



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE NEONATO FEMENINO CON  
DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS NEONATAL DE INICIO  
TEMPRANO, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
NEONATAL DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR.**

Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado como Requisito Parcial para  
optar al título de Licenciado en Enfermería.

**TUTOR ACADÉMICO:**

Lcda. Argelia González  
Josefina

**AUTOR:**

T.S.U Salazar Jiménez, Roannys

**TUTOR METODOLÓGICO:**

MSc. Ysabel Velásquez

C.I.: V- 21.322.059

**Guatamare, Marzo del 2025.**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE NEONATO FEMENINO CON  
DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS NEONATAL DE INICIO  
TEMPRANO, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
NEONATAL DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR.**

Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado como Requisito Parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería.

**TUTOR ACADÉMICO:**

Lcda. Argelia González

**TUTOR METODOLÓGICO:**

MSc. Ysabel Velásquez

**AUTOR:**

T.S.U Salazar Jiménez, Roannys Josefina

C.I.: V- 21.322.059

**Guatamare, Marzo 2025**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR ACADÉMICO**

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la tramitación, Entrega, Discusión, Evaluación de Trabajo Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A PACIENTE NEONATO FEMENINO CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS NEONATAL DE INICIO TEMPRANO, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR. Presentado por la T.S.U.: SALAZAR JIMÉNEZ, ROANNYS JOSEFINA de la Cédula de Identidad: V- 21.322.059, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.

  
**Lidia Argelia González**  
**Tutor Académico**



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE APROBACIÓN POR EL TUTOR METODOLÓGICO**

De conformidad a lo establecido en el artículo 9 de las Normas Internas para la tramitación, Entrega, Discusión, Evaluación de Trabajo Grado de la Escuela de Ciencias de la Salud, Núcleo Nueva Esparta de la Universidad de Oriente, se hace constar que el Trabajo de Grado, titulado: PROCESO ENFERMERO A PACIENTE NEONATO FEMENINO CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS NEONATAL DE INICIO TEMPRANO, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR. Presentado por la T.S.U.: SALAZAR JIMÉNEZ, ROANNYS JOSEFINA de la Cédula de Identidad: V- 21.322.059, como requisito parcial para optar al título de Licenciada en Enfermería, ha sido revisado y evaluado encontrándose apto para su presentación y defensa.



**MSc. Ysabel Velásquez**

**Tutor Metodológico**



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO  
MODALIDAD CURSOS ESPECIALES  
ACTA DE EVALUACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

TGLECEG-09-2025

Núcleo: Nueva Esparta  
Escuela: Ciencias de la Salud  
Departamento: Enfermería  
Periodo: III-2024

PERIODO	CÓDIGO	SEMINARIO	NOTA	PROFESOR
III-2024	161-5103	UCI ADULTO	8	
III-2024	161-5203	UCI PEDIÁTRICO	8	

Los profesores de los Cursos Especiales de Grado del Área Enfermería de Cuidados Intensivos reunidos el día 07 de marzo de 2025, visto el rendimiento obtenido en los seminarios y aceptados los informes escritos y exposiciones respectivas, presentadas por (el) (la) bachiller: **SALAZAR JIMÉNEZ ROANNYS JOSEFINA**, Cédula de Identidad **V-21.322.059**, como requisito parcial para optar al título de LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

En concordancia con el Artículo 53 del Reglamento de Trabajo de Grado de Pregrado de la Universidad de Oriente, se levanta la presente acta. Los miembros del jurado han acordado el siguiente veredicto:

**Aprobado**

NOMBRE DE LOS PROFESORES	Nº CÉDULA	FIRMA
Carlos Sulbarán	6.362.359	
Yulitza Narváez	11.143.819	
Julioscar Lárez	18.112.413	

Lcda. Andreina Noriega  
Coordinadora Comisión de Trabajo de Grado



DEL PUEBLO VENIMOS / HACIA EL PUEBLO VAMOS

## DEDICATORIA

*El presente trabajo investigativo va dedicado especialmente a DIOS por darme la oportunidad y la fuerza de alcanzar este logro tan importante en mi vida y en mi formación como profesional.*

*A Mí, por ser perseverante y no rendirme a pesar de las dificultades, los obstáculos, la frustración, el desánimo y no abandonar.*

*A mis padres, por ser mi fuerza para luchar, me enorgullece y me honra ser el resultado de lo que han construido con Amor; inculcándome valores que me permiten desafiar, perseverar y sobrellevar lo que es la vida.*

*A mi hija amada, por ser esa personita especial que me incentiva a seguir adelante.*

*A mi esposo por tenerme paciencia, por aportar lo necesario e indispensable para avanzar en mis estudios académicos.*

*A mi familia en general, por brindarme su apoyo en los momentos que los necesite y por estar pendiente de mis avances académicos.*

## AGRADECIMIENTOS

*Primeramente, a DIOS, por las bendiciones recibidas, por haberme permitido iniciar esta carrera y a su vez culminarla dejándome muchas enseñanzas, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad, por nunca dejarme sola cuando el camino se tornaba gris, dándome así la fuerza y voluntad para seguir adelante y culminar con éxito mi trabajo de grado.*

*Agradezco a mi padre René Salazar y a mi madre Romelia de Salazar, quienes han estado apoyándome en todo momento e impulsándome a culminar mi carrera, sobre todo cuando las situaciones se ponen difíciles.*

*A mi princesa hermosa mi hija Romina Rodríguez, por ser mi motivación e inspiración para superarme. Porque me tuvo paciencia en este recorrido académico, por decirme siempre que lo vas lograr mami.*

*A mi esposo Ricardo Rodríguez por su apoyo incondicional, sacrificio y esfuerzo que me brindó todos estos años durante de mi carrera.*

*A mis hermanas Rosmaybir Salazar y Rina Salazar, por ser mis concejeras y apoyarme incondicionalmente en mi formación académica.*

*A mis compañeras de Universidad Milena toro, Yannaris Leal, Gracielys Millán por el apoyo brindado en los momentos más difíciles, han llorado y reído conmigo y sin duda alguna me han impulsado en cada momento para continuar. Gracias a todas.*

*A mis compañeras de cuidado intensivo: María Rivas y Fátima Serra gracias por el apoyo incondicional en este desafío tan arduo y satisfactorio a la vez.*

*Asimismo, manifiesto mi más profundo agradecimiento a mi tutora metodológica, la profesora Ysabel Velásquez, por su guía y por proporcionarme las herramientas esenciales para alcanzar este objetivo. Su motivación desde el primer día ha sido fundamental para lograr este éxito.*

*A mi tutora académica, la Licda. Argelia Gonzales, de Cursos Especiales de Grado, expreso mi más sincero agradecimiento por su invaluable enseñanza y dedicación.*

## ÍNDICE GENERAL

Índice general .....	x
Índice cuadros .....	xvi
Índice Figuras .....	xviii
Resumen.....	xx
Introducción .....	21

### CAPÍTULO I

#### PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

1.1 Reseña Histórica .....	24
1.2 Propósito .....	30
1.3 Filosofía.....	30
1.4 Valores.....	31
1.5 Misión.....	31
1.6 Visión .....	32
1.7 Objetivos.....	32
1.8 Tipos de Establecimiento de salud .....	33
1.9 Ubicación Geográfica .....	33
1.10 Estructura Administrativa.....	34
1.10.1 Dirección.....	35
1.10.2 Sub-Dirección Administrativa .....	35
1.10.3 Sub-Dirección Médica .....	35

1.10.4 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento .....	35
1.10.5 Sub-Dirección de Recursos Humanos .....	35
1.10.6 Sub-Dirección Médica Docente .....	36
1.11 Operatividad de la Jefatura de Enfermería .....	36
1.11.1 jefe de Enfermería .....	37
1.11.2 Secretaria.....	37
1.11.3 Enfermero (a) Adjunto (a) Administrativo .....	37
1.11.4 Enfermera Adjunta Docente .....	37
1.11.5 Enfermera Adjunta Asistencial .....	37
1.11.6 Supervisor (a) de Enfermería. ....	37
1.11.7 Coordinador (a) de Enfermería. ....	38
1.11.8 Enfermeras (os) asistenciales II y I .....	38
1.11.9 Camareras.....	38
1.11.10 Camilleros .....	38
1.12 Aproximación Diagnóstica .....	39

## **CAPÍTULO II**

### **PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UTIN) DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA**

2.1 Reseña Histórica .....	61
2.2 Importancia y Justificación.....	65
2.3 Ubicación y Descripción .....	66
2.3.1 Estar de enfermería .....	66

2.3.2 Sala de tratamiento.....	66
2.3.3 Faena limpia.....	66
2.3.4 Faena sucia.....	67
2.3.5 Almacén.....	67
Es un espacio físico para el almacenaje de bienes como materiales, equipos y suministro que necesarios para el funcionamiento de la unidad. ....	67
2.3.6 Cuarto de descanso.....	67
2.3.7 Baño.....	67
2.4 Recurso y/o talento humano.....	67
2.5 Misión.....	68
2.6 Visión.....	69
2.7 Objetivo.....	69
2.8 Funciones, Actividades y Tareas del equipo de Enfermería.....	70
2.8.1 Funciones.....	70
2.8.2 Actividades.....	71
2.8.3 Tareasa.....	72

### **CAPÍTULO III**

#### **MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE CASO**

3.1 Marco Metodológico de la Investigación.....	74
3.1.1 Enfoque Cualitativo-Cuantitativo.....	74
3.1.2 Métodos de la investigación: Investigación Acción Participante y Estudio de Caso.....	75

3.1.3 Tipo de Estudio: Descriptivo. ....	76
3.1.4 Diseño de Estudio: Documental y de Campo .....	77
3.1.5 Técnicas e Instrumentos de la Investigación.....	78
3.2 Marco legal.....	80
3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1.999).....	80
3.2.2 Ley Orgánica de la Salud. (Gaceta Oficial No 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998). ....	82
3.2.3 Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y adolescente (LOPNA, 2007) .....	83
3.2.4 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería (2009).....	84
3.3 Marco Referencial de la Investigación .....	85
3.3.1 Antecedentes .....	85
3.3.2 Antecedentes Internacionales.....	85
3.3.3 Antecedentes Nacionales .....	87
3.3.4 Antecedentes Regionales .....	89
3.4 Marco Teórico de la Patología del caso Clínico.....	90
3.4.1 Sepsis Neonatal Inicio Temprano .....	95
3.4.3 Fichas Farmacológicas .....	104
3.5 Atención de Enfermería: Marco Teórico y Metodológico .....	111
3.5.1 Ramona Mercer/ Teoría de la Adopción del Rol Maternal.....	112
3.5.2 Dorothea Elizabeth Orem.....	119
3.5.3 Relación del caso clínico con la teoría de Dorothea Elizabeth Orem.....	128

## **CAPITULO IV**

### **ESTUDIO DEL CASO CLÍNICO**

4.1 Título del Caso Clínico.....	130
4.2 Resumen del caso .....	130
4.3 Objetivos.....	131
4.3.1 Objetivo General.....	131
4.3.2 Objetivos Específicos.....	131
4.4 Historia de Enfermería .....	132
4.4.1 Anamnesis.....	132
4.4.2 Valoración del Neonato .....	133
4.4.3 Conceptos Principales de Ramona Mercer .....	135
4.5 Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado.....	144

## **CAPÍTULO V**

### **EXPERIENCIA PROFESIONAL: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS EJECUTADAS DURANTE EL PROCESO DE PASANTÍAS**

5.1 Proceso Enfermero .....	167
5.1.1 Objetivos .....	168
5.1.2 Etapas .....	168
5.1.3 Funciones de enfermería .....	169
5.2 Descripción de Actividades y Tareas Asistenciales .....	172
5.3 Descripción de Actividades y Tareas Docente .....	174
5.4 Descripción de Actividades y Tareas Administrativa .....	176

5.5 Descripción de Actividades y Tareas Investigativas .....	177
5.6 Retos, Desafíos y Perspectivas del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual .....	177
5.7 Opinión de un Profesional de Enfermería de la Unidad Clínica .....	179
5.8 Opinión del Investigador sobre la Experiencia Profesional Desarrollada .....	180
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>181</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>183</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>185</b>

## ÍNDICE CUADROS

<b>Cuadro 1</b> Ficha Técnica de la Preparación de la NPP.....	103
<b>Cuadro 2</b> Ficha farmacológica de Meropenem .....	105
<b>Cuadro 3</b> Ficha farmacológica de Levofloxacina .....	106
<b>Cuadro 4</b> Ficha farmacológica de Meropenem .....	107
<b>Cuadro 5</b> Ficha farmacológica de Anfotericina B.....	108
<b>Cuadro 6</b> Ficha farmacológica de Ampicilina.....	109
<b>Cuadro 7</b> Ficha farmacológica de Vitamina K.....	110
<b>Cuadro 9</b> Cuadro Analítico para Hipertermia .....	146
<b>Cuadro 10</b> Plan de Cuidado para Hipertermia .....	147
<b>Cuadro 11</b> Cuadro Analítico para Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante .....	148
Plan de Cuidado para Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante.....	149
<b>Cuadro 13</b> Cuadro Analítico para Hiperbilirrubinemia Neonatal .....	150
<b>Cuadro 14</b> Plan de Cuidado para Hiperbilirrubinemia Neonatal .....	151
<b>Cuadro 15</b> Cuadro Analítico para Ansiedad.....	152
<b>Cuadro 16</b> Plan de Cuidado para Ansiedad.....	154
<b>Cuadro 17</b> Cuadro Analítico para Riesgo de infección.....	154
<b>Cuadro 18</b> Plan de Cuidado para Riesgo de infección.....	155
<b>Cuadro 19</b> Cuadro Analítico para el Concepto Separación Precoz.....	157
<b>Cuadro 20</b> Plan de Cuidado para el Concepto de Separación Precoz.....	158
<b>Cuadro 21</b> Cuadro Analítico para Lactancia materna interrumpida. ....	159

<b>Cuadro 22</b> Plan de Cuidado para Lactancia materna interrumpida .....	159
<b>Cuadro 23</b> Cuadro Analítico para Tensión Debido al Rol del Cuidador.....	161
<b>Cuadro 24</b> Plan de Cuidado para Tensión Debido al Rol del Cuidador.....	162
<b>Cuadro 25</b> Cuadro Analítico para Riesgo de lesión por presión neonatal .....	163
<b>Cuadro 26</b> Plan de Cuidado para Riesgo de lesión por presión neonatal .....	164
<b>Cuadro 27</b> Cuadro Analítico para Temor por la Salud del Neonato .....	165
<b>Cuadro 28</b> Plan de Cuidado para Temor por la Salud del Neonato .....	166
<b>Cuadro 29</b> Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de Pasantías en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Luis Ortega de Porlamar .....	171

## ÍNDICE FIGURAS

<b>Figura 134</b> Mapa de la Ubicación Geográfica del Hospital Dr. Luis Ortega .....	34
<b>Figura 2</b> Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega. ....	36
<b>Figura 3</b> Organigrama estructural de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega.	38
<b>Figura 4</b> Nivel de Instrucción Académico Actual del Profesional de Enfermería. ....	40
<b>Figura 5</b> Capacitación o Entrenamiento del Personal de Enfermería para Ingresar al Área de Emergencia. ....	41
<b>Figura 6</b> Calificación de la Distribución Actual del Personal de Enfermería en su Unidad. ....	42
<b>Figura 7</b> Nivel de Satisfacción con la Instrucción y Capacitación del Personal de Enfermería en la Unidad. ....	44
<b>Figura 8</b> Calificación de la Relación y Comunicación del Profesional de Enfermería con sus Compañeros. ....	45
<b>Figura 9</b> El Sistema de Comunicación entre el Personal de Enfermería y Otros Profesionales de la Salud en su Área. ....	46
<b>Figura 10</b> Frecuencia de la Supervisión en el Servicio. ....	47
<b>Figura 11</b> Clase de Retroalimentación Recibida de la Supervisión para el personal de enfermería. ....	48
<b>Figura 12</b> Frecuencia de Participación en Actividades de Capacitación en el Rol de Enfermero/a. ....	49
<b>Figura 13</b> Nivel de Satisfacción al Trabajar en esta Área del Hospital. ....	50
<b>Figura 14</b> Tiempo de Ingreso del Familiar en las áreas de Hospitalización y Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Luis Ortega. ....	51

<b>Figura 15</b> Percepción de los Familiares sobre la Calidad de Atención del Personal de Enfermería en el Cuidado del Paciente. ....	52
<b>Figura 16</b> Asertividad en la Comunicación del Personal de Enfermería ante Preguntas y Preocupaciones de los Familiares.....	53
<b>Figura 17</b> Valoración de la Atención de Salud Brindada por el Personal de Enfermería al Familiar.....	54
<b>Figura 18</b> Percepción de los familiares sobre la cantidad de enfermeros atendiendo por turnos.....	55
<b>Figura 19</b> Evaluación de la Rapidez en la Atención Brindada por el Personal de Enfermería desde la Perspectiva de los Pacientes. ....	56
<b>Figura 20</b> Asertividad en la Comunicación y Cuidados del Personal de Enfermería durante la Estancia Hospitalaria. ....	57
<b>Figura 21</b> Evaluación de la Suficiencia del Número de Enfermeras en Relación con la Cantidad de Pacientes por Turno. ....	58
<b>Figura 22</b> Percepción de los Pacientes sobre la Atención Brindada por el Personal de Enfermería en Relación al Tiempo de Respuesta. ....	59
<b>Figura 23</b> Nivel de Satisfacción de los Pacientes sobre la Atención del Personal de Enfermería Durante la Estadía en la Unidad. ....	60
<b>Figura 24</b> Organigrama estructural de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr. Luis Ortega. ....	68



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**PROCESO ENFERMERO A PACIENTE NEONATO FEMENINO  
CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE SEPSIS NEONATAL DE INICIO  
TEMPRANO, UBICADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
NEONATAL DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA DE PORLAMAR.**

**AUTOR:**

**TUTOR ACADÉMICO:** T.S.U Salazar Jiménez, Roannys Josefina  
Lcda. Argelia González C.I.: V- 21.322.059  
**TUTOR METODOLÓGICO:**  
MSc. Ysabel Velásquez

**Resumen**

La Sepsis Neonatal Temprana (SNT) de acuerdo con Oseguera (2021) es la que se presenta en el recién nacido antes de las 72 horas de vida, generalmente se adquiere durante el paso a través del canal de parto o mediante diseminación ascendente de bacterias. Este es un síndrome clínico caracterizado por una reacción inflamatoria, con signos focales o sistémicos de infección. Es definida como la condición médica infecciosa que compromete sustancialmente la vida del neonato debido al riesgo de falla orgánica que está presente. El presente trabajo sistematiza una experiencia de atención y tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente neonato femenino con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero estuvo sustentado por Ramona Mercer y Dorothea Orem, bajo un enfoque cuali-cuantitativo que emplea los métodos investigación acción participante y estudio de caso, además de técnicas como observación participante y entrevistas para recolectar datos objetivos y subjetivos que constituyeron la base para desarrollar planes de cuidado a través de las taxonomías NANDA (2021-2023), NIC (2018) y NOC (2018 que permitieron la atención mediante cuidados humanos de calidad al neonato y familia. Se concluye con la importancia de implementar el proceso de enfermería como base fundamental para atender de manera integral la salud de un neonato paciente – familia en situación de riesgo real causado por agentes infecciosos.

**Palabras Claves:** Proceso Enfermero, Sepsis Neonatal Temprana, Taxonomía NANDA-NIC-NOC.

## INTRODUCCIÓN

El término sepsis neonatal temprana se define como un cuadro clínico asociado a la invasión y proliferación de agentes patógenos a nivel sanguíneo del recién nacido. La sintomatología se presenta en las primeras 72 horas de vida posterior al nacimiento y según la vía de transmisión, se clasifica en vertical y nosocomial. (Letort,2022).

La sepsis neonatal representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La organización mundial de la salud (OMS) calcula, casi cinco millones es de recién nacidos al año y que el 98% ocurre en países en desarrollo, 30 % a 40% de las muertes neonatales tiene relación con las infecciones, se estima además que en los primeros veintiocho (28) días de vida entre cinco (5) y diez (10) recién nacidos vivos contraen una infección. (OMS, 2013).

La sepsis es una de las causas de muerte más frecuentes en todo el mundo, aunque hay dificultades para recopilar datos fiables a nivel poblacional. Según datos publicados en 2020, se produjeron cerca de 48,9 millones de casos y 11 millones de muertes relacionadas con la sepsis en todo el mundo, lo que representa el 20% de todas las defunciones a escala mundial. Cerca de la mitad veinte (20) millones de todos los casos estimados de sepsis en el mundo se produjeron en niños menores de 5 años.

En América Latina, la incidencia de sepsis es alta (2,2 a 8,6 por cada 1.000 recién nacidos vivos). En el Perú, la sepsis neonatal constituye la segunda causa de muerte neonatal (21,77%, 2016), luego de la prematuridad (28,47%). Según un estudio realizado en un hospital público en los años 2016 y 2017, la incidencia acumulada de sepsis temprana con cultivos positivo, es de 2,98 por cada 1000 nacidos vivos 92016) y 4,7 (2017). Otro estudio reporta una incidencia de sepsis neonatal de 4,17 /1000 nacidos vivos. No se existen reporte a nivel nacional. (vega y Zevallos ,2023).

La sepsis neonatal representa un problema de Salud Pública tanto a nivel mundial como a nivel nacional. En Venezuela la mortalidad de lactantes y de niños menores de cinco años en todo el mundo disminuyó entre 2000 y 2017, pero en Venezuela, la mortalidad de lactantes y de niños aumentó más del 40 % en la última década. Las principales causas de mortalidad neonatal son la prematuridad (40 %), las anomalías congénitas (17 %), la sepsis

(16 %) y las complicaciones durante el parto (14 %). Las causas más frecuentes de muerte entre los niños de uno a cuatro años incluyen lesiones (20 %), neumonía (17 %) y diarrea (11 %). Los lactantes menores de un año representan la mayoría de las muertes de niños menores de cinco años, lo que sugiere que las intervenciones neonatales pueden tener un mayor impacto. Según (Perfil de Salud de Venezuela, 2021).

El Estado Nueva Esparta a pesar de no presentar datos estadísticos recientes, su mortalidad infantil empeoró para el cierre del año 2017. Según el Dr. Germán Rojas, secretario general de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP), detalló que, entre los especialistas, se llevó un monitoreo en la región, el cual muestra como consecuencia la muerte de aproximadamente 278 niños menores de cinco años durante el 2017. En relación con el año 2016, los decesos aumentaron el 18,89 %. Para el año 2017 fallecieron 22,04 niños menores de un año por cada mil que nacieron vivos, mientras en que el año 2016, Nueva Esparta se ubica en el noveno lugar en el país en relación a la tasa de mortalidad infantil. Rojas agregó que las principales causas de mortalidad en niños menores y en neonatos se destacan la prematuridad, sepsis neonatal, asfixia perinatal y patologías infecciosas como neumonía, diarrea, meningitis, desnutrición crónica.

En alineación con la temática abordada, la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE), por medio de la Escuela de Ciencias de la Salud y el Departamento de Enfermería, presenta los Cursos Especiales de Grado. Estos cursos tienen como finalidad capacitar a profesionales en áreas críticas y sensibles, tales como la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, proporcionando a los estudiantes la oportunidad de llevar a cabo las prácticas y experiencias en el centro hospitalario, permitiéndoles aplicar en las pasantías los conocimientos adquiridos en las aulas de clases.

En ese contexto, el proceso de pasantías permitió seleccionar un caso clínico mediante la observación participante y la formulación de entrevistas al equipo de salud y los padres del paciente, el cual tiene como objetivo aplicar Proceso Enfermero a paciente neonato femenino con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Mediante una conjugación con las teorizantes Ramona Mercer y Dorothea Orem y la

taxonomía NANDA (2023), NIC y NOC (2018). el objetivo mejorar el estado de salud del neonato promoviendo la calidad y la eficiencia de los cuidados.

Este trabajo de investigación se encuentra estructurado mediante cinco (5) capítulos distribuidos de la siguiente forma: El capítulo I, presenta los aspectos históricos descriptivos y funcionales del Hospital Dr. Luis Ortega. El capítulo II contiene los aspectos históricos descriptivos y funcionales de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal, área donde se desarrollaron las intervenciones de enfermería que dieron lugar al estudio. El capítulo III corresponde al marco teórico y metodológico del estudio, marco legal. El capítulo IV donde desarrolla el estudio del caso clínico y los planes de cuidado dirigidos al paciente objeto de esta investigación. Por último, en el capítulo V presenta el proceso enfermero, descripciones de funciones asistenciales, docentes, administrativas e investigativas que se llevaron a cabo durante las mismas, como también la opinión respecto a los retos y desafíos que el personal de enfermería enfrenta en su quehacer profesional en la actualidad.

## CAPÍTULO I

### PRESENTACIÓN DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA

En el área de salud, las entidades sanitarias, cumplen un papel importante en el momento de brindar atención médica a los habitantes que la necesitan. En el presente capítulo se desarrollará desde la reseña histórica, el propósito, la filosofía, los valores, la misión y visión, los objetivos, el tipo de establecimiento de salud, la ubicación geográfica, la estructura administrativa y la operatividad del hospital Dr. Luis Ortega, la principal entidad sanitaria del estado Nueva Esparta y espacio donde se llevaron a cabo las pasantías profesionales, en el marco de los CEGE en el área de Cuidados Intensivos.

Para la redacción de los aspectos referidos al HLO se realizó una revisión bibliográfica a diferentes trabajos de investigación que sirvieron de sustento entre ellos Anés (2023), Carreño (2024), León (2024) y Toro (2024).

#### 1.1 Reseña Histórica

Ramos (2021) define la reseña histórica como “un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto. Este tipo de notas proporciona una visión general sobre el objeto, reseñado con un formato descriptivo e informativo” (p.4). De la definición se desprende que la reseña histórica es un resumen breve que se basa en la recolección de datos, que busca analizar de forma crítica, evaluar e interpretar los eventos, personajes o periodos históricos para reconstruir el pasado y comprender los procesos.

A continuación, se presenta la reseña histórica del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, tomando como referencia a Anés (2023), Carreño (2024) y Toro (2024) quienes señalan lo siguiente:

En la descripción sociopolítica del Estado Nueva Esparta, especialmente en el área de salud, se cuenta con un gran número de hospitales, principalmente improvisados debido a las crisis generadas por las guerras; gran parte de ellos fueron sostenidos primordialmente por la caridad de los habitantes insulares. No obstante, es el presidente Raimundo Andueza

Palacios quien decreta por primera vez la edificación de una propiedad destinada al funcionamiento de un hospital en el año 1891; pero el proyecto no fue ejecutado.

El día 19 de diciembre del año 1918 se decreta la construcción del “Hospital de Margarita”. Pero es en 1919, cuando el Gral. Juan Alberto Ramírez, presidente gobernante de esa época acepta la responsabilidad de dar inicio a la construcción de tan importante edificación; para lo cual, es nombrada una comisión el 31 de marzo de ese mismo año, compuesta por el Ing. Amador Hernández y el Dr. Enrique Albornoz, de manera que fueron los que se encargaron de llevar a cabo una exhaustiva revisión del terreno.

El 12 de octubre del año 1921, se inaugura el “Hospital de Margarita”; con una capacidad de setenta (70) camas, ubicado en el sector de Punda, con la presencia de las hermanas de la congregación de Carmelitas Venezolanas, quienes realizaban labores de enfermería. Desde entonces, se cuenta con un hospital para cubrir las necesidades de asistencia médica en el estado Nueva Esparta y en el oriente del país.

Cabe resaltar que el 28 de febrero de 1936, el Consejo Municipal del Distrito Mariño, decidió el cambio del nombre al Hospital de Margarita, por el de Hospital “Dr. Luis Ortega”, haciendo homenaje al médico margariteño nacido en la ciudad de Porlamar, el 03 de septiembre de 1850.

Para la fecha del 05 de julio de 1945, durante la presidencia del general Isaías Medina Angarita, fue colocada la primera piedra y se decreta la construcción del Hospital “Dr. Luis Ortega” en Porlamar.

El 27 de junio de 1951, el Hospital Dr. Luis Ortega pasó a formar parte del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), el cual dependía de la Gobernación del Estado Nueva Esparta. El 5 de diciembre de 1956, fue inaugurado durante el gobierno del General Marcos Pérez Jiménez. A partir del 16 de mayo de 1957, comenzó a brindar servicios sanitarios a la población insular, convirtiéndose en el más importante de la isla.

El Hospital, luego de ser inaugurado, contaba con una estructura que se encontraba conformada por cinco (5) pisos, distribuidos con salas de hospitalizaciones, cafeterías, comedor y con una capacidad para ciento cincuenta (150) camas, previsto para aumentar al doble, además de ofrecer todos los servicios médicos y administrativos.

Se estimaba la construcción de otro centro de salud similar, con la misma capacidad, conocido además como el Hospital del Oriente, debido a la falta de especialidades de

Otorrinolaringología y Oftalmología. Por esta razón, se había previsto la construcción de un edificio para la Unidad Sanitaria y viviendas para los médicos y enfermeras. El último piso serviría como residencia para los médicos, mientras que el segundo piso estaría destinado a las enfermeras.

En el año 1972, se inician los trámites para aumentar el número de camas, por la falta de espacios, y también la idea de remodelar preferiblemente los servicios de Emergencia, Pediatría, que se encontraban en malas condiciones. Después en el año 1977, se comenzó con la reparación de la fachada, la entrada principal, los jardines, puertas de acceso, estacionamiento, áreas de emergencias y también se incluye el área de administración.

Entre los años 1980 y 1981, se iniciaron las remodelaciones en los Servicios de Emergencia Adulto y Emergencia Pediátrica, el área de Cuidados Intermedios, Sala de Nebulización, Sala de Triaje, Sala de Cura, Sala de Cirugías, Sala de Yeso y la Consulta de Traumatología. Se incorporan cuatro (4) Salas Quirúrgicas, dos (2) pabellones en el segundo piso para Obstetricia y cuatro (4) en el tercer piso, totalizando diez (10) pabellones.

Las remodelaciones se prolongaron más de lo que se había planificado, lo que causó como consecuencia que el personal y los pacientes se encontraran expuestos a diferentes incomodidades, provocando una protesta frente a la Comisión de Salud, cuyo propósito fue reclamar la culminación de los trabajos. En tal modo que las remodelaciones continuaron en el año 1986, en el Área de Laboratorio, Terapia Intensiva, el Helipuerto, se repara el aire acondicionado central y se realizó una redistribución de las consultas.

El 17 de diciembre de 1987 se inicia en el Estado Nueva Esparta en las instalaciones del mismo Hospital, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), originando un centro asistencial paralelo de ochenta (80) camas. Las diferencias en la atención a dos (2) tipos de pacientes (asegurados y no asegurados), y en los beneficios contractuales entre médicos, empleados y obreros del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) con respecto a los del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), obligó discusiones, revisiones, decisiones y acciones, simples o traumáticas, que configuran un hospital único en Venezuela, con dos turnos de asistencia. Luego, se dio la firma de un comodato por parte del MSAS, el cual consistía en que el Instituto Venezolano de Seguro Social dirigiría y administraría

integralmente al Hospital, asumiendo a la comunidad en general, así como también a todo el Recurso Humano con sus pasivos laborales incluidos.

Las actividades de docencia de pregrado comenzaron para el año 1987, con la incorporación de los estudiantes del último año de medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), sin embargo, esta actividad fue interrumpida en el año 2001 cuando por decisión de la UCV y la Dirección Regional de Salud, los internos solo realizan pasantías de forma rural en el estado.

A pesar de esto, la actividad de pregrado en salud intrahospitalaria fue reactivada con los estudiantes del último año de medicina de la Universidad de Oriente (UDO) núcleo Anzoátegui desde el año 2002, además, de la apertura de la licenciatura en enfermería, correspondiente, a la misma casa de estudio, específicamente, en el núcleo de Nueva Esparta, el 26 de mayo del 2004. Para este mismo año, el hospital, se somete a un nuevo proceso de remodelación en varios servicios como Neonatología, Gineco-Obstetricia, Pabellones de Emergencia, Pediatría, Traumatología y Terapia Intensiva.

El 27 de abril de 2004 se realiza un convenio entre el Hospital “Dr. Luis Ortega” y la Universidad de Oriente Núcleo Bolívar, y posteriormente se da inicio a la formación de nuevos profesionales de enfermería en el estado. Durante el mes de septiembre del año 2007, se construyó la Unidad de Hemodiálisis y continuaron las remodelaciones en las áreas de Banco de Sangre, Laboratorio, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Gineco-Obstetricia, Física y Rehabilitación. El 27 de octubre del año 2012, se inaugura la Unidad Terapéutica Oncológica la cual dispone de dos módulos para brindar servicios de radioterapia y quimioterapia; disponiendo además de equipos tales como acelerador lineal, tomógrafo de simulación y braquiterapia.

En noviembre del año 2016 el nuevo Servicio de Emergencia y Medicina Crítica, comienza sus actividades, la cual consta de cuatro (4) emergencias individualizadas, entre ellas: Obstetricia, Pediatría, Adulto y Trauma Shock y dos (2) unidades de Cuidados Intensivos (Adulto y Pediátrico). En cada área de observación se dispone de doce (12) camas y un aislamiento, cuatro (4) consultorios, una sala de yeso, ocho (8) sillas de nebulización. El servicio de Trauma Shock es exclusivo para pacientes con politraumatismo. En dicha área, se encuentran catorce (14) camas para adultos y ocho (8) para infantes, mientras que Obstetricia

cuenta con siete (7) salas de parto, tres (3) salas de parto con alta tecnología y atención al recién nacido.

Los entes regionales dotaron la unidad de insumos y equipos médicos, como ventiladores mecánicos, destinados a proporcionar el apoyo ventilatorio a los pacientes que presentan insuficiencia respiratoria o no pueden respirar por sus propios medios. Dicha unidad, estaba conformada por veinte (20) camas, cada una de ellas con tomas de oxígeno; por cada turno tenían a su disposición de cuatro (4) a cinco (5) enfermeras, de tres (3) a cuatro (4) médicos y un (1) médico internista encargado de la misma. Cabe resaltar que actualmente esta área ya se encuentra fuera de servicio.

A principio del mes marzo del 2020, debido a la detección de los primeros casos de COVID-19 en el Estado Nueva Esparta, el Hospital Dr. Luis Ortega es llevado a establecer un área para la atención y tratamiento de pacientes con esta condición específica debido a su alto potencial de contagio. Esta área fue cerrada temporalmente en noviembre de 2020 con el propósito de realizar mejoras estructurales y adecuaciones de mobiliario para brindar mayor comodidad y atención eficiente a los pacientes. las cuales se iniciaron el 15 de diciembre de 2020 reabriendo sus puertas en enero de 2021, para volver a cerrar sus puertas, esta vez de manera permanente, en enero de 2022.

Para el año 2023 y 2024, el Hospital Dr. Luis Ortega ha realizado diversos trabajos de mantenimiento y recuperación con el objetivo de prestar un mejor servicio a sus usuarios. Además, este ha reestructurado sus áreas, teniendo como resultado la reactivación de las consultas de Psiquiatría y Oftalmología, la reubicación de Medicina Interna de Hombres y Mujeres en la antigua Área de Emergencias, la reapertura del Banco de Sangre en su debida área y el funcionamiento del Quirófano original mientras se realiza la remodelación en el área actual. Aunado a esto, se agregaron dos (2) cubículos de Farmacia y trabajo social que ofrecen ayuda a la comunidad.

Desafortunadamente, cesa el funcionamiento del área externa de Rayos X, funcionando el área interna solo para estrictas emergencias y pacientes ingresados. De igual manera cierra sus puertas el área de Reten de Alto Riesgo pasando a estar junto al Área de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal. Por otro lado, se han incorporado varios equipos médicos como tensiómetros, oxímetros, bombas de infusión y ventiladores en las áreas de Medicina Interna, Emergencias y la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal.

Actualmente, a pesar de los esfuerzos de mantenimiento y renovación el Hospital Dr. Luis Ortega, presenta fuertes deficiencias en cuanto a personal sanitario, insumos médicos e infraestructura, enfrentándose a fuertes adversidades que ponen a prueba el ingenio y creatividad de los profesionales de salud que laboran en la institución sin llegar a ser un impedimento para que este continúe destacándose por su calidad, seguridad, humanización y eficiencia en la prestación de servicios de salud, siendo uno de los principales centros sanitarios que atiende a la comunidad local y regional.

Cabe destacar que el Hospital Dr. Luis Ortega, es un centro de enseñanza donde diariamente se siguen formando futuros profesionales en el área de la salud íntegros, los cuales a pesar de las dificultades presentadas a raíz de desacuerdos y decisiones sociopolíticas que afectan la estabilidad y el flujo de ingresos económicos, siguen trabajando siempre con valores que promueven un ambiente de armonía, colaboración y alta calidad humana.

