

APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO DE OREM EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO

Nidia Sandra Guerrero Gamboa^a

Resumen

El autocuidado es un concepto frecuentemente empleado en la literatura de enfermería y ha despertado el interés de muchas áreas. Partiendo de los conceptos de la teoría de Orem se propone una lista de chequeo para evaluar al recién nacido y a su familia en la unidad de neonatología.

Palabras clave

*Neonatología
Autocuidado
Unidades de cuidados críticos
Teoría de enfermería
Orem, Dorothea E.*

^a Profesora. Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. Apartado aéreo: 546. Ibagué. Tolima.

USE OF SELFCARE THEORY OF OREM IN THE ATTENTION OF THE NEWBORN

Summary

Selfcare is a nursing concept frequently employed in literature and it has provoked interest for a manifold of fields. Taking Orem's theoretical concepts as a framework, this paper propose a nursing checklist showing to evaluate neonatological units and the families.

Key words

Neonatology

Selfcare

Critical care unit

Nursing theory

Orem's selfcare model

La *teoría del autocuidado* de Orem asegura que todos los individuos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida, la salud y el bienestar. En el modelo presentado por Dorothea E. Orem, en 1971, se evalúa la capacidad de las personas para atender dichos requisitos. Según esta teórica los infantes poseen limitadas capacidades para atender sus requisitos de autocuidado, lo cual obliga a los padres o sustitutos a asumir la satisfacción de los mismos. Cuando la capacidad del menor y de sus padres (agentes de cuidado al dependiente) está limitada frente a la demanda, es necesaria la intervención de un profesional de enfermería.

Con base en este modelo se propone una guía de evaluación de los padres que permita identificar las fortalezas y debilidades como agentes de cuidado al recién nacido y, de la misma forma, se plantea una lista de chequeo para evaluar las condiciones y capacidades del neonato para manifestar las demandas que necesitan ser satisfechas, de manera que permitan a los profesionales de enfermería efectuar una recolección sistematizada de datos, postular diagnósticos de enfermería y diseñar un plan de intervención que atienda las demandas del binomio.

Marco teórico

Durante los últimos decenios los profesionales de la salud han dirigido su atención a los conceptos de autocuidado, actividades de autocuidado y promoción de la salud. Paralelamente, la sociedad ha experimentado frecuentes avances tecnológicos, sobrecarga de información y cambios en las políticas de seguridad social, lo que ha incidido en el incremento de los costos de salud. En respuesta a estas transformaciones algunos individuos prefieren comprometerse con sus actividades de cuidado, independiente del sistema de salud. También los consumidores de los servicios de salud han comenzado a ser más responsables de su salud, aumentando sus

conocimientos y adquiriendo habilidades necesarias para el autocuidado individual. Como resultado de estos cambios, algunas disciplinas se han interesado por el concepto de autocuidado.

En enfermería el concepto de autocuidado fue introducido por medio de la *teoría del déficit de autocuidado de Orem*, lo cual generó profundas alteraciones en la práctica profesional tradicional. Para esta autora, los humanos se distinguen de otros seres vivos por su capacidad de reflexionar sobre sí mismos y sobre su ambiente, por simbolizar lo que experimentan, por usar creaciones simbólicas (palabras, comportamientos) en pensamientos y comunicaciones, y por hacer cosas que son benéficas para sí mismos y para los otros. De este modo, define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan personalmente en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.¹

Además, evalúa la capacidad del paciente con relación al mantenimiento de la salud y la forma de enfrentar la enfermedad y sus secuelas. El profesional, haciendo uso de la educación, incrementa los comportamientos de autocuidado y motiva al paciente a asumir su propia responsabilidad en este aspecto.

Dentro de los presupuestos de Orem, las necesidades de autocuidado siempre existen; la capacidad y habilidad para satisfacer estas necesidades dependen de las habilidades cognoscitivas y motoras, del nivel emocional, de la edad y de las influencias culturales y familiares del propio individuo o de sus agentes.

Las necesidades de autocuidado fueron clasificadas en tres categorías, o requisitos, que deben ser satisfechos:

1. Requisitos universales de autocuidado. Comprenden el adecuado suministro de aire, agua y alimentos; procesos de eliminación y excreción; momentos de actividad y de reposo, de soledad y de interacción social; promoción de la salud, y prevención de accidentes.
2. Requisitos de autocuidado para el desarrollo. Están determinados por el ciclo vital.
3. Requisitos de autocuidado en caso de desviaciones en el estado de salud. Incluyen el seguimiento del tratamiento médico y adaptación a la enfermedad o a sus secuelas.

