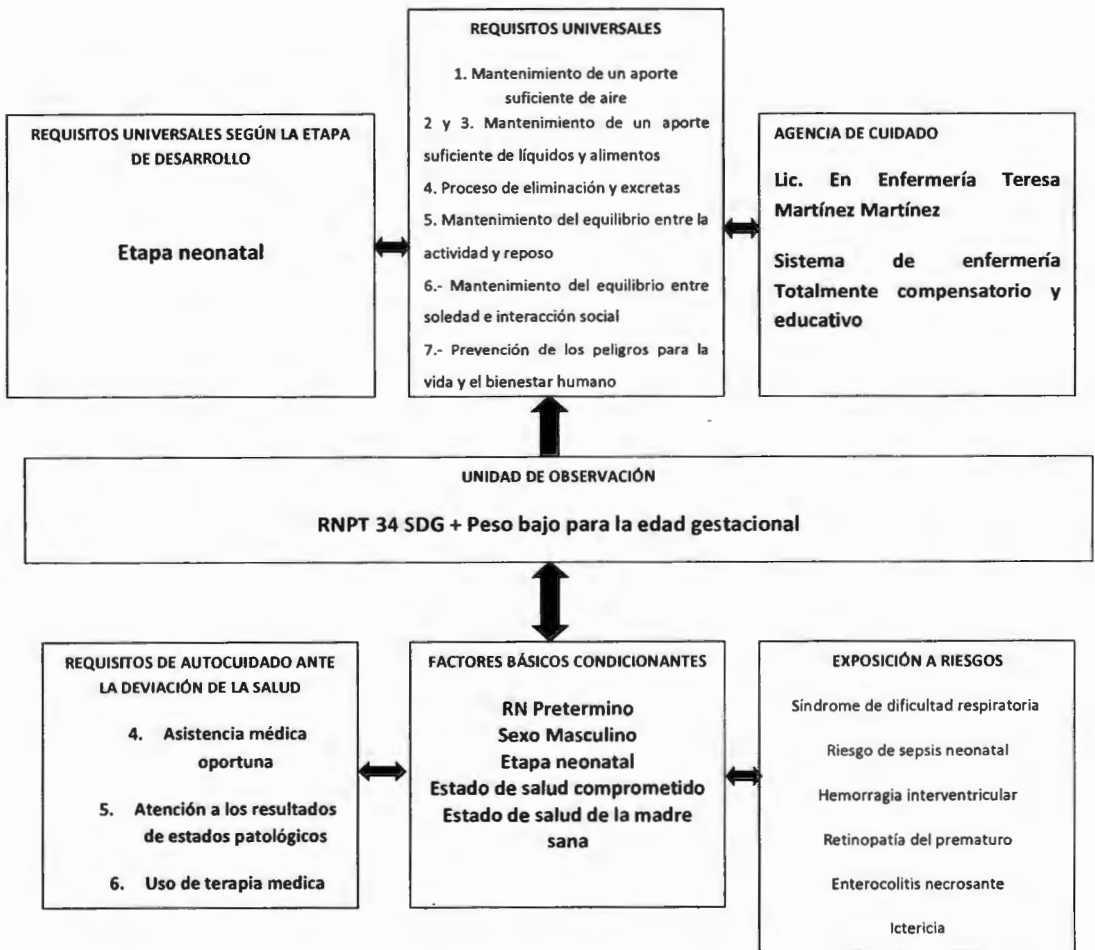
DESFAVORABLE

¿POR QUE? Logra adaptarse a la vida extrauterina

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

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

ESQUEMA METODOLÓGICO DE LA TEORÍA DE DOROTHEA E. OREM





CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Autorizo difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR Francisco Aguilar Montaño González

FIRMA 

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ESTUDIANTE DE POSGRADO Tereza Martínez Martínez

FIRMA 

TESTIGO

NOMBRE Thelma Montoya Hoz

FIRMA 

AUTORIZADO POR TUTOR CLÍNICO: 

México D.F., a 19 del mes de Noviembre del 2013