## **1.2 Propósito**

Páez (2023) define el propósito institucional como la razón fundamental de su existencia, es decir, por qué la institución hace lo que hace. El propósito debe ser una declaración clara y concisa que explique cómo la institución busca impactar positivamente en la sociedad y en su entorno. El propósito no se enfoca en los productos o servicios que la entidad ofrece, sino en la razón detrás de ellos. (párr.8).

De acuerdo con lo descrito por León (2024), el propósito del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, es encargarse de que se cubran las necesidades médicas y sanitarias de todos los margariteños y parte del oriente, también que se cumpla un excelente funcionamiento de políticas públicas de salud. (p.27).

## **1.3 Filosofía**

Según Miñan (2024) la filosofía institucional es un campo de estudio que se enfoca en analizar y comprender la cultura y los valores que subyacen en una institución. Esto implica examinar las creencias, los valores y las prácticas que guían la toma de decisiones y el comportamiento de los miembros de la institución. La filosofía institucional es una forma de entender cómo las instituciones funcionan y cómo los valores y creencias de los miembros de la institución influyen en su comportamiento y decisiones. (párr.1).

Carreño (2024) expone que el Hospital Dr. Luis Ortega, como parte de su filosofía institucional, se compromete con los más altos estándares en la prestación de una amplia calidad de servicios de cuidados para las personas que requieren de atención médica inmediata y preventiva, no solo a los habitantes del estado Nueva Esparta, sino también a la zona Nororiental del país. Por lo general, el personal de salud se responsabiliza en brindar una excelente atención en los diferentes servicios médicos. Por lo cual, el personal se basa en una atención con integridad más humana. (p.26).

#### **1.4 Valores**

Azkue (2024) explica que los valores de una institución son los principios éticos que la definen y que guían su funcionamiento, pues condicionan tanto la actividad de la organización como el desempeño de sus integrantes. Algunos ejemplos de valores de una institución son la confianza, la transparencia, la calidad y la responsabilidad social. (párr.1).

Anés (2023) señala que los valores del Hospital Luis Ortega de Porlamar están enmarcados en los que rigen al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) como su ente rector. Por ello, en esta institución se pretende mantener un ambiente lleno de paz y colaboración, con una excelente calidad humana resaltando los valores principales como: la ética, el respeto, la atención integral, buen trato a los pacientes, la confiabilidad y la responsabilidad. (p.28).

#### **1.5 Misión**

Álvarez (2023) señala que la misión de una institución, es un conjunto de objetivos generales y algunos principios de trabajo en la organización, expresados a través de la declaración de la misión, con la idea de comunicarla a todos los miembros de la organización. (párr.3).

La misión del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, del Estado Nueva Esparta, según Anés (2023) es aplicar procesos integrales de salud de alta calidad, mediante actividades de prevención, asistencia, investigación y docencia, con la finalidad de atender residentes y visitantes del Estado Nueva Esparta que demanden servicios relacionados con la salud. Todo ello con recursos humanos de excelente formación académica y conocimientos actualizados,

tratando de contar con la aplicación de tecnologías avanzadas y se procura brindar servicios de mejor calidad a la población.

## **1.6 Visión**

Peiro (2020) la visión de una institución describe el objetivo que espera lograr en un futuro. Se trata de la expectativa ideal de lo que quiere alcanzar la organización, indicando además cómo planea conseguir sus metas. (párr.1).

La visión del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, del Estado Nueva Esparta, según Silva (2024) se orienta a la optimización del recurso humano intrahospitalario, permitiendo así a la institución, brindar un servicio de calidad y competitivo, tanto a nivel regional, nacional e internacional, cuyo objetivo final es garantizar la salud y enseñanza del usuario.

## **1.7 Objetivos**

De acuerdo con Arias (2020) los objetivos de una institución son los estados o situaciones que el instituto pretende conseguir en el futuro utilizando sus recursos disponibles presentes y los previsibles. Podemos decir, por tanto, que sería aquello que la institución quiere para el futuro. El lugar dónde quiere estar, la situación que quiere tener o los fines que pretende. (párr.1,2).

Según lo detalla Anés (2023, p. 32) algunos de los objetivos del Hospital Dr. Luis Ortega consisten en:

- Brindar servicios sanitarios de excelente calidad enfocados en la atención humana.
- Facilitar una atención en sanidad completa.
- Mantener la participación multidisciplinaria del equipo sanitario en sus actividades y en sus labores de investigación.
- Ofrecer una atención médica, profesional para la mejora continua con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes.
- Aplicar principios éticos y una asignación justa de recursos en todas las actividades para una sostenibilidad adecuada.
- Generar participación, compromiso y motivación a la comunidad para alcanzar objetivos.

➤ Fomentar el desarrollo de actividades de capacitación en los espacios de la institución.

### **1.8 Tipos de Establecimiento de salud**

Según el Ministerio de Salud Pública de Santo Domingo, En su Guía de Diseño Arquitectónico para Establecimientos de Salud (2015) define que:

Los establecimientos de salud son instalaciones esenciales destinadas a proporcionar atención de salud con calidad y calidez. La obligatoriedad de cumplir adecuadamente con la atención de los usuarios tiene connotaciones técnicas, tecnológicas, administrativas y éticas; exigencias que se mantienen en todos los momentos y circunstancias. (párr.1).

El 8 de enero de 2020, se restablecieron en Venezuela los criterios para la clasificación de centros de salud de la Red de Atención Integral del Sistema Público nacional por parte del MPPS bajo la Gaceta Oficial Nro. 41.796, Resolución 001, Art. 32. En particular, el Capítulo IV, que abarca los artículos 31 al 43, habla de dos tipos de clasificación: hospitales generales y hospitales especializados, que a su vez se dividen en subclasificaciones. Los Hospital Generales son de tipo nacionales, estatales, regionales o municipales; de tal forma, que el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar entra en el nivel de Hospital General Estatal, brindando los servicios como los departamentos de Medicina Interna, Cirugía, Ginecobstetricia, Pediatría, Traumatología, Urología, Nefrología, Neumología, Psiquiatría, Emergencia (Adulto, Pediátrica y Obstétrica), Quirófanos (Electivos y de Emergencia), Consultas, Servicio de Radiología, Inmunización, Laboratorio, Banco de Sangre, Farmacia, Suministro, Comedor, Estacionamientos y pequeñas Cafetería.

### **1.9 Ubicación Geográfica**

Según Pérez y Gardey (2022) ubicación es el acto y el resultado de localizar: indicar o establecer la ubicación geográfica de algo o alguien. El término alude al emplazamiento en el espacio, definido a partir de distintas referencias. (parr.1).

Toro (2024) señala que el Hospital Dr. Luis Ortega se encuentra situado en la parte Este del estado Nueva Esparta en la ciudad de Porlamar, Municipio Mariño, Venezuela. Con relación a sus límites, por el Norte con la calle Milano, al Sur con la Av. 4 de mayo, al Este con la calle San Rafael y al Oeste con la Av. Llano Adentro. En cuanto a su entono el hospital,



formas de organización administrativa más eficaces que otras, pero toda organización posee una estructura organizacional que define sus jerarquías, sus procesos y sus flujos. (parr.2).

Por lo cual, esa estructura jerárquica facilita la organización o distribución del personal. El Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar se encuentra organizado o estructurado de la siguiente manera, según Anés (2023).

#### ***1.10.1 Dirección***

Se encarga de administrar, dirigir, coordinar y supervisar la institución, teniendo como objetivo principal brindarle a la población una atención médica de excelente calidad.

#### ***1.10.2 Sub-Dirección Administrativa***

Esta planifica, organiza, coordina, gestiona el estado financiero, se encarga de la distribución del presupuesto entre los centros de responsabilidad; como también garantizar una gestión eficiente.

#### ***1.10.3 Sub-Dirección Médica***

Esta dirección se encarga de la coordinación, funcionamiento y producción de los servicios médicos. También se ocupa de mejorar la calidad del servicio que ofrece el hospital.

#### ***1.10.4 Sub-Dirección de Ingeniería y Mantenimiento***

Garantiza el funcionamiento de los equipos, ambientes o sistemas de manera que el hospital siga produciendo y brindando servicios de forma continua; así como, la contratación de la obra pública necesaria para el fortalecimiento y desarrollo de las instalaciones físicas del centro de salud. Bajo su cargo se encuentra el área de mantenimiento de equipos e instalaciones médicas y servicios generales.

#### ***1.10.5 Sub-Dirección de Recursos Humanos***

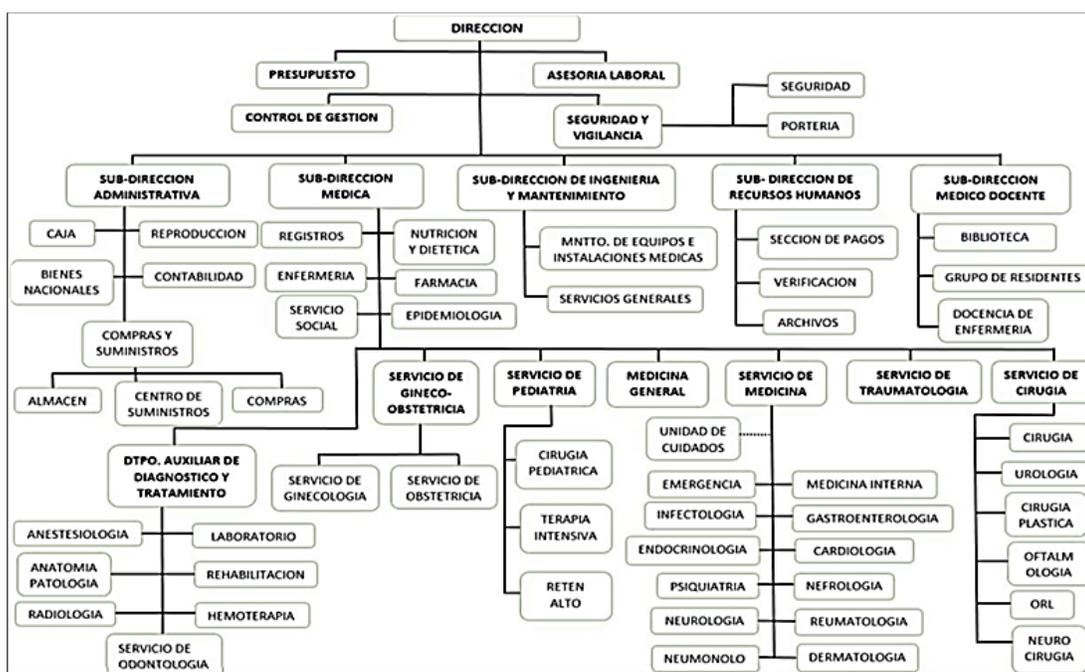
Es el encargado de elaborar, implementar y documentar el sistema de definiciones de puestos de trabajo o los cargos personales, igualmente se encarga de gestionar el ciclo laboral de los funcionarios (as); como el ingreso, atención, desarrollo.

### 1.10.6 Sub-Dirección Médica Docente

Se encarga de enseñar las diferentes actividades académicas, así como de planificar y evaluar. Este centro brinda a la formación de estudiantes de los últimos años en las carreras de Medicina y Enfermería; siendo parte de su formación profesional. El internado rotatorio de pregrado ayuda a la capacitación de estudiantes de diversas Universidades, entre ellas la Universidad Central de Venezuela (UCV), Universidad de Oriente (UDO), Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (UNERG) y la Universidad Nacional Experimental de la Fuerza Armada (UNEFA). (Ver Figura 2).

**Figura 2**

*Organigrama Estructural del Hospital Dr. Luis Ortega.*



Fuente: León (2024).

### 1.11 Operatividad de la Jefatura de Enfermería

Tejada (2021) considera que el Departamento de Enfermería es aquella "parte de la institución médica sanitaria o asistencial que presta un servicio de enfermería eficiente, eficaz y oportuno"; por lo que dicho departamento requiere de un profesional capacitado capaz de llevar el mando administrativo con el fin de planificar, organizar, dirigir y controlar la

participación de todo el personal de enfermería para que los cuidados brindados sean continuos, oportunos, eficaces, eficientes y libres de riesgos

La Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega está estructurado de la siguiente manera según Toro (2024).

#### ***1.11.1 jefe de Enfermería***

Es el encargado de organizar, supervisar y evaluar la labor que realiza el personal de enfermería, garantizando que ejercen su profesión con responsabilidad y eficacia para que los pacientes reciban una atención adecuada.

#### ***1.11.2 Secretaria***

Se encarga procesar textos médicos, cartas; archivar y recuperar los registros de los pacientes, citas, gestionar listas clínicas, realizar un trabajo de recepción y de atención de consultas telefónicas. Tanto de enfermería y de otros profesionales del servicio de salud.

#### ***1.11.3 Enfermero (a) Adjunto (a) Administrativo***

Administra la plantilla del personal de enfermería del Hospital Luis Ortega, realiza seguimientos a las actividades del cuidado de pacientes, la administración de medicamentos y equipos que maneja el personal, así como coordinar los procesos administrativos trabajando de la mano con recursos humanos.

#### ***1.11.4 Enfermera Adjunta Docente***

Se encarga de brindar el conocimiento en la formación profesional, la educación para la salud, capacitación y formación continua a nivel de licenciatura y técnico superior universitario a los estudiantes de Enfermería.

#### ***1.11.5 Enfermera Adjunta Asistencial***

Se encarga de la dirección y supervisión del grupo enfermero que atiende de forma directa a los pacientes.

#### ***1.11.6 Supervisor (a) de Enfermería***

Es una de las funciones principales de gestión, liderazgo, dirección y control que realiza la enfermera para mejorar las condiciones de trabajo y garantizar el logro de objetivos

organizacionales mediante el desarrollo de las potencialidades del supervisado, asimismo, asegura el abastecimiento de los insumos necesarios.

#### ***1.11.7 Coordinador (a) de Enfermería***

Se encarga de ejecutar tareas y planificar en conjunto al personal enfermero actividades relacionadas con la atención del paciente. También evalúa y orienta en cuanto a la atención del usuario, al personal del área, al nuevo empleado y al pasante de enfermería.

#### ***1.11.8 Enfermeras (os) asistenciales II y I***

Es un enfermero/a que ha adquirido competencia científico técnica para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto, y adulto mayor).

#### ***1.11.9 Camareras***

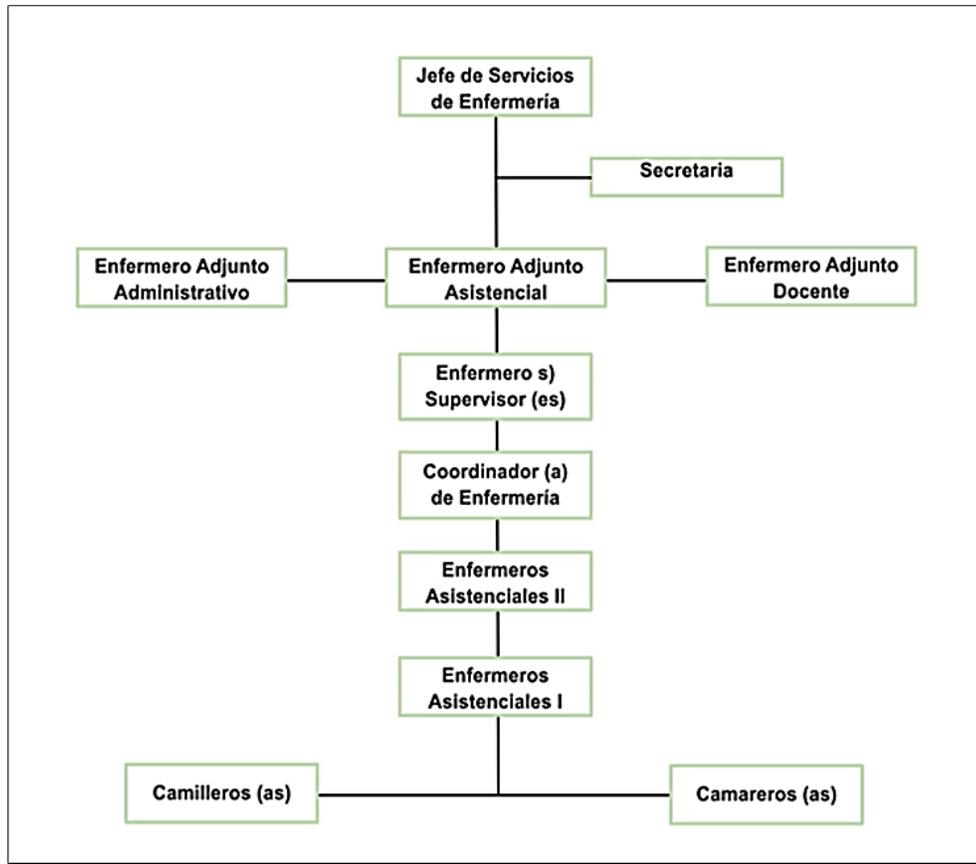
Son el personal encargado de la limpieza de las áreas físicas de los diferentes servicios.

#### ***1.11.10 Camilleros***

Se encarga de trasladar a los pacientes en camillas, silla de ruedas a los diferentes servicios intra y extra hospitalarios, desde las internaciones a diferentes consultorios, ambulancia, vehículos particulares, morgue, otros. También prestan ayuda al personal de enfermería. (Ver Figura 3).

### **Figura 3**

*Organigrama estructural de la Jefatura de Enfermería del Hospital Dr. Luis Ortega*



Fuente: León (2024).

### 1.12 Aproximación Diagnóstica

Díaz (2024) la aproximación diagnóstica es el primer acercamiento que permite evaluar la información mediante la obtención de elementos y aspectos que generan una respuesta. Es la que define el punto de partida de una realidad a modificar en los pasos que orientan el proceso de trabajo. (párr.1).

La aproximación diagnóstica permite identificar y definir con claridad los problemas o fenómenos en estudio, siendo clave para orientar la investigación y garantizar que se aborden las preguntas adecuadas. Este enfoque sitúa el problema en un marco más amplio, considerando factores sociales, económicos, culturales o ambientales que puedan influir en el fenómeno investigado. Además, facilita la recopilación de datos específicos y relevantes, necesarios para comprender a fondo el problema, incluyendo tanto información cuantitativa como cualitativa.

En este sentido se realizó una aproximación diagnóstica en el Hospital Dr. Luis Ortega en las áreas de Hospitalización y Emergencia; llevándose a cabo una entrevista aplicada a los profesionales de enfermería que laboraban en las áreas antes mencionadas. Como también se realizó una entrevista a los familiares y pacientes hospitalizados en dichas áreas.

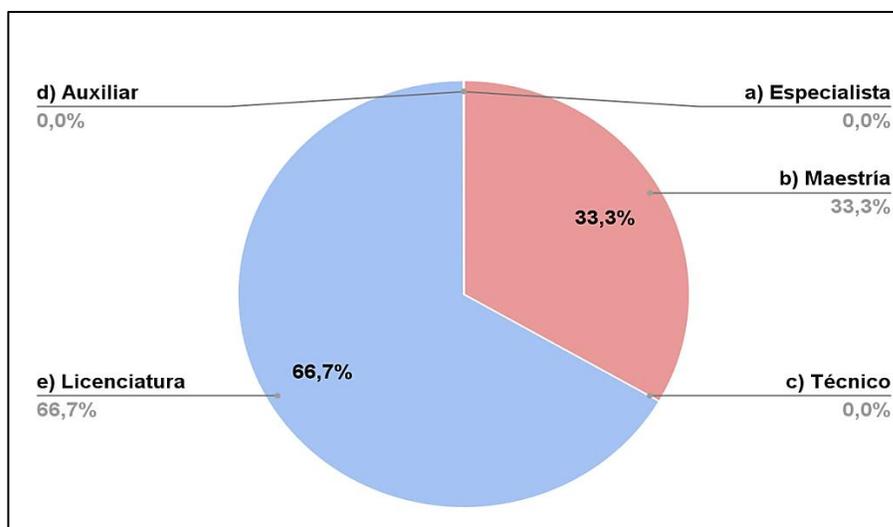
Para abordar este aspecto, se implementaron técnicas de recolección de datos como la observación participativa, la cual permite recopilar información mediante una descripción sistemática de los eventos observados en el escenario de estudio. Además, se consideró apropiado el uso de entrevistas, empleando cuestionarios aplicados directamente a los entrevistados, con la presencia del investigador para aclarar cualquier duda sobre la información proporcionada. Asimismo, el cuestionario incluía preguntas cerradas que ofrecían opciones de respuesta específicas a los participantes.

Asimismo, se utilizaron como instrumentos una grabadora de voz digital y un cuaderno de notas. Como resultado de la aplicación de los cuestionarios, se obtuvo un conjunto de datos que serán presentados a través de gráficas, acompañados del correspondiente análisis de los resultados.

***Entrevista a Licenciados de enfermería del área de Hospitalización y Emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega.***

**Figura 4**

*Nivel de Instrucción Académico Actual del Profesional de Enfermería.*

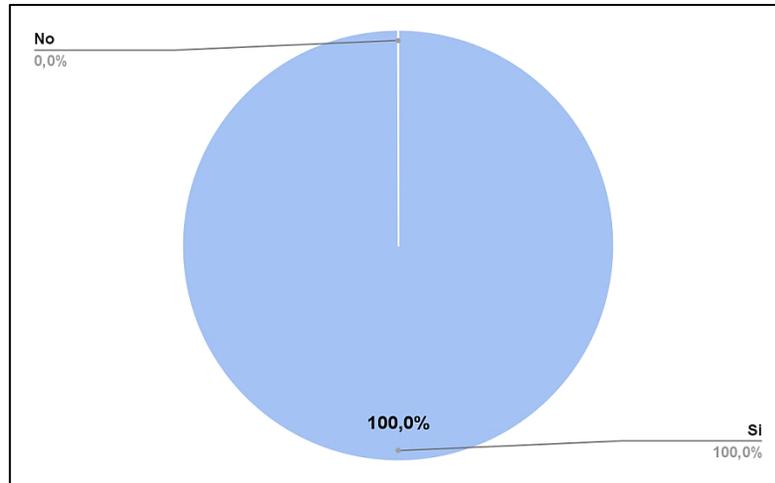


Con los datos obtenidos en la gráfica podemos evidenciar que el nivel de instrucción académica entre los profesionales de enfermería presenta una distribución significativa. Un 33,3 % de los licenciados en enfermería se encuentran actualmente cursando estudios de maestría, lo que indica un interés notable en la formación avanzada y el desarrollo de competencias especializadas. Por otro lado, el 66,7 % corresponde a licenciados en enfermería que, hasta el momento, no han iniciado estudios de maestría. Este grupo representa una mayoría que podría estar enfocada en consolidar sus habilidades y conocimientos adquiridos durante su formación académica inicial. (ver figura 4).

Estos resultados reflejan una diversidad en los niveles de formación académica y destacan el compromiso de un porcentaje significativo de profesionales por avanzar en su desarrollo profesional a través de estudios de posgrado. Además, sugieren una oportunidad para fomentar y apoyar la educación continua dentro del entorno hospitalario.

### **Figura 5**

*Capacitación o Entrenamiento del Personal de Enfermería para Ingresar al Área de Emergencia.*

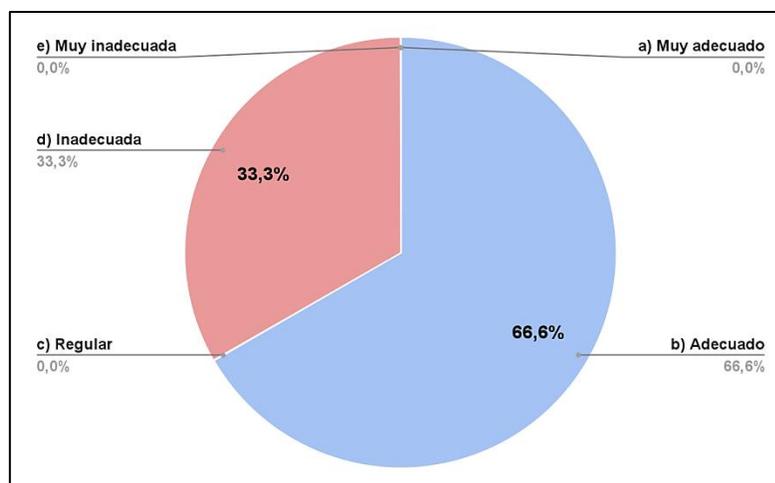


Según los profesionales de enfermería entrevistados indica que el 100,0 % afirmó recibir entrenamiento durante un período de dos (2) a tres (3) meses antes de ingresar al área de emergencia. Este proceso de preparación refleja una práctica enfocada en garantizar que el personal esté adecuadamente capacitado para manejar las exigencias propias de esta área crítica. (ver figura 5).

El período de entrenamiento mencionado permite al personal adquirir las competencias necesarias, adaptarse al ritmo del área de emergencia y familiarizarse con los protocolos específicos. Este enfoque formativo puede contribuir al fortalecimiento de la calidad del servicio y a la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales en un entorno de alta presión. La uniformidad en las respuestas sugiere que este mecanismo de capacitación es una estrategia establecida y bien implementada en el hospital.

**Figura 6**

*Calificación de la Distribución Actual del Personal de Enfermería en su Unidad.*



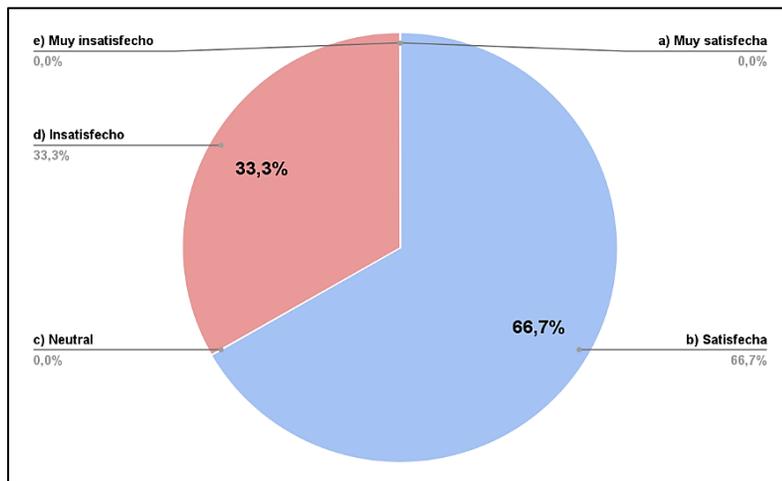
El 66,6 % del personal de enfermería entrevistado considera que la distribución actual de personal en su unidad es adecuada. Este grupo menciona que cuentan con equipos completos de dos (2) a cuatro (4) enfermeros, lo que facilita el cumplimiento de sus funciones. Además, en caso de que falte algún integrante, se les asigna un suplente desde la coordinación de enfermería, garantizando así un apoyo constante y eficiente.

Por otro lado, el 33,3 % del personal opina que la distribución es inadecuada. Este grupo destaca que, para ofrecer una atención óptima, debería haber dos (2) enfermeros por cada paciente o un (1) enfermero por cada dos (2) pacientes, en lugar de un (1) enfermero para doce (12) pacientes, como ocurre en algunas ocasiones. Estas observaciones evidencian preocupaciones respecto a la carga laboral y el tiempo que pueden dedicar a cada paciente. (ver figura 6).

En conjunto, los datos revelan un contraste en la percepción del personal sobre la distribución actual, subrayando la importancia de continuar evaluando y ajustando los recursos humanos en las unidades de atención para garantizar la calidad del cuidado y la satisfacción del equipo de trabajo.

**Figura 7**

*Nivel de Satisfacción con la Instrucción y Capacitación del Personal de Enfermería en la Unidad.*



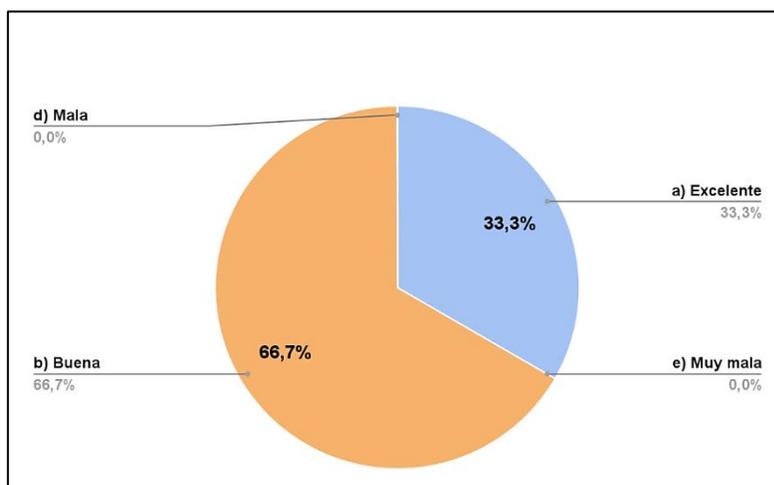
Del personal entrevistado el 66,7 % manifiesta estar satisfecho con la unidad en la que trabaja. Este grupo destaca que el equipo está compuesto por personal calificado, lo que facilita alcanzar los objetivos laborales. Asimismo, se menciona que, en caso de incorporarse nuevo personal, se les brinda una adecuada capacitación y entrenamiento, aunque generalmente quienes trabajan en esta área ya poseen varios años de experiencia.

Por otro lado, el 33,3 % del personal expresó insatisfacción. Este segmento considera que, aunque los enfermeros cumplen con sus responsabilidades, hay una necesidad de adquirir mayor conocimiento para optimizar su desempeño. Además, se señala que, con mejores oportunidades de desarrollo, podrían alcanzar un nivel de rendimiento aún más alto. (ver figura 7).

Este resultado refleja una satisfacción mayoritaria, pero pone de manifiesto la importancia de seguir fortaleciendo las competencias del personal de enfermería para garantizar un desempeño óptimo en todas las áreas.

**Figura 8**

*Calificación de la Relación y Comunicación del Profesional de Enfermería con sus Compañeros.*



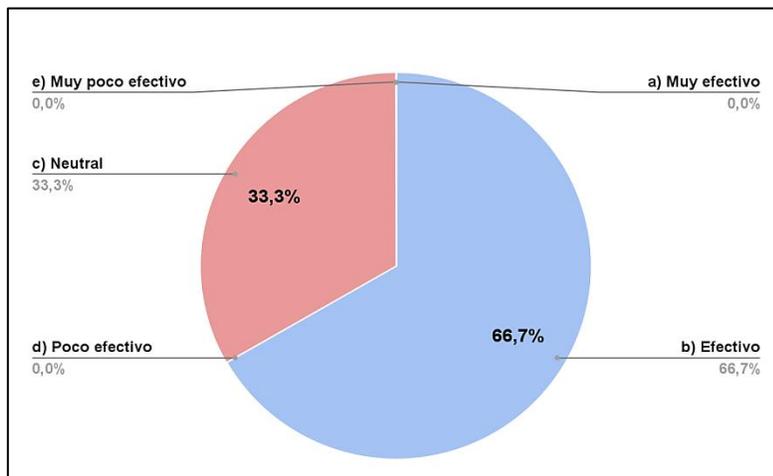
El 33,3 % del personal de enfermería entrevistado considera que la relación y comunicación con sus compañeros es excelente. Este grupo menciona que en las áreas de Emergencia Pediátrica y Terapia Intensiva Pediátrica prevalece un fuerte trabajo en equipo, el cual califican como una relación casi familiar. Destacan su unidad no solo en el ámbito laboral, sino también en lo personal y profesional, lo que refuerza el sentido de cohesión y apoyo mutuo.

Por otro lado, el 66,7 % del personal expresó que su relación y comunicación con sus compañeros es buena. Aunque reconocen la importancia de trabajar en equipo, señalan que cada miembro del grupo tiende a realizar su labor de manera independiente, lo que podría influir en la dinámica de cooperación. (ver figura 8).

Estos resultados reflejan una percepción positiva en general sobre la interacción entre los profesionales de enfermería, aunque también sugieren diferencias en la forma de colaborar y comunicarse en el entorno laboral. Esto resalta la relevancia de fomentar prácticas que fortalezcan aún más el trabajo en equipo para maximizar los beneficios de una colaboración efectiva.

## Figura 9

*El Sistema de Comunicación entre el Personal de Enfermería y Otros Profesionales de la Salud en su Área.*



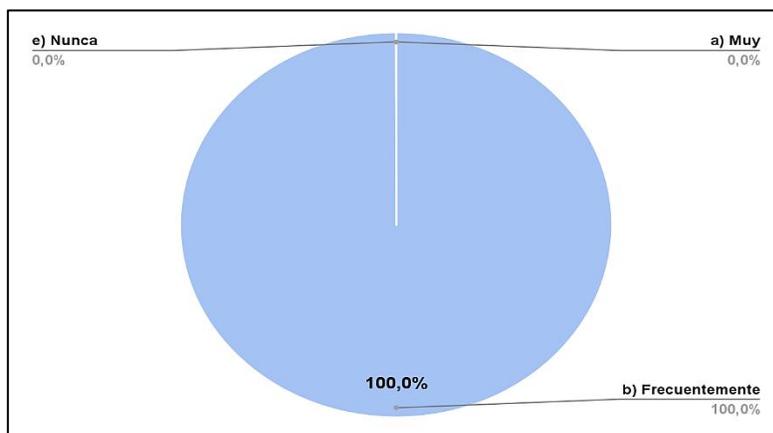
El 66,7% del personal entrevistado expresó que el sistema de comunicación entre el personal de enfermería con otros profesionales de la salud en el área es efectivo. Este grupo señala que la interacción verbal se realiza de manera óptima, lo que facilita el entendimiento y la colaboración en el ámbito laboral.

Por otro lado, el 33,3 % del personal describe la comunicación con otros miembros de la salud como neutral, considerándola adecuada, pero sin destacar aspectos sobresalientes. Esto podría indicar que, aunque la comunicación cumple su propósito, existe margen para mejorar en términos de interacción y coordinación. (ver figura 9).

Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer las estrategias de comunicación entre el personal de enfermería y otros profesionales de la salud, con el fin de optimizar el trabajo en equipo y garantizar una atención integral y eficiente.

## Figura 10

*Frecuencia de la Supervisión en el Servicio.*

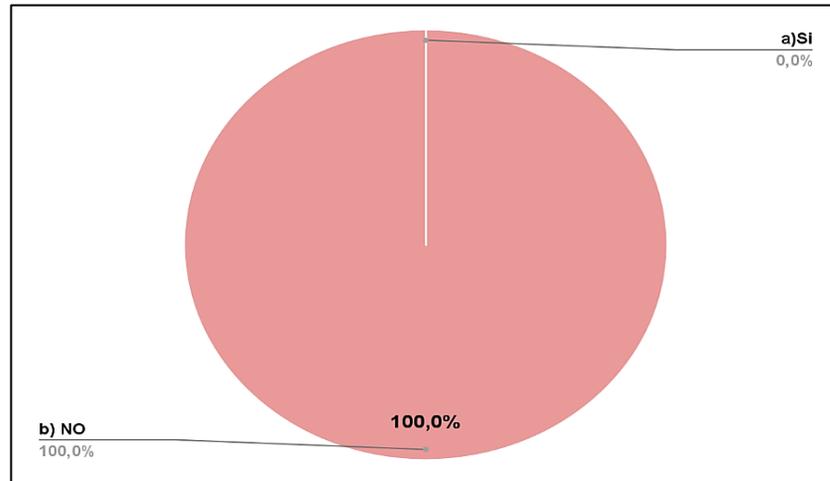


El 100,0 % del personal de enfermería entrevistado expresó que la supervisión en su servicio es frecuente. Según sus comentarios, los supervisores realizan visitas regulares al área para verificar si el personal necesita algo, evaluar cómo están desempeñando sus labores, identificar la cantidad de pacientes presentes y observar las condiciones en que se encuentran los pacientes. (ver figura 10).

Este enfoque de supervisión constante demuestra un interés en mantener un control adecuado de las actividades en el servicio, así como en ofrecer apoyo al personal cuando sea necesario. La frecuencia de estas supervisiones podría contribuir a una mejor organización, resolución de problemas en tiempo real y mantenimiento de un estándar de calidad en la atención ofrecida.

**Figura 11**

*Clase de Retroalimentación Recibida de la Supervisión para el personal de enfermería.*



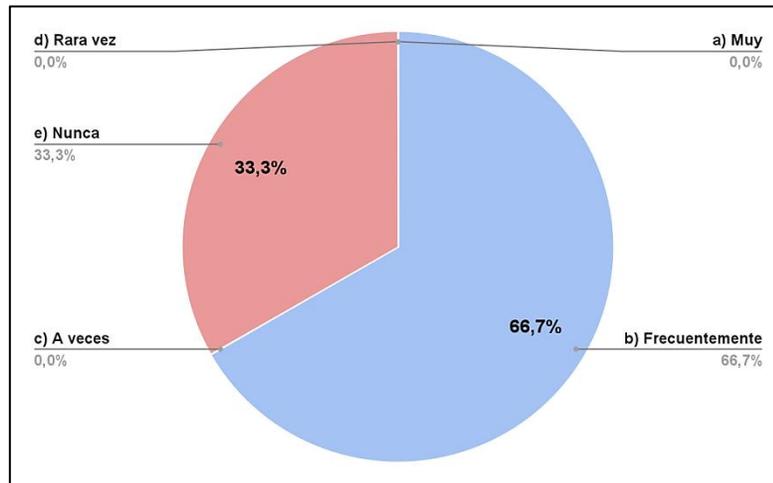
Según los profesionales de enfermería entrevistados, el 100,0 % expresó no recibir retroalimentación de parte de la supervisión. Este resultado pone en evidencia una ausencia de comunicación estructurada y efectiva entre los supervisores y el personal de enfermería, lo cual podría tener implicaciones en el desempeño laboral, el desarrollo profesional y en el ambiente de trabajo. (ver figura 11).