De este modo, los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben ser realizadas para y por el agente (*selfcare agent*), con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano. Estas acciones y propósitos son denominados *demandas terapéuticas de autocuidado*. Toda demanda terapéutica lleva a tomar una decisión para la acción. Las demandas terapéuticas pueden originarse en el individuo o surgir de los otros.

Cuando las demandas superan la capacidad del agente para atenderlas se produce el déficit en el autocuidado y es necesaria la intervención del agente de cuidado al dependiente. El déficit lleva al individuo de la posición de agente a la de receptor de cuidado (*receiver of care*). Según este modelo, la satisfacción de las necesidades de los niños (*Selfcare agency*) con capacidades limitadas de autocuidado queda a cargo de los agentes el cuidado al dependiente que, en la mayoría de los casos, son sus padres. Si el déficit producido por una demanda es mayor que la

pacidad de los agentes de cuidado al dependiente, el enfermero puede ser necesitado (*Nurse agency*). Por tanto, las decisiones de las acciones que deben ser tomadas deben ser negociadas entre las tres partes el infante, los padres y el enfermero.²

El proceso de enfermería es organizado de tal forma que el paciente con competencia limitada puede ser adaptado a un sistema en el cual el enfermero, o pariente, asume la responsabilidad de decidir y actuar por su cuidado. Dichos sistemas son:

1. De compensación total. Cuando el agente es incapaz de decidir y de actuar.
2. De compensación parcial. Cuando las decisiones y acciones son tomadas con la colaboración del agente.
3. De apoyo educativo. Cuando el agente necesita de asistencia para tomar una decisión, modificar un comportamiento o adquirir conocimiento y habilidad.³

El autocuidado aparece en la literatura de enfermería como estudio de caso, descripción de experiencias o de estrategias para la selección del modelo y en la planeación de cuidados que documentan el desarrollo de este modelo en la atención de adultos. Pocas veces se menciona en la literatura pediátrica, quizá por el hecho de que los niños son vistos, con frecuencia, como dependientes, y sus habilidades de autocuidado no son tenidas en cuenta o son percibidas como insignificantes.

Los recién nacidos son totalmente dependientes de los otros para su protección, bienestar y nutrición; pero incluso los hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos neonatales en donde con frecuencia son entubados, medicados o inmovilizados, restringiendo su capacidad de respuesta verbal (llanto) o comportamental, son capaces de motivar las acciones que los agentes de cuidado al dependiente deben ejecutar en su favor. En este sitio el recién nacido de alto riesgo, antes considerado inviable, consiguen sobrevivir; la atención, frecuentemente, está dirigida a los aspectos fisiológicos del niño, olvidando completamente el papel de la familia. A pesar del conocimiento teórico de la importancia de involucrar a la familia en los cuidados del bebé, pocos servicios permiten la participación de los padres en la asistencia. De este modo, al momento del alta los padres no están preparados para cuidarlos apropiadamente.

El modelo de autocuidado de Orem permite desarrollar el cuidado centrado en la familia de tres formas:

1. Ayuda a la familia a desarrollarse a sí misma como una unidad.
2. Promueve el desarrollo de las capacidades del agente y del agente de cuidado al dependiente.
3. Favorece la observación y el análisis de las interrelaciones de las demandas terapéuticas entre los miembros de la familia, y los asiste en el planeamiento y satisfacción de estas demandas, utilizando sus propios recursos.

Así, cuando se hace uso de este modelo, la congregación de la familia en torno de las necesidades del recién nacido debe ser vista como un indicador de una adecuada intervención de enfermería. Los parientes deben recibir información acerca de las características físicas, según la edad gestacional, y de los comportamientos del menor para que se sientan más identificados con él. También pueden ser instruidos para aprender a observar cuidadosa y sensiblemente al recién nacido y con esto reconocer señales iniciales de fatiga y estrés, interpretar correctamente sus comportamientos y responder adecuadamente a éstos. Junto con la capacitación, los padres podrán participar en la toma de decisiones, y en la elaboración y evaluación de los planes de cuidado.

Por ejemplo, cuando un neonato presenta un comportamiento tranquilo, tal como mover la boca rítmicamente o en forma de succión, no se debe realizar ninguna actividad, de modo que pueda dormir; un aumento de la agitación puede evidenciar la necesidad de alimentarlo; la inquietud puede indicar la necesidad de un cambio de posición; alteraciones en el color de la piel pueden evidenciar la necesidad de aspirar secreciones; y episodios de apnea y bradicardia durante un procedimiento pueden significar que el neonato no lo tolera.

De este modo, a luz de la teoría de Orem, los recién nacidos son capaces de solicitar ayuda desde el primer minuto de su nacimiento y su sobrevivencia depende de la habilidad para comunicar sus necesidades y de la destreza de los agentes para interpretarlas adecuadamente. Estas señales son, entonces, las primeras manifestaciones de su capacidad para el autocuidado. Generalmente los agentes de cuidado al dependiente aprenden a identificar rápidamente estas señales. Los profesionales de enfermería que vigilan a los neonatos en estas unidades aprenden a conocerlas y las aplican en otras situaciones, o pueden enseñárselas a otros profesionales o a la familia para que las medidas necesarias sean tomadas.

A continuación se presenta una historia de enfermería, de aplicación en neonatología, que demuestra la aplicabilidad de la teoría del déficit del autocuidado de Orem en este tipo de unidades, teniendo como foco central la asistencia al recién nacido y a su familia.

Elaboración de la historia

La historia de enfermería aquí presentada consta de dos partes, cada una subdividida en los requisitos de autocuidado para el desarrollo, en los universales y en los de situación de desviación en el estado de salud, que Orem propuso. La primera parte se refiere al agente de cuidado al dependiente (*Parent agency*) y evalúa la capacidad de la madre o del sustituto para identificar y para conocer las respuestas del recién nacido, y la capacidad y disponibilidad para la acción. Es un cuestionario con preguntas abiertas, cerradas y de elección múltiple.

Según Klaus-Kenell, el comportamiento de los padres frente a su hijo se deriva de una compleja combinación constituida por sus propias características genéticas, las respuestas del recién nacido a éstas, una larga historia de relaciones interpersonales con sus parientes y entre la pareja, experiencias con esta gestación o anteriores, la asimilación de prácticas y valores de la cultura y, quizá, lo más importante, la forma como cada uno fue cuidado por sus padres (resalta el hecho de que es incorrecto atender a uno solo de los miembros del binomio de esta compleja interacción).⁴

Los datos recolectados en esta parte dan elementos para identificar la capacidad física y mental, y las motivaciones y emociones de los padres para agenciar el cuidado del neonato y para elaborar un plan de cuidados que permita atender las necesidades de la familia (principalmente de la madre) y, en muchos casos, permitirá también tomar medidas preventivas que favorezcan el desarrollo físico, mental y psicosocial del recién nacido.

La segunda parte evalúa la capacidad del agente (recién nacido) para comunicar sus necesidades y su capacidad para el autocuidado. También está ordenado por los requisitos de autocuidado, pero la mayor parte del formato está presentado en forma de lista, y fue desarrollada con ayuda de los trabajos de Gives, Nugent, Tolentino, Ángeles y Suhayda y Friedrichs.⁵⁻⁹

Aplicabilidad del modelo en la unidad de cuidado intensivo neonatal

Con el fin de ilustrar la aplicabilidad del modelo teórico mediante esta historia, se presenta el siguiente ejemplo.

Resumen de la historia clínica

La niña es la segunda hija de una mujer de veintiún años. Nació hace once días (por cesárea) producto de una gestación no planeada pero aceptada. Fue hospitalizada ocho días después del nacimiento con un diagnóstico de bronconeumonía. Después de las primeras horas de hospitalización en la unidad neonatal fue transferida a la unidad de cuidado intensivo por deterioro del cuadro clínico. Estaba en el segundo día de hospitalización cuando esta historia de enfermería fue aplicada en la madre y la hija, lo que permitió identificar las demandas terapéuticas de autocuidado que se muestran en la tabla 1 (véase anexo).