La falta de retroalimentación podría limitar el reconocimiento de logros, el mejoramiento de áreas específicas y el fortalecimiento de habilidades en el equipo de trabajo. Además, este aspecto puede influir en la motivación del personal y en la percepción que tienen sobre el apoyo de los líderes en sus roles.

Este hallazgo subraya la necesidad de implementar mecanismos de retroalimentación que permitan una interacción constructiva y continua entre el personal de enfermería y sus supervisores, con el objetivo de fomentar una comunicación más efectiva y un desarrollo profesional conjunto.

## Figura 12

*Frecuencia de Participación en Actividades de Capacitación en el Rol de Enfermero/a.*

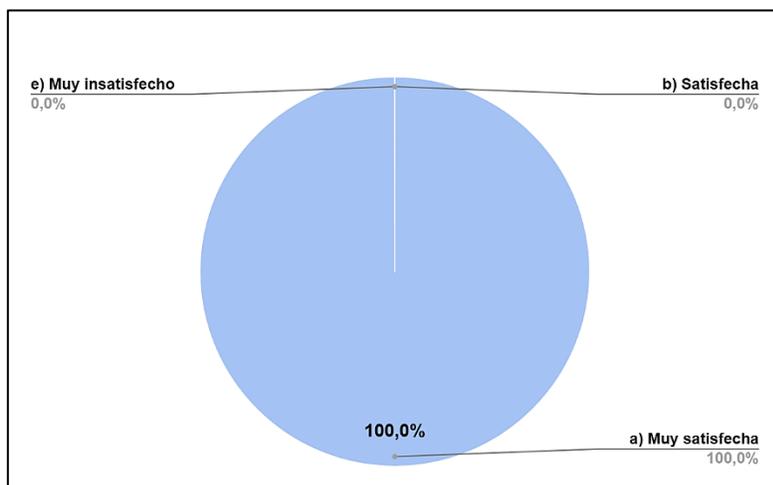


Se observa que el 66,7 % del personal de enfermería entrevistados indicó participar frecuentemente en actividades de capacitación. Además, este grupo destacó que actualmente están cursando estudios de postgrado, como instrumentista, y una maestría en el Hospital Dr. Luis Ortega, lo cual sugiere un interés significativo en el desarrollo profesional continuo. Por otro lado, el 33,3 % del personal expresó que ya consideran haber recibido suficiente formación y sentirse plenamente capacitados para desempeñar sus funciones. Este grupo resaltó que han recibido entrenamiento adecuado en su momento, lo cual los hace sentirse preparados como profesionales. (ver figura12).

En conjunto, los resultados reflejan una diversidad de enfoques frente a la formación continua, donde una mayoría busca perfeccionar sus habilidades y un grupo menor confía en la formación previa recibida para su ejercicio profesional. Esto puede evidenciar diferentes necesidades y perspectivas dentro del personal de enfermería en relación con su desarrollo profesional.

### Figura 13

*Nivel de Satisfacción al Trabajar en esta Área del Hospital.*

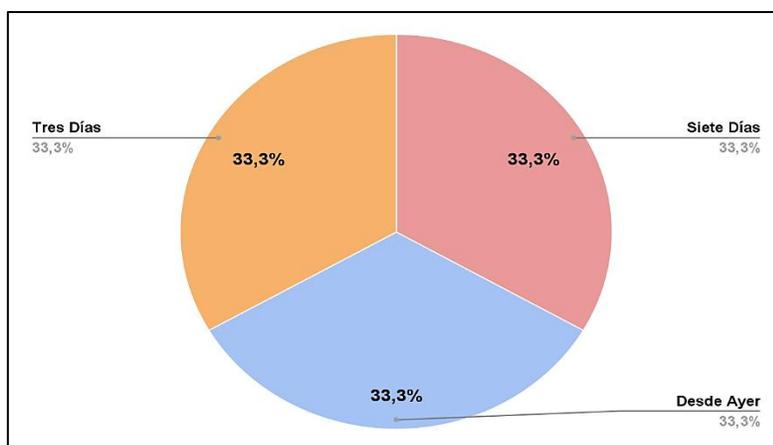


El 100,0% del personal de enfermería entrevistado expresó que se sienten muy satisfecho al trabajar en las áreas donde desempeñan sus funciones. Una licenciada comentó que siempre ha trabajado en el área de pediatría, calificándola como insustituible y destacando valores fundamentales como la organización y el respeto, los cuales considera esenciales en cualquier trabajo. Por otro lado, otro profesional de enfermería mencionó que disfruta de su labor y del servicio donde trabaja actualmente, le permite desarrollar mejor sus capacidades como profesional. Este nivel de satisfacción refleja un fuerte vínculo entre los enfermeros y las áreas donde trabajan, subrayando la importancia de un ambiente laboral que promueva respeto, organización y crecimiento profesional. (ver figura 13).

***Entrevista a Familiares presentes en las áreas de Hospitalización y Emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega.***

**Figura 14**

*Tiempo de Ingreso del Familiar en las áreas de Hospitalización y Emergencia Pediátrica del Hospital Dr. Luis Ortega.*



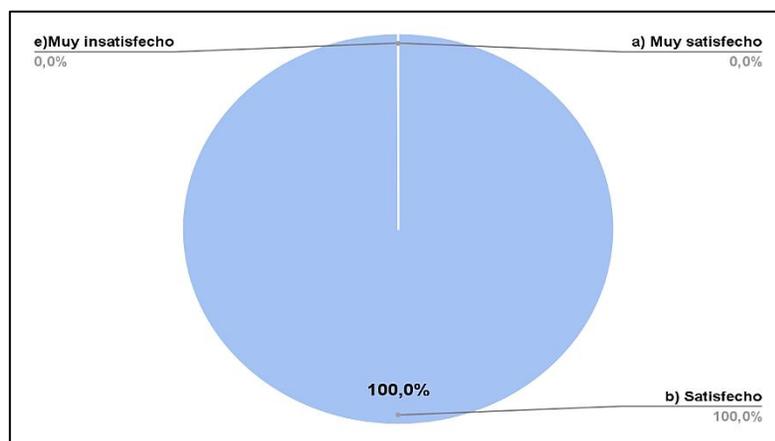
En relación con el tiempo de ingreso de los pacientes en distintas áreas hospitalarias, los datos revelan que un 33,3% de los familiares entrevistados en la emergencia pediátrica indicó que el período de ingreso de su hijo es de un (1) día. Este breve tiempo de estancia podría reflejar la naturaleza rápida y resolutive de los procedimientos en emergencias pediátricas, donde la evaluación y la estabilización del paciente se priorizan para permitir decisiones oportunas sobre el manejo clínico.

Por otro lado, en el área de hospitalización de adultos, los resultados muestran dos grupos distintos un 33,3% de los familiares informa que el tiempo de hospitalización de sus familiares es de aproximadamente siete (7) días, mientras que otro 33,3% indica que es de tres (3) días. Esta diferencia en la duración del ingreso podría estar relacionada con la variabilidad en la complejidad de las condiciones de salud de los pacientes adultos, las particularidades de los protocolos de alta o incluso la respuesta del paciente al tratamiento. Además, la existencia de estos dos grupos sugiere que el proceso de internación y recuperación en la población adulta es más heterogéneo, reflejando la diversidad de patologías y la necesidad de tratamientos individualizados. (ver figura 14).

En conclusión, los datos evidencian diferencias significativas en los tiempos de ingreso entre la atención pediátrica y la hospitalización de adultos, lo que resalta la importancia de estudiar en profundidad los factores que impactan en estos tiempos de internación. Este análisis puede contribuir al desarrollo de estrategias que optimicen los procedimientos en ambos contextos, mejorando así la experiencia y la calidad de atención de los pacientes.

### Figura 15

*Percepción de los Familiares sobre la Calidad de Atención del Personal de Enfermería en el Cuidado del Paciente.*

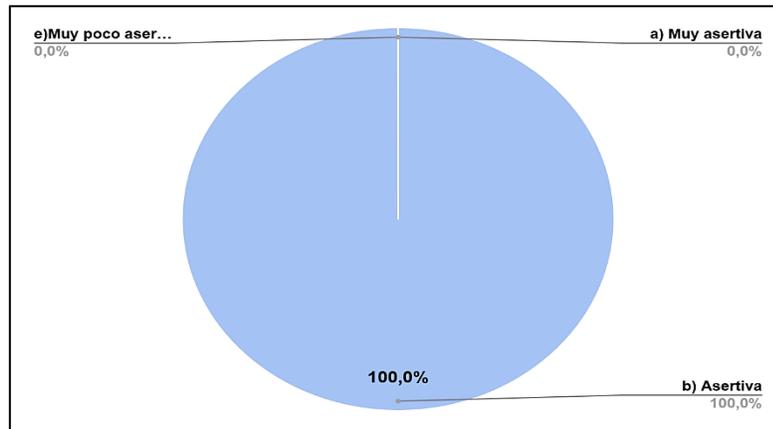


El 100,0 % de los familiares entrevistados expresaron que se encuentran satisfechos con la atención brindada por el personal de enfermería durante el cuidado de sus pacientes. Según los comentarios, los familiares consideran que el trato recibido ha sido excelente y destacan la profesionalidad del personal de enfermería. Señalan que los enfermeros han respondido de manera eficiente y oportuna cuando han requerido asistencia, lo que refuerza la percepción de un servicio humanizado. (ver figura 15).

Esta satisfacción absoluta pone de manifiesto la importancia de la labor del personal de enfermería como un pilar fundamental en la experiencia de atención hospitalaria. Además, refleja el impacto positivo que tiene la actitud, el profesionalismo y la dedicación del personal sobre la percepción de los familiares en momentos de vulnerabilidad y necesidad. Este nivel de satisfacción sugiere un estándar elevado en los servicios de enfermería ofrecidos, representando un punto fuerte en la calidad del sistema de atención sanitaria.

**Figura 16**

*Asertividad en la Comunicación del Personal de Enfermería ante Preguntas y Preocupaciones de los Familiares.*

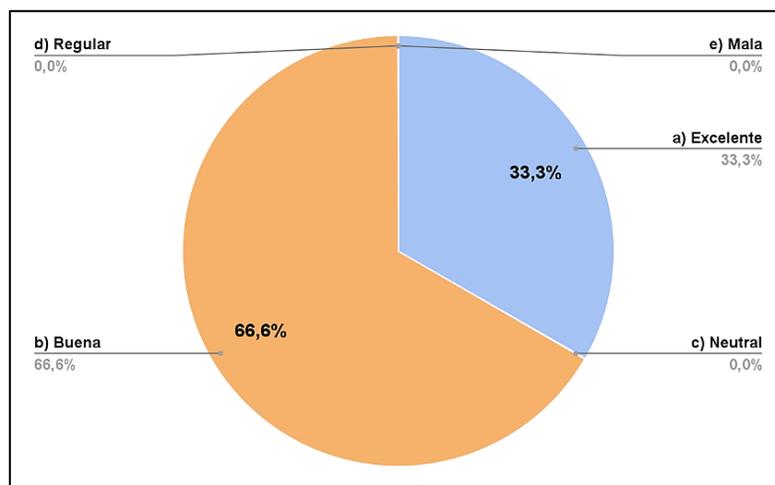


El 100,0 % de los familiares entrevistados expresaron que la comunicación con el personal de enfermería es asertiva. Resaltaron la existencia de un buen enlace entre el paciente, el personal de enfermería y los familiares, lo cual fomenta una interacción efectiva y confiable. Según sus comentarios, ante las dudas o inquietudes que surgen, el personal de enfermería proporciona explicaciones claras y comprensibles, contribuyendo así a disipar cualquier confusión. Este enfoque comunicativo se percibe como cercano y profesional, lo que refuerza la confianza de los familiares en el equipo de salud. (ver figura 16).

Este nivel de satisfacción refleja una alta calidad en la interacción del personal de enfermería, evidenciando su capacidad no solo para atender las necesidades clínicas, sino también para abordar las preocupaciones de los familiares de manera empática y detallada. Esto resalta el papel fundamental de la comunicación efectiva en la percepción global de los servicios de salud y en la satisfacción de quienes interactúan directamente con el sistema hospitalario.

**Figura 17**

*Valoración de la Atención de Salud Brindada por el Personal de Enfermería al Familiar.*



Los resultados de las entrevistas reflejan una percepción positiva hacia la atención de salud proporcionada por el personal de enfermería. El 33,3% de los familiares encuestados calificaron la atención como "excelente", aunque señalaron una diferencia notable en la calidad de atención brindada por el personal médico, considerada menos satisfactoria. Este contraste podría indicar que el personal de enfermería sobresale en aspectos relacionados con el trato directo y humanizado hacia los pacientes y sus familias.

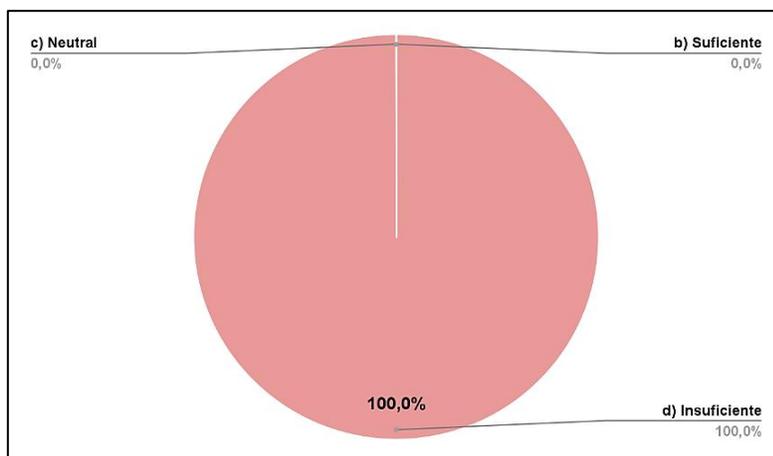
Por otro lado, el 66,6% de los entrevistados describieron la atención como "buena" y destacaron la disposición y profesionalismo no solo del personal de enfermería, sino también de las estudiantes en formación. Este reconocimiento subraya la labor integral del equipo de enfermería y la capacidad de las futuras profesionales para contribuir positivamente al cuidado de los pacientes. Los comentarios adicionales de los familiares refuerzan esta percepción, al resaltar que procedimientos complejos, como la extracción de sangre, se realizan de manera eficiente y con menor incomodidad para los pacientes en comparación con experiencias en otros centros de salud. (ver figura 17).

Estas observaciones resaltan el papel fundamental del personal de enfermería en la experiencia hospitalaria y sugieren que su desempeño es un punto fuerte en la calidad de la

atención sanitaria. No obstante, las críticas hacia el servicio médico podrían señalar áreas de mejora en la interacción o en la percepción de los procesos médicos por parte de los familiares. Este contraste invita a una evaluación más profunda para equilibrar la experiencia en ambas áreas y fortalecer la calidad del sistema hospitalario en su conjunto.

### Figura 18

*Percepción de los familiares sobre la cantidad de enfermeros atendiendo por turnos.*



El 100,0 % de los familiares entrevistados percibe como insuficiente la cantidad de enfermeros que atienden por turno. Señalan una marcada carencia de personal de enfermería, comparando negativamente la situación actual con la de seis años atrás, donde se contaba con una mayor disponibilidad de profesionales. Este comentario sugiere una posible disminución en la dotación del personal de enfermería con el paso del tiempo, lo que podría estar afectando la calidad y la capacidad de respuesta en la atención. (ver figura 18).

Adicionalmente, los familiares mencionan que la participación de estudiantes en formación mejora significativamente la percepción de la atención, ya que amplía la capacidad del equipo de enfermería para responder a las demandas de cuidado. Sin embargo, destacan que, en ausencia de estas estudiantes, el número de enfermeros por turno se reduce a dos (2) o (3) tres, y en ocasiones ni siquiera están todos presentes, lo que acentúa la problemática de insuficiencia de personal.

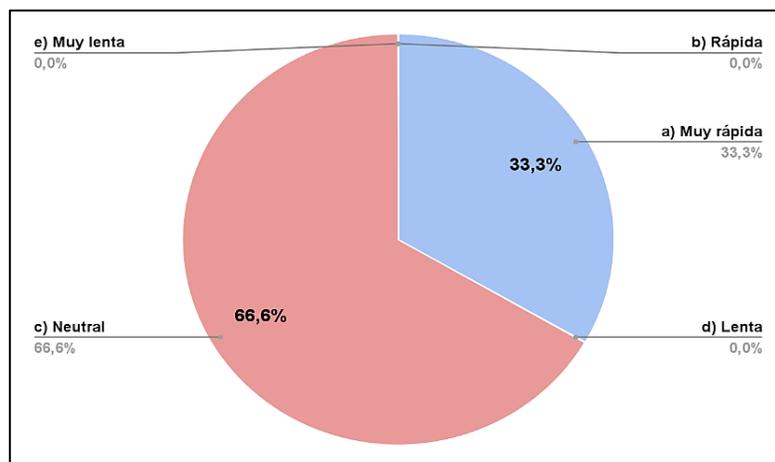
Este escenario plantea la necesidad de evaluar y fortalecer las estrategias de contratación y formación de personal de enfermería para garantizar una adecuada cobertura y calidad en la atención hospitalaria. La percepción expresada por los familiares subraya la

importancia de contar con un número suficiente de profesionales para atender las necesidades de los pacientes de manera eficiente y oportuna. Además, la inclusión de estudiantes parece ser un recurso valioso que podría considerarse como apoyo complementario para aliviar la carga laboral del personal titular, especialmente en contextos de alta demanda.

***Entrevista a Pacientes hospitalizados en las áreas de Hospitalización y Emergencia del Hospital Dr. Luis Ortega.***

**Figura 19**

*Evaluación de la Rapidez en la Atención Brindada por el Personal de Enfermería desde la Perspectiva de los Pacientes.*



Los datos obtenidos reflejan que un 33,3% de los pacientes entrevistados percibieron la atención brindada por el personal de enfermería como muy rápida. Este grupo destaca la eficiencia en el tiempo de respuesta, lo que podría interpretarse como un aspecto positivo del servicio en situaciones específicas que requerían prontitud y agilidad en el cuidado.

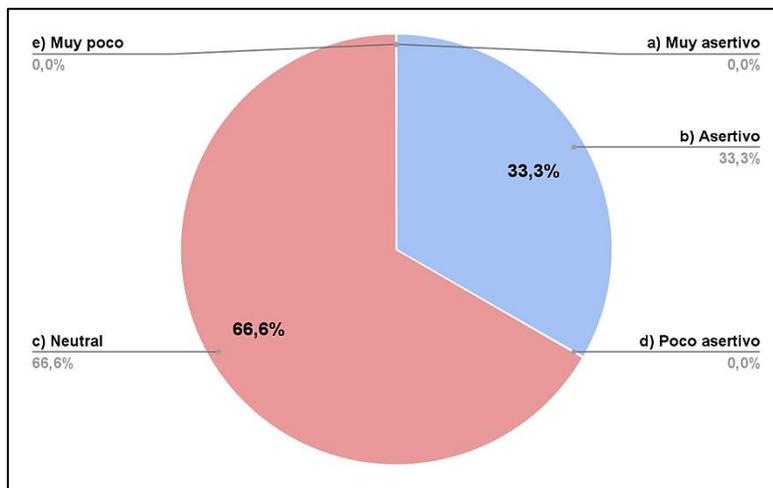
Por otro lado, el 66,6% de los pacientes calificaron la rapidez de la atención como neutral. Esto sugiere que, si bien la atención no fue percibida como lenta, tampoco destacó por su velocidad. Esta percepción podría estar influida por las expectativas individuales de los pacientes, la carga laboral del personal de enfermería en determinados turnos, o la complejidad de los procedimientos realizados. (ver figura19).

En conjunto, estos resultados evidencian diversidad en la experiencia de los pacientes respecto a la rapidez de la atención. Identificar los factores que contribuyen a estas

percepciones podría ser útil para optimizar los tiempos de respuesta y mejorar la satisfacción general. Además, los hallazgos invitan a considerar estrategias que permitan estandarizar la eficiencia en todos los turnos, asegurando una percepción más homogénea entre los pacientes.

### Figura 20

*Asertividad en la Comunicación y Cuidados del Personal de Enfermería durante la Estancia Hospitalaria.*



Los datos recopilados muestran que un 33,3% de los pacientes entrevistados calificaron la comunicación y los cuidados brindados por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria como asertivos. Este grupo destacó la capacidad del personal de enfermería para establecer interacciones claras, efectivas y empáticas, lo cual favoreció su experiencia hospitalaria y contribuyó a una percepción positiva de la atención recibida.

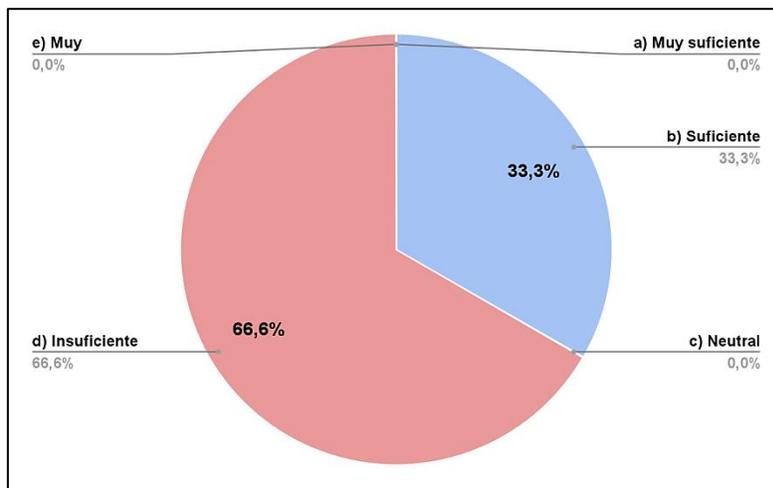
En contraste, el 66,6% de los pacientes expresó que la comunicación y los cuidados fueron percibidos como neutrales. Esta valoración podría deberse a diversos factores, como expectativas no satisfechas, interacciones más impersonales o una percepción de que el servicio brindado cumplió con los estándares mínimos, pero sin destacar en aspectos como la cercanía o la empatía. (ver figura 20).

En general, estos resultados sugieren que, aunque una parte significativa de los pacientes reconoce el asertividad en la comunicación y los cuidados, existe una mayoría que percibe oportunidades de mejora en estos aspectos. Para garantizar una experiencia más consistente y plenamente satisfactoria, podría ser beneficioso implementar estrategias de

capacitación orientadas al fortalecimiento de habilidades comunicativas y al enfoque humanizado en la atención, priorizando una conexión más estrecha y empática con los pacientes.

### Figura 21

*Evaluación de la Suficiencia del Número de Enfermeras en Relación con la Cantidad de Pacientes por Turno.*



Los datos recopilados reflejan que solo el 33,3% de los pacientes entrevistados consideraron que el número de enfermeras en relación con la cantidad de pacientes por turno es suficiente y adecuado para las áreas hospitalarias evaluadas. Este grupo expresó satisfacción al percibir que los recursos humanos disponibles eran acordes a la carga de trabajo en dichos turnos.

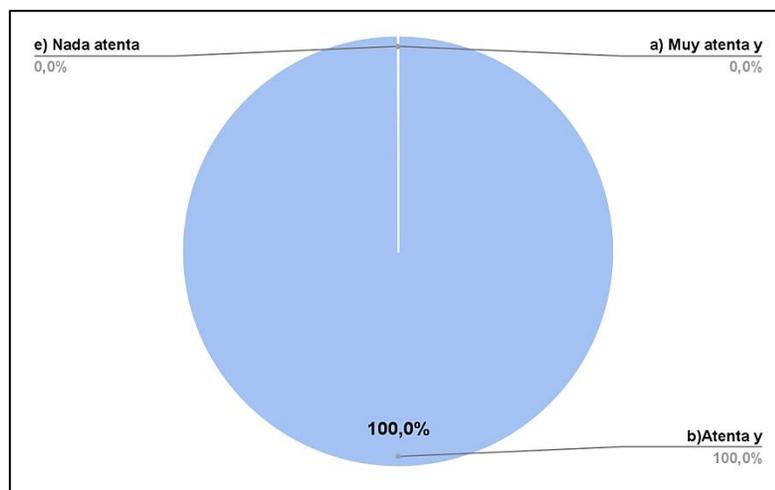
Sin embargo, el 66,6% de los pacientes expresó una percepción opuesta, calificando el número de enfermeras por turno como insuficiente. Entre los comentarios proporcionados, se destacó que, en ocasiones, un solo enfermero es responsable de atender a hasta 12 pacientes. Este dato puntualiza una situación que podría generar una sobrecarga laboral significativa y, en consecuencia, afectar la calidad y oportunidad de la atención. (ver figura 21).

En general, este contraste en las percepciones pone de manifiesto una posible disparidad entre la cantidad de personal de enfermería disponible y las necesidades reales de los pacientes en determinados turnos. Este aspecto subraya la importancia de realizar un análisis más profundo de las necesidades de personal en función de la cantidad y la

complejidad de los pacientes, con el fin de garantizar una atención equitativa, eficiente y de alta calidad. Además, la implementación de estrategias para equilibrar la carga laboral podría ser clave para mejorar la percepción de suficiencia del equipo de enfermería.

## Figura 22

*Percepción de los Pacientes sobre la Atención Brindada por el Personal de Enfermería en Relación al Tiempo de Respuesta.*



El 100% de los pacientes entrevistados evaluaron de manera altamente positiva la atención brindada por el personal de enfermería en términos de tiempo, describiéndola como atenta y oportuna. Según sus testimonios, el personal demostró estar constantemente al pendiente de las necesidades de los pacientes, respondiendo con rapidez y asegurando puntualidad en la administración de tratamientos y cuidados esenciales. (ver figura 22).

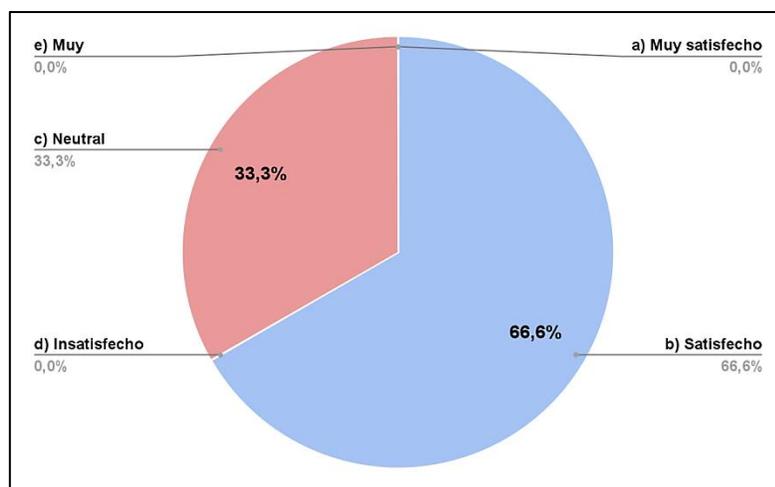
Adicionalmente, algunos pacientes destacaron el excelente desempeño de una enfermera en particular, quien brindó una atención excepcional y se mostró especialmente colaborativa, contribuyendo significativamente a mejorar su experiencia durante la estancia hospitalaria. Este nivel de compromiso y profesionalismo fue valorado como un factor clave para garantizar no solo la calidad del cuidado, sino también un ambiente de confianza y tranquilidad para los pacientes.

En resumen, la percepción general de los pacientes subraya la importancia del enfoque puntual y humanizado del personal de enfermería, consolidándolos como un pilar fundamental en la atención hospitalaria de calidad. Este nivel de satisfacción reafirma la relevancia de

continuar fortaleciendo estas prácticas para mantener altos estándares de servicio y cuidado en el entorno hospitalario.

### Figura 23

*Nivel de Satisfacción de los Pacientes sobre la Atención del Personal de Enfermería Durante la Estadía en la Unidad.*



El 66,6% de los pacientes entrevistados expresaron que se encuentran satisfecho con la atención brindada por el personal de enfermería durante su estadía en la unidad. Entre los comentarios destacados, se menciona que el personal cumple con su labor de manera adecuada, proporcionando una atención calificada como muy buena. Además, algunos pacientes señalaron que este nivel de servicio representa una mejora significativa en comparación con experiencias previas, reflejando avances positivos en la calidad de la atención.

Por otro lado, el 33,3% de los pacientes expresó una valoración neutral respecto a la atención recibida. Esta percepción podría estar relacionada con expectativas individuales o con experiencias que, aunque no fueron negativas, tampoco destacaron como excepcionales. (ver figura 23).

En resumen, la mayoría de los pacientes entrevistados valoró de manera positiva la atención del personal de enfermería, resaltando su desempeño y profesionalismo. No obstante, la presencia de opiniones neutrales sugiere oportunidades para continuar fortaleciendo la

calidad y la consistencia en el servicio, garantizando una experiencia satisfactoria para todos los pacientes.

## **CAPÍTULO II**

### **PRESENTACIÓN DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL (UTIN) DEL HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA**

En el presente capítulo se desarrollará la reseña histórica, importancia, ubicación, descripción, recursos o talento humano, misión, visión, objetivos, funciones, actividades y tareas del equipo enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal perteneciente al Hospital Dr. Luis Ortega. tomando como referencia a Gómez, (2020); Hernández, (2021); López, (2024), Silva, (2024).

#### **2.1 Reseña Histórica**

Conaway (2024) explica que una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es una sección de un hospital o centro de atención médica que proporciona atención a pacientes con problemas de salud potencialmente mortales. Estos pacientes necesitan monitoreo y tratamiento constantes, lo cual puede incluir soporte para las funciones vitales. Los tipos comunes de equipos usados en la UCI incluyen monitores cardíacos, ventilación mecánica, sondas de alimentación, vías intravenosas, drenajes y catéteres. La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) también se puede denominar unidad de terapia intensiva o unidad de atención crítica. (párr.1). Puede dividirse en Adulto, Pediátrico, Neonatal.

Es decir, la UCI es un área del hospital que presta una atención especializada a los pacientes que se encuentran en un estado muy delicado de salud, donde se les brinda monitoreo constante, tratamiento intensivo, atención médica, cuidados de enfermería.

La siguiente investigación se realizó en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega; la organización funcionamiento y personal adscrito a esta unidad será desarrollado a continuación, según López (2024) y silva (2024).

Para el año 1989, el hospital Luis ortega de Porlamar, dentro de sus instalaciones no se contaba con el servicio de neonatología, pero lo que si tenía era un servicio de retén patológico y un retén de alto riesgo, donde se le brindaba atención a recién nacidos que requerían mayor cuidado y padecían de infecciones. El promedio de nonatos atendidos en esas

dos (2) áreas era aproximadamente de sesenta (60) recién nacidos, pero no contaban con equipos para ofrecer los cuidados intensivos que éstos ameritaban. Sólo disponían de lámparas de fototerapia, el recurso humano también era escaso y se disponía únicamente con la Dra. Cecilia Rojas para el turno de la mañana, la Dra. Darvelys Linares para el turno de la tarde, y una o dos auxiliares de enfermería por turno. Por tal motivo, se propone a las autoridades comenzar con la preparación de una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UTIN) en el que se brindará atención y cuidados a aquellos neonatos que requerían soporte vital, ventilación mecánica y mayor cuidado especializado.

En lo consiguiente, el propósito de esta propuesta planteada es demostrar la alta tasa de morbimortalidad que se presentaba por la falta de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que contara con equipos y recurso humano especializado en este tipo de atención, la Dra. Cecilia Rojas, comenzó con un registro manual de los recién nacidos que ingresaban a estos servicios, ya que la institución no contaba. En el manual se detallan datos como: fecha de ingreso, diagnóstico, edad gestacional, nombre de la madre y fecha de egreso. Para llevar a cabo este nuevo método que consistía en registrar datos estadísticos, se ejecutó un trabajo difícil porque no era una práctica común en el servicio, las enfermeras en conjunto con la Dra. Cecilia Rojas, quienes lograron concientizar sobre la importancia de su aplicación.

Al respecto, el número de pacientes que ameritaba de cuidados intensivos era muy elevado, no obstante, el primer ingreso fue un paciente producto de una cesárea segmentaria llevada a cabo en quirófano, valorada por la Dra. Cecilia Rojas quien observa signos de cianosis y decide un requerimiento de soporte ventilatorio de inmediato, necesiándose con carácter de urgencia un equipo respirador del servicio de pediatría que nunca se le había puesto en funcionamiento. En visto a la necesidad la Dra. Cecilia Rojas, se decide su utilización y conectar al paciente a dicho equipo conocido como Borge P200. También era indispensable la monitorización de los signos vitales para evaluar la evolución del paciente, de igual manera se busca un monitor en el área de quirófano. Se ingresa al paciente con un diagnóstico de una Neumonía Cognata, siendo este el punto de partida para la implementación de cuidados intensivos neonatal en el Hospital “Dr. Luis Ortega”.

En el año 1991, se llevaron a cabo conversaciones con una organización no gubernamental, conocida como el Club de Leones, para lograr la recaudación de fondos para

los recién nacidos, por el cual se forma un comité llamado “Comité de ayuda al RN” encargado de ejecutar las primeras jornadas para recaudar fondos para los equipos de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Con ayuda de este equipo se realizó un teleradio maratón, obteniendo un total de cuatro millones de bolívares (Bs 4.000.000) como fondo, los cuales fueron destinados para la compra de los primeros equipos de cuidados intensivos: una (1) mesa ojayo, un (1) oxímetro, un densitómetro (1), algunos oxihood, entre otras cosas. Debido a otras recaudaciones se logró la obtención de otros equipos como kits de cirugía menor para la realización de cateterismo y otros procedimientos clínicos.

En ese mismo año ocurre un conjunto de cambios en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, como resultado se observa la diferenciación de las clases sociales y por estos motivos el Colegio de Médicos comienza un movimiento donde se realizaron discusiones y marchas planteando que toda persona, niño y recién nacido recibieran la misma atención sin discriminaciones.

Luego, la comisión de damas del Ministerio de Relaciones Interiores de Caracas, visita al Hospital Dr. Luis Ortega, debido a un artículo publicado en un periódico nacional que trataba sobre la alta tasa de mortalidad neonatal en el Estado Nueva Esparta. La visita fue realizada con el propósito de ofrecer donativos para estos servicios. En menos de un mes hicieron llegar el segundo equipo de ventilación mecánica. De igual forma, las recaudaciones del “Comité de ayuda al RN” continuaban haciéndose y a través de éstas se logró adquirir el primer equipo de Dinamant para cuantificar la tensión arterial.

Debido a la falta de conocimiento del personal enfermero sobre los Cuidados Intensivos Neonatal, se establece la profesionalización de enfermería a nivel de Licenciatura y Técnico Superior Universitario por un sistema modular ejercido por el Colegio Universitario Cecilio Acosta a través del Programa BAUXE (programa dirigido a profesionalizar a los Bachilleres Auxiliares de Enfermería), que consistía en clases presenciales solo los fines de semana en las instalaciones de la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta. Para desarrollar los conocimientos prácticos sobre los Cuidados Intensivos Neonatal por parte de enfermería. La licenciada Stella León quien había ejercido su labor como enfermera en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Llanito y la Maternidad Concepción Palacios de

Caracas pide su traslado al Hospital “Dr. Luis Ortega” y da inicio a cursos prácticos sobre cómo realizar los diferentes cuidados y procedimientos de Cuidados Intensivos Neonatal.

Luego la Dra. Edith de Yacono, Jefe del Servicio de Pediatría, designa a la Dra. Cecilia Rojas, encargada de la atención del área de neonatología, situación que dio impulso a la elaboración de recaudos dirigidos al IVSS para la remodelación de dicho servicio y su diferenciación como unidad independiente. De igual forma, se incorporan la Dra. Diana Balochi, seguidamente la Dra. Miroslava Cova, el Dr. Luis Guevara, la Dra. Dorys Squeo, la Dra. Michel Mendoza, la Dra. Francys Zabaleta y la Dra. Isaina Fermín. Al pasar los años la estructura de este servicio se fue deteriorando, considerándose como un ambiente no apto para la estadía de los recién nacidos.

En el año 2000, las autoridades del Seguro Social decidieron intervenir y realizar una inspección de las instalaciones, surgiendo la aprobación de un presupuesto por parte del presidente regente de dicha entidad el Gral. Jesús Mantilla presidente del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, realiza la remodelación del espacio físico propio de la unidad de neonatología. Luego de su ejecución comienza a vislumbrarse la unidad de neonatología y su reestructuración para brindar servicio de cuidados intensivos, cuidados intermedios, retén de alto riesgo y una sala de lactancia y docencia. Asimismo, se concedió el servicio con nuevos equipos de ventilación Newport, monitores de signos vitales y otros equipos especializados.

En el año 2004 comenzó la ejecución del proyecto y se percibe con éxito la reestructuración de la unidad de neonatología, incluyendo una UTIN, que se divide en dos (2) salas denominadas A y B, con una capacidad de seis (6) cupos cada una, con una disponibilidad total de doce (12) cupos. Mas adelante se remodela uno de los anteriores espacios, y queda constituida como la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), destinada a la administración de tratamiento, recuperación de peso, en caso de bebés prematuros y vigilancia de las constantes vitales del recién nacido que se encontraban en terapia intensiva fueron trasladados a esta área; una Unidad de Alto riesgo (ARO) dirigida a bebés con procesos infecciosos o sospechas de los mismos, contando con una disponibilidad de seis (6) incubadoras y veinte (20) cunas.

No obstante, las remodelaciones se incluyeron, un área de alojamiento conjunto donde se encuentran los recién nacidos sanos con sus madres donde reciben lactancia materna y por

último la sala de parto en quirófano y sala de parto básico, esta brindar una atención inmediata a los recién nacidos previo al nacimiento en el cual se toman conductas acerca de su estado de salud. Además de ello, el servicio recibió una importante dotación de incubadoras de última generación, nuevos equipos de ventilación Newport, monitores de signos vitales y otros equipos especializados.

El año 2016, por lo tanto, el mantenimiento a la estructura física de la UTIN, por ende, se decide inhabilitar el área, donde se traslada a los espacios de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN). En el 22 diciembre del año 2019 se ubicaba en el espacio físico de origen.

Resumiendo, en el año 2023, las áreas UTIN, UCIN y ARO, se hallaron totalmente operativas y funcionales, para continuar ofreciendo una atención necesaria que requieren los recién nacidos de más alto cuidado. En el año actual 2024, el área de ARO se encuentra ubicada en conjunto con el área de UCIN, y debido a la pandemia se han tomado las medidas estrictas de higiene y bioseguridad y restricción de las visitas de los padres, pero que se pueden realizar bajo las medidas estrictas de higiene y bioseguridad, informándoles a los padres los equipos de protección utilizando (batas, gorros, tabocas y cubre botas), para evitar los riesgos de contagio del Covid-19 o cualquier otro virus.

## **2.2 Importancia y Justificación**

Según Templado (2024) una unidad clínica es el resultado del trabajo coordinado e interdisciplinario entre varias especialidades sanitarias para intervenir una enfermedad o problema de salud concreto. (párr.5)

La UCI, según la OMS, es un componente crucial de la atención médica moderna. Está diseñada para atender a pacientes en estado crítico que requieren cuidados intensivos, como aquellos que han sufrido traumatismos graves, cirugías complejas, enfermedades graves o problemas respiratorios agudos.

Silva (2024) señala la importancia y justificación de una unidad clínica en un establecimiento de salud se basa en la necesidad de proporcionar una atención médica especializada y eficiente para mejorar los resultados de salud de los pacientes.

Cabe destacar, que la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, tiene una gran relevancia como institución pública de salud, debido a que representa para el Estado Nueva Esparta un espacio acondicionado para atender con celeridad y valores a los recién nacidos, garantizando su seguridad, recuperación y la mejoría en cuanto a sus pronósticos y asimismo, evitar las secuelas de patologías graves. Resumiendo lo planteado, existen distintas razones o motivos que sustentan su funcionamiento pleno como parte significativa de los servicios gratuitos garantizados por el Estado venezolano como responsable de velar por el cumplimiento del derecho a la salud (Gómez, 2020 y León, 2022).

### **2.3 Ubicación y Descripción**

La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal de acuerdo según Narváez y Bermúdez (2021) UTIN se encuentra ubicada en el Hospital Dr. Luis Ortega, específicamente en el 1er piso, cerca de la hospitalización del servicio de Ginecoobstetricia “A” y se encuentra conformado por las siguientes áreas:

#### ***2.3.1 Estar de enfermería***

Es un área que ofrece atención especializada y un ambiente adecuado para la relación enfermera, paciente y familia. Es un espacio está diseñado para que el personal de enfermería realice sus actividades de trabajo relacionadas con la atención de los pacientes y sus familias.

#### ***2.3.2 Sala de tratamiento***

Una sala de tratamiento es un espacio en el hospital donde se preparan los medicamentos que van a recibir los pacientes. En esta sala se pueden realizar la hidratación parenteral (HP), nutrición parenteral parcial (NPP) o nutrición parenteral total (NPT) que sea indicado en la ordenes médicas.

#### ***2.3.3 Faena limpia***

Esta área es donde se preparan o realizan los procedimientos médicos y almacenamiento de los materiales estériles, para evitar las infecciones en los neonatos que se encuentran en la unidad de terapia.

### ***2.3.4 Faena sucia***

Es el lugar donde se descontamina el material contaminado y se mantiene el material sucio y corto-punzante que ha sido utilizado, que tienen un mayor riesgo de propagar infecciones o contaminar el área o a los pacientes.

### ***2.3.5 Almacén***

Es un espacio físico para el almacenaje de bienes como materiales, equipos y suministros que son necesarios para el funcionamiento de la unidad.

### ***2.3.6 Cuarto de descanso***

También conocido como lugar de reposo para el personal de salud tienen con la finalidad que haya una interacción entre compañeros de trabajo, Otro objetivo del área de descanso es que los profesionales hagan una pausa para agarrar un segundo aire y su ritmo y producción aumente y así puedan cumplir con su labor diario.

### ***2.3.7 Baño***

Este espacio es destinado para que por un lado el personal profesional, realicen su aseo, es decir, limpien su cuerpo, laven su cara, dientes, cabellos y por el otro para que realicen las pertinentes evacuaciones de sus necesidades fisiológicas. Este espacio debe estar equipado con las comodidades necesarias para garantizar la limpieza y la higiene del personal que labora en la unidad, este debe contar con duchas, lavabos, toallas y productos de limpieza adecuados, y que se encuentre ubicado en un área cercana a la sala de tratamiento para facilitar el acceso.

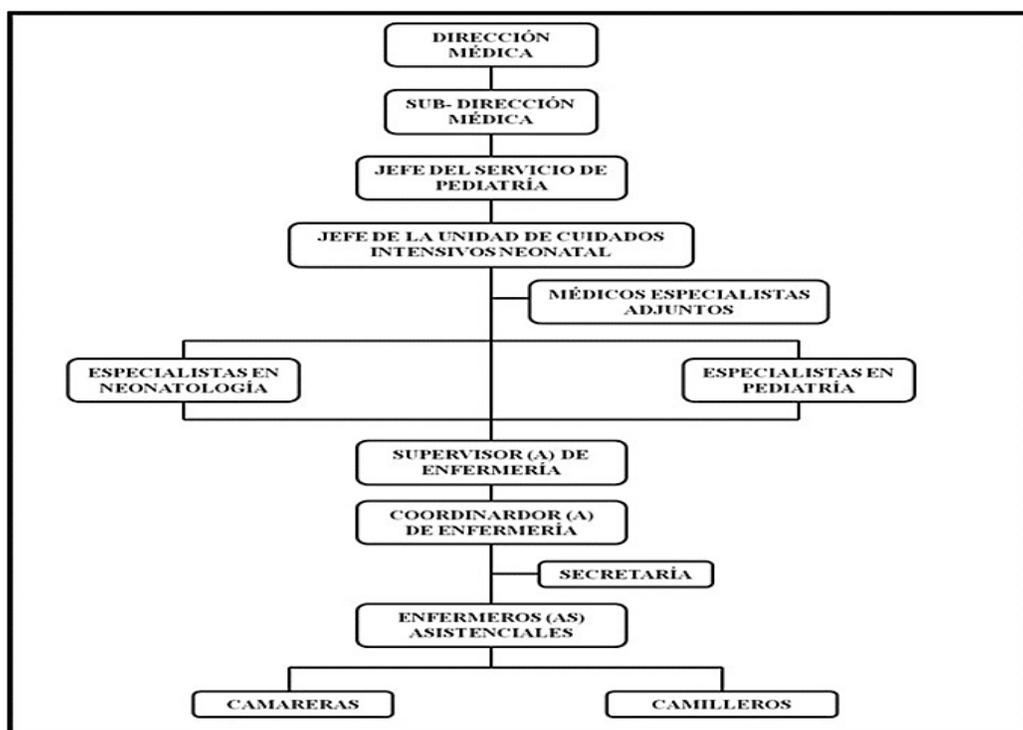
## **2.4 Recurso y/o talento humano**

Según la Revista Sanitaria de Investigación (2023) define que los recursos humanos en salud, tienen varias funciones, como contratar, incorporar, fomentar, apoyar y garantizar el cumplimiento de las normas y políticas de los profesionales de la salud. además, se encargan de la educación y el trabajo en salud, así como de las diversas formas de intervención para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios. (párr.1). El talento humano es indispensable en una organización.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del hospital Luis Ortega dispone de un recurso humano conformado por cinco (5) especialistas de Neonatología y cinco (5) pediatras de Neonatología, cinco (5) pediatras Residentes de Neonatología dos (2) intensivistas. En cuanto a enfermería el área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal cuenta con un turno de 24 horas donde trabajan diecinueve (19) enfermeras, dividiéndolo en tres (3) enfermeras por grupo y un grupo de cuatro (4). En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal también se cuenta con el apoyo de tres (3) camarera y (1) camillero.

**Figura 24**

*Organigrama estructural de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr.*



Luis Ortega a.

Fuente: López (2024)

2.5 Misión n

S

egún

la revista Economía Planificada (2023) la misión es un concepto que se refiere a un objetivo o propósito específico que se busca alcanzar. La misión se refiere a la razón de ser de una institución, es decir, su propósito fundamental y su contribución a la sociedad. (párr.1).

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del hospital Dr. Luis Ortega, con miras fortalecer el área, tiene como misión brindar atención a los recién nacidos prematuros con patologías que requieren cuidados especializados y bajos criterios establecidos, con

incubadoras, ventiladores, de alta frecuencia, monitores entre otros equipos, además cuenta con un gran equipo de especialistas Neonatólogos, Pediatras, enfermeras especializadas que aportan un increíble desempeño. (Gómez, 2020).

## **2.6 Visión**

Según Papaqui (2020) la Unidad de Cuidados Intensivos tiene como visión proporcionar cuidado de enfermería de la más alta calidad al recién nacido en estado crítico, implementando la práctica basada en la evidencia; contando con la infraestructura y tecnología especializada, que genere la confianza en la población que demanda la atención integral, de profesionales con profundo sentido ético. (párr.10).

La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr. Luis Ortega tiene como visión ser una unidad altamente especializada en la atención oportuna de todos los neonatos que requieran de cuidados intensivos. Para ello, se cuenta con los mejores equipos de monitoreo y soporte vital que brindan seguridad y confianza a los familiares para una atención efectiva, de calidad y con calidez humana. De igual manera, ofrece un trato digno y cordial, tanto al paciente como a la familia, garantizándole el derecho a la vida y a la salud de forma gratuita, sin ninguna discriminación. También proporciona cuidados óptimos siempre apegados a las normas y procedimientos por medio de un equipo de salud capacitado en el área que permitan la resolución de las necesidades (Martínez, 2020).

## **2.7 Objetivo**

Según Clínica universidad de navarra (2023) el objetivo principal de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es estabilizar la condición del paciente, mantener y restaurar las funciones vitales, prevenir y tratar las complicaciones y proporcionar un entorno seguro y controlado para el manejo de casos críticos. (párr.2).

La Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega tiene como objetivo principal, brindar una atención integral y especializada al neonato que se encuentre en estado crítico y necesite de un monitoreo continuo y soporte vital, así como también, garantiza una adecuada atención a través de un equipo de salud altamente ético con conocimientos científicos y capacitado en el área, identificando y satisfaciendo las

necesidades derivadas de los problemas de salud del RN con la prevención de complicaciones, reduciendo así la morbilidad neonatal. (Narváez y Bermúdez, 2021).

## **2.8 Funciones, Actividades y Tareas del equipo de Enfermería**

Para brindar una atención adecuada al recién nacido y aplicar el Proceso de Enfermería, es necesario realizar diversas funciones, actividades y tareas que aseguren la prestación de cuidados especializados y de alta calidad, siempre con un trato digno y humano tanto para el paciente como para su familia. Esto garantiza en todo momento el derecho a la vida y a la salud. A continuación, se detallan las funciones, actividades y tareas que lleva a cabo el equipo de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) del Hospital Luis Ortega de Porlamar.

### **2.8.1 Funciones**

Torres et al (2019) definen las funciones de enfermería como las acciones en las que un enfermero se puede desempeñar y que se derivan de su formación académica y sus propias habilidades que en su conjunto permite un desarrollo profesional óptimo y que pueden combinarse para el logro ciertos objetivos. Estas funciones son el soporte para que se pueda aplicar el proceso enfermero, el cual se describe a continuación:

#### **Enfermera Coordinadoras**

- Determinar las actividades y coordinar con el personal de enfermería la planificación del plan de atención al usuario.
- Supervisar la atención al usuario y realizar las observaciones necesarias.
- Participar en la revista de enfermería y médica.
- Elaborar, junto con el Jefe de la Unidad, el plan de actividades para todo el personal a su cargo.
- Mantener reuniones periódicas con el personal.
- Sostener entrevistas escritas con el personal, observando su desempeño laboral y comportamiento personal, así como reconocer verbalmente y por escrito el trabajo realizado.
- Recibir y entregar la Unidad clínica, así como a los usuarios que se encuentran en ella.

## **Enfermera II**

- Recibir y entregar el turno, revisando los ingresos y egresos, así como asegurándose de la valoración inicial del paciente.
- Verificar el estado general del paciente y el material utilizado en la Unidad.
- Supervisar las actividades de enfermería relacionadas con la atención al paciente.
- Asegurar el uso adecuado de los recursos de la Unidad.
- Determinar la carga de trabajo del personal de la Unidad para garantizar un desempeño, eficiencia y seguridad óptimos.
- Gestionar las actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipos de la Unidad.

## **Enfermera I**

- Recibir y entregar el turno, revisando los ingresos y egresos, y verificando la valoración inicial del paciente.
- Participar en las rondas de enfermería y médicas, informando sobre las condiciones y cambios observados.
- Administrar tratamientos terapéuticos según las indicaciones del equipo médico
- Asegurar y mantener la higiene y el confort del entorno del paciente.
- Gestionar el control de equipos y materiales del servicio, así como los medicamentos administrados.

### **2.8.2 Actividades**

Según la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la secretaria Salud (2005) las actividades son acciones específicas que se realizan para operar una intervención, por tanto, cada actividad de enfermería se convierte en una acción concreta, necesaria para llevar a la práctica una intervención, a través de una serie de actividades. (p.7).

Estas actividades están orientadas a lograr las funciones y objetivos establecidos en el proceso de atención de enfermería, con el propósito de mantener y mejorar la salud y atender

las necesidades que se encuentren alteradas. A continuación, se detallan las actividades principales de enfermería:

#### **Actividades Asistenciales.**

Evaluación y manejo de neonatos, de 0 a 28 días de vida, provenientes de ámbitos hospitalarios o extra hospitalarios, que presentan patologías críticas y requieren monitoreo intensivo debido al riesgo para su vida.

#### **Actividades Docentes.**

➤ Colaborar en la formación de los residentes del Postgrado de Puericultura, Pediatría y Neonatología a través de la participación en el programa de docentes en curso.

➤ Colaborar en la implementación del programa docente previsto para los residentes que realizan su rotación en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatal.

➤ Diseñar e implementar proyectos y programas destinados a la formación del personal médico y de enfermería en el área de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatal.

#### **Actividades Administrativa.**

➤ Organización y supervisión de las actividades asistenciales, docentes e investigativas que se realizarán en la unidad.

➤ Asegurar la adecuada provisión de equipamiento para la Unidad.

➤ Coordinar el mantenimiento y la conservación de las instalaciones y equipos de la Unidad.

#### **2.8.3 Tareas**

➤ Llevar a cabo la admisión y la entrega de pacientes en el área clínica, asegurando un trato humano y personalizado, en concordancia con los valores éticos y humanísticos.

➤ Fomentar la relación entre el personal de enfermería, los pacientes y sus familias, siguiendo las normas básicas de cortesía y asegurando un trato amable y una atención humanizada.

➤ Proporcionar todos los cuidados necesarios de higiene y confort para el recién nacido.

➤ Preparación y administración de soluciones para Hidratación Parenteral, Nutrición Parenteral Parcial o Total.

➤ Preparar y suministrar los medicamentos prescritos según las órdenes médicas.

➤ Realizar canalización de vías periféricas, la extracción de muestras de sangre para análisis de laboratorio y medición de glicemia capilar, medición de la densidad de la orina.

➤ Instruir y educar a la madre sobre los cuidados del recién nacido y la adecuada lactancia materna.

➤ Llevar a cabo el cambio postural, la oxigenoterapia y la fototerapia en el recién nacido.

## CAPÍTULO III

### MARCO TEÓRICO Y METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIO DE CASO

El presente capítulo desarrolla el contenido teórico metodológico que se utilizó para la investigación del caso clínico objeto en estudio, del neonato de sexo femenino con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, Ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar; el mismo fue abordado utilizando un enfoque cuali-cuantitativo que nos permitió realizar recopilación de datos mediante entrevistas y distintas técnicas de investigación; como la observación participante y el informante clave. Este capítulo incluye el marco metodológico, marco legal, marco referencial, marco teórico de la patología del caso clínico, marco teórico y marco metodológico de la investigación aplicado al caso clínico.

#### 3.1 Marco Metodológico de la Investigación

Según Sampieri (2014) el marco metodológico de la investigación es el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se siguen para llevar a cabo una investigación. Es la tutorial que nos permite obtener resultados confiables y válidos en nuestros estudios. Además, Sampieri destaca la importancia de la rigurosidad y la ética en la investigación, garantizando la validez y la confiabilidad de los resultados obtenidos. (párr.2). Cabe agregar que la metodología de la investigación juega un papel importante en el desarrollo de estudios y proyectos.

Este estudio permitió profundizar la patología del caso clínico que tiene como objetivo aplicar un proceso enfermero a un paciente con diagnóstico médico de sepsis neonatal de inicio temprano. Metodológicamente, la investigación se llevó a cabo en el Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, específicamente en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), donde el paciente se encontraba ingresado. Utilizando el método científico, se tomaron decisiones inclusivas que aseguraron el bienestar del paciente.

##### 3.1.1 Enfoque Cualitativo.

Según señala Barrantes (2014) el enfoque cualitativo de investigación se enmarca en el paradigma científico naturalista, también es denominado naturalista-humanista o

interpretativo, y cuyo interés “se centra en el estudio de los significados de las acciones humanas y de la vida social” (p. 82). La investigación cualitativa es un enfoque que se centra en comprender y explorar fenómenos sociales y humanos desde una perspectiva cualitativa.

Por otro lado, Hernández (2014) define el enfoque cuantitativo como un conjunto de procesos rigurosamente ordenados, que parte de una idea de investigación que ya ha sido acotada y por lo tanto delimitada, de ello derivan los objetivos, preguntas y problemas de investigación, así pues; lo que sigue es hacer la lectura de la bibliografía correspondiente y con base en lo leído se redacta el marco teórico. De las preguntas de investigación se plantean las hipótesis y se establecen sus variables, las cuales serán sometidas a un método que permita medirlas y los datos obtenidos serán analizados a través de estadísticos que permitirán dar una conclusión determinada de los resultados.

De acuerdo con Guerrero et al (2018) el enfoque cuali- cuantitativo se define como un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y análisis de datos cuantitativo y cualitativos. Además, como la integración y discusión conjunta de datos para realizar inferencias producto de toda la información obtenida y lograr un mayor entendimiento del fenómeno en estudio (p.2).

Esta investigación es cuali-cuantitativa, ya que integra ambos enfoques. Por un lado, el método cualitativo permite comprender la vida social del sujeto del caso en estudio, basándose en evidencias que orientan hacia una descripción detallada de la patología. Por otro lado, el enfoque cuantitativo incluye datos medibles que respaldan y enriquecen la comprensión del fenómeno estudiado. La combinación de ambos enfoques proporciona una comprensión más completa y profunda del caso clínico, al explorar tanto las experiencias subjetivas como los aspectos cuantificables y objetivos del mismo.

### ***3.1.2 Métodos de la investigación: Investigación Acción Participante y Estudio de Caso.***

Según Zapata y Vidal (2016. pag.7) plantean que la Investigación Acción Participativa (IAP) también llamada Investigación Participativa (IP) o Investigación Acción (IA) hace referencia a un conjunto de corrientes y aproximaciones a la investigación que tienen en común tres pilares:

- **Investigación:** creencia en el valor y el poder del conocimiento y el respeto hacia sus distintas expresiones y maneras de producirlo.
- **Participación:** enfatizando los valores democráticos y el derecho a que las personas controlen sus propias situaciones y destacando la importancia de una relación horizontal entre los investigadores y los miembros de una comunidad.
- **Acción:** como búsqueda de un cambio que mejore la situación de la comunidad involucrada.

Es decir, la investigación acción participativa es una metodología que presenta unas características específicas que la distinguen de otras opciones bajo el enfoque cualitativo; entre las características podemos señalar la manera como se aborda el objeto de estudio, el propósito, los diversos procedimientos que se desarrollan y los logros que se desean alcanzar.

Para (Simons, 2009, citado por Ocampo, 2021, párr.6) define el estudio de caso como una investigación exhaustiva y desde múltiples perspectivas de la complejidad y unicidad de un determinado proyecto, política, institución, programa o sistema en un contexto real. Se basa en la investigación, integra diferentes métodos y se guía por las pruebas; la finalidad primordial es generar una comprensión exhaustiva de un tema determinado. Es decir, el estudio de caso es una metodología que comprende la investigación detallada y se enfoca en la interpretación, experiencias y también en la profundidad de un caso.

Esta investigación se basa en el método acción participante y estudio de caso, dado a que el investigador se integró en el área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega; para ejecutar sus prácticas académicas en donde se eligió un paciente como objeto de estudio del caso clínico, que permitió evidenciar, recolectar información y adquiriendo conocimiento del personal de enfermería, para poder evaluar la evolución del paciente y así buscar soluciones para el cuidado del neonato.

### ***3.1.3 Tipo de Estudio: Descriptivo.***

Arias (2006) define que la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio, en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere. (p.24). en otro sentido

el estudio descriptivo es un tipo de investigación que describe de manera detallada las características de un fenómeno.

En la presente investigación, se describen los hechos importantes de la historia y evolución clínica del paciente en estudio, desde el inicio de la patología hasta la finalización, del mismo modo se describe la estructura organizativa del Hospital Dr. Luis Ortega y la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) donde se llevó a cabo la hospitalización y recuperación del paciente. Así mismo se describe también la experiencia del investigador durante sus prácticas y todo el proceso enfermero que se le brindó al neonato objeto de estudio.

### ***3.1.4 Diseño de Estudio: Documental y de Campo***

Por otro lado, Ávila (2006) comenta que “la investigación documental es una técnica que permite obtener documentos nuevos en los que es posible describir, explicar, analizar, comparar, criticar entre otras actividades intelectuales, un tema o asunto, mediante el análisis de fuentes de información” (p. 50). Esto deja claro que investigar no es sólo “copiar y pegar”, sino que requiere una serie de operaciones mentales lógicas y críticas, cuya finalidad última será la construcción de conocimiento, por lo tanto, requerirá tener objetivos precisos y un orden claro, pues forma parte de un proceso mayor de investigación. (párr.11).

Para Palella y Martins (2010, citado por Villegas, 2019, párr.2) define que la investigación de campo consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su ambiente natural. El investigador no manipula variables debido a que esto hace perder el ambiente de naturalidad en el cual se manifiesta.

Para el presente trabajo se utilizó la investigación documental; mediante la recolección de información de los diferentes trabajos de grados y apoyada en la revisión de la historia médica del paciente. También se manejó el estudio de campo para recolectar datos a través de entrevistas realizadas a los familiares del neonato de objeto de estudio durante la espera en la sala de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega.

### ***3.1.5 Técnicas e Instrumentos de la Investigación***

Según Cobo (2023) las técnicas e instrumentos de investigación son los procedimientos o formas de obtener los datos del tema en estudio. Se apoya en las herramientas para recopilar, organizar, analizar, examinar y presentar la información encontrada. (párr.6).

Gayubas (2025) plantea que las técnicas de investigación son el conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos utilizados para obtener información y conocimiento. Se emplean de acuerdo con los protocolos establecidos en una metodología de investigación determinada. (párr.3).

Cabe agregar que para Márquez (2023) los instrumentos de investigación son herramientas necesarias en la recopilación de datos y tecnología más utilizadas en la investigación científica. Estos instrumentos se utilizan para registrar datos observables y representar verdaderamente la definición de variable que tienen los investigadores. (párr.1).

Los tipos de instrumentos de investigación son herramientas que se utilizan para recopilar información y datos en un proceso de investigación. Estos instrumentos son fundamentales para obtener resultados confiables y válidos, se pueden mencionar los principales tipos de instrumentos utilizados son la observación, cuestionarios, las entrevistas. (párr.4). Para continuar, se presentan las técnicas y los instrumentos de recolección de datos que se aplicaron en la investigación del caso clínico.

**3.1.5.1 Observación Participante.** Según Miñan (2024) la observación participante se define como un enfoque en el que el investigador se integra en el grupo o situación que se está estudiando, adoptando un papel activo y participando en las actividades que se están observando. Esto permite al investigador obtener una perspectiva más cercana y detallada de la situación, ya que puede interactuar con los participantes y recopilar datos de primera mano. (párr.3). En otras palabras, el objetivo principal de la observación participante es la integración del investigador en el entorno del área donde se va realizar el estudio, con el propósito de recolectar información para identificar los problemas y comprender a profundidad la situación de las necesidades encontradas.

En el caso objeto de estudio de esta investigación, se aplicará la técnica observación participante con el propósito de recolectar información referente a las condiciones, el tratamiento e información acerca de la evolución del paciente, Al igual que la conducta y el comportamiento de los progenitores, del personal de salud de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr. Luis Ortega. Del mismo modo ayudo en el desarrollo de la aproximación diagnóstica.

**3.1.5.2 Entrevista.** Para Diaz et al (2013) la entrevista es una técnica de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos; se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar. Es un instrumento técnico que adopta la forma de un diálogo coloquial. (p.163). En otras palabras, es una técnica con la cual el investigador pretende obtener información de una forma personalizada. La información se relacionará con el entorno, los acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona tales como creencias, actitudes, opiniones o valores en relación con la situación que se está estudiando.

Esta técnica hace referencia a la experiencia adquirida en las prácticas académicas ejecutadas en el Hospital Dr. Luis Ortega en el servicio de la Unidad de Terapia Intensiva, la entrevista fue aplicada al personal de enfermería, a la madre y al padre del neonato objeto de estudio de la investigación que estaban presente en el área de espera, para recolectar información sobre los aspectos de la vida del mismo que son importantes para la historia clínica, la valoración del proceso enfermero. En la entrevista se utilizaron dos instrumentos de gran ayuda para la recolección de datos como una grabadora y un cuaderno de apuntes.

**3.1.5.3 Informante Clave.** Según Martín (2009) define que los informantes claves son aquellas personas que, por sus vivencias, capacidad de empatizar y relaciones que tienen en el campo pueden apadrinar al investigador convirtiéndose en una fuente importante de información a la vez que le va abriendo el acceso a otras personas y a nuevos escenarios. (p.1). En otras palabras, se refiere a que son sujetos que poseen información relevante sobre un tema en específico y que pueden proporcionar datos valiosos para una investigación.

Para la presente investigación los informantes claves que proporcionaron información para el estudio del caso clínico, fue las enfermeras de turno de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTN), los residentes médicos, los médicos especialistas, el personal administrativo de historias médicas, la madre y el padre del neonato objeto de estudio.

## **3.2 Marco legal**

Según Sarasola (2024) el marco legal es el conjunto de leyes, normativas y regulaciones vigentes en un país o una región en tanto en cuanto afectan al desarrollo de una actividad concreta o, en general, en la medida que proporcionan seguridad jurídica. (párr.1).

Esta investigación se apoya en las bases legales de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV, 1999), la Ley Orgánica de la Salud (LOS, 1998), la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (LOPNA, 2008), la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería (LEPE, 2005) y el Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (CDPERBV, 2008). A continuación, se presentan los artículos de dichas leyes que sustentan el desarrollo del estudio de caso clínico, los cuales están establecidos en el marco jurídico del país.

### ***3.2.1 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1.999)***

**Artículo 83.** La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de

saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

**Artículo 84.** Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

**Artículo 86.** Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

Los siguientes artículos antes mencionados establecen un marco reglamentario para garantizar el derecho a la salud y la seguridad social, con énfasis en la responsabilidad del

Estado, la accesibilidad universal, la equidad, la solidaridad y la participación comunitaria. Además, promueven un enfoque integral y preventivo en la gestión de la salud y la seguridad social, asegurando que todos los ciudadanos tengan acceso a estos derechos fundamentales. Así como en el caso clínico objeto de estudio de la investigación, que fue atendido en una institución de salud pública en sus primeras horas de nacido, se le ofreció el apoyo para conseguir la resolución a su diagnóstico.

### **3.2.2 Ley Orgánica de la Salud. (Gaceta Oficial No 36.579 de fecha 11 de noviembre de 1998).**

**Artículo 1.** Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de continuidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

**Artículo 3.** Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

- Principio de Universalidad: Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.
- Principio de Participación: Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.
- Principio de Complementariedad: Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

- Principio de Coordinación: Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

- Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integralidad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

Lo anterior significa que estos artículos establecen un marco normativo integral para la regulación de los servicios de salud, asegurando que se rijan por principios de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad. Este enfoque holístico y colaborativo es esencial para garantizar un sistema de salud eficiente, equitativo y de alta calidad para todos los habitantes del país.

### ***3.2.3 Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y adolescente (LOPNA, 2007)***

**Artículo 41.** Derecho a la salud y a servicios de salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niños, niñas y adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental. Parágrafo Primero. El Estado debe garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles posibilidades de acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos, gratuitos y de la más alta calidad. Parágrafo Segundo. El Estado debe asegurar a los niños, niñas y adolescentes el suministro gratuito y oportuno de medicinas, prótesis y otros recursos necesarios para su tratamiento médico o rehabilitación.

**Artículo 42.** Responsabilidad del padre, la madre, representantes o responsables en materia de salud. El padre, la madre, representantes o responsables son los garantes inmediatos de la salud de los niños, niñas y adolescentes que se encuentren bajo su Patria Potestad, representación o responsabilidad. En consecuencia, están obligados a cumplir las

instrucciones y controles médicos que se prescriban con el fin de velar por la salud de los niños, niñas y adolescentes.

**Artículo 45.** Protección del vínculo materno-filial. Todos los centros y servicios de salud deben garantizar la permanencia del recién nacido o la recién nacida junto a su madre a tiempo completo, excepto cuando sea necesario separarlos o separarlas por razones de salud.

**Artículo 46.** Lactancia materna. El Estado, las instituciones privadas y los empleadores o las empleadoras proporcionarán condiciones adecuadas que permitan la lactancia materna, incluso para aquellos o aquellas hijos e hijas cuyas madres estén sometidas a medidas privativas de libertad.

**Artículo 48.** Derecho a atención médica de emergencia. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. **Parágrafo Primero.** Todos los centros y servicios de salud públicos deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia. **Parágrafo Segundo.** Todos los centros y servicios de salud privados deben prestar atención médica inmediata a los niños, niñas y adolescentes en los casos de emergencia en que peligre su vida, cuando la ausencia de atención médica o la remisión del afectado o afectada a otro centro o servicio de salud, implique un peligro inminente a su vida o daños graves irreversibles y evitables a su salud. **Parágrafo Tercero.** En los casos previstos en los párrafos anteriores, no podrá negarse la atención al niño, niña o adolescente alegando razones injustificadas, tales como: la ausencia del padre, la madre, representantes o responsables, la carencia de documentos de identidad o de recursos económicos del niño, niña, adolescente o su familia.

Estos artículos reafirman y detallan los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir atención médica adecuada y de calidad. Resaltan la responsabilidad del Estado y de la familia en garantizar estos derechos, promoviendo un enfoque inclusivo y equitativo. Este marco normativo busca proteger y mejorar la salud y el bienestar de los menores en todas las circunstancias.

### ***3.2.4 Código Deontológico de los Profesionales de Enfermería (2009)***

**Artículo 3.** El profesional de la enfermería tendrá por norte de sus actuaciones los principios de: el valor fundamental de la vida humana, beneficencia y no Maleficencia,

Terapéutico de totalidad, doble efecto, Justicia, Autonomía, Confiabilidad, Solidaridad, Tolerancia, Privacidad, Veracidad y Fidelidad.

**Artículo 12.** Los (as) profesionales de la enfermería ejercerán con la libertad plena, y serán de su particular competencia la aplicación de normas y criterios científicos encaminados a precisar la atención y cuidados de enfermería adecuados para cada enfermo en particular.

**Artículo 42.** Todo Profesional de Enfermería cuando realice un trabajo de investigación o publicación relacionado con los usuarios, en dependencias universitarias, comunitarias o asistenciales, debe guardar confidencialidad de toda la información para que no perjudique al usuario o a la institución.

Lo anterior quiere decir que estos artículos establecen un marco ético y profesional sólido para la práctica de la enfermería. Recalcan la importancia de los principios fundamentales como la beneficencia, justicia, autonomía y privacidad, y aseguran que los cuidados de enfermería se basen en evidencia científica y se adapten a las necesidades individuales de los pacientes. Además, destacan la responsabilidad de mantener la confidencialidad en la investigación y publicación, protegiendo así los derechos y bienestar de los usuarios.

### **3.3 Marco Referencial de la Investigación**

#### ***3.3.1 Antecedentes***

Según Arias (2012) los antecedentes reflejan los avances y el estado actual del conocimiento en un área determinada y sirven de modelo o ejemplo para futuras investigaciones. (p.106). Es decir, los antecedentes son trabajos de investigación que proporcionan contextos fundamentados, permitiendo una comprensión más profunda y detallada del tema de estudio. A continuación, se detallan los trabajos científicos que sirven como base de la actual investigación.

#### ***3.3.2 Antecedentes Internacionales***

Martínez (2021) presento un trabajo de grado titulado “*Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente neonato con sepsis neonatal*” en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales ante la Escuela de Enfermería de Cruz Roja Mexicana. En su objetivo general se elaboró un proceso de atención de enfermería a un paciente con sepsis neonatal en

el servicio de la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN), con el fin de individualizar el cuidado, permitiendo dar un plan y manejo adecuado para su pronta recuperación. En su metodología se aplicó el proceso enfermero a un paciente con sepsis neonatal empleando la metodología de estudio de caso, se integró la teoría de Dorothea Orem a la atención brindada. En conclusión, se logró la integración de modelos conceptuales a la práctica de enfermería para favorecer el desarrollo de la disciplina y brindar sustento al cuidado.

Este trabajo se relaciona con la investigación actual, porque ambos casos realizan un estudio de la misma patología del paciente neonato, además es llevado a cabo en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal con la finalidad de aplicar el proceso enfermero y brindar los cuidados de enfermería para una pronta recuperación. Asimismo, se integra en una relación teórica con el presente informe, en el cual también se selecciona a la teoría de Dorothea Orem.

Conde (2021) presentó una tesis de grado a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla - México, Facultad de Enfermería, que se titula “*Proceso de Enfermería en un Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana*”. Su objetivo general es aplicar los cuidados de enfermería a través de un proceso en donde se implementen los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para obtener diagnósticos que guíen las intervenciones especializadas y personalizadas por el profesional de salud en un paciente Recién Nacido (RN) con Sepsis Neonatal Temprana (SNT), con la finalidad de disminuir complicaciones para proporcionar una mejor calidad de vida a los recién nacidos. Por lo tanto, en su metodología se realizó un caso clínico a un recién nacido con Sepsis Neonatal Temprana (SNT), como marco de referencia se utilizaron los patrones funcionales de Marjory Gordon. Se identificaron siete diagnósticos de enfermería siendo el más prioritario el de Patrón respiratorio ineficaz, para el cual se dieron intervenciones de enfermería para ayudar a mejorar su problema de salud. Concluyendo que el paciente del caso clínico presentado logro recuperarse y fue dado de alta quince (15) días después de su ingreso, sin complicaciones. No sin antes, informar y capacitar a la madre para el cuidado que requiere el recién nacido (RN) como atención continua para su crecimiento y desarrollo óptimo.

Esta investigación sirve de referencia, ya que guarda relación con el caso en estudio debido a su patología y ambos buscan proporcionar cuidados y apoyo a las familias de cuyos

neonatos han sido diagnosticados con esta patología, se planifican y ejecutan prácticas de enfermería para atender sus necesidades.