Tabla 1. Demandas terapéuticas

A. Demandas de los requisitos de desarrollo	
1. Desarrollo físico	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de crecimiento apropiada para edad gestacional. • Sin malformaciones.
2. Desarrollo neuromotor	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos reflejos no pudieron ser evaluados por las condiciones de la paciente. La niña mantiene la mayor parte del tiempo los ojos cerrados y la actividad física es mínima; la madre proporciona buenos estímulos sonoros y táctiles durante el tiempo de la visita. También recibe masaje corporal durante las sesiones de fisioterapia.

B. Demandas de los requisitos universales	
1. Aire	<ul style="list-style-type: none"> • La recién nacida presenta taquipnea, taquicardia, retracción subcostal, roncus pulmonar y secreciones transparentes en moderada cantidad; la gasometría revela acidosis respiratoria descompensada. • Requiere administración de 4 L de oxígeno y 2 L de aire, a través de Cámara de Hood. La saturación capilar de oxígeno, según el oxímetro de pulso, es de 87%. • Cada seis horas tiene inhalación de broncodilatadores.
2. Agua y alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Hidratada, recibiendo leche materna o fórmula artificial por sonda orogástrica sin presentar residuo. Pérdida de peso mayor a 10% con relación al peso de nacimiento (de 3.000 pasó a 2.660 g). Recibió de la madre entretenedor que succiona débil e irregularmente.
3. Actividad y reposo	<ul style="list-style-type: none"> • En vigilia la respuesta motriz está disminuida y ocasionalmente presenta movimientos defensivos, sueño leve y agitado. Movimientos limitados.
4. Interacción social y soledad	<ul style="list-style-type: none"> • Permanece con los ojos cerrados, manifiesta reacción a la voz humana y a otros estímulos. Permanece en incubadora.
5. Promoción de la salud y prevención de peligros	<ul style="list-style-type: none"> • Llanto sólo por ejecución de procedimientos dolorosos, no manifiesta incomodidad o necesidad de atención, reacciona a estímulos adversos.
C. Demandas de los requisitos en desviación de la salud	
1. Alteración en el funcionamiento físico	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene limitados movimientos a causa de la cámara, presencia de oxímetro de pulso y <i>yelco</i> en miembros inferiores. Presencia de sonda orogástrica. Requiere uso de soporte respiratorio. • La madre debe extraerse la leche materna.
2. Cambios en los hábitos de la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Medio muy iluminado lo que dificulta la diferenciación del día de la noche. Gran cantidad de sonidos. Contacto físico limitado, alimentada en el seno materno. • Desplazamiento de los agentes de autocuidado (madre, padre) diariamente al hospital, dejando hija de dieciocho meses a cargo de parientes, y alteración del horario de trabajo.

Una vez identificadas las demandas de autocuidado es posible desarrollar el proceso de enfermería de la forma ya conocida: formulación de diagnósticos, definición de metas, prescripción de actividades y responsabilidades de enfermería y, posteriormente, la evaluación de las intervenciones.

Este proceso debe ser realizado manteniendo siempre la orientación teórica, es decir, determinando el sistema de enfermería (compensación total, parcial o de apoyo educativo) que se requiere para atender adecuadamente al agente de autocuidado y al agente de cuidado al dependiente.

Implicaciones para enfermería

El modelo de Orem debe continuar siendo explorado y probado en todas las áreas de enfermería, pues es uno de los modelos más completo por ofrecer gran versatilidad de aplicación desde diferentes perspectivas.

La implementación de este modelo en la UCI neonatal, con la historia aquí presentada, permite la evaluación y la recolección sistematizada y deliberada de datos mediante los cuales es posible determinar las responsabilidades, necesidades del cliente (padre-madre) y del paciente (recién nacido), y señalar el grado de intervención de enfermería necesaria para satisfacerlos, ahora que cada vez es más significativa la presencia de la familia en las unidades de cuidado intensivo no como simple observadora, sino como colaboradoras (es elemento clave en el restablecimiento de las condiciones de salud y bienestar de los mismos).

Finalmente, se invita a todos los profesionales del área para aplicar el test, evaluarlo y, principalmente, enriquecerlo, a fin de que éste pueda ser una herramienta útil en la práctica, en la educación y en la investigación en enfermería para que los resultados puedan ser revertidos en la población materno-infantil.

Referencias bibliográficas

1. Eben JD, Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado en enfermería. En: Marriner A. *Modelos y teorías de Enfermería*. 1ª. ed. Barcelona: Ediciones Rol; 1989:101-113.
2. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1985
3. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill; 1991
4. Klauss MH, Kennell JH. *La relación madre-hijo: Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1978
5. Gives RM. Clinical uses of the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale in Nursing Practice. *Pediatric Nursing* 1981; 7(3):23-26.
6. Nugent JK. The Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale: implications for intervention. *Pediatric Nursing* 1981; 7(3): 18-21.
7. Tolentino MB. The use of Orem's Selfcare Model in the Neonatal Intensive-Care Unit. *Journal Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing, jognn* 1990; 19(6):496-500.
8. Ángeles DM. An Orem-based NICU Orientation Checklist. *Neonatal Network* 1991; 9(7):43-48.
9. Suhayda R, Friedrichs J. Linking neonatal documentation with standards of care and quality improvement. *Journal Perinatal Neonatal Nursings* 1993; 7(2):64-79.

22. Cuando está con el recién nacido, usted lo toca Sí No
 lo acaricia Sí No
 lo carga Sí No
23. En caso negativo, ¿por qué razón? Tamaño Por la apariencia Tiene miedo.
 Otro motivo _____
24. ¿Proporcionó la madre algún tipo de cuidado al recién nacido? Sí No
25. En caso afirmativo, ¿cuáles? _____
26. En caso negativo, ¿por qué razón? No sabe cómo No se atreve No quiere
 Se cree incapaz
 Otro motivo _____

Para usted

27. Los movimientos del bebé son Normales Muy débiles Agitados
 Está inmovilizado Presenta convulsiones No sabe
28. El sueño del recién nacido es Normal Agitado No puede dormir
 Excesivo No sabe
29. El llanto del bebé es Fuerte Débil No llora Frecuente Intolerable
30. El recién nacido deja de llorar si: Se chupa la mano Se le ofrece una chupeta
 Se le cambia el pañal Se le cambia de posición
 Arrullándolo No sabe
 Otro _____
31. ¿Qué alimento está recibiendo el recién nacido? _____
32. ¿Cree que esta alimentación nutre el bebé? Sí No
33. Usted sabe que el recién nacido tiene hambre porque Se chupa la mano Mueve la boca
 Llora No sabe
 Otro _____
34. ¿Alimentó o ha estado presente cuando alimentan al bebé? Sí No
35. En caso afirmativo, el bebé chupa Fuerte Débil No sabe
36. Cuando él deja de chupar es porque Está cansado No tiene hambre Está dormido
 Está lleno No sabe
37. Después de la alimentación, usted Da palmaditas en la espalda
 Lo coloca en la cuna boca abajo
 Lo acuesta boca arriba Lo acuesta de lado
 Otro _____
38. ¿Este recién nacido será alimentado en el pecho? Sí No
39. En caso afirmativo, ¿por qué razón? _____

40. En caso negativo, porque No lo cree necesario La leche materna es débil
 No tiene leche suficiente No dispone de tiempo
 Por indicación médica Se le secó la leche
Otro _____

41. ¿Cuáles son los cuidados que la madre está teniendo con los senos? _____

Requisitos de autocuidado en las desviaciones de salud

42. En la familia del recién nacido ¿quién decide cuándo acudir al médico? _____

43. ¿El recién nacido está hospitalizado? Sí No

Si la respuesta es negativa, no necesita continuar respondiendo

44. ¿Conoce el motivo por el cual el bebé está hospitalizado? Sí No

45. Según usted ¿cuál es la causa de este problema? _____

46. ¿Fue informada del tratamiento que está recibiendo? Sí No

47. ¿La familia visitó al recién nacido? Sí ¿Cuántas veces? _____
 No ¿Por qué razón? _____

48. ¿Le gustaría participar de los cuidados del recién nacido? Sí No

49. En caso negativo ¿por qué razón? El estado de salud Por los aparatos
 Por la incubadora Por el suero
 No sabe lo que puede hacer No se atreve
Otro _____

50. ¿Cómo se está extrayendo la madre ahora la leche? _____

51. ¿Quién cuida el hogar durante el tiempo que está visitando al recién nacido? _____

52. ¿Fue necesario cambiar el horario de trabajo o solicitar un permiso especial para visitar al recién nacido? Sí No

53. ¿Cómo se siente por la hospitalización del recién nacido? _____

54. ¿Que problemas de salud han padecido en la familia del recién nacido?