Díaz (2021) presentó una tesis de grado que se titula “*Proceso Enfermero en Paciente con Sepsis Neonatal*” en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla- México, Facultad de Enfermería, el cual tiene como objetivo general realizar un proceso de enfermería a un paciente con Sepsis Neonatal con la finalidad identificar los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados y evitar complicaciones. En su metodología se trabajó un caso clínico a un Recién Nacido (RN) con diagnóstico de Sepsis Neonatal, utilizando como guía de referencia los once (11) patrones funcionales de Marjory Gordon, lo cual se identificaron disminución del gasto cardíaco, dolor agudo, riesgo de nivel de glucemia inestable, la cual se realizó intervenciones de enfermería para ayudar a mejorar el problema de salud del Recién Nacido (RN). En conclusión, una vez que se realizó la valoración de enfermería se obtuvieron las necesidades vitales para el paciente con los diagnósticos más adecuados para así favorecer una pronta recuperación por medio de las intervenciones realizadas. Al realizar las intervenciones de enfermería se pudo observar que el Recién Nacido (RN) empezó a presentar una mejoría en su condición, evolucionando favorablemente gracias a la atención que se le brindó.

Este trabajo se toma como antecedente para la presente investigación, puesto que hacen un estudio sobre la misma patología del paciente neonato objeto de esta investigación, además se busca mejorar los problemas de salud en los recién nacidos, brindándole las intervenciones de enfermería para una pronta recuperación.

### **3.3.3 Antecedentes Nacionales**

Buelvas y Mulford (2016) presentaron un trabajo especial de grado titulado “*Sepsis Neonatal: Análisis en el Recién Nacido de Madres con Infección Urinaria*” ante la Universidad Central de Venezuela. El cual tiene como objetivo general analizar la incidencia de sepsis neonatal en recién nacidos con antecedente materno de infección urinaria en el tercer trimestre del embarazo. En su metodología se realizó un estudio de casos, retrospectivo, transversal que incluyó recién nacidos con sospecha de sepsis neonatal por antecedente de madre con infección de vías urinarias en el tercer trimestre del embarazo en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” en el lapso de enero 2014 a enero 2015. En Conclusión, se evidencio una baja incidencia de sepsis neonatal dentro de los primeros cinco

días de vida en pacientes con antecedentes maternos de infección del tracto urinario a los cuales se les indicó perfil hematoinfeccioso que reportaron alterados por lo que se les inició tratamiento empírico con una evolución favorable, de ahí la importancia de reconocer de forma oportuna los recién nacidos con factores de riesgo materno de desarrollar este proceso infeccioso.

Este estudio se vincula con la investigación en curso, ya que aborda la misma patología del paciente neonato que es objeto del caso clínico. Además, se presentan antecedentes maternos de infección urinaria durante el tercer trimestre del embarazo.

Ortiz et al. (2017) presentaron un trabajo de investigación ante la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” de Barinitas Estado Barina, el cual se titula “*La sepsis Neonatal Factor Determinante de Mortalidad Infantil*”. El cual tiene como objetivo general determinar la Sepsis Neonatal como elemento decisivo en la de mortalidad Infantil. Su metodología es fundamentalmente descriptiva, aunque puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos. En conclusión, la mortalidad del recién nacido se basa principalmente en la diseminación imparable de microorganismos y en la falta de atención oportuna.

Este trabajo se relaciona con la patología de la investigación en curso y con su metodología, ya que utiliza los enfoques Cuantitativos y cualitativos.

Pérez (2018) presentó un trabajo de grado, titulado “*Incidencia de Sepsis Neonatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes*”. Mérida - Venezuela. Su objetivo general es determinar la incidencia de sepsis en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Su metodología se incluyó a los neonatos ingresados en la UTIN entre 01 de marzo al 30 de agosto del año 2017; fue un estudio observacional descriptivo prospectivo. Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia y se aplicó una ficha de recolección de datos. En conclusión, se determinó una alta incidencia de sepsis neonatal, permitiendo identificar factores de riesgo, fundamentalmente asociados a infecciones nosocomiales, donde las medidas de higiene son deficientes. Se recomienda educación continua sobre procedimientos de higiene, limitar el uso de nutrición parenteral y permanencia de catéteres intravasculares centrales por el tiempo mínimo posible, uso racional de antibioticoterapia y programas

continuos de vigilancia epidemiológica, como estrategias para disminuir las infecciones neonatales y los costos de atención asociados.

Este trabajo se considera un antecedente relevante para la presente investigación, ya que aborda la misma patología del paciente neonatal, además de ser un estudio de caso realizado en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), lo que proporciona similitudes en cuanto a las infecciones bacterianas tratadas.

### **3.3.4 Antecedentes Regionales**

Gómez (2020) presentó un trabajo de grado, a la Universidad de Oriente titulado *“Proceso Enfermero a paciente recién nacido prematuro del servicio de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega con Diagnóstico Médico Sepsis Neonatal Enfocado en la teoría de Dorothea Orem”*, cuyo objetivo general fue desarrollar un estudio de caso clínico, aplicando el Proceso Enfermero a paciente Recién Nacido prematuro del servicio de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega con diagnóstico Médico Sepsis Neonatal enfocado en la teoría de Dorothea Orem.

Esta investigación se considera un antecedente importante, ya que las autoras utilizaron la misma fundamentación teórica y metodológica basada en el Proceso Enfermero de Dorothea Orem, que se aplicó en el presente trabajo. Esto resulta de gran ayuda al proporcionar conocimientos sobre las acciones a tomar y los aspectos a identificar para intervenir en beneficio del paciente neonato objeto de estudio. Asimismo, se utilizó el enfoque cuali-cuantitativo y métodos como la entrevista para la recolección de información.

León (2020) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado titulado *“Proceso Enfermero a Lactante Menor Femenino con Diagnóstico Neumonía Bilateral Ingresada en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega Relacionado con la teoría de Dorothea Orem”*. Su objetivo general consistió en aplicar proceso enfermero a lactante menor femenino con diagnóstico neumonía bilateral ingresada en la unidad de cuidado intensivos pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega relacionado con la teoría de Dorothea Orem. Esta investigación utilizó una metodología cualitativa, empleando el estudio de caso como modalidad. En conclusión, este estudio permitió adquirir conocimientos, habilidades y destrezas adicionales en el ámbito de la práctica asistencial.

Este trabajo es fundamental para nuestra investigación debido a que emplea una metodología cualitativa, utilizando métodos como entrevistas para recolectar datos. Realiza un estudio y desarrollo adecuado de la aplicación del proceso enfermero de Dorothea Orem, que se aplicó en el presente trabajo.

López (2022) presentó ante la Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta (UDONE) un trabajo de grado, como requisito para optar al título de Licenciatura en Enfermería, titulado “Proceso *Enfermero a Recién Nacido Masculino con Diagnóstico Médico Prematuridad y Asfixia Perinatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, desde la perspectiva teórica de Ramona Mercer y Martha Rogers*”. Su objetivo general es proceso enfermero a recién nacido masculino con diagnóstico médico prematuridad y asfixia perinatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, desde la perspectiva teórica de Ramona Mercer y Martha Rogers”.

Se considera que esta investigación representa un antecedente significativo, dado que las autoras emplearon la misma base teórica y metodológica basada en el Proceso Enfermero de Ramona Mercer, utilizado en el desarrollo del presente estudio. Esto resulta especialmente útil al proporcionar orientaciones clave sobre las acciones a implementar y los aspectos a identificar para intervenir en favor del paciente neonato objeto de análisis. Además, se destaca el uso del enfoque cuali-cuantitativo junto con métodos como la entrevista para la recolección de información, lo que refuerza la calidad y la profundidad de los datos obtenidos.

### **3.4 Marco Teórico de la Patología del caso Clínico**

Miñan (2024) define el embarazo como el período de tiempo durante el cual un feto se desarrolla y crece dentro del útero materno. Durante este período, el cuerpo de la mujer experimenta cambios físicos y biológicos importantes para que el bebé pueda crecer y desarrollarse adecuadamente. El embarazo puede durar entre 37 y 42 semanas, dependiendo de varios factores, y puede ser dividido en tres trimestres: embarazo precoz (0-12 semanas), embarazo medio (13-26 semanas) y embarazo tardío (27-40 semanas). (párr.1).

Según Morera (2023) el desarrollo fetal es un proceso complejo y delicado que comienza en el momento de la concepción y continúa hasta el nacimiento del bebé. Durante este tiempo, el feto experimenta cambios dramáticos y rápidos en su tamaño, forma y función a medida que se desarrollan sus órganos, tejidos y sistemas complejos. Sin embargo, hay

muchos factores que pueden afectar el desarrollo fetal, algunos de los cuales son controlables y otros no. En este tema se mencionará los factores más comunes que pueden influir en el desarrollo fetal y cómo pueden afectar la salud del bebé.

- **Factores nutricionales:** la nutrición materna es uno de los factores más importantes que influyen en el desarrollo fetal. Durante el embarazo, la madre necesita consumir suficientes nutrientes esenciales para apoyar el crecimiento y desarrollo del feto. La falta de ciertos nutrientes, como el hierro, el ácido fólico y las proteínas, puede aumentar el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas.

- **Factores de salud materna:** las enfermedades maternas durante el embarazo, como la diabetes, la hipertensión y las enfermedades autoinmunitarias, pueden afectar el desarrollo fetal. Estas enfermedades pueden interferir en el suministro de nutrientes y oxígeno al feto, lo que puede aumentar el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y complicaciones del embarazo. Es importante que las mujeres embarazadas que tienen una enfermedad crónica o una condición médica existente trabajen con su médico para controlar su afección y minimizar los riesgos para el bebé. En algunos casos, puede ser necesario que la mujer embarazada tome medicamentos o reciba tratamiento médico para garantizar un embarazo saludable.

- **Factores genéticos:** la genética también es importante en el desarrollo fetal. Algunas condiciones genéticas pueden causar malformaciones congénitas, retraso en el crecimiento y otros problemas de salud en el bebé.

Además, algunos rasgos genéticos pueden aumentar el riesgo de complicaciones del embarazo, como la preeclampsia y la diabetes gestacional.

En conclusión, el desarrollo fetal es un proceso complejo influenciado por numerosos factores, algunos de los cuales pueden ser controlados mientras que otros no. Las mujeres embarazadas deben mantener una dieta saludable, evitar el consumo de alcohol y tabaco durante el embarazo, reducir la exposición a sustancias tóxicas y gestionar cualquier enfermedad preexistente. Además, es crucial asistir a consulta prenatales de manera temprana y regular para identificar antecedentes familiares, enfermedades o trastornos genéticos.

Según Dulay (2024) cuando las mujeres han tenido un problema en un embarazo, son más propensas a tener el mismo problema en embarazos siguientes. (párr.12). Algunos de los problemas más frecuentes son los siguientes:

- Aborto espontáneo.
- Embarazo ectópico.
- Nacimiento prematuro.
- Parto tardío (después de las 42 semanas de embarazo).
- Feto muerto.
- Anomalías congénitas.
- Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido que precisó una transfusión de sangre al feto.
- Demasiado o muy poco líquido amniótico en el útero.
- Recién nacido pequeño para la edad gestacional o bien grande para la edad gestacional.
- Parálisis cerebral en el recién nacido.
- Un feto colocado en una posición anómala, como las nalgas primero (de nalgas).
- Diabetes gestacional.
- Preeclampsia (hipertensión durante el embarazo).
- Distocia de hombro: el hombro del bebé queda atrapado en el canal del parto durante el parto, lo que a veces lesiona los nervios del hombro del bebé (lesión del plexo braquial).

Asimismo, la embarazada puede tener trastornos que aumenten el riesgo de problemas en el embarazo. Estos trastornos incluyen:

- **Hipertensión arterial:** es una condición en la que la presión arterial es más alta de lo normal. La hipertensión durante el embarazo se clasifica de la siguiente manera:
  - ✓ Hipertensión crónica: la tensión arterial ya era alta antes del embarazo.

✓ Hipertensión gestacional: la presión arterial aumenta por primera vez después de que la mujer haya estado embarazada durante veinte (20) semanas normalmente después de la semana treinta y siete (37). Este tipo de hipertensión suele solucionarse en la sexta (6ta) semana después del parto.

✓ La preeclampsia: es otro tipo de hipertensión que aparece durante el embarazo.

- **Diabetes:** es una enfermedad crónica de tipo endocrino metabólica que se origina porque el páncreas no sintetiza la cantidad de insulina que el cuerpo humano necesita, la elabora de una calidad inferior o no es capaz de utilizarla con eficacia.

- **Insuficiencia cardíaca:** es una enfermedad crónica y degenerativa del corazón que impide que éste tenga la capacidad suficiente para bombear la sangre y por lo tanto de hacer llegar suficiente oxígeno y nutrientes al resto de los órganos.

- **Anemia de células falciformes (anemia drepanocítica o drepanocitosis):** es una anomalía genética hereditaria de la hemoglobina (la proteína presente en los glóbulos rojos que transporta el oxígeno) y es caracterizada por la presencia de glóbulos rojos y la anemia crónica, es causada por una excesiva destrucción de los glóbulos rojos anómalos.

- **Infecciones de transmisión sexual:** son aquellas infecciones que se pueden contraer mediante relaciones sexuales sin protección con una persona ya infectada.

- **Anomalías de las trompas de Falopio:** Se entiende por anomalías congénitas aquellas anomalías que afectan el desarrollo y morfología de las trompas de falopio, útero, vagina, con o sin anomalías asociadas de ovario, tracto urinario, esqueléticas o de otros órganos.

- **Nefropatías:** son aquellas enfermedades o patologías que afectan al riñón. Una de las patologías renales es la que padecen los pacientes que tienen un solo riñón llamado científicamente paciente Monorreno. Según Salome (2020) define a un individuo monorreno como aquel con un único riñón funcional, mientras que el otro se encuentra estructural o funcionalmente ausente por causas diversas: quirúrgicas, anomalías congénitas, infecciones, trasplante renal.

- **Infecciones renales:** es un tipo de infección de las vías urinarias. En su mayoría las infecciones renales son causadas por bacterias o virus que primero infectan la parte inferior

de las vías urinarias, generalmente la vejiga, luego esta infección pasa a uno o a ambos riñones. Las infecciones bacterianas de las vías urinarias bajas especialmente en la vejiga son muy frecuentes en las mujeres jóvenes sexualmente activas. Las mujeres jóvenes o embarazadas también suelen sufrir de infecciones renales bacterianas, pero con menos frecuencia que las infecciones de vejiga. Cabe destacar que la causa más frecuente de las infecciones urinarias durante la gestación, aproximadamente es de un 75% a 95% de los casos, es debido a la proliferación de la bacteria *Escherichia coli*, por lo tanto, las bacterias entéricas, generalmente bacterias aerobias gramnegativas son de mayor frecuencia, además los patógenos urinarios gram negativos son generalmente otras enterobacterias, típicamente *Enterobacter agglomerans*, *Klebsiella* o *Proteus Mirabilis*, y en ocasiones *Pseudomonas aeruginosa*. Entre las bacterias grampositivas, se aísla *Staphylococcus saprophyticus* en el 5% al 10% de las infecciones urinarias bacterianas. Mientras que las bacterias grampositivas son de menor frecuencia, *Enterococcus faecalis* (estreptococos del grupo D) y *Streptococcus agalactiae* (estreptococos del grupo B), que pueden ser contaminantes.

En relación al caso del paciente neonato objeto de estudio de esta investigación, en el primer día de nacida proveniente de sala de hospitalización obstétrica, los familiares refieren que es trasladada a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) por presentar cianosis, es evaluada por los médicos y es diagnosticada con Sepsis Neonatal de Inicio Temprano. No obstante, a los doce (12) días vuelve a ser evaluada por los especialistas en la cual su diagnóstico médico es Sepsis Neonatal de Inicio Temprano por *Enterobacter Agglomerans*, hemorragia intraparenquimatosa y parenquimatosa. A continuación, se desarrollan todos los aspectos relacionados con la patología.

### **3.4.1 Sepsis Neonatal Inicio Temprano**

**3.4.1.1 Definición.** Según López (2023) la sepsis consiste en un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) con alteraciones de laboratorio y aislamiento en el hemocultivo del microorganismo causante. Si el cultivo es negativo se diagnostica como sepsis clínica, mientras que la ausencia de síntomas o signos de infección con Biometría Hemática Completa (BHC) y biomarcadores dentro de parámetros normales, pero con hemocultivo positivo se considera bacteriemia.

La sepsis neonatal es una infección aguda que presenta manifestaciones clínicas tóxicas a nivel sistémico, ocasionadas por la invasión y proliferación de bacterias, virus u hongos dentro del torrente circulatorio y en diferentes órganos que ocurre dentro de los primeros veintiocho (28) días de vida y que es confirmada por un hemocultivo positivo. Puede afectar diferentes órganos como en la neumonía que afecta los pulmones o en la meningitis donde se afectan las meninges. La sepsis en recién nacidos puede ser de aparición temprana si se presenta dentro de los primeros tres días de vida o puede ser de aparición tardía si aparece después del tercer día de vida. (p. 4).

Según Zamora et al (2022) la sepsis se clasifica en temprana, cuando aparece durante las primeras setenta y dos (72) horas desde el nacimiento y en tardía después de setenta y dos (72) horas. La primera se ha asociado a factores de riesgo como transmisión materno-fetal, el nacimiento, o por procedimientos invasivos durante la gestación, infección de los tejidos de la placenta y del líquido amniótico (corioamnionitis); la segunda se ha asociado con procedimientos hospitalarios como líneas vasculares, procedimientos invasivos e infusiones. (párr 2). El neonato objeto del estudio de investigación se le confirmó el diagnóstico de sepsis neonatal de inicio temprana, durante las primeras setenta y dos (72) horas de nacida.

**3.4.1.2 Etiología.** Según Alvarado y Martínez (2017) el *Streptococcus* de grupo B (SGB) y la *Escherichia coli* son los microorganismos involucrados con mayor frecuencia en la sepsis neonatal temprana, representando aproximadamente el setenta por ciento (70%) de las infecciones de manera combinada (38% al 43%) para el *Streptococcus* de grupo B (SGB).

No obstante, cuando se analizan por separado los recién nacidos pretérmino y de bajo peso al nacer, la mayor morbilidad se atribuye a la *Escherichia coli* y a otros bacilos gram negativos como el *Pantoea agglomerans* (antes *Enterobacter agglomerans*) es un bacilo gram

negativo, anaerobio, facultativo, con forma de varilla, perteneciente a la familia Enterobacteriaceae, que rara vez causa infección en pacientes inmunocompetentes, por ser un patógeno oportunista. Su hábitat habitual son las plantas, el agua y las heces de animales y humanos. Puede crecer en medios ricos en glucosa, por lo que ocasionalmente produce infecciones relacionadas con la infusión intravenosa de sueros, que pueden originar brotes de bacteriemia en los hospitales.

El *Streptococcus agalactiae* (SGB) es un diplococo gram positivo, anaerobio facultativo, con factores de virulencia que incluyen la cápsula de polisacáridos, residuos de ácido siálico capsulares y ácido lipoteicoico, entre otros; se han descrito diez (10) tipos capsulares de polisacáridos de tipo específico. La *Escherichia coli* es la segunda causa de sepsis neonatal temprana, representando alrededor del 24%, con un 81% de los casos presentes en recién nacidos pretérmino. Este patógeno es con frecuencia colonizador de la cavidad vaginal de la madre, los recién nacidos la adquieren justo antes del nacimiento. Cabe destacar que algunos factores de virulencia han sido identificados específicamente como importantes en la sepsis neonatal, el mejor descrito es el antígeno capsular K1 presente en algunas cepas, el cual está estrechamente relacionado con la meningitis neonatal.

Otros patógenos asociados con menor frecuencia son *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., otros bacilos entéricos gram negativos, tales como *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter* y se encuentran también otros gérmenes, como *Haemophilus influenzae* (no tipificable) y *Listeria monocytogenes*; asimismo la frecuencia de estos gérmenes varía en relación con la presencia de factores de riesgo propios de cada paciente y antecedente de procedimientos, como cerclaje, amniocentesis o cordocentesis. La *Listeria monocytogenes* es un bacilo gram positivo intracelular que tiene la capacidad de sobrevivir en el medio ambiente del suelo y, por lo general, se adquiere en la dieta, a través de la contaminación de las carnes, aves de corral, productos lácteos y productos frescos; está relacionado con el 5% de los casos de sepsis neonatal.

La Listeriosis materna puede ser transmitida por vía transplacentaria, o puede ocurrir también en relación con la deglución de líquido amniótico infectado contaminado. Los hongos como patógenos rara vez se asocian con inicio temprano de sepsis neonatal, siendo la

Cándida. El agente micótico más frecuente, tanto en sepsis temprana como en tardía, con una incidencia inversamente proporcional a la edad gestacional y el peso al nacer es de uno coma cuatro por ciento (1,4%) en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). El recién nacido se coloniza a través del canal vaginal durante el nacimiento, o por infección intrauterina; los factores de riesgo importantes están relacionados con dispositivos anticonceptivos intrauterinos o cerclaje cervical; su presencia en sepsis temprana debe hacer sospechar inmunodeficiencia. Otro patógenos, como Enterobacter, Klebsiella, serratia y Staphylococcus epidermidis, son causas menos frecuentes de sepsis neonatal temprana. (p.17).

En el caso del neonato objeto de esta investigación, el origen de la sepsis neonatal de inicio temprana. Este diagnóstico surgió a los días después de su nacimiento de manera inesperada, ya que en tercer trimestre del embarazo la madre presentó una infección. Por la cual, decidieron su hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), le realizaron exámenes de laboratorio, en la cual se observaron Bacilos Gramnegativos por E. agglomerans.

**3.4.1.3 Fisiopatología.** Según Martínez (2021) la sepsis es reconocida como una respuesta sistémica del huésped ante un agente infeccioso, a través de mecanismos inmunológicos y metabólicos que determinan el proceso de disfunción celular, con deterioro clínico progresivo. Además, los eventos fisiopatológicos de la sepsis se inician con la multiplicación de los gérmenes patógenos en un tejido e invasión subsiguiente del torrente sanguíneo, o la inoculación de sustancias extrañas, en la circulación, denominados detonadores. Luego de la agresión inicial, el individuo desarrolla una respuesta proinflamatoria regulada por

citoquinas, seguida por otra antiinflamatoria. Cabe especificar que las citoquinas son una gran familia de glicoproteínas de bajo peso molecular, que participan directamente en varias funciones como el control celular e inmunológico, la regulación de la respuesta inflamatoria, la

hematopoyesis y la reparación o remodelación tisular.

La interacción entre mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios puede entenderse como una batalla entre fuerzas opuestas, cuyo equilibrio significa la obtención de la homeostasis y determina el pronóstico y la calidad de vida del paciente. El predominio del Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), ante la infección provoca sepsis grave, choque séptico y disfunción múltiple de órganos, si no se logra detener el proceso con medidas enérgicas y oportunas.

**3.4.1.4 Manifestaciones Clínicas.** Según Cordero (2020) entre las manifestaciones clínicas más frecuentes de sepsis neonatal temprana que se encuentran en los neonatos son: distrés respiratorio, ictericia, apnea, disminución de la actividad espontánea, irritabilidad, succión disminuida, anorexia, pérdida de peso, cianosis, inestabilidad térmica (hipotermia o hipertermia), retraso en el desarrollo y crecimiento del neonato, bradicardia. Cabe mencionar que los estudios demuestran que los neonatos cuyas madres reciben profilaxis intraparto tienen menos probabilidad de desarrollar sintomatología clínica. Los síntomas se presentan de manera inespecífica, siendo la mayoría de inicio temprano. Algunas infecciones de inicio tardío generalmente son adquiridas de forma nosocomial y tienen un período de incubación corto. Además, puede manifestarse como meningitis de mal pronóstico.

En el caso del paciente neonato objeto de esta investigación, a pocas horas de nacida presentó cianosis, succión débil, al segundo día presentó ictericia dado por Kramer III/V, sin dificultad respiratoria dado por Silverman de 0 punto, luego a los nueve (9) días de nacida presentó hipertemia.

**3.4.1.5 Complicaciones.** Según el Hospital Angeles Health System (2024) la sepsis neonatal temprana sino se trata de manera oportuna, puede llevar a diversas complicaciones graves, como:

- Daño a órganos: Los órganos como el cerebro, los riñones, el hígado y los pulmones pueden verse afectados debido a la respuesta inflamatoria y la diseminación de la infección.
- Meningitis: La sepsis se puede propagar al cerebro y causar meningitis, una inflamación de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal, que puede tener consecuencias neurológicas a largo plazo.

- Shock séptico: Ocurre cuando la presión arterial disminuye peligrosamente, afectando el flujo sanguíneo a los órganos y poniendo en riesgo la vida.
- Retrasos en el desarrollo: Los bebés que sobreviven a una sepsis neonatal severa pueden enfrentar desafíos en el desarrollo motor, cognitivo o en el aprendizaje.
- Ictericia: La acumulación de bilirrubina en la sangre puede causar ictericia, que se manifiesta como un color amarillento en la piel y los ojos.
- Morbilidad y mortalidad: La sepsis neonatal temprana tiene una alta tasa de mortalidad y puede dejar secuelas a largo plazo en los bebés que sobreviven.
- Convulsiones: La sepsis puede causar convulsiones en los recién nacidos, lo que puede ser un signo de daño cerebral.

En el caso del paciente neonato objeto de estudio luego de su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) presentó ictericia dado por Kramer III/V, se evidencia hemorragia intraparenquimatosa y parenquimatosa.

**3.4.1.6 Tratamiento.** Según Miñan (2024) el tratamiento se refiere al conjunto de acciones o medidas que se toman para prevenir, diagnosticar, curar, aliviar o manejar una condición médica, emocional o psicológica. El tratamiento puede ser médico, terapéutico, psicológico o farmacológico, y puede incluir la administración de medicamentos, terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo o actividades de desarrollo físico. (párr.1).

Según Tesini (2022) menciona que el tratamiento para sepsis neonatal es la Antibioticoterapia y tratamientos sintomático. La sepsis puede manifestarse por signos clínicos inespecíficos y sus efectos pueden ser devastadores, por lo que se recomienda antibioticoterapia empírica rápida, más tarde, se ajustan los fármacos de acuerdo con el antibiograma y la localización de la infección. En general, si no se identifica clínicamente una fuente de infección, el lactante parece estar sano, y los cultivos son negativos, los antibióticos pueden suspenderse después de cuarenta y ocho (48) horas hasta las setenta y dos (72) horas en recién nacidos pretérmino pequeños. Se combinan medidas generales sintomáticas, como apoyo respiratorio y hemodinámico, con el tratamiento antibiótico. En la sepsis de inicio temprano, el tratamiento inicial debe consistir en ampicilina más un aminoglucósido si se sospecha meningitis causada por un microorganismo gramnegativo, puede agregarse

cefotaxima al aminoglucósido o reemplazarlo por ella. Es posible modificar los antibióticos en cuanto se identifica el microorganismo. (párr.28).

**3.4.1.7 Tratamiento nutricional.** Según del Rosario (2021) es una forma de tratar las afecciones de salud o sus síntomas con una dieta especial. A veces, se acude al tratamiento nutricional, en contraposición al tratamiento convencional, que implica usar medicamentos. Un dietista titulado puede ayudar a crear estas dietas. (párr.1).

Montañés (2021) la nutrición parenteral (NP) se define como la administración de nutrientes por vía endovenosa a través de catéteres específicos, en los casos en que la nutrición enteral del recién nacido no sea posible, o los nutrientes no sean suficientes, debido a su edad gestacional, su patología o su bajo peso. Esta se puede dividir en nutrición parenteral total (NPT), cuando se administran mediante ella todos los requerimientos nutricionales diarios; o nutrición parenteral parcial (NPP), cuando se utiliza como complemento de la nutrición oral. (Párr.5).

Según Montañés (2021) definen los diferentes componentes que debe incluir la NP para poder sustituir las necesidades nutricionales de los pacientes que requieran la administración de la misma, los cuales son:

### **Componentes**

➤ **Lípidos:** son los nutrientes que proporcionan el mayor rendimiento energético, con una densidad calórica de 9 Kcal/g. Los lípidos, además de actuar como fuente energética, tienen otras funciones importantes, como constituir membranas celulares, actuar de precursores de mediadores lipídicos como los eicosanoides, entre otros. Las emulsiones de lípidos para administración intravenosa comenzaron a emplearse hace casi 40 años. Pese a la reticencia inicial al uso de grasas en nutrición parenteral, su utilización hoy día está perfectamente aceptada, al ser sus ventajas muy superiores a los posibles efectos secundarios que se les atribuían: gran aporte calórico en bajo volumen, osmolaridad reducida, no irritantes para la pared vascular, aportan ácidos grasos esenciales y son vehículo de vitaminas liposolubles. La primera emulsión segura y la más usada durante mucho tiempo ha sido la formada por aceite de soja con lecitina de huevo como emulsionante. Aunque inicialmente su principal función fue la provisión de ácidos grasos esenciales, hoy día los lípidos se utilizan

como una importante fuente calórica y habitualmente aportan entre un 30- 50% de las calorías no proteicas.

➤ **Electrolitos:** son minerales presentes en la sangre y otros líquidos corporales que llevan una carga eléctrica y son fundamentales en la regulación de muchos procesos fisiológicos. La nutrición parenteral debe incluir siempre el aporte de sodio, potasio, calcio, fósforo y magnesio, salvo que el paciente tenga concentraciones plasmáticas elevadas o exceso de alguno de ellos.

➤ **Oligoelementos:** los oligoelementos o elementos traza se encuentran en el organismo en muy pequeñas cantidades. Sin embargo, su presencia es esencial para el metabolismo, ya que son cofactores de numerosas enzimas, produciéndose síndromes por su carencia que se resuelven con la adición del elemento en la dieta.

➤ **Aminoácidos:** las proteínas son moléculas formadas por aminoácidos que se caracterizan por tener un grupo amino (NH<sub>2</sub>) y un grupo carboxilo (COOH) unidos al mismo carbono (el carbono alfa). Las proteínas son esenciales para el organismo ya que soportan la estructura celular, conforman los sistemas enzimáticos, participan en sistemas de transporte y en el equilibrio ácido-base, y en casos de necesidad pueden actuar como sustratos gluconeogénicos. Existen aproximadamente 300 aminoácidos en la naturaleza, aunque sólo 20 de ellos se utilizan para sintetizar proteínas. Los aminoácidos se dividen en esenciales (deben consumirse en la dieta porque el organismo no puede sintetizarlos) y no esenciales (el organismo los sintetiza).

➤ **Hidratos de carbono:** la glucosa continúa siendo el principal sustrato calórico en el paciente en general o grave. Los hidratos de carbono son la fuente de energía más rápidamente disponible del organismo. El glucógeno, polisacárido de reserva, se encuentra localizado mayoritariamente en el hígado, aunque también en el músculo esquelético. Además, los hidratos de carbono forman parte de elementos estructurales como membranas celulares. Los hidratos de carbono aportan del 50 al 70% de las calorías no proteicas en el metabolismo.

➤ **Vitaminas:** son compuestos indispensables, y a que el organismo es incapaz de sintetizarlos. Sirven de cofactores enzimáticos de gran variedad de procesos químicos, y su déficit da lugar a diversas manifestaciones clínicas. Las recomendaciones de vitaminas de las RDA no son útiles en nutrición parenteral puesto que se evita el proceso abortivo.

➤ **Minerales:** se utilizan minerales como calcio, fósforo, magnesio y están limitadas por su solubilidad, el empleo de fuentes orgánicas de fosfato (glicerofosfato sódico) han permitido aportes mayores de calcio y fósforo con bajo riesgo de precipitación.

#### **Orden de adición de los componentes:**

Se debe tener en cuenta para asegurar la estabilidad de la NP. La vía para agregar de los componentes es por medio del elastómero de entrada. El orden de adición recomendada, es el siguiente:

- Aminoácidos.
- Fosfato.
- Cloruro de Sodio.
- Cloruro de Potasio.
- Glucosa. (Dextrosa).
- Agua destilada.
- Sulfato de Magnesio.
- Gluconato de Calcio.
- Oligoelementos.
- Lípidos.
- Vitaminas.

#### **Preparación**

- Guantes estériles. Trabajar a 10-15 cm. del borde exterior.
- Comprobar datos del paciente.
- Realizar limpieza de la sala de tratamientos.
- Realizar lavado de manos.
- Colocarse elementos de bioseguridad como: tapaboca, bata, guantes, gorro.
- Colocar el material necesario, dentro de la sala: jeringas, agujas, gasas,

compresa estéril, guantes estériles, así como la bolsa multicapa.

- Componentes de la mezcla: frascos con Hidratos de carbono (en forma de glucosa, Proteínas (en forma de aminoácidos esenciales y no esenciales), Lípidos, Electrolitos (sodio, cloro, potasio, magnesio, fósforo y calcio), Oligoelementos (zinc, selenio, cromo, entre otros) y vitaminas.

- Jeringas y agujas para agregar componentes.
- Etiquetas para la identificación de la NP.
- Hoja de registro de enfermería.

En el caso del paciente neonato objeto de esta investigación, el neonato recibió un tratamiento nutricional en primera instancia, mediado por NPP (ver cuadro 1) para garantizar el aporte adecuado de líquidos y requerimientos nutricional por nueve (9) días posteriormente dieta absoluta más sonda orogástrica abierta a recolector. A continuación, se presenta la indicación de la nutrición del recién nacido del presente caso.

### **Cuadro 1**

#### *Ficha Técnica de la Preparación de la NPP*

<b>Medicamento</b>	<b>Dosis</b>
Sol dextrosa 10%	173ml
Sol dextrosa 5%	4ml
Gluconato de calcio 10%	5,2 ml
Sulfato de MG 6%	1,3ml
Vit C, Complejo B, Ácido Fólico	0,5 ml c /u
<b>Total</b>	185 ml

<b>A razón</b>	7,7 ml /h
----------------	-----------

Fuente: Historia clínica del paciente.

**3.4.1.8 Tratamiento Farmacológico.** Fernández y Zevallos (2023) el tratamiento de la sepsis neonatal dependerá del estado clínico del paciente, mantener una temperatura corporal neutral, si se sospecha sepsis con compromiso intestinal, suspender la alimentación enteral e iniciar hidratación endovenosa, brindar asistencia respiratoria de ser necesario, monitorización de las funciones vitales y la glucosa sérica. Si se trata de una sepsis intrahospitalaria y se sospecha de una infección por la vía venosa central, debería retirarse el catéter venoso central de inserción periférica. Los casos graves con choque e hipotensión deben tratarse de inmediato.

Antibioticoterapia empírica: Considerar el uso racional de antibióticos, iniciar el tratamiento posterior a la toma de hemocultivo, salvo si éste va a tardar horas en realizarse. Evitar el uso sistemático de antibióticos de última generación. Es importante monitorear dinámicamente la epidemiología local de sepsis neonatal y detectar gérmenes predominantes y sensibilidad antimicrobiana para garantizar un tratamiento antibiótico empírico adecuado. la terapia empírica debe guiarse por los patrones de resistencia a los antimicrobianos de aislados bacterianos comúnmente detectados en la unidad de cuidados intensivos neonatales o en entornos comunitarios.

### **3.4.3 Fichas Farmacológicas**

Las fichas farmacológicas constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la salud, tanto para profesionales como para pacientes. Estas facilitan de manera precisa y estructurada la información sobre los medicamentos, incluyendo aspectos como su composición, indicaciones, interacciones y efectos secundarios.



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Cuadro 2**

*Ficha farmacológica de Meropenem*

<b>Acción Farmacológica</b>	Bactericida. Inhibe síntesis de pared celular bacteriana en bacterias Gram <sup>+</sup> y Gram <sup>-</sup> , ligándose a proteínas de unión a penicilina.
<b>Vía de Administración y Dosis</b>	Intravenosa. Niños: 10-20-40 mg/kg/8-12h dependiendo de la patología Adultos y adolescentes: 500 mg- 1g cada 8 horas
<b>Indicaciones</b>	Neumonías, infecciones broncopulmonares en fibrosis quística, infecciones complicadas del tracto urinario, infecciones complicadas intraabdominales, infecciones intra- y posparto, infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos, meningitis bacteriana aguda, monoterapia en pacientes neutropénicos con fiebre en los que se sospecha una infección bacteriana
<b>Advertencias y precauciones</b>	I.R., ajustar dosis con Cler < 51 ml/min; I.H., monitorizar; riesgo de: colitis asociada a antibióticos, colitis pseudomembranosa, convulsiones y de toxicidad hepática; evitar concomitancia con ác. valproico/valproato de sodio/valpromida o medicamentos que inhiban el peristaltismo; niños < 3 meses.

<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad a carbapenémicos e hipersensibilidad grave a $\beta$ -lactámicos.
---------------------------	---

Fuente: Vademécum (2017)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Cuadro 3**

*Ficha farmacológica de Levofloxacin*

<b>Acción Farmacológica</b>	Agente antibacteriano fluoroquinolónico, levofloxacin actúa sobre el complejo ADN ADN girasa y sobre la topoisomerasa IV.
<b>Vía de Administración y Dosis</b>	IV y Oral. Adultos: 500 mg 1.2 vez/día oral o perfus. IV lenta Niños: 10 mg/kg cada 12h
<b>Indicaciones</b>	Sinusitis bacteriana aguda, exacerbaciones bacterianas agudas de la bronquitis crónica, neumonía adquirida en la comunidad, infecciones piel y tejidos blandos (debe evitarse su uso en infecciones por SARM, por su resistencia), infecciones complicadas del tracto urinario incluyendo pielonefritis, prostatitis bacteriana crónica.
<b>Reacciones Adversas</b>	Insomnio; cefalea, mareo; diarrea, vómitos, náuseas; aumento de enzimas hepáticas (ALT/AST, fosfatasa alcalina, GGT). I.V.: flebitis, reacción en el sitio de administración (dolor, enrojecimiento).
<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad a levofloxacin u otras quinolonas; pacientes con epilepsia; pacientes con antecedentes de trastornos del

	tendón.
--	---------

Fuente: Vademécum (2019)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Cuadro 4**

*Ficha farmacológica de Meropenem*

<b>Acción Farmacológica</b>	Bactericida. Inhibe síntesis de pared celular bacteriana en bacterias Gram+ y Gram-, ligándose a proteínas de unión a penicilina.
<b>Vía de Administración y Dosis</b>	Intravenosa. Niños: 10-20-40 mg/kg/8-12h dependiendo de la patología Adultos y adolescentes: 500 mg- 1g cada 8 horas
<b>Indicaciones</b>	Neumonías, infecciones broncopulmonares en fibrosis quística, infecciones complicadas del tracto urinario, infecciones complicadas intraabdominales, infecciones intra- y posparto, infecciones complicadas de la piel y los tejidos blandos, meningitis bacteriana aguda, monoterapia en pacientes neutropénicos con fiebre en los que se sospecha una infección bacteriana.

<b>Reacciones Adversas</b>	I.R., ajustar dosis con $\text{Cler} < 51 \text{ ml/min}$ ; I.H., monitorizar; riesgo de: colitis asociada a antibióticos, colitis pseudomembranosa, convulsiones y de toxicidad hepática; evitar concomitancia con ác. valproico/valproato de sodio/valpromida o medicamentos que inhiban el peristaltismo; niños $< 3$ meses.
<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad a carbapenémicos e hipersensibilidad grave a $\beta$ -lactámicos.

Fuente: Vademécum (2017)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Cuadro 5**

*Ficha farmacológica de Anfotericina B*

<b>Acción Farmacológica</b>	Antimicótico, fungicida o fungistático según la dosis; actúa uniéndose al ergosterol de la membrana celular.
<b>Vía de Administración y Dosis</b>	1-1.5 mg/kg/24h, I.V en 2-6 h En IR con incremento de $\text{Cr} > 0.4 \text{ mg/dL}$ sobre la basal durante el tratamiento mantener dosis durante 2-5 días. Por lo general, la inyección de anfotericina B se inyecta (lentamente) por vía intravenosa durante un período de 2 a 6 horas, una vez al día. Antes de recibir su primera dosis, puede recibir una dosis de prueba durante 20 a 30 minutos para ver si puede tolerar el medicamento.
<b>Indicaciones</b>	Presentación complejo sulfato sódico de colesterilo: tto. de aspergillosis invasiva en pacientes con I.R. Liposomal: micosis sistémica grave. Complejo lipídico: candidiasis invasiva grave

<b>Reacciones Adversas</b>	Aumento de creatinina sérica, de fosfatasa alcalina y de urea; taquicardia, arritmias incluida taquicardia supraventricular, bradicardia, fibrilación auricular, anemia, leucopenia, trombocitopenia; cefalea, temblores, somnolencia, confusión
<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad, a menos que en la opinión del médico las ventajas del tratamiento sean mayores que los riesgos.

Fuente: Vademécum (2016)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Cuadro 6**

*Ficha farmacológica de Ampicilina*

<b>Acción Farmacológica</b>	Bactericida. Inhibe la síntesis y la reparación de la pared bacteriana, amplio espectro.
<b>Vía de Administración y Dosis</b>	Ads. 500 mg/6-8, oral/parenteral o 1.000 mg/8 h, oral. Lactantes: 50-100 mg/kg/día; niños < 12 años: 125-500 mg/6-8 h, según edad, oral/parenteral. Aumentar dosis según gravedad. Administrar las formas orales ½-1 h antes de la comida. Infección por estreptococo β-hemolítico, duración mín. 10 días.
<b>Modo de Administración</b>	Las formas orales se administrarán junto con un gran vaso de agua con el estómago vacío (1 hora antes o 2 horas después).

<b>Indicaciones</b>	Infección ORL, respiratoria, odontoestomatológica, gastrointestinal, genitourinaria, de piel y tejido blando, neurológica, cirugía, traumatología, meningitis bacteriana y septicemia.
<b>Reacciones Adversas</b>	Náuseas, vómitos, diarrea, erupción eritematosa maculopapular (> incidencia con mononucleosis infecciosa), urticaria, leucopenia, neutropenia, eosinofilia reversible, elevación moderada de transaminasas en niños, sobreinfección.
<b>Contraindicaciones</b>	Alérgicos a penicilinas. Mononucleosis infecciosa.

Fuente: Vademécum (2016)



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

**Cuadro 7**

*Ficha farmacológica de Vitamina K*

<b>Acción Farmacológica</b>	Factor procoagulante. Relacionada con carboxilación postranslacional de factores de coagulación II, VII, IX y X, así como de inhibidores de coagulación proteína C y proteína S.
<b>Vía de Administración y Dosis</b>	Niños > 1 año: dosis única correspondiente a un décimo de dosis IV en ads. - Profilaxis de enf. hemorrágica en recién nacido: neonato sano: oral: 2 mg al nacer + 2 mg a los 4-7 días. Se recomienda dosis única IM de 1 mg si no hay seguridad de recibir la 2ª dosis oral o en amamantados sin seguridad de recibir 3ª dosis oral. Amamantados: misma dosis neonatos sanos y 2 mg oral a las 4-6 sem. Neonato con riesgo: 1 mg

	IM o IV al nacer. Peso < a 2,5 kg no exceder de 0,4 mg/kg. - Tto. enf. hemorrágica en recién nacido: 1 mg IV.
<b>Indicaciones</b>	Hemorragias o peligro de ellas por hipoprotrombinemia grave debida a sobredosificación de anticoagulantes (cumarol solos o en combinación), hipovitaminosis K causada por factores limitantes de absorción o síntesis. Profilaxis y tto. de enf. hemorrágica en recién nacido
<b>Reacciones Adversas</b>	IV: irritación venosa, flebitis
<b>Contraindicaciones</b>	Hipersensibilidad, administración IM a pacientes con tto. anticoagulante.

Fuente: Vademécum (2015)

### 3.5 Atención de Enfermería: Marco Teórico y Metodológico

El paciente objeto de esta investigación se le aplicó un proceso enfermero el cual está sustentado en las teorizantes Ramona Mercer y Dorotea Orem, ya que permitieron la evaluación de las conductas de la madre y el proceso evolutivo del neonato en el área de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por la patología presentada; de esta manera mantener el binomio madre- hijo a través de las intervenciones de enfermería. A continuación, se presentan los datos biográficos y teóricos de las teorizantes utilizadas en el proceso enfermero aplicado al paciente.

### ***3.5.1 Ramona Mercer/ Teoría de la Adopción del Rol Maternal***

**3.5.1.1 Biografía.** Según Raile y Marriner (2011, p. p.581-582) la Dra. Ramona Mercer nació el 4 de octubre de 1929 en Alabama. Mercer inició su carrera profesional como enfermera en 1950, cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Se graduó y recibió el premio L. L. Hill por su excelencia en los estudios. Regresó a la escuela en 1960 después de trabajar como enfermera de planta, enfermera jefe instructora en las materias de pediatría, obstetricia y enfermedades infecciosas. Se licenció en enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). En 1964 obtuvo la licenciatura superior en enfermería materno-infantil en la Emory University y completó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973.

Después del doctorado, Mercer se trasladó a California y aceptó el cargo de profesora asistente del Departamento de Enfermería del cuidado de la salud familiar en la Universidad de California, en San Francisco. En 1977 fue ascendida a profesora asociada y en 1983 aceptó un cargo de profesora titular, que desempeñó hasta su jubilación en 1987. Actualmente, la doctora Mercer es profesora emérita de enfermería de salud familiar en la Universidad de California, en San Francisco (R. T. Mercer, currículum vitae, 2002). Durante su carrera, Mercer ha recibido numerosos premios. En 1963, mientras trabajaba y estudiaba enfermería, recibió el premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar de la University of Emory y fue aceptada en Sigma Theta Tau. Volvió a recibir el mismo premio en los años que estuvo en la Universidad de Pittsburgh. Asimismo, recibió la beca Bixler para la educación y la investigación enfermeras, del Southern Regional Board para estudios de doctorado.

En 1982 recibió el premio de la enfermera de salud materno-infantil del año que concede la National Foundation of the March of Dimes y la American Nurses Association, en su división materno-infantil. En la escuela de enfermería de San Francisco de la Universidad de California, recibió el cuarto premio anual Helen Nahm Lecturer Award en 1984.

Los premios que Mercer ha obtenido gracias a sus investigaciones son: el American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics (ASPO)/Lamaze National Research Award en 1987, el Distinguished Research Lectureship Award, Western Institute of Nursing, Western

Society for Research in Nursing en 1988 y el American Nurses Foundation's Distinguished Contribution to Nursing Science Award en 1990 (R. T. Mercer, curriculum vitae, 2002). Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios. Además, ha publicado seis libros y seis capítulos de libros.

Cuando inició su investigación, Mercer se centraba en las conductas y las necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades posparto, madres de niños discapacitados y madres adolescentes. Su primer libro, *Nursing Care for Parents at Risk* (1977), recibió el premio al libro del año American Journal of Nursing en 1978. Su estudio sobre madres adolescentes durante el primer año de maternidad dio como resultado el libro *Perspectives on Adolescent Health Care* (1979), que también recibió el American Journal of Nursing Book of the Year Award en 1980. Las investigaciones anteriores hicieron que Mercer se interesara por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en las relaciones familiares y el rol materno y las madres de diferentes edades. En 1986, el trabajo de Mercer sobre madres de varias edades se recopiló en un tercer libro, *FirstTime Motherhood: Experiences From Teens to Forties* (1986 a).

El quinto libro de Mercer, *Parents at Risk*, publicado en 1990, volvió a recibir el premio al libro del año de la American Journal of Nursing. La obra se centra en las estrategias que facilitan las primeras interacciones entre los padres y el hijo y promueven la educación de los padres en relación con las situaciones de riesgo específicas.

El sexto libro de Mercer, *Becoming a Mother: Research on Maternal Identity From Rubin to the Present*, fue publicado por la Springer Publishing Company de Nueva York en 1995. Este libro contiene una descripción más completa de la teoría de la adopción del rol materno de Mercer y su marco para estudiar variables que afectan a este rol.

Desde la primera publicación de 1968, Mercer ha publicado numerosos artículos para revistas e enfermería. Ha publicado varios cursos online en Nurseweek durante la década de 1990 y principios de la década de 2000, que incluyen «Sexualidad y fecundidad de adolescentes», «Transición a la maternidad» y «Ayudar a los padres cuando se produce lo inesperado».

Mercer es miembro de varias organizaciones profesionales, como la American Nurses Association y la American Academy of Nursing, y ha sido miembro activo de numerosas

comisiones nacionales. Entre 1983 y 1990 fue editora asociada de la Health Care for Women International. Así mismo, ha trabajado en el equipo de revisión de la Nursing Research y de la Western Journal of Nursing Research y ha formado parte del comité editorial de la Journal of Adolescent Health Care y del consejo ejecutivo de Nurseweek.

También ha trabajado como revisora de numerosas propuestas de becas. Ha intervenido activamente en reuniones y talleres profesionales regionales, nacionales e internacionales (R. T. Mercer, currículum vitae, 2002). Ha recibido el Living Legend por parte de la American Academy of Nursing durante el Annual Meeting and Conference en Carlsbad, California, en noviembre de 2003. Mercer fue premiada con el primer College of Nursing Distinguished Alumni Award por la Universidad de Nuevo México en 2004. En 2005, fue reconocida como uno de los alumnos y profesores más sobresalientes y su nombre aparece en la Wall of Fame de la Universidad de California, en San Francisco

Asimismo, de su trabajo teórico, Mercer también fue una defensora de la educación en enfermería perinatal y participó activamente en la formación de enfermeras especializadas en este campo. Ramona Mercer falleció en 2007, dejando un legado duradero en el campo de la enfermería perinatal y la teoría de la adopción del rol materno, su trabajo continúa siendo una influencia importante en la práctica y la educación de enfermería en todo el mundo.

**3.5.1.2 Fundamentos Teóricos.** La teoría de la adopción del rol maternal de Mercer se basa en una amplia investigación sobre el tema a partir de la década de 1960. Mercer seleccionó tanto las variables maternas como las infantiles para sus estudios, según la revisión que realizó de la bibliografía disponible y de los descubrimientos de los investigadores de diferentes disciplinas. Observó que un gran número de factores pueden tener una influencia directa o indirecta sobre el rol materno, lo que aumentó la complejidad de su trabajo.

Los factores maternos en la investigación de Mercer incluían la edad del primer nacimiento, la experiencia del nacimiento, la separación precoz del niño, el estrés social, el apoyo social, las características de la personalidad, el autoconcepto, las actitudes de crianza y la salud. Incluyó las variables del niño relacionadas con el temperamento, la apariencia, la

respuesta, el estado de salud y la habilidad para dar señales. Mercer (1995) y Ferketich y Mercer (1995a, 1995b, 1995c) también observaron la importancia del rol paterno y aplicaron muchos de los descubrimientos anteriores de Mercer al estudio de la respuesta del padre a la paternidad. Su investigación requería el uso de numerosos instrumentos para medir las variables de interés.

Mercer estudió la influencia de estas variables en el apego y la competencia de los padres a lo largo de varios intervalos, incluido el puerperio inmediato y un (1) mes, cuatro (4) meses, ocho (8) meses y un (1) año después del nacimiento (Mercer y Ferketich, 1990a, 1990b). Además, incluyó en su investigación a adolescentes, madres mayores, madres enfermas, madres de hijos con anomalías congénitas, familias que experimentaban estrés pre parto, padres de alto riesgo, madres que habían tenido partos por cesárea y padres (Mercer, 1989; Mercer y Ferketich, 1994, 1995; Mercer et al, 1993).

Por último, comparó sus hallazgos y la base para su teoría original con la investigación actual. Como resultado, Mercer (2004) propuso que el término adopción del rol materno se sustituyera por el de convertirse en madre, ya que este describe con mayor precisión la evolución continua del rol a lo largo de la vida de la mujer.

Según Mercer (2021) el fundamento de su teoría, “se centra en la adquisición del rol materno y la madre-hijo interacción. La teoría describe el proceso por el cual una madre desarrolla y adquiere el rol materno durante la transición a la maternidad”. (p.115). La adopción del rol materno es un proceso que sigue cuatro estadios de adquisición de rol. Estos estadios han sido adaptados a partir de la investigación de Thornton y Nardi de 1975. Estos cuatro estadios se indican de la siguiente manera:

**a. Anticipación:** el estadio de anticipación empieza durante la gestación e incluye los primeros ajustes sociales y psicológicos al embarazo. La madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto que está en el útero y se inicia la adopción del rol.

**b. Formal:** el estadio formal empieza cuando el niño nace e incluye el aprendizaje del rol y su activación. Las conductas de rol se orientan por medio de las expectativas formales y consensuadas de los otros en el sistema social de la madre.

**c. Informal:** empieza cuando la madre desarrolla sus propias maneras de realizar el rol no transmitidas por el sistema social. La mujer hace que el nuevo rol encaje en su estilo de vida basándose en experiencias pasadas y en objetivos futuros.

**d. Personal:** el estadio personal o de identidad de rol se produce cuando la mujer interioriza el rol. La madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia en el modo en que lleva a cabo el rol, y alcanza el rol materno.

Estos estadios están influenciados por el desarrollo infantil y otros factores como el apoyo social, el estrés, la dinámica familiar y la relación con los padres u otros familiares. Mercer seleccionó variables tanto maternas como infantiles. Entre los factores maternos investigados se encuentran la edad en el primer parto, la experiencia del nacimiento, el estrés social, la separación temprana del niño, las características de la personalidad, las actitudes hacia la crianza, la salud y el autoconcepto. Las variables del niño incluyeron el temperamento, la apariencia, la capacidad de respuesta, el estado de salud y la habilidad para comunicarse.

Mercer ha considerado en su investigación a diversos grupos, tales como adolescentes, madres mayores, madres enfermas, aquellas que enfrentan defectos congénitos en sus hijos, familias que atraviesan estrés preparto, padres con alto riesgo, madres que dieron a luz mediante cesárea, así como la unión entre padres e hijos y la competencia paternal. Además, ha resaltado la importancia del rol del padre. A continuación, se describen las diferentes variantes que Mercer utiliza para identificar problemas.

**1- Adopción del rol materno:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol.

**2- Identidad materna:** Tener una visión interiorizada de sí misma como madre.

**3- Percepción de la experiencia del nacimiento:** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

**4- Autoestima:** Es la percepción del individuo, como las otras personas lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.

**5- Relación padre-madre:** Percepción de la relación conyugal que incluye valores, objetivos y acuerdos intencionales y reales entre los dos.

**6- Unión:** Un elemento del rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.

**7- Temperamento del niño:** Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difícil de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.

**8- Estado de salud del niño:** Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.

**9- Características del niño:** Temperamento, apariencia y estado de salud.

**10- Señales de los lactantes:** Conductas que provocan una respuesta de la madre.

**11- Familia:** Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.

**12- Funcionamiento de la familia:** La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia y sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.

**13- Padre o compañero:** Proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.

**14- Estrés:** Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

**15- Apoyo social:** Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan hay cuatro áreas de apoyo:

- Apoyo emocional: Sentirse amado, cuidado, digno de confianza y comprendido.
- Apoyo informativo: “Ayuda al individuo a solucionar problemas por si solos ofreciéndole información útil para cada problema y/o situación”.
- Apoyo físico: Tipo directo de ayuda.

➤ **Apoyo de valoración:** Informa a la persona sobre cómo está llevando a cabo su rol. Permite al individuo evaluarse a sí mismo en relación con la realización del rol de los demás.

**16- Relación madre- padre:** Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

**17- Autoconcepto:** Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

**18- Flexibilidad:** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.

**19- Ansiedad:** Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.

**20- Depresión:** Padecer una serie de síntomas depresivos y en particular, el componente afectivo del estado depresivo.

**21- Tensión debida al rol:** El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.

**22- Gratificación-satisfacción:** La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.

### **Adopción del rol maternal:**

El modelo de la adopción del rol materno de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner (1979) del microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

**1. El microsistema:** es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye la familia y factores como el funcionamiento familiar, la relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés.

**2. El mesosistema:** influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que le ocurre al rol materno en desarrollo y al niño.

**3. El macrosistema:** hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas.

**3.5.1.3 Relación del caso clínico con la teoría de Ramona Mercer.** La teoría de la adopción del rol materno creada por Ramona Mercer se relaciona con el caso ya que permite aplicar proceso enfermero al paciente neonato femenino con diagnóstico médico de sepsis neonatal de inicio temprano, ubicado en la unidad de terapia intensiva neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Cuando el recién nacido es admitido en la unidad, es separado de la madre, lo que provoca un aislamiento físico, ya que el tiempo para compartir con el neonato está restringido por los horarios y reglas estrictas de la UTIN.

Por esta razón, el rol de la enfermera en el área es esencial para establecer canales de comunicación efectivos y elaborar un plan que promueva el bienestar físico y emocional tanto de la madre como del recién nacido. Esto garantiza que la madre pueda cumplir su rol materno de manera armoniosa y satisfactoria (binomio madre-hijo) a pesar de la separación temprana. Los conceptos de Ramona Mercer son valiosos para formular preguntas durante la entrevista con la madre, con el objetivo de identificar variables y desarrollar un plan de cuidados para el neonato, proporcionando estabilidad física y emocional a ambos.

### **3.5.2 Dorothea Elizabeth Orem**

**3.5.2.1 Biografía.** Según Raile, M y Marriner, A. (2018) Teoría del Déficit de Autocuidado Dorothea Elizabeth Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of América (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad. No obstante, las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas servicio privado (tanto de servicio domiciliario como hospitalario), servicios como personal.

Orem ostentó el cargo de Directora de la Escuela de Enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949. Tras marcharse de Detroit, pasó ocho (8) años (1949-1957) en Indiana trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería (Orem, 1956).

En 1957, Orem se trasladó a Washington DC, donde trabajó en el Office of Education, en el U.S. Department of Health, Education and Welfare como asesora de programas de estudio. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publicó *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses* (Orem, 1959). Más tarde, ese mismo año, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA. Además, trabajó también como de cana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. Continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA. La formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces de forma conjunta con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Committee de la CUA y el Improvement in Nursing Group, que se convirtió más tarde en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de la teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración.

En 1970, Orem abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora. El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (Orem, 1971). Mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*, Orem fue editora de la NDCG (NDCG, 1973, 1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship (IOS). Las siguientes ediciones de *Nursing: Concepts of Practice* se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

La Georgetown University le confirió a Orem 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 encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing, en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998.

Dorothea Orem murió el viernes 22 de junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia). Tenía 92 años y había pasado un tiempo postrada en cama. La sobrevivieron su amiga de toda la vida, Walene Shields, de Savannah, y su primo Martin Conover, de Minneapolis (Minnesota). Los colaboradores más cercanos de Dorothea le rindieron homenaje en la revista oficial de la IOS, Self-Care, Dependent-Care & Nursing (SCDCN).

Muchos artículos y presentaciones de Orem proporcionan una idea de sus puntos de vista sobre la práctica enfermera, la formación enfermera y la ciencia enfermera. Algunos de estos artículos están actualmente disponibles en las escuelas de enfermería en una compilación editada por Renpenning y Taylor (2003). Otros artículos de Orem y de estudiantes que trabajaron con ella en el desarrollo de la teoría se hallan en la Johns Hopkins University.

**3.5.2.2 Fundamentos Teóricos.** Orem (2001) estableció: «La enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la

naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria» (p. 3). Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonal que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es el servicio de ayuda que ofrece.

La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería. Antes, Orem reconoció que si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesitaba un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Desde mediados de la década de 1950, cuando propuso por primera vez una definición de

enfermería, hasta poco antes de su muerte en 2007, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizador para este cuerpo de conocimientos.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guió el pensamiento de Orem (2001) fue: «¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación?» (p. 20).

El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal» (Orem, 2001, p. 20). Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica.

La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem. Los esfuerzos de Orem, trabajando individualmente y con otras compañeras, condujeron al desarrollo y perfeccionamiento de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (TEDA).

La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, «una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas» (Orem, 2001, p. 22).

Además de sus experiencias en situaciones de la práctica enfermera, Orem estaba muy versada en la bibliografía y el pensamiento de la enfermería. Su asociación con las enfermeras a lo largo de los años aportó numerosas experiencias formativas. La autora consideraba su trabajo con estudiantes licenciados y su colaboración con otras compañeras como valiosos empeños. Orem citó el trabajo de muchas otras enfermeras en cuanto a sus contribuciones a la enfermería, como Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach, entre otras.

La familiaridad de Orem con la bibliografía no se limitó a la enfermera. En su discusión de varios temas relacionados con la enfermería, Orem citó a autores de otras

disciplinas. En las ideas y posturas de Orem puede verse la influencia de expertos como Allport (1955), Arnold (1960a, 1960b), Barnard (1962), Fromm (1962), Harre (1970), Macmurray (1957, 1961), Maritain (1959), Parsons (1949, 1951), Plattel (1965) y Wallace (1979, 1996). La familiaridad con estas fuentes ayuda a conocer más y mejor la obra de Orem.

Para la TEDA de Orem es fundamental el sistema filosófico del realismo moderado. Banfield (1997) realizó una investigación filosófica para explicar las bases del trabajo de Orem. Esta investigación mostró la coherencia entre las visiones de Orem respecto a la naturaleza de la realidad, la naturaleza de los seres humanos y la naturaleza de la enfermería como una ciencia, y las ideas y posturas asociadas a la filosofía del realismo moderado. Taylor, Geden, Isaramalai y Wongvatunyu (2000) también analizaron los principios filosóficos de la TEDA.

Según la postura realista moderada, existe un mundo independiente de los pensamientos del conocedor. Aunque la naturaleza del mundo no está determinada por los pensamientos del conocedor, es posible obtener conocimientos sobre el mundo. Orem no estudió específicamente la naturaleza de la realidad; sin embargo, las afirmaciones y frases que utiliza reflejan una postura realista moderada. La ontología de la TEDA se basa en cuatro categorías de entidades postuladas (Orem, 2001, p. 141). Estas cuatro categorías son: a) personas en localizaciones de espacio-tiempo, b) atributos o propiedades de estas personas, c) movimiento o cambio y d) productos llevados a cabo.

Orem (1997) identificó «cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros» (p. 28). Son la visión de: a) persona, b) agente, c) usuario de símbolos, d) organismo y e) objeto. La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem. La autora afirmaba que adoptar una visión particular para cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios (Orem, 1997).

La idea de persona como agente es básica en la TEDA. El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el

bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. «Acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento» (Orem, 2001, pp. 62-63).

Cuando se embarca en una acción deliberada, la persona actúa como un agente. La visión de persona como agente se refleja en otros elementos conceptuales de la TEDA. En relación con la visión de persona como agente y la idea de acción deliberada, Orem citó a varios expertos, como Arnold, Parsons y Wallace. La autora identificó siete suposiciones respecto a los seres humanos que pertenecen a la acción deliberada (Orem, 2001, p. 65).

Estas suposiciones explícitas, si bien se centran en la acción deliberada, se basan en la suposición implícita de que los seres humanos tienen libre voluntad. La TEDA representa la obra de Orem en cuanto a la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica.

El trabajo de Maritain (1959) y Wallace (1979), filósofos asociados a la tradición realista moderada, se cita en relación con sus ideas sobre la forma de la ciencia enfermera. En ciencias prácticas, el conocimiento se desarrolla en interés del trabajo que se va a realizar. En el caso de la enfermería, el conocimiento se desarrolla en interés de la práctica enfermera. Las ciencias prácticas constan de dos componentes: el especulativo y el práctico.

El componente especulativamente práctico es de naturaleza teórica, mientras que el componente prácticamente práctico indica la acción. La TEDA representa un conocimiento especulativamente práctico. La ciencia enfermera práctica mente práctica consta de modelos y estándares de práctica, y de tecnologías. Orem (2001) identificó dos conjuntos de ciencias enfermeras especulativamente prácticas: las ciencias de la práctica enfermera y las ciencias que sirven de fundamento. El conjunto de las ciencias de la práctica enfermera incluye: a) la ciencia de la enfermería completamente compensatoria, b) la ciencia de la enfermería parcialmente compensatoria y c) la ciencia de la enfermería de apoyo-desarrollo. Las ciencias enfermeras que sirven de fundamento son: a) la ciencia del autocuidado, b) la ciencia del desarrollo y el ejercicio de la actividad del autocuidado en ausencia o presencia de limitaciones para la acción deliberada y c) la ciencia de la asistencia humana para personas

con déficit de autocuidado asociados a la salud. En relación con esta estructura propuesta de las ciencias de la enfermería, Orem afirmó: «La separación, denominación y descripción de los dos conjuntos de ciencias se basan en mi conocimiento de la naturaleza de las ciencias prácticas, en mi conocimiento de la organización del tema en otros campos de la práctica y en mi comprensión de los componentes de los currículos educativos para las profesiones.

Además de los dos componentes o tipos de ciencias prácticas, el conocimiento científico necesario para ejercer la enfermería incluye conjuntos de ciencias aplicadas y ciencias básicas no enfermeras. En el desarrollo de las ciencias aplicadas, se utilizan teorías de otros campos en el campo de la práctica. Estas ciencias enfermeras aplicadas aún no se han identificado ni desarrollado.

La expresión de Orem de la forma de la ciencia enfermera proporcionó el marco para desarrollar un cuerpo de conocimientos para la formación de las enfermeras y para ofrecer asistencia enfermera en situaciones concretas de la práctica enfermera. La TEDA, con sus elementos conceptuales y tres teorías, identifica la sustancia o el contenido de la ciencia enfermera.

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas: 1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas. 2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente. 3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Los principales conceptos de las teorías de Orem se identifican aquí y se tratan con más profundidad en Orem (2001).

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

1. La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.

2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.

3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Los principales conceptos de las teorías de Orem se identifican aquí y se tratan con más profundidad en Orem (2001).

**Autocuidado:** el autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (Orem, 2001, p. 522).

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

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

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

2. La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado (Orem, 2001, p. 522).

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

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.

**Afirmaciones teóricas:** Presentada como una teoría general de la enfermería, que representa una imagen completa de la enfermería, la TEDA se expresa mediante tres teorías:

1. Teoría de sistemas enfermeros.
2. Teoría de déficit de autocuidado.
3. Teoría de autocuidado.

Las tres teorías constituyentes, tomadas con juntamente y en relación, constituyen la TEDA.

La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de auto cuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo.

También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos. El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado.

**Teoría de los sistemas enfermeros:** la teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente,

para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multi personales.

**Teoría del déficit de autocuidado:** la idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

**Teoría del autocuidado:** el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina.

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros

### ***3.5.3 Relación del caso clínico con la teoría de Dorothea Elizabeth Orem***

El neonato femenino es un ser inmaduro que no puede satisfacer sus necesidades por sí mismo, por lo tanto, se califica dependiente y vulnerable, debido a su caso requiere de cuidados propios por parte del personal de enfermería durante su hospitalización en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Esto implica un déficit de autocuidado, ya que se trata

de un recién nacido con problemas de salud. Por lo tanto, la enfermera lleva a cabo todas las actividades y cuidados necesarios.

Dorothea Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general que incluye tres teorías interrelacionadas: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. En relación a este caso clínico, se establece una conexión con la teorizante mencionada, teniendo como objetivo principal aplicar el cuidado al recién nacido. Esta teoría proporciona a los profesionales de la enfermería herramientas para ofrecer una atención de calidad en cualquier situación, enfocándose en el binomio salud-enfermedad.

## **CAPITULO IV**

### **ESTUDIO DEL CASO CLÍNICO**

En el presente capítulo se observan los aspectos relacionados con el caso clínico, desde datos del paciente seleccionado para el mismo, hasta la intervención ejecutada como parte del

Proceso Enfermero. Además, se realizó una valoración objetiva y subjetiva del neonato, para la determinación de sus complicaciones de acuerdo a los aportes de las teorizantes seleccionadas.

#### **4.1 Título del Caso Clínico**

Proceso Enfermero a paciente Neonato Femenino con Diagnóstico Médico de Sepsis Neonatal de Inicio temprano, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

#### **4.2 Resumen del caso**

Se trata de neonato femenino, producto de madre de 24 años de edad, II gesta, I aborto, con un embarazo controlado (5c) de 38 semanas de gestación por Ballard, complicado con ITU en el III trimestre. Obtenido por cesárea segmentaria con anestesia raquídea el día 31 de octubre del 2024, respiro y lloro al nacer con APGAR no reportado, peso al nacer 2.774 kg y su talla al nacer fue de 51 cm. Proviene de sala de hospitalización obstétrica, quien según el familiar refiere que es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Quien a las 12 horas de vida presenta succión débil, se comenta caso con residente de neonatología y se decide su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Luego a las 7:00 pm presento cianosis. el día 08 de noviembre del 2024 a las 6:30 am presenta emesis Borraceo abundante y hipertemia la cual mejoró con medios físicos.

Es evaluado, se comenta condiciones con familiares. Se ubica en incubadora bajo confort térmico, en condiciones clínicas de cuidado, tolerando aire ambiente, activo, llanto fuerte, tórax simétrico expansible, sin signos de distrés respiratorio dado por Silverman de 0 puntos, abdomen blando depresible. Se cateteriza vía periférica, recibiendo hidratación parenteral, se extrae muestra para examen de laboratorio, aunado a eso se coloca sonda orogástrica conectada a bolsa recolectora y en dieta absoluta.

Se reciben paraclínicos en los que se encuentran valores alterados, y se indica antibioticoterapia a sepsis. Presentando tinte icterico de piel y mucosas, KRAMER III/V, se indica fototerapia. Con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio temprano. Posteriormente, es trasladada a la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatal (UCIN), en

condiciones clínicas estables, motivo por el cual se Egresó 21-11-2024 recomendando: Lactancia materna exclusiva, Esquema de vacunación, Consultas Pediátrica, Medicamento.

### **4.3 Objetivos**

#### ***4.3.1 Objetivo General***

Aplicar proceso enfermero a neonato femenino con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, recluido en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, Porlamar, utilizando una conjugación entre las teorías de Ramona Mercer, Dorothea Orem y la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

#### ***4.3.2 Objetivos Específicos***

1. Valorar objetivamente a través del examen físico céfalo-caudal y subjetivamente mediante los conceptos de Ramona Mercer y los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem que permitan la atención del neonato y familia.

2. Enunciar diagnósticos de enfermería de acuerdo a los conceptos de Ramona Mercer y los requisitos de autocuidado de Dorothea Orem alterados en el paciente y familia tomando como referencia la taxonomía NANDA (2021-2023) que permitan la atención.

3. Identificar los resultados de enfermería esperados en el neonato y familia de acuerdo a la taxonomía NOC (2018) que permitan la evaluación su evolución.

4. Planificar las intervenciones de enfermería de acuerdo con la taxonomía NOC (2018) para la atención del neonato y familia tomando como referencia los conceptos de Ramona Mercer y los requisitos de autocuidado Dorothea Orem alterados.

5. Ejecutar las intervenciones de enfermería de acuerdo con la taxonomía NIC (2018) para la atención del neonato y familia tomando como referencia los conceptos de Ramona Mercer y los requisitos de autocuidado Dorothea Orem alterados.

6. Evaluar las intervenciones realizadas en el neonato y familia por medio de los criterios establecidos en la taxonomía NOC (2018) y los resultados obtenidos.

## **4.4 Historia de Enfermería**

### **4.4.1 Anamnesis**

Según Miñan (2024) la anamnesis es un término médico que se refiere a la toma de información sobre la historia clínica de un paciente, con el objetivo de determinar el diagnóstico y el tratamiento adecuados para su condición médica. En este artículo, se profundizará en el concepto de anamnesis, su definición, características y aplicación en la práctica médica. (párr.1). En otro orden de ideas se centra en la recopilación de información que permita una comprensión más profunda de los síntomas y los factores relacionados. Por ende, en la anamnesis realizada al paciente se presentan los siguientes datos personales, la valoración tanto objetiva como subjetiva, los cuadros analíticos y los planes de cuidado de enfermería, que se aplicarán al neonato objeto de estudio de esta investigación.

#### **4.4.1.1 Datos Personales.**

- Nombre: RN.Y. M
- Sexo: Femenino
- Fecha de Nacimiento: 31-10 -2024
- Hora: 8:54 am.
- Peso: 2.774 Kg.
- Talla: 51 cm.
- C.C:32cm.
- C.T: 30cm.
- C.A: 28cm.
- Tipaje sanguíneo: ORH +

#### **4.4.1.2 Antecedentes Prenatales.**

- Producto de madre de 24 años de edad.
- II Gesta.
- I Aborto.

- Embarazo de 38 semanas.
- cinco (5) controles Ginecoobstétricos.
- Dx: Sepsis Neonatal de Inicio Temprana.
- Lab: HIV negativo, VDRL negativo.
- Tipaje sanguíneo: ORH +
- Con complicaciones infecciosas ITU.
- Niega tabaquismo.
- Niega drogas.

#### **4.4.1.3 Antecedentes Perinatal.**

- Obtenido por cesárea segmentaria.
- Apgar no reportado
- Ballard: 38 semanas.

#### **4.4.1.4 Antecedentes Posnatal.**

- Sepsis Neonatal de Inicio Temprano

### ***4.4.2 Valoración del Neonato***

#### **4.4.2.1 Valoración Objetiva.**

Para Potter y Perry (2010) la valoración objetiva consiste en la obtención de datos que pueden ser medidos y verificados de manera consistente por otros profesionales. Esto incluye signos vitales, observaciones directas y resultados de pruebas diagnósticas. Con respecto a la valoración objetiva del neonato objeto estudio de esta investigación, se realizó un Examen físico céfalo-caudal, es definido por Alegsa (2020) como un Examen físico es la evaluación detallada que realiza un profesional de la salud para identificar posibles signos físicos de enfermedad o anomalías en el paciente (párr.1). De tal manera que la investigadora optó por el examen físico para la recopilación de datos objetivos del neonato, evaluando su estado de salud. El examen se desglosa a continuación:

## Signos Vitales

- Frecuencia Cardíaca: 116 lpm.
- Frecuencia Respiratoria: 32 rpm.
- Tensión Arterial: 87/45 con 68 media mmhg.
- SpO2:99%

## Examen Físico Céfalo-Caudal

- **Postura y Actividad:** En posición decúbito supino, activo, respuesta a estímulos externos.
- **Piel:** Ictérica, llenado capilar < 3 segundos.
- **Neurológico:** Vigil, activo, llanto fuerte, reflejo del Recién Nacido presente (Babinski, moro, búsqueda, prensión palmar, plantar, succión)
- **Cabeza:** Normocéfalo, fontanela anterior permeable normotensa.
- **Cabello:** Normoimplantado, color castaño oscuro, abundante.
- **Ojos:** Simétricos, pupilas isocóricas reactivas a la luz
- **Oídos:** Pabellón auricular normo implantado simétrico, conductos auditivos externos permeables.
- **Nariz:** Tabique nasal simétricos, fosas nasales permeables.
- **Boca:** Labios simétricos, mucosa oral húmeda, paladar indemne.
- **Cuello:** Simétrico, móvil.
- **C/p:** Tórax simétrico expansible, sin agregados, ruidos respiratorios no presente, Silverman de 0 punto.
- **Abdomen:** Globoso, distendido, no doloroso a la palpación.
- **Genitales:** Femeninos normoconfigurados.
- **Ano:** Permeable.
- **Extremidades:** Simétricas, sin edema.

- **Neurológico:** Activo, responde a estímulos externos.

#### 4.4.2.2 Valoración Subjetiva.

Carpenito y Moyet (2008) la valoración subjetiva consiste en información recogida directamente de la persona, incluyendo sus sentimientos, pensamientos y preocupaciones. Es esencial para la formulación de diagnósticos de enfermería centrados en el paciente. (p.3). Desde esta perspectiva, los datos subjetivos consisten en la información que se obtiene tanto del paciente como de los miembros de su familia, proporcionando valiosos datos desde sus puntos de vista. A continuación, se presentará una evaluación del objeto de estudio, utilizando el Proceso de Enfermería, incorporando las teorías y conceptos de Ramona Mercer y los requisitos de autocuidado Dorothea Orem alterados.

#### 4.4.3 Conceptos Principales de Ramona Mercer

**1- Adopción del rol materno:** Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación del mismo.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Es muy difícil esta situación, mi bebé tan chiquita y es mi primera hija, ya que en mi embarazo anterior tuve un aborto. me afecta no poder atender a mi niña como quisiera, siempre estoy pendiente de las horas para poder entrar a verla, casi no duermo, por estar pendiente si las enfermeras necesitan algo para mi bebé, a veces hasta me quedo dormida de lo cansada.

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado debido a que la madre por la restricción de horas para ver al neonato, no puede darle el cuidado que ella quisiera. Por lo tanto, no se cumplen las tareas del rol.

**2- Identidad materna:** Tener una visión interiorizada de sí misma como madre.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Siempre estoy pendiente de lo que necesite mi hija o lo que me piden para ella, me considero que estoy siendo una mamá responsable.

**Análisis:** Este concepto teórico no se encuentra afectado, ya que la madre tiene una buena apreciación de sí misma sobre su identidad materna con respecto al cuidado de su hija.

**3- Percepción de la experiencia del nacimiento:** La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mientras me realizaban la cesárea tenía miedo porque no sabía si mi hija podía verse afectada por la infección urinaria que presente durante el embarazo en el III trimestre.

**Análisis:** este concepto está afectado debido a la inseguridad de la madre.

**4- Separación Precoz:** Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebé prematuro.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mi bebé estuvo conmigo en la sala de hospitalización obstétrica, nos tocó llevarla a UCIN porque estaba sangrando por el ombligo, debido a que el clamp umbilical no fue bien colocado, estaba mal presionado. Me la regresan a sala de hospitalización obstétrica, pero luego la volvemos a llevar UCIN por presentar vómito abundante (emesis) y se nos colocó con una apariencia morada rojiza(cianosis), le realizan todos estudios de laboratorio, luego a los siete (7) días se descompensó y es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UTIN) por presentar una sepsis infecciosa en el cuerpo. Y ahora solo puedo verla en las horas establecida sin poder alimentarla directamente del seno.

**Análisis:** Concepto teórico se encuentra afectado debido a que la madre no tuvo mucho tiempo con el neonato después nacer, ya que esta ameritaba ser hospitalizada, lo cual interrumpió el vínculo inmediato entre madre-hija.

**5- Autoestima:** Es la percepción del individuo, como las otras personas lo ven y la autoaceptación de estas percepciones.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Gracias a Dios tengo bastante apoyo por parte de mi esposo y familiares y nunca estoy sola mi esposo siempre está conmigo.

**Análisis:** Este concepto teórico no se encuentra afectado, por lo que la madre se siente conforme consigo misma y no se ve afectada por los comentarios ajenos, debido a que recibe apoyo de su esposo y familiares.

**6- Autoconcepto:** Percepción general del yo que incluye la autosatisfacción, la autoaceptación, la autoestima y la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Me siento bien, al momento en que me dijeron que tenían que hospitalizar a mi bebe me sentí mal, pero me calme porque si me pongo llorar o triste no soluciono nada y porque eso le hace mal a mi hija, tengo que estar bien para poder estar atenta a lo que ella necesite.

**Análisis:** Concepto teórico no afectado, debido a que la madre se siente en capacidad de afrontar el estado de salud del neonato.

**7- Flexibilidad:** La flexibilidad de las actitudes de crianza aumenta el desarrollo. Las madres más mayores poseen el potencial para responder de modo menos rígido con respeto a sus hijos y para considerar cada situación según las circunstancias.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Soy mamá primeriza prácticamente a pesar de mi anterior perdida, pero me siento capaz de salir adelante con esta situación y más aún porque es mi primera bebé, cuento con mucho apoyo de mi esposo y aunque no puedo estar cerca de mí bebé, permanezco pendiente de todo lo que necesite.

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado, puesto que la madre no participa en los cuidados básicos de la recién nacida. ya que no puede estar mucho con ella.

**8- Estado de salud:** Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad; la preocupación por la salud; la orientación de la enfermedad y el rechazo del papel de enfermos.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** El proceso de mi recuperación después de la cesárea ha sido difícil he sentido mucho dolor y porque no he tenido el descanso necesario, la salud de mi bebé me preocupa mucho, tengo miedo de que pueda complicarse.

**Análisis:** Este concepto se encuentra afectado debido a que la madre tiene una percepción negativa en relación a la salud de su bebé.

**9- Ansiedad:** Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Me siento cansada y muy ansiosa, preocupada y con mucho miedo por la situación de mi bebé, cada vez que la enfermera sale del servicio pienso que me trae una mala noticia.

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado debido a que la madre presenta un nivel de estrés y ansiedad por la evolución de su bebé.

**10- Tensión debida al rol:** El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** no sé si seré capaz o tendré el conocimiento para de cuidar a mi bebé.

**Análisis:** Este concepto teórico está afectado debido a que la madre le preocupa no sentirse capaz de cumplir con el rol de materno.

**11- Gratificación-satisfacción:** La satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas normales relacionadas con la maternidad.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Siempre soñé con tener un bebé, independientemente de su género, pero que viniera sano. A pesar de todo, me siento agradecida con Dios por haberme bendecido con mi hija. Me llena de felicidad tenerla en mis brazos, aunque me entristece no poder estar con ella al 100% y que, siendo tan pequeña, tenga que pasar por esta situación. Le ruego a Dios salir de este proceso y poder estar con mi bebé en casa.

**Análisis:** Este concepto se encuentra afectado, debido al diagnóstico que enfrenta el neonato, lo cual impide a la madre sentir una plena satisfacción.

**12- Unión:** Un elemento del rol paternal y de la identidad. La unión se contempla como un proceso en el cual se crea un vínculo afectivo y emocional con un individuo.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mi esposo me apoya en todo gracias a Dios, no me puedo quejar. A veces cuando no está conmigo aquí en el hospital es porque está trabajando.

**Análisis:** Este concepto teórico se cumple, debido al fuerte vínculo afectivo y de apoyo entre los padres del neonato, lo que favorece un mejor afrontamiento ante la situación.

**13- Temperamento del niño:** Existen temperamentos fáciles y difíciles; estos últimos se relacionan con la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre difícil de interpretar, lo que le crea sentimientos de incompetencia y frustración.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Desde que mi bebe nació, no he podido tener mucho acercamiento

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado debido a que la madre no se puede relacionarse con su hijo para poder interpretar los mensajes.

**14- Estado de salud del niño:** Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Me entristece mucho entrar a verla a la sala de UTIN y ver su piel muy amarilla, además no poder darle pecho por estar en dieta absoluta a los días fue que empecé a darle su leche materna.

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado, debido al diagnóstico que presenta la bebé, no se cumple el rol materno, ya que se produce la separación entre la madre y el neonato e interfieren en la correcta vinculación de los lazos afectivos.

**15. Características del niño:** Temperamento, apariencia y estado de salud.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Cuando nació presento succión débil y yo me asuste, luego al entrar al área me sorprendió ver a mi bebé tan amarilla. El toque y mi bebé estaba caliente, le pregunte a la licenciada que porque estaba así y me dijo que lo amarillo iba a disminuir con el tratamiento y así fue volvió agarrar su color y que tenía la temperatura por encima de 39°C, piel caliente al tacto y taquicardia.

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado, puesto a la impresión que llevo la madre al ver al neonato con un tinte icterico muy pronunciado.

**16. Señales de los lactantes:** Conductas que provocan una respuesta de la madre.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Cuando me permiten entrar la veo que está durmiendo o llorando, Me preocupo cuando la veo llorando porque no se si le duele algo.

**Análisis:** Concepto teórico afectado, dado que la madre por presenciar los llantos de su hija le genera preocupación.

**17. Familia:** Es un sistema dinámico que incluye subsistemas, individuales y de pareja, que se incluyen dentro del sistema global de la familia.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mi esposo y familia me han ayudado mucho en esta situación.

**Análisis:** Este concepto teórico no está afectado, ya que la madre cuenta con el apoyo familiar.

**18. Funcionamiento de la familia:** La visión individual de las actividades y relaciones entre la familia, sus subsistemas y las unidades sociales más amplias.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mi esposo trabaja y cuando sale de su trabajo se viene para el hospital, él y mi suegra se turnan para acompañarme. siempre estoy muy pendiente de mi hija, no me he apartado ni un instante de esta habitación.

**Análisis:** Este Concepto teórico no se encuentra afectado, puesto que la madre cuenta con el apoyo de la familia.

**19. Padre o compañero:** Proceso de adopción del rol materno como no puede hacerlo ninguna otra persona. Las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mi esposo me apoya mucho; es un buen padre y, aunque está trabajando arduamente, se preocupa por mí y por la bebé. No tengo quejas.

**Análisis:** Este concepto teórico no se encuentra afectado, debido a que la madre cuenta con el apoyo de su esposo.

**20. Estrés:** Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** toda esta situación me ha causado mucho estrés y agotamiento; a penas duermo. Además, casi todos los días hay que hacerle exámenes a la bebé, lo cual es difícil tanto emocional como económicamente. Sin embargo, estamos haciendo sacrificios.

**Análisis:** Este concepto teórico se encuentra afectado, debido a los elevados gastos asociados con la estadía en el hospital, lo que genera una situación de gran estrés para la madre.

**21. Apoyo social:** Cantidad de ayuda que recibe realmente, la satisfacción que produce esa ayuda y las personas (red) que la proporcionan hay cuatro áreas de apoyo: emocional, físico, informativo y de valoración.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Muchas personas han sido de gran ayuda durante esta situación, tanto en términos de apoyo emocional, como en apoyo de los gastos hospitalarios. Tanto la familia como personas cercanas a nosotros han contribuido. Sin embargo, los gastos siguen siendo fuerte ya que se realizan exámenes diarios.

**Análisis:** Este concepto teórico no se encuentra afectado, ya que hasta ahora ha contado con el apoyo de numerosas personas, tanto en el ámbito emocional como físico y económico.

**22. Relación madre- padre:** Es la percepción de la relación de pareja, que incluye sus valores, objetivos y acuerdos entre ambos.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** mi esposo ahora el padre de mi hija ha sido un pilar esencial en mi vida; me ayuda con las tareas del hogar y entre los dos siempre tomamos las decisiones juntos.

**Análisis:** Este concepto no se encuentra afectado, debido a que hay una buena relación entre los padres de la recién nacida y una adecuada comunicación para resolver problemas y tomar decisiones en conjunto.

### **Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem**

**Requisito 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.** Es una función indispensable para la vida, debido a que es la capacidad de la persona para mantener una correcta oxigenación, en los niveles adecuados y con el apropiado intercambio de gases.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** mi bebé no presentó dificultad respiratoria y tampoco fue conectada a ventilación mecánica.

**Análisis:** no, ya que el neonato no presenta déficit respiratorio.

**Requisito 2. Mantenimiento de un aporte adecuado de agua.** Es el proceso mediante el cual la persona cumple con el requerimiento adecuado de agua, para mantener los niveles esenciales de la misma en el organismo.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** mi hija recibe ingesta de líquidos por vía endovenosa.

**Análisis:** no se cumple, ya que la recién nacida recibe hidratación parenteral debido que se encuentra en dieta absoluta.

**Requisito 3. Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.** Es la capacidad del ser humano de suministrarse los nutrientes indispensables para subsistir, mediante la ingesta de comida, y su consecuente proceso de masticación y deglución, para lograr así absorber esos nutrientes, y obtener la energía de los mismos para llevar a cabo la actividad diaria.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** No puedo amamantar a mi bebé porque se encuentra en dieta absoluta por presentar una hemorragia digestiva.

**Análisis:** no se cumple, ya que la recién nacida no puede alimentarse directo del seno materno, debido a que se mantiene en dieta absoluta.

**Requisito 4. Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.** Capacidad de la persona para controlar esfínteres para la eliminación urinaria y fecal, patrón diario de eliminación o requerir ayuda de medios para favorecer la eliminación (fármacos, enemas, alimentos, sondas, entre otros).

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** no sé qué cantidad de orina o de pupú hace mi bebé, ya que las enfermeras son las que le cambian el pañal.

**Análisis:** no se cumple, debido a que se encuentra alterado según reportes los reportes de enfermería.

**Requisito 5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.** Describe el nivel de actividad de la persona en su casa, trabajo o tiempo libre, limitaciones para llevarlas a cabo y el uso de dispositivos de ayuda (andadera, bastón, otros), también el patrón de sueño/descanso (duración del sueño, insomnio, siestas, entre otros), uso de sedantes, música, lectura u otros medios para lograr el descanso, de igual forma el patrón de vigilia,

conocimientos o motivación para aprender sobre las horas de sueño/vigilia que beneficie su salud.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Mi bebé no ha tenido ninguna actividad física desde su nacimiento; prácticamente ha estado en una incubadora todo el tiempo.

**Análisis:** no se cumple, ya que desde su nacimiento la recién nacida se encuentra metida en una incubadora, recibiendo los cuidados especiales, además se encuentra recibiendo fototerapia y no puede ser extraída de la incubadora.

**Requisito 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la comunicación social.** La persona valora las dificultades posee en la interacción social, el contacto con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, realizar actividades recreativas, percepción de su estado de ánimo, entre otros.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** apenas tengo la oportunidad de ver a mi bebé, ya que solo puede hacerlo durante las horas de visita.

**Análisis.** No se cumple, ya que el neonato no tiene contacto alguno con el entorno exterior debido a que se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UTIN) y solo puede recibir visitas de su madre durante el horario establecido.

**Requisito 7. Prevención de peligros para la vida, funcionamiento, desarrollo y bienestar humano.** Capacidad de la persona para evitar accidentes, riesgos de infecciones, accidentes u otros, así como también prevenir los peligros inherentes a su etapa de vida, edad y estado de salud por medio de medidas para lograrlo. Incluye realizar una higiene adecuada.

**Dato Subjetivo. Madre refiere:** Las enfermeras son las que le brindan esa comodidad a mi bebé.

**Análisis:** no se cumple, dado que el personal de enfermería proporciona los cuidados necesarios al neonato.

**Requisito 8. Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales, de acuerdo al potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal.** Habilidades para manejar recursos económicos, capacidad para manejar situaciones sociales, adaptarse a normas e interés o motivación en aprender estilos de vida saludables.

**Datos Subjetivos. Madre refiere:** no refiere

**Análisis.** No se cumple en este requisito.

#### 4.5 Cuadros Analíticos y Planes de Cuidado

Los cuadros analíticos son una herramienta útil para las enfermeras, ayudan a la evaluación de la función física, emocional y social de los pacientes y a la identificación de las necesidades y las prioridades en el plan de cuidado. Por su parte, Sánchez (2014). explica que los cuadros analíticos “son una herramienta útil para organizar y visualizar la información recopilada en una investigación (p.156).

**Datos subjetivos:** En el caso de esta investigación los datos subjetivos estarán compuestos por los datos aportados por la madre durante la entrevista realizada. Estos incluyen sentimientos, percepciones y preocupaciones.

**Datos objetivos:** En el caso de esta investigación los datos objetivos se obtuvieron a través del examen físico, medición de signos vitales, resultados de laboratorios, estudios radiológicos, entre otros.

**Problemas y necesidades:** Son las manifestaciones de salud que presenta el paciente, el cual fueron identificados mediante la valoración de los datos subjetivos y objetivos.

**Diagnóstico de Enfermería:** Son las etiquetas diagnósticas según North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2018-2020).

**Enunciado Teórico:** Según los conceptos afectados de la teoría de Ramona Mercer y los requisitos de Dorothea Orem.

**Taxonomía NANDA:** Proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de guía, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería.

**Taxonomía NIC:** Es una clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería.

**Taxonomía NOC:** Se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería.





**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 9**

*Cuadro Analítico para Hipertermia*

Datos subjetivos	Datos objetivo	Problema	Problema según	Diagnóstico de enfermería
<p><b>Enfermera refiere:</b> <i>El paciente tenía la temperatura por encima de 39°C, piel caliente al tacto.</i></p> <p><b>Madre refiere:</b> <i>la toque y mi bebé estaba Caliente.</i></p>	<p>Temperatura corporal &gt; 39°C</p>	Hipertermia	<p><b>Concepto de Ramona Mercer</b></p>	<p>(00007)  Hipertermia r/c  infecciones  bacterias  m/p temperatura corporal &gt;39° C.</p>
		<b>Necesidad</b>	-Características del Niño	
		Disminuir temperatura corporal en un rango de 36.5-37.5°C		

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 10**

*Plan de Cuidado para Hipertermia*

<b>Diagnostico NANDA:</b> (00007) Hipertermia r/c infecciones bacterianas m/p temperatura corporal >39° C.				
<b>Dominio 11:</b> Seguridad / Protección		<b>Clase 6:</b> Termorregulación		
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<b>Características del niño:</b> temperamento, apariencia y estado de salud.	(0802)-Signos vitales. (0801)-Termorregulación: recién nacido. <b>Dominio II:</b> Salud fisiológica. <b>Clase I:</b> Regulación Metabólica.	-Monitorear la temperatura del neonato hasta que se estabilice. -Controlarla temperatura y signos vitales. -Administrar antipiréticos según lo prescrito. -Mantener la humedad al 50% o más de la incubadora para reducir la pérdida de calor por evaporación.	(6680)-Monitorización de los signos vitales. <b>Dominio 4:</b> Seguridad. <b>Clase V:</b> Control de riesgos. (3740) Tratamiento de la fiebre. (3900) Regulación de la temperatura <b>Dominio II:</b> Fisiológico Complejo. <b>Clase M:</b> Termorregulación.	Se logró reducir la temperatura corporal del neonato. A través de las intervenciones de enfermería.

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 11**

*Cuadro Analítico para Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante*

<b>Datos subjetivos</b>	<b>Datos objetivo</b>	<b>Problema</b>	<b>Problema según</b>	<b>Diagnóstico de enfermería</b>
<p><b>Madre refiere:</b> <i>Cuando nació presento succión débil y yo me asuste.</i></p> <p><b>Madre refiere:</b> <i>Que el neonato presento una incapacidad de succión ineficaz.</i></p>	<p>El Neonato con succión débil.</p>	<p>Succión débil</p>	<p><b>Concepto de Ramona Mercer</b></p>	<p>(00295) Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante r/c succión m/p debilidad.</p>
			<p>-Características del niño</p>	
			<p><b>Requisito de Dorothea Orem</b></p>	
		<p><b>Necesidad</b></p>	<p>Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.</p>	
<p>Nutricional</p>				

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 12**

*Plan de Cuidado para Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante*

<b>Diagnostico NANDA:</b> (00295) Respuesta ineficaz de succión y deglución del lactante r/c succión m/p debilidad.				
<b>Dominio 2:</b> Nutrición		<b>Clase 1:</b> Ingestión		
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<p><b>Características del niño:</b> Temperamento, apariencia y estado de salud.</p> <p><b>Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.</b> Es la capacidad del ser humano de suministrarse los nutrientes indispensables para subsistir, mediante la ingesta de comida, y su consecuente proceso de masticación y deglución, para lograr así absorber esos nutrientes, y obtener la energía de los mismos para llevar a cabo la actividad diaria.</p>	<p>(1004) Estado nutricional</p> <p><b>Dominio II:</b> Salud fisiológica.</p> <p><b>Clase K:</b> Digestión y nutrición.</p>	<p>-Monitorizar los signos vitales.</p> <p>-Monitoreo de las sesiones de alimentación.</p> <p>-Monitorizar si hay cianosis central o periférica.</p> <p>-Instruir a la madre sobre la posición de alimentar al neonato.</p>	<p>(6680) Monitoreo de signos vitales.</p> <p><b>Dominio 4:</b> Seguridad</p> <p><b>Clase V:</b> Control de riesgo</p> <p>(6900) Succión no nutritiva</p> <p><b>Dominio 5:</b> familia</p> <p><b>Clase W:</b> Cuidados de un nuevo bebé.</p>	<p>se logró una succión eficaz a la hora de amamantar al neonato.</p>

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 13**

*Cuadro Analítico para Hiperbilirrubinemia Neonatal*

<b>Datos subjetivos</b>	<b>Datos objetivo</b>	<b>Problema</b>	<b>Problema según</b>	<b>Diagnóstico de enfermería</b>
<p><b>Madre refiere:</b> <i>Al entrar al área me sorprendió ver a mi bebé tan amarilla.</i></p> <p><b>Madre refiere:</b> <i>Me entristece mucho entrar a verla a la sala de UTIN y ver su piel muy amarilla.</i></p> <p><b>Madre refiere:</b> <i>no sé qué cantidad de orina o de pupú hace mi bebé, ya que las enfermeras son las que le cambian el pañal.</i></p>	<p>Tinte icterico en piel y Mucosas.</p> <p>Escala de KRAMER III/V.</p>	<p>Hiperbilirrubinemia</p>	<p><b>Concepto de Ramona Mercer</b></p>	<p>(00194) Hiperbilirrubinemia neonatal r/c infecciones bacterianas m/p tinte icterico en piel y mucosas.</p>
			<p>-Estado de Salud del Niño.</p> <p>-Características del Niño.</p>	
		<p><b>Necesidad</b></p>	<p><b>Requisito de Dorothea Orem</b></p>	
		<p>Disminuir los niveles de la bilirrubina con el medicamento y</p>	<p>Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.</p>	

		fototerapia		
--	--	-------------	--	--

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 14**

*Plan de Cuidado para Hiperbilirrubinemia Neonatal*

<b>Diagnostico NANDA:</b> (00194) Hiperbilirrubinemia neonatal r/c infecciones bacterianas m/p tinte icterico en piel y mucosas.				
<b>Dominio 2:</b> Nutrición			<b>Clase 4:</b> Metabolismo	
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<p><b>Estado de salud del niño:</b> Se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.</p> <p><b>Características del niño:</b> Temperamento, apariencia y estado de salud.</p> <p><b>Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.</b> Capacidad de la persona para controlar esfínteres para la</p>	<p>(2301)-Respuesta a la medicación.</p> <p><b>Dominio II:</b> Salud fisiológica</p> <p><b>Clase AA:</b> Respuesta terapéutica.</p> <p>(0803)-Función</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar parches para cubrir los ojos, evitando ejercer demasiada presión.</li> <li>• Vigilar signos vitales.</li> <li>• Explicar a los padres los procedimientos y cuidados de la fototerapia.</li> </ul>	<p>(2301) Administración de medicación enteral.</p> <p><b>Dominio 2:</b> Fisiológico complejo.</p> <p><b>Clase H.</b> Control de fármacos.</p>	<p>Se logro una respuesta positiva y eficaz a la medicación, estabilizando los niveles de bilirrubina y reduciendo así la coloración del tinte icterico en la piel. .</p>

eliminación urinaria y fecal, patrón diario de eliminación o requerir ayuda de medios para favorecer la eliminación (fármacos, enemas, alimentos, sondas, entre otros).	hepática. <b>Dominio II:</b> Salud fisiológica <b>Clase I:</b> Regulación Metabólica.		<b>(6924)</b> Fototerapia neonato. <b>Dominio 5:</b> Familia. <b>Clase W:</b> Cuidado de un nuevo bebé	
---	---	--	--	--

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 15**

*Cuadro Analítico para Ansiedad*

Datos subjetivos	Datos objetivo	Problema	Problema según	Diagnóstico de enfermería
<b>Madre refiere:</b> <i>Me siento cansada y muy ansiosa, preocupada y con mucho miedo por la situación de mi bebé.</i>	La madre y sus familiares muestran signos evidentes de desesperación, con actitudes de inquietud y	Emociones inestables	<b>Concepto de Ramona Mercer</b>	(000146) Ansiedad r/c preocupación m/p expresión de sentimientos de angustia.
			-Ansiedad	

	angustia. Se les nota visiblemente preocupados, estresados y con ojeras.		-Estrés	
		<b>Necesidad</b>		
		Acompañamiento emocional.		

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 16**

<b>Diagnostico NANDA:</b> (000146) Ansiedad r/c preocupación m/p expresión de sentimientos de angustia.				
<b>Dominio 9:</b> Afrontamiento/ tolerancia al estrés		<b>Clase 2:</b> Respuestas de afrontamiento		
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>

<p><b>Ansiedad:</b> Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.</p> <p><b>Estrés:</b> Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.</p>	<p>(2600)-Afrontamiento de los problemas de la familia.</p> <p><b>Dominio VI:</b> Salud familiar.</p> <p><b>Clase X:</b> Bienestar familiar.</p> <p>(1204)- Equilibrio emocional.</p> <p>(1211)- Nivel de ansiedad.</p> <p><b>Dominio III:</b> Salud Psicosocial.</p> <p><b>Clase M:</b> Bienestar psicológico.</p>	<p>-Utilizar un enfoque, sereno, tranquilizador.</p> <p>-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos.</p> <p>-Proporcionar información a la familia acerca del estado del paciente.</p> <p>-Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.</p>	<p>(5230)- Mejorar el afrontamiento.</p> <p><b>Dominio 3:</b> Conductual</p> <p><b>Clase R:</b> Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>(7140)- Apoyo a la familia</p> <p><b>Dominio 5:</b> Familia.</p> <p><b>Clase X:</b> Cuidados durante la vida.</p>	<p>Se implementaron las intervenciones de enfermería planificadas, pero no se logró controlar la ansiedad de los familiares.</p>
--	---	---	---	--

*Plan de Cuidado para Ansiedad*

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 17**

*Cuadro Analítico para Riesgo de infección*

Datos objetivo	Problema	Problema según	Diagnóstico de enfermería
La madre presento una infección del tracto urinario (ITU) en el III trimestre de embarazo.	Complicación	<b>Concepto de Ramona Mercer</b>	(00004) Riesgo de infección r/c infección del tracto urinario (ITU)
	<b>Necesidad</b>	-Percepción de la experiencia del nacimiento.	
	Protección contra las	<b>Requisito de Dorothea Orem</b>	
	infecciones.  Control de las infecciones.	Prevención de peligros para la vida, funcionamiento, desarrollo y bienestar humano.	

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 18**

*Plan de Cuidado para Riesgo de infección*

**Diagnostico NANDA:** (00004) Riesgo de infección r/c infección del tracto urinario (ITU)

Dominio 11: Seguridad /Protección		Clase 1: Infección		
Enunciado teórico	Criterios de resultados (NOC)	Planificación	Intervenciones (NIC)	Criterio de Evaluación
<p><b>Percepción de la experiencia del nacimiento:</b> La percepción de la mujer durante el parto y el nacimiento.</p> <p><b>Prevención de peligros para la vida, funcionamiento, desarrollo y bienestar humano:</b> Capacidad de la persona para evitar accidentes, riesgos de infecciones, accidentes u otros, así como también prevenir los peligros inherentes a su etapa de vida, edad y estado de salud por medio de medidas para lograrlo. Incluye realizar una higiene adecuada.</p>	<p>(1924) Control del riesgo proceso de infección.</p> <p><b>Dominio IV:</b> conocimiento y conducta de salud.</p> <p><b>Clase T:</b> Control del riesgo.</p>	<p>- Instruir en las medidas de asepsia y antisepsia.</p> <p>-Proporcionar información a la madre sobre cómo prevenir infecciones.</p> <p>-Instruir a la madre acerca de los signos y síntomas de infección.</p> <p>-Instruir a la madre acerca de la diferencia entre infecciones virales y bacterias.</p>	<p>(6540) Control de infecciones.</p> <p><b>Dominio 4:</b> Seguridad</p> <p><b>Clase V:</b> control de riesgo.</p> <p>(6550) protección contra las infecciones.</p> <p><b>Dominio 4:</b> Seguridad</p> <p><b>Clase V:</b> control de riesgo.</p>	<p>Se le brindo información necesaria por tratarse de una madre en edad reproductiva.</p>

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**

**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**

**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

### Cuadro 19

Cuadro Analítico para el Concepto Separación Precoz

Datos subjetivos	Datos objetivo	Problema	Problema según	Diagnóstico de enfermería
<b>Madre refiere:</b> <i>es trasladada a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por presentar una sepsis infecciosa en el cuerpo.</i>	Separación de la madre con el neonato por hospitalización.	Interrupción del vínculo madre e hija	<b>Concepto de Ramona Mercer</b>	(00058) Riesgo de apego Deteriorado r/c separación de la madre y el neonato después del nacimiento.
			-Separación Precoz	
		Vincular lazos afectivos de la madre y el neonato		

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

### Cuadro 20

*Plan de Cuidado para el Concepto de Separación Precoz*

<b>Diagnostico NANDA:</b> (00058) Riesgo de apego deteriorado r/c separación de la madre y el neonato después del nacimiento m/p hospitalización.				
<b>Dominio 7:</b> Relación de roles			<b>Clase 2:</b> Relaciones familiares	
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<b>Separación Precoz:</b> Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebé prematuro.	(1500) - Lazos afectivos- padre e hijo.  <b>Dominio III:</b> Salud psicosocial.  <b>Clase P:</b> Interacción social.	-Fomentar una cercanía física entre la madre y el neonato durante el tiempo establecido de visita.  -Informar a los progenitores de los cuidados proporcionados al recién nacido.  -Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades.	(6710)- Fomentar el Apego.  <b>Dominio V:</b> Familia.  <b>Clase Z:</b> Cuidados de crianza de un nuevo bebé.	Durante el tiempo de visita estipulado, se logró fortalecer los vínculos afectivos entre madre e hijo.

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 21**

*Cuadro Analítico para Lactancia materna interrumpida.*

<b>Datos subjetivos</b>	<b>Datos objetivo</b>	<b>Problema</b>	<b>Problema según</b>	<b>Diagnóstico de enfermería</b>
<p><b>Madre refiere:</b> <i>ahora solo puedo verla en las horas establecidas sin poder alimentarla directamente del seno.</i></p> <p><b>Madre refiere:</b> <i>No puedo amamantar a mi bebé porque se encuentra en dieta absoluta.</i></p>	<p>-Presencia de sonda oro-gástrica.</p> <p>-Recibe NPP</p>	Lactancia materna interrumpida	<b>Concepto de Ramona Mercer</b>	(00105) Lactancia materna interrumpida r/c separación materno infantil m/p neonato hospitalizado.
			-Separación Precoz	
		<b>Necesidad</b>	<b>Requisito Dorothea Orem</b>	
		Soporte nutricional apropiado	Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.	

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 22**

*Plan de Cuidado para Lactancia materna interrumpida*

<b>Diagnostico NANDA:(00105) Lactancia materna interrumpida r/c separación materno infantil m/p neonato hospitalizado.</b>				
<b>Dominio 2: Nutrición</b>		<b>Clase 1: Ingestión</b>		
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<p><b>Separación Precoz:</b> Separación de la madre después del nacimiento a consecuencia de alguna enfermedad o por ser un bebé prematuro.</p> <p><b>Requisito 3. Mantenimiento de un aporte adecuado de alimentos.</b> Es la capacidad del ser humano de suministrarse los nutrientes indispensables para subsistir, mediante la ingesta de comida, y su consecuente proceso de masticación y deglución, para lograr así absorber esos nutrientes, y obtener la energía de los mismos para llevar a cabo la actividad diaria.</p>	<p>(1020) Estado nutricional del lactante.</p> <p><b>Dominio II:</b> Salud fisiológica.</p> <p><b>Clase K:</b> Digestión y nutrición.</p>	<p>-Fomentar técnicas seguras de preparación de Nutrición Parenteral.</p> <p>-Observar signos clínicos de deficiencias nutricionales, como pérdida y aumento de peso.</p>	<p>(1100) Manejo de la nutrición</p> <p><b>Dominio 1:</b> Fisiológico básico</p> <p><b>Clase D:</b> Apoyo nutricional</p>	<p>No se logra el amamantamiento porque el recién nacido se encuentra en dieta absoluta.</p>

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**

## DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

### Cuadro 23

#### Cuadro Analítico para Tensión Debido al Rol del Cuidador

Datos subjetivos	Datos objetivo	Problema	Problema según	Diagnóstico de enfermería
<p><i>Madre refiere: casi no duermo, por estar pendiente si las enfermeras necesitan algo para mi bebé, a veces hasta me quedo dormida de lo cansada.</i></p> <p><i>Madre refiere: Me entristece mucho entrar a verla a la sala de UTIN y ver su piel muy amarilla, además no poder darle pecho por estar en dieta absoluta a los días fue que empecé a darle su leche materna.</i></p> <p><i>Madre refiere: toda esta situación me ha causado mucho estrés y agotamiento; a penas duermo.</i></p> <p><i>Madre refiere: no sé si seré capaz o tendré el conocimiento para de cuidar a mi bebé.</i></p>	<p>La madre se muestra con signos de agotamiento, ojeras, somnolencia y preocupación.</p>	Cansancio	<p><b>Concepto de Ramona Mercer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Adopción del rol materno</li> <li>-Estado de salud</li> <li>-Tensión debido al rol</li> <li>-Estrés</li> </ul>	<p>(00061) Tensión del rol del cuidador r/c hospitalización de familiar m/p factores estresantes y cambios en el estado de ánimo.</p>
		Necesidad		
		Descanso		

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**

**NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 24**

*Plan de Cuidado para Tensión Debido al Rol del Cuidador*

<b>Diagnostico NANDA:</b> (00061) Tensión del rol del cuidador r/c hospitalización de familiar m/p factores estresantes y cambios en el estado de ánimo.				
<b>Dominio 2:</b> Relación de Roles		<b>Clase I:</b> Roles de cuidado		
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados NOC</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<p><b>Adopción del rol materno:</b> Proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación del mismo.</p> <p><b>Estado de salud:</b> Las percepciones de la madre y el padre acerca de su salud anterior, actual, futura; la resistencia susceptibilidad a la enfermedad.</p> <p><b>Tensión debida al rol:</b> El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.</p> <p><b>Estrés:</b> Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.</p>	<p>(2203) Alteración de estilo de vida de cuidador principal. (2200) Adaptación del cuidador al ingreso de paciente en un centro sanitario.</p> <p><b>Dominio VI:</b> Salud familiar <b>Clase W:</b> Desempeño del cuidador familiar. (2508) Bienestar del cuidador principal <b>Clase Z:</b> Estado de salud de los miembros de la familia. (1204) Equilibrio emocional</p>	<p>-Abrazar o tocar a la persona para brindarle apoyo -Realizar afirmaciones positivas sobre el esfuerzo del cuidador. -Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. -Animar a familiar a centrarse en cualquier aspecto positivo dentro de la evolución del paciente.</p>	<p>(5270)-Apoyo emocional. (5230)- Mejorar el afrontamiento.</p> <p><b>Dominio 3:</b> Conductual <b>Clase R:</b> Ayuda para el afrontamiento (7040)- Apoyo al cuidador principal. <b>Dominio V:</b> Familia <b>Clase X:</b> Cuidados durante la vida</p>	<p>Se proporcionó apoyo emocional al cuidador en los momentos necesarios.</p>

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 25**

*Cuadro Analítico para Riesgo de lesión por presión neonatal*

<b>Datos objetivo</b>	<b>Problema</b>	<b>Problema según Requisito de Dorothea Orem</b>	<b>Diagnóstico de enfermería</b>
Paciente en UTIN.  Paciente con movilidad limitada.  Paciente con dispositivos invasivos.	Movilidad limitada.  <hr/> <b>Necesidad</b>  <hr/> Evitar lesiones por presión.	El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.	(00288) Riesgo de lesión por presión neonatal r/c Recién nacido con estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023)



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 26**

*Plan de Cuidado para Riesgo de lesión por presión neonatal*

<b>Diagnostico NANDA:</b> (00288) Riesgo de lesión por presión neonatal/c Recién nacido con estancia prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos.				
<b>Dominio 11:</b> Seguridad / Pretensión		<b>Clase 2:</b> Lesión física		
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<p><b>El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.</b> Describe el nivel de actividad de la persona en su casa, trabajo o tiempo libre, limitaciones para llevarlas a cabo y el uso de dispositivos de ayuda (andadera, bastón, otros), también el patrón de sueño/descanso (duración del sueño, insomnio, siestas, entre otros), uso de sedantes, música, lectura u otros medios para lograr el descanso, de igual forma el patrón de vigilia, conocimientos o motivación para aprender sobre las horas de sueño/vigilia que beneficie su salud.</p>	<p>(1924) Control del riesgo: proceso infeccioso.</p> <p><b>Dominio IV:</b> conocimiento y conducta de salud.</p> <p><b>Clase T:</b> Control del riesgo.</p> <p>(1101) Integridad tisular piel y membranas mucosas.</p> <p><b>Dominio II:</b> Salud fisiológica.</p> <p><b>Clase L:</b> Integridad tisular.</p>	<p>-Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.</p> <p>-Proporcionar con frecuencias pequeños cambios corporales.</p> <p>-Eliminar la humedad excesiva en la piel.</p> <p>-Utilizar métodos de medición de la temperatura corporal para determinar riesgos de úlceras por presión según protocolos.</p>	<p>(3540) prevención de úlceras por presión.</p> <p><b>Dominio 2:</b> Fisiológico complejo.</p> <p><b>Clase L:</b> Control de la piel / heridas.</p>	<p>Se proporcionaron los cuidados necesarios para evitar lesiones por presión.</p>

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**NÚCLEO NUEVA ESPARTA**  
**ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 27**

*Cuadro Analítico para Temor por la Salud del Neonato*

Datos subjetivos	Datos objetivo	Problema	Problema según	Diagnóstico de enfermería
<p><i>Madre refiere: Me siento cansada y muy ansiosa, preocupada y con mucho miedo por la situación de mi bebé, cada vez que la enfermera sale del servicio pienso que me trae una mala noticia.</i></p> <p><i>Madre refiere: toda esta situación me ha causado mucho estrés y agotamiento; a penas duermo. Además, casi todos los días hay que hacerle exámenes a la bebé, lo cual es difícil tanto emocional como económicamente.</i></p>	<p>Los familiares experimentan una profunda preocupación y ansiedad debido al estado de salud de la recién nacida.</p>	<p>Ansiedad y mal afrontamiento.</p>	<p><b>Concepto de Ramona Mercer</b></p>	<p>(00148) Temor r/c estado de salud del neonato m/p miedo, angustia y preocupación de los familiares.</p>
			<p>-Ansiedad</p>	
		<p>-Estrés</p>	<p><b>Necesidad</b></p>	
		<p>Apoyo emocional.</p>		

Fuente: Historia clínica (2024), examen físico del neonato, entrevista realizada a la madre del neonato (2024) y la guía estandarizada de taxonomía NANDA (2021-2023).



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO NUEVA ESPARTA  
ESCUELA CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**Cuadro 28**

*Plan de Cuidado para Temor por la Salud del Neonato*

<b>Diagnostico NANDA:</b> Temor r/c estado de salud del neonato m/p miedo, angustia y preocupación de los familiares.				
<b>Dominio9:</b> Afrontamiento/ Tolerancia al estrés			<b>Clase 2:</b> Respuestas de afrontamiento	
<b>Enunciado teórico</b>	<b>Criterios de resultados (NOC)</b>	<b>Planificación</b>	<b>Intervenciones (NIC)</b>	<b>Criterio de Evaluación</b>
<p><b>Ansiedad:</b> Es un estado específico de la situación y puede ser estresante y/o peligroso.</p> <p><b>Estrés:</b> Sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.</p>	<p>(2506) Salud emocional del cuidador principal.</p> <p>(2208)- Factores estresantes del cuidador familiar.</p> <p><b>Dominio 6:</b> Salud familiar.</p> <p><b>Clase W:</b> Desempeño del cuidador familiar</p> <p>(1402)- Autocontrol de la ansiedad.</p> <p>(1404)- Autocontrol del miedo.</p> <p><b>Dominio III:</b> Salud psicosocial</p> <p><b>Clase O:</b> Autocontrol</p>	<p>-Brindar apoyo a la familia para que identifiquen sus fortalezas y capacidades, permitiéndoles abordar y superar de manera adecuada la situación que están enfrentando.</p> <p>-Realizar afirmaciones empáticas de apoyo.</p> <p>-Promover una comunicación abierta y basada en la confianza con la familia.</p> <p>-Crear un ambiente que felicite la confianza.</p> <p>-Prestar atención a las inquietudes, emociones y dudas expresadas por la familia.</p>	<p>(5270) Apoyo emocional.</p> <p><b>Dominio 3:</b> Conductual.</p> <p><b>Clase R:</b> Ayuda para el afrontamiento.</p> <p>(5820) - Disminución de la ansiedad.</p> <p><b>Clase T:</b> Fomento de la actividad psicológica</p> <p>(7140) - Apoyo a la familia</p> <p><b>Dominio 5:</b> Familia</p> <p><b>Clase X:</b> Cuidados durante la vida.</p>	<p>Se proporcionó apoyo emocional a los familiares en los momentos necesarios, ayudándolos a manejar y afrontar las emociones relacionadas con la situación que están viviendo.</p>

Fuente: Guía estandarizada NANDA (2021-2023), Clasificación de Resultados de Enfermería NOC (2018-2020) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (2018-2020).

## CAPÍTULO V

### EXPERIENCIA PROFESIONAL: DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y TAREAS EJECUTADAS DURANTE EL PROCESO DE PASANTÍAS

En el capítulo V se detallan todos los pasos necesarios para llevar a cabo un proceso enfermero de calidad, así como las funciones de enfermería en diferentes ámbitos: asistenciales, docentes, administrativos e investigativos, y las habilidades requeridas para el personal de la Unidad Clínica. También se describen las tareas del investigador durante sus pasantías y se recoge la opinión de una profesional de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar.

#### 5.1 Proceso Enfermero

Según Bertakis y Azari (2011) el proceso de enfermería es un proceso de pensamiento crítico en cinco pasos que utilizan los profesionales de enfermería para aplicar las mejores evidencias disponibles a sus cuidados y promover las funciones humanas y las respuestas a la salud y la enfermedad. El proceso de enfermería constituye el modelo fundamental sobre cómo cuidar a los pacientes. Este enfoque favorece la valoración y la educación del paciente, el protagonismo de la familia, el cumplimiento de las intervenciones por parte del paciente y los resultados del paciente. (párr.1).

El proceso enfermero, o proceso de atención de enfermería (PAE), es un método organizado para administrar y brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, En este proceso se refleja las necesidades de cada individuo en cuanto a su salud sin embargo se puede obtener resultados que se pueden poner en práctica para resolver problemas de salud en pacientes y así lograr brindarle una buena salud integral. El uso del proceso enfermero permite al enfermero crear un plan de cuidado centrado en las respuestas humanas. Fundamentalmente guiado por un modelo realizado por un profesional de enfermería.

### **5.1.1 Objetivos**

Según Castillo (2025) el objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. (párr.12). También, se incluye lo siguiente:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

### **5.1.2 Etapas**

Reina (2010) el Proceso de Enfermería está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

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

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

**3. Planeación:** consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo

prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

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

**5. Evaluación:** entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.

### ***5.1.3 Funciones de enfermería***

Según Miñan (2024) las funciones de enfermería se refieren a las actividades y responsabilidades que realizan las enfermeras y los enfermeros en el contexto de la atención médica. Estas funciones incluyen la evaluación de los pacientes, la implementación de tratamientos y terapias, la educación y orientación a los pacientes y sus familiares, y la coordinación con otros profesionales de la salud. Las funciones de enfermería se enfocan en la atención integral del paciente, considerando sus necesidades físicas, emocionales y psicológicas. (párr.2).

Cabe agregar que las funciones principales de enfermería incluyen la función asistencial, docente y administrativa. La función asistencial se centra en el cuidado y apoyo al paciente. La función docente implica la enseñanza y formación del personal de enfermería. Y la función administrativa involucra la planificación, organización y gestión de los servicios y recursos de enfermería.

Mediante las pasantías ejecutas en el Servicio de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal se aplicó el Proceso Enfermero a paciente Neonato Femenino con Diagnóstico Médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, cumpliendo con las funciones del proceso de enfermería como es a nivel asistencial, docente, administrativo, aplicando soluciones a los problemas manifestados y ofreciendo los cuidados de enfermería con principios y

objetivos que rigen la profesión de enfermería, para asegurar una atención de calidad, ética y centrada en el paciente. Las actividades y procedimientos se lograron planificar mediante la realización de un Diagrama de Gantt, es una metodología de representación de actividades o tareas que pretende dar una visión generalizada sobre el tiempo dedicado a cada actividad contemplada de forma independiente dentro de un proceso. Rodó (2020).

Para la elaboración del diagrama de Gantt se utilizaron columnas en el lado izquierdo para identificar las funciones, las actividades realizadas, que incluyen labores asistenciales, administrativas, docentes e investigativas, mientras que en el lado derecho para identificar los meses y semanas. Estas actividades están representadas con celdas de color azul claro. Seguidamente, se presenta el cronograma detallado para la realización de las pasantías y la atención del caso clínico, seguido de la descripción individual de las actividades y tareas de enfermería ejecutadas para la atención del paciente sujeto de esta investigación. (Ver cuadro 29).

**Cuadro 29**

*Diagrama de Gantt de las Actividades Ejecutadas Durante el Periodo de Pasantías en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Luis Ortega de Porlamar*

Funcione	Meses	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero			Febrero		
	Semanas																		
<b>Asistenciales</b>																			
<b>Docentes</b>																			
<b>Administrativas</b>																			
<b>Investigadoras</b>																			

## 5.2 Descripción de Actividades y Tareas Asistenciales

Según Cárdenas (2021) las funciones asistenciales de enfermería son las que está relacionadas en apoyar al paciente en la conservación de su salud y le ayuda a incrementar esa salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de procesos patológicos. (Párr.1). De acuerdo con lo anterior mencionado por el autor algunas de las funciones asistenciales son:

- Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación.
- Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el análisis de la Situación de Salud.
- Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
- Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, la familia y la comunidad.
- Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolas en la historia clínica.
- Evaluar las respuestas del individuo, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la historia clínica.
- Ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a los individuos, la familia y la comunidad.
- Capacitar al individuo y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.

- Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad.
- Ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
- Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.

Referente a lo antes mencionado, las actividades y tareas asistenciales que se llevaron a cabo por el investigador durante las prácticas profesionales al paciente objeto de estudio del caso clínico dentro de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar fueron en función de una atención enfocada a sus necesidades.

- ✓ Valoración del estado clínico del recién nacido.
- ✓ Cumplir con la higiene y confort de los pacientes.
- ✓ Medir y cuantificar los signos vitales como (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno) como también el peso y talla.
- ✓ Brindar cuidados específicos a cada neonato.
- ✓ Preparar y administrar medicamentos según las órdenes médicas, con bajo la supervisión de un profesional de enfermería utilizando y los cinco (5) correctos.
- ✓ Efectuar las indicaciones médicas relacionadas al tratamiento nutricional, farmacológico e indicaciones especiales.

✓ Brindar privacidad y ofrecer apoyo emocional al paciente y a los familiares.

✓ Realizar asepsia y antisepsia de los materiales e instrumentos utilizados en la atención del neonato.

✓ Descarte y registro de líquidos ingeridos y eliminados.

✓ preservar un ambiente seguro y confortable para los neonatos, controlando factores como la temperatura, iluminación y ruidos.

### **5.3 Descripción de Actividades y Tareas Docente**

Según Cortez (2008) la función docente es el de formar futuros profesionales capaces de generar cambio integral de nuestra realidad sanitaria y social en su complejidad multinacional, dichos profesionales deberán estar preparados adecuadamente para ser capaces de enfrentar no solo los retos presentes sino sobre todo los retos futuros, es por ello necesario que haga una enseñanza innovadora en el contexto paradigmático histórico social, tal como: Haciendo una transformación nuclear de pensar, hacer y desarrollar la enseñanza.(párr.4).

Para Torres (2016) la enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de transmitirla. Por una parte, la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud. (párr.3). Las actividades de esta función pueden comprender:

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.

- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.

- Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.

- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.

- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.

- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.

- Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.

- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo

- Desarrollar actividades formativas en los estudiantes ubicados en su servicio teniendo en cuenta la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.

Las actividades y tareas docentes ejecutadas por el investigador durante las prácticas profesionales dentro de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar, fueron supervisadas por profesionales de Enfermería que laboran en la Unidad anteriormente mencionada, a continuación, algunas actividades o tareas:

- ✓ Proveer información y educación a los padres sobre el estado de salud del recién nacido, como los procedimientos realizados y cuidados necesarios.

✓ Brindar apoyo emocional a los padres, durante la situación delicada de su recién nacido.

✓ Trabajar en equipo con los profesionales de enfermería para desarrollar e implementar planes de atención integral.

✓ Enseñar a la madre y familia los hábitos de higiene corporal.

✓ Acudir a seminarios para renovar y aumentar los conocimientos de enfermería.

#### **5.4 Descripción de Actividades y Tareas Administrativa**

Según Pacheco (2014) las funciones administrativas de enfermería, comienza siempre que una actividad se haga con más de una persona, y en el medio sanitario esto es muy frecuente. Por definición administrar es actuar conscientemente sobre un sistema social y cada uno de los subsistemas que lo integran, con la finalidad de alcanzar determinados resultados; es una actividad vinculadora que permite aprovechar la capacidad y esfuerzos de todos los integrantes de una organización dirigiéndolos racionalmente hacia el logro de unos objetivos comunes. Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial. Algunas de sus actividades que comprende:

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones multidisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio,
- municipal, provincial y nacional

- Administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.

### **5.5 Descripción de Actividades y Tareas Investigativas**

Según Rodríguez (2016) las funciones administrativas de enfermería, es una actividad que se lleva a cabo con la finalidad de generar conocimiento. El conocimiento es la información que se adquiere sobre las cosas (la naturaleza) y sobre nosotros mismos. Dependiendo de cómo se realiza la investigación, el conocimiento puede ser científico, intuitivo, de sentido común entre otros estableciendo los campos en que se considera que enfermería desee trabajar. (párr.8).

En la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal en donde se seleccionó el caso objeto de estudio, el investigador ejecuto actividades de función investigativa para la recolección de datos de forma metodológica, para conocer el espacio y al personal que labora en esa área.

### **5.6 Retos, Desafíos y Perspectivas del Profesional de Enfermería en el Contexto Actual**

Según Miñan (2024) el reto es una situación en la que se enfrenta un desafío o un obstáculo que requiere una respuesta o una acción para superarlo. Puede ser un desafío físico, mental o emocional que requiere habilidades, habilidades y recursos para superarlo. Los retos pueden ser varios, como un reto personal, un reto en el trabajo o un reto en la vida diaria. (párr.1).

Para el personal de enfermería, promover la autonomía del usuario está vinculado a otros objetivos de su labor: mejorar la calidad de vida y garantizar el derecho al acceso a los servicios de salud. Actualmente, la profesión de enfermería ha

enfrentado grandes desafíos que han determinado el rumbo a seguir, no solo desde una perspectiva práctica, sino también ética. Con el paso del tiempo, una diversidad de eventos históricos, políticos, demográficos, culturales, económicos y tecnológicos ha influido considerablemente en la práctica profesional de la enfermería hasta el presente.

En relación a lo anterior, Navarro (2014) menciona que el desafío “son proyectos a corto, medio y a largo plazo, con objetivos difíciles y conseguirlos requiere un gran esfuerzo por nuestra parte” (parr.1). De esta manera, decimos que se tiene un desafío ante nosotros cuando se pretende lograr el éxito en un tema determinado. Es decir, guarda relación directa con proponerse algo, tratar de vencer, estableciendo un plan de actividades siendo conscientes de que no es fácil, pero se exige combatir constantemente.

Los profesionales de enfermería enfrentan desafíos en la gestión del cuidado que abarcan aspectos económicos, sociales y políticos en un mundo en constante cambio. La tecnología juega un papel fundamental al mejorar los servicios interhospitalarios, como redes de comunicación, condiciones laborales, la incorporación de nuevo talento humano y la reducción de deficiencias a nivel mundial. Además, es esencial el fortalecimiento y replanteamiento de los planes de formación y estudio en enfermería.

Los profesionales de enfermería enfrentan desafíos en la gestión del cuidado que abarcan aspectos económicos, sociales y políticos en un mundo en constante cambio. La tecnología juega un papel fundamental al mejorar los servicios interhospitalarios, como redes de comunicación, condiciones laborales, la incorporación de nuevo talento humano y la reducción de deficiencias a nivel mundial. Además, es esencial el fortalecimiento y replanteamiento de los planes de formación y estudio en enfermería.

En la actualidad, la formación de enfermeras enfrenta grandes desafíos, centrados en la búsqueda de nuevas vías para que esta profesión pueda responder eficazmente a las necesidades sanitarias de las poblaciones. Para ello, es esencial una formación rigurosa que dote a la sociedad de profesionales altamente calificados, preparados, creativos y competentes, capaces de abordar los cuidados ante problemas de salud en cualquier etapa y situación de la vida.

### **5.7 Opinión de un Profesional de Enfermería de la Unidad Clínica**

**Nombre:** G.C

**Cargo ejercido:** Enfermera tipo II

**Formación Académica:** Licenciada en Enfermería.

**Tiempo de Servicio:** tres (3) años en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega

#### ***Opinión sobre su experiencia profesional en la Unidad Clínica:***

*En mi experiencia, ha sido muy gratificante de verdad. ya que e adquirido nuevos conocimientos, muchos procedimientos lo que es saber trabajar en una terapia, es una experiencia gratificante.*

**Limitaciones y dificultades enfrentadas:** *Limitaciones más que todo por los escasos de insumos en el hospital y más en el área de terapia intensiva neonatal porque no contamos con la cantidad de insumos necesaria y la falta de personal que hace que se nos complique a la hora de atender a los neonatos.*

**Sugerencias a las nuevas generaciones:** *Que tengas ganas de aprender, que tengas ganas de salir adelante y no se queden con lo básico o con lo que se les da, que sigan investigando y saquen provecho a todo lo que aprenden en la unidad.*

**Mayor Fortaleza:** *me considero una persona muy empática, muy entregada, muy responsables con mis pacientes.*

## **5.8 Opinión del Investigador sobre la Experiencia Profesional Desarrollada**

*Mi experiencia personal durante las pasantías en la Unidad se ha caracterizado por una mezcla de sentimientos. Ha sido gratificante poder contribuir al prestar cuidados integrales a personas que lo necesitan, y al mismo tiempo, adquirir conocimientos valiosos para la futura profesional. A lo largo de este trayecto, logré establecer un vínculo con el neonato objeto de estudio, así como con sus familiares, especialmente su madre, fomentando el vínculo enfermera-familiar y brindando apoyo físico y emocional. En cuanto a la investigación, fue un proceso complejo debido a la escasez de información y la poca cantidad de casos estudiados sobre la patología. No obstante, se logró encontrar información diversa que fue de ayuda como sustento teórico para este trabajo investigativo.*

## CONCLUSIÓN

El proceso enfermero es una herramienta fundamental para brindar una atención de calidad y personalizada a cada paciente. A través de sus etapas, se logra un abordaje integral que permite identificar las necesidades de cuidado y planificar intervenciones adecuadas. El Proceso Enfermero se reconoce como un pilar esencial para promover la recuperación de la salud y disminuir la ansiedad de los familiares frente a situaciones adversas que comprometen el bienestar del paciente. Este enfoque permite aplicar conocimientos para analizar de manera integral la situación de salud, utilizando datos objetivos y subjetivos, siempre bajo un marco humanista, solidario, integral y holístico en la práctica asistencial.

En este contexto, el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal la aplicación del Proceso Enfermero a un paciente neonato femenino con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, Hospitalizado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Para alcanzar este propósito, se siguió una metodología que incluyó acciones sistemáticas, secuenciales y organizadas de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, asegurando así una atención estructurada y de calidad.

En este mismo orden de ideas, se valoró al neonato mediante un examen físico céfalo-caudal, recopilando datos objetivos. En paralelo, se entrevistó a la madre desde una perspectiva teórica-metodológica, obteniendo datos subjetivos que permitieron identificar las necesidades alteradas para la implementación de diagnósticos de enfermería. A continuación, se elaboraron planes de cuidados conforme a los lineamientos de la taxonomía NANDA (2021-2023), NIC (2018-2020) y NOC (2018-2020), los cuales se ejecutaron rigurosamente, logrando los objetivos planteados, la

recuperación del estado de salud del neonato y una mejor adopción del rol maternal por parte de la madre.

En resumen, durante este proceso, la investigadora participó en la recuperación del recién nacido. Además, se integró al círculo familiar, interactuando directamente con los padres del neonato y facilitando diálogos que generaron una buena relación de apoyo. Asimismo, transmitió información sobre la patología del neonato e incluí recomendaciones para las actividades cotidianas, brindando cuidados holísticos y humanos. Este trabajo especial de grado concluye que la educación, el apoyo y la información ofrecida fueron fundamentales para aumentar la esperanza. La empatía se destacó como la vía principal para el intercambio de experiencias y vivencias positivas, en una relación interpersonal de calidad donde prevalecieron valores como la solidaridad, la ayuda, la colaboración y la integración favorable.

## **RECOMENDACIONES**

### **A los padres:**

- ✓ Fomentar la realización de exámenes para prevenir enfermedades que puedan ser transmitidas durante la evolución del embarazo.
- ✓ Asistir a la consulta Pediátrica y Oftalmológica.
- ✓ Proporcionarles las técnicas y conocimientos adecuados patologías.
- ✓ Mantenerse siempre informados sobre la patología.
- ✓ Facilitar y promover la aparición del vínculo madre-hijo.
- ✓ Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.

### **A la Familia:**

- ✓ Aconsejar a los padres sobre los cuidados del recién nacido y la vigilancia de los signos de alarma.
- ✓ Brindar apoyo emocional, tranquilidad y seguridad a la madre.

### **Al Personal de Enfermería:**

- ✓ Comprometerse de manera responsable con cada fase del proceso de enfermería en colaboración con el equipo de salud, con el objetivo de preservar la vida.
- ✓ Facilitar y promover el desarrollo del vínculo entre madre e hijo.
- ✓ Promover, apoyar y respaldar la lactancia materna.
- ✓ Ofrecer mayor empatía y comprensión hacia los pacientes y sus familiares.

✓ Fomentar una mayor cohesión y colaboración como compañeros y equipo de salud.

✓ Comunicar información a los padres y familiares de forma sencilla y comprensible para ellos.

#### **Institución de salud:**

✓ Restaurar la infraestructura completa del Hospital Luis Ortega, asegurando la provisión de servicios básicos esenciales para el funcionamiento óptimo de una institución sanitaria, como el suministro de agua potable, electricidad, funcionamiento de aires acondicionados, impermeabilización, pintura e instalaciones sanitarias, entre otros.

✓ En el Área de Cuidados Intensivos Neonatales, Pediátricos y de Adulto, es imprescindible contar con equipos especializados y de uso diario, como brazaletes para la medición de la tensión arterial, tensiómetros, termómetros e incubadoras funcionales, entre otros.

✓ Realizar capacitaciones a su personal médico, enfermero, administrativo y obrero tanto para la resolución de los problemas médicos como para una atención más humanizada.

#### **Dirección regional de salud**

✓ Campañas informativas sobre la relevancia de los controles prenatales como estrategia para prevenir posibles complicaciones, llevadas a cabo en diferentes centros de salud.

#### **Universidad de Oriente**

✓ Incrementar las horas de cumplimiento para la realización de las pasantías, lo que le permitiría al estudiante adquirir conocimientos y poner en práctica toda la teoría vista en los salones de clase.

✓ Incluir en el pensum de la carrera una materia dedicada al conocimiento de los NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC para la correcta realización de los planes de cuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anés, C. (2023). *Proceso Enfermero a Paciente Femenina con Enfermedad Renal Crónica Secundaria a Nefrología Diabética en Tratamiento Sustitutivo en la Unidad Bolivariana de Hemodiálisis Dr. Edgar Moglia*. [Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

Azkue, I. (2024). *Valores de una empresa*. Enciclopedia. Concepto.

<https://concepto.de/valores-de-una-empresa/>

Arias, E. (2020). *Objetivos de una empresa*. Economipedia.com.

<https://economipedia.com/definiciones/objetivos-de-una-empresa.html>

Álvarez, C. (2023). *Definición de Misión*. conceptodefinition.de.

<https://conceptodefinition.de/mision/>

Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. (6ta edición)*. Editorial Episteme, C.A.

<https://drive.google.com/file/d/0B0GG8H7NoaXTcFZrQVhQRTZBRF9JYWR2VnF>

[2azB4cEs3Nzc0/view?resourcekey=0-cZgWuRm\\_CDyn\\_pHmyFsMgw](https://drive.google.com/file/d/0B0GG8H7NoaXTcFZrQVhQRTZBRF9JYWR2VnF2azB4cEs3Nzc0/view?resourcekey=0-cZgWuRm_CDyn_pHmyFsMgw)

Alvarado, N. y Martínez, R. (2017). *Caracterización Clínica Y Microbiológica De Pacientes Con Sepsis Neonatal Temprana*.

cunori.edu.[https://cunori.edu.gt/descargas/CARACTERIZACION\\_CLINICA\\_Y\\_MICROBIOLOGICA\\_EN\\_SEPSIS\\_NEONATAL\\_TEMPRANA.pdf](https://cunori.edu.gt/descargas/CARACTERIZACION_CLINICA_Y_MICROBIOLOGICA_EN_SEPSIS_NEONATAL_TEMPRANA.pdf)

- Barrantes, R. (2014). *Investigación un Camino al Conocimiento un Enfoque Cualitativo y Cuantitativo*. (EUNED). Editorial Universidad Estatal a Distancia. [file:///C:/Users/Dell/Downloads/Investigacion\\_un\\_camino\\_al\\_conocimiento.pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/Investigacion_un_camino_al_conocimiento.pdf)
- Buevas, J y Mulford, N. (2016). presentaron un trabajo especial de grado titulado “*Sepsis Neonatal: Análisis en el Recién Nacido de Madres con Infección Urinaria*” ante la Universidad Central de Venezuela. [Tesis de Grado Universidad Central de Venezuela]. Archivo digital. [http://caelum.ucv.ve/bitstream/10872/16133/1/T026800016874-0-Buevas\\_Jean\\_Carlos\\_Mulford\\_Nazly\\_final\\_publicacion-000.pdf](http://caelum.ucv.ve/bitstream/10872/16133/1/T026800016874-0-Buevas_Jean_Carlos_Mulford_Nazly_final_publicacion-000.pdf)
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999). Caracas - Venezuela. 30 de diciembre de 1999. Gaceta Oficial Extraordinaria N° 36.860 [Archivo PDF]. [https://www.oas.org/dil/esp/constitucion\\_venezuela.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_venezuela.pdf)
- Comisión Interinstitucional de Enfermería de la secretaria de Salud. (2005). [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/perfiles\\_enfermeria.pdf](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/perfiles_enfermeria.pdf)
- Cobo, A. (2023.) *¿Qué son los instrumentos de investigación según los autores?* <https://todorespondio.es/que-son-los-instrumentos-de-investigacion-segun-los-autores>
- Carreño L. (2024) Proceso enfermero a sexagenaria con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, ingresada en la unidad de cuidados intensivos Dr. pablo agreeda del hospital Dr. Luis ortega de Porlamar. [Tesis de Grado Universidad de Oriente].

- Conde, M. (2021). *“Proceso de Enfermería en un Recién Nacido con Sepsis Neonatal Temprana”*. [Tesis de Grado Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería]. Archivo digital. <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/85d806e9-1e53-4679-a33e-33a8aecc327c/content>
- Cortez, E. (2008). *Docencia En Enfermería*. blogspot.com. <https://docenciaenenfermeria.blogspot.com/2008/08/docencia-en-enfermeria.html>
- Castillo, Y. (2025). *Concepto De PAE (Proceso De Atención De Enfermería)*. academia.edu. [https://www.academia.edu/28199030/Concepto\\_de\\_PAE\\_Proceso\\_de\\_atenci%C3%B3n\\_de\\_enfermer%C3%ADa](https://www.academia.edu/28199030/Concepto_de_PAE_Proceso_de_atenci%C3%B3n_de_enfermer%C3%ADa)
- Clínica Universidad de Navarra. (2023). *Unidad de cuidados intensivos*. Diccionario Médico. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/unidad-de-cuidados-intensivos#:~:text=El%20objetivo%20principal%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20en%20la,y%20controlado%20para%20el%20manejo%20de%20casos%20cr%C3%ADticos>.
- Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2009). Caracas- Venezuela. [Archivo PDF]. <https://licdojesusbina.wordpress.com/wpcontent/uploads/2018/05/codigo-deontologico.pdf>
- Cordero, F. (2020). *Abordaje de sepsis neonatal*. revista Electrónica de PortalesMedicos.com Volumen XV. Número 13. <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/abordaje-de-sepsis-neonatal/>

- Conaway, B. (2024). *Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*. medlineplus.gov.[https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/19957.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm)
- Díaz, R. (2024). *Aproximación diagnóstica*. studocu.com.<https://www.studocu.com/es-mx/user/rafael-diaz/20107955?origin=uploader-suggestion>
- Díaz, L., García, T., Martínez, U., Hernández, M. y Ruiz, M. (2013). *La entrevista, recurso flexible y dinámico*. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.  
<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
- Dulay, A. (2024). *Factores de riesgo de complicaciones del embarazo*. msdmanuals.com.<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-femenina/complicaciones-del-embarazo/factores-de-riesgo-de-complicaciones-del-embarazo>
- Díaz, M. (2021). *Proceso Enfermero en Paciente con Sepsis Neonatal*. [Tesis de Grado Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Facultad de Enfermería]. Archivodigital.<https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstream/0d01b788-7351-4dbb-a212-ddb62e11ed69/content>
- Editorial, Etecé (2021). *Organización administrativa*. Enciclopedia Concepto.  
<https://concepto.de/organizacion-administrativa/>
- Fernández, A y Zevallos, B. (2023). *Sepsis neonatal: Diagnóstico y tratamiento*. Scielo.org.[http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2227-47312023000100013](http://www.scielo.org/pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312023000100013)

- Fernández, D. (2020). *Proceso enfermero a paciente neonato masculino con diagnóstico médico Sífilis congénita ubicado en la Unidad de terapia intensiva neonatal del Hospital “Dr. Luis Ortega”* [Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado, Universidad de Oriente].
- Gayubas, A. (2025). *Técnicas de investigación. Enciclopedia Concepto*. <https://concepto.de/tecnicas-de-investigacion/>
- Gómez, J. (2020). “*Proceso Enfermero a paciente recién nacido prematuro del servicio de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega con Diagnóstico Médico Sepsis Neonatal Enfocado en la teoría de Dorothea Orem*”. [Tesis de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Guerrero, A., Ortiz, C., Recalde, C., Flores, E., Chimarro, D., Coli, D., y Reinoso, D. (2018). *Enfoque cuali-cuantitativo*. es.slideshare.net.<https://es.slideshare.net/slideshow/enfoque-cualicuantitativo/88339418>
- Hospital Angeles Health System (2024). *Sepsis neonatal: ¿Qué es y cómo afecta a los recién nacidos?* Blog» Salud y vida»<https://blog.hospitalangeles.com/posts/sepsis-neonatal-que-es-y-como-afecta-a-los-recien-nacidos/>
- León, E. (2024). *Proceso Enfermero a Septuagenaria con Cardiopatía Mixta: Hipertensiva/isquémica Ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos “DR. Pablo agreeda” del Hospital “DR. LUIS ORTEGA”*. [Tesis de Grado Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Ley Orgánica de la Salud. Gaceta Oficial No 36.579. (1998). [Ley Orgánica de Salud: Gaceta 36579: 1998: Texto - Leyes de Venezuela Tu Gaceta Oficial .com](https://www.gacetaoficial.gub.ve/ley-organica-de-salud-1998)

Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente (2007).  
<https://www.cecodap.org.ve/descargables/LeyOrg%C3%A1nicaParaLaProtecci%C3%B3nDeNi%C3%B1osNi%C3%B1asyAdolescentes.pdf>

López, C. (2023). *Sepsis neonatal temprana diagnóstico clínico y de laboratorio*.  
<file:///C:/Users/Dell/Downloads/DialnetSepsisNeonatalTempranaDiagnosticoClinicoYDeLaborat-9281971.pdf>

León, E. (2020). *Proceso Enfermero Aplicado a Paciente Masculino Sexagenario con Diagnóstico Médico Enfermedad Renal Crónica Estadio V/V Secundario a Hipertensión Arterial en Tratamiento de Reemplazo Renal (Hemodiafiltración)*. [Tesis de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

López, R. (2024). *Proceso Enfermero A Paciente Neonato Femenino Con Diagnostico Medico De Malformación Del Sistema Nervioso: Mielomeningocele+Arnold Chiari Tipo 2, Ubicado En La Unidad De Terapia Intensiva Neonatal Del Hospital “Dr. Luis Ortega”*. [Tesis de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

León, A. (2020). “*Proceso Enfermero a Lactante Menor Femenino con Diagnostico Neumonía Bilateral Ingresada en la Unidad de Cuidado Intensivos Pediátricos del Hospital Dr. Luis Ortega Relacionado con la teoría de Dorothea Orem*”. [Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

López, O. (2022). “*Proceso Enfermero a Recién Nacido Masculino con Diagnóstico Médico Prematuridad y Asfixia Perinatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega, desde la perspectiva teórica de*

- Ramona Mercer y Martha Rogers*". [Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Miñan, M. (2024). *Definición de embarazo: según Autor, Ejemplos, qué es, Concepto y Significado*. definicionwiki.com. <https://definicionwiki.com/definicion-de-embarazo-ejemplos-segun-autor-que-es-concepto-significado/>
- Montañés, B. (2021). *Nutrición Parenteral*. <https://svfh.es/wp-content/uploads/2020/12/M%c3%93DULO-14.-NUTRICI%c3%93N-PARENTERAL.pdf>
- Morera, E. (2023). *¿Qué Factores pueden Afectar el Desarrollo del Bebé durante el Embarazo?* Menudos Peques. <https://www.menudospeques.net/embarazo/salud-cuidados/afectar-desarrollo>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Guía de diseño arquitectónico para establecimientos de salud*. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28585/guia\\_disenos\\_arquitectonicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28585/guia_disenos_arquitectonicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Miñan, M. (2024). *Ejemplos de Filosofía Empresarial de una Empresa: Definición según Autor*. ejemplos web. <https://ejemplosweb.de/ejemplos-de-filosofia-empresarial-de-una-empresa-definicionsegun-autor-que-es-concepto-significado/>
- Márquez, I. (2023) *¿Qué son los instrumentos de investigación?* Periódico digital. <https://periodicodigital.mx/que-son-los-instrumentos-de-investigacion/>
- Miñan, M. (2024). *Definición de Observación Participante y no Participante Según autores, Ejemplos y Concepto*. Artículos

DefinicionWiki.<https://definicionwiki.com/definicion-de-observacion-participante-no-participante-segun-autores-ejemplos-concepto/>

Martín, J. (2009). *Observación participante: informantes claves y rol del investigador*. Nure Investigación.<file:///C:/Users/Dell/Downloads/Dialnet-ObservacionParticipante-7724016.pdf>

Miñan, M. (2024). *Concepto de Tratamiento: Según Autores y Ejemplos*. Artículos DefinicionWiki.<https://definicionwiki.com/tratamiento-segun-autores-ejemplos/>

Martínez, D. (2021). *Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente neonato con sepsis neonatal en la unidad de cuidados intensivos neonatales*. [Tesis de pregrado, Escuela de Enfermería de Cuz Roja Mexicana]. Archivo digital.<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000820164/3/0820164.pdf>

Narváez, L. Bermúdez, E. (2021). *Proceso Enfermero A Neonato De Sexo Masculino De 3 Días De Vida, Con Diagnóstico De Asfixia Perinatal, Ubicado En La Unidad De Terapia Intensiva Neonatal Del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Trabajo de Grado, Modalidad Curso Especial de Grado, Universidad de Oriente]. Archivo digital.

Ocampo, D. (2021). *Investigación El estudio de caso*. Investigaliacr.com/.<https://investigaliacr.com/investigacion/el-estudio-de-caso/>

Ortiz, M., Molina, C. y Moronta L. (2017). *La