Enfermedades _____

Accidentes _____

Hospitalizaciones _____

Alergias _____

II. Evaluación de enfermería al agente de autocuidado

Evaluación de los requisitos de desarrollo

Nombre del recién nacido _____ Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ PC _____ PT _____ Estatura _____

Edad gestacional _____ Clasificación _____ Tipo de nacimiento _____

Peso actual _____ Fecha de aplicación _____ Evaluado por _____

Posición corporal		Recibe visitas de la familia	
Extremidades flexionadas		Recibe actividades de autoconsuelo	
Moderadamente flexionadas		Comportamiento	
Levemente flexionadas		Mirar atento al medio	
Extremidades en tensión		Ojos abiertos, pero indiferente	
Flacidez		Ojos cerrados o cubiertos	
Reflejos		Semidormido o somnoliento	
De succión		Sueño excesivo / letárgico	
De prehensión palmar		Observaciones	
De prehensión plantar			
De marcha			
De Babinsky			
Ciliar			
Moro o de abrazo			
De búsqueda			
Tracción			
Estímulos externos			
En alojamiento conjunto			
En cuna			
En incubadora			
En condiciones especiales aislamiento			
Requiere protección extra para mantener T^0			
Con protección ocular			
Inmovilizado			
Recibe entretenedor o chupo			
Busca el origen de los estímulos			
Reacciona a estímulos luminosos / sonoros			

Evaluación de los requisitos universales

Aire	Traqueostomía	Residuo en ml
Respiración	O ₂ L/ min	Reflujo
Frecuencia	Ar L/ min	Vía
Eupneico	Cardiovascular	Oral succión fuerte
Apnea	Frecuencia cardíaca	Succión débil
Esfuerzo	Presión arterial	Succión irregular
Aleteo nasal	Sonidos regulares	Sin reflejo de succión
Esfuerzo respiratorio	Sonidos irregulares	Sonda nasogástrica
Gemido expiratorio	Murmullo	Sonda orogástrica
Retracciones	Pulso (no palpable, palpable, débil, normal, pulsante)	Gastrostomía
Subcostal	Radial	Sueroterapia
Subesternal	Braquial	Cantidad total 24 h
Intercostal	Femoral	Vía Escalpe/Abocath
Esternal	Pedial	Catéter umbilical
Color	Agua/alimento	Catéter central
Rosado	Hidratado	Flebotomía
Pálido	Fontanelas	Localización
Acrocianótico	Normales	ELIMINACIÓN /EXCRECIÓN
Cianosis central	Deprimidas	Orina
Acenizado	Tensas	Transparente
Moteado	Edema (leve, moderado, severo)	Ámbar
Plétora	Negativo	Concentrada
Ictérico	Miembros inferiores	Sanguinolenta
Sonidos pulmonares	Periorbital	Heces (líquidas, pastosas, secas, semiformadas)
Iguales	Generalizado	Meconio
Disminuidos	Piel	Transición
Estertores	Lesiones	Amarillosas
Roncus	Localización	Verdosas
Secreciones (pocas, moderadas, abundantes)	Muñon umbilical	Sanguinolentas
Transparentes	Seco	Emesis
Amarillas	Secretante	Características
Verdosas	Abdomen	Drenajes
Sanguinolentas	Normal	Tipo
Oxigenoterapia	Distendido	Actividad/reposo
Negativa	Masas	Respuesta motriz
O₂ circulando	Dieta	Activo, movimientos defensivos
Cámara Hood	Leche materna	Actividad motriz variable
Cánula nasal	Fórmula artificial	Actividad motriz mínima
Tubo endotraqueal	Nutrición parenteral	Inmovilizado

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

Evaluación de los requisitos en desviaciones de salud

Diagnóstico de hospitalización _____

Diagnóstico actual _____

Medicamentos	Dosis	Vía	Horario
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Líquidos endovenosos	Volumen / horas	Microgotas	Electrólitos
Tipo			
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Uso de monitores y equipos

Incubadora		Fototerapia		Oxímetro pulso	
Monitor cardiaco		Ventilador		CPAP	
Cámara Hood		Bomba de infusión		Suspensorio	

Cuidados especiales de enfermería

Observaciones

Fecha de recepción: septiembre de 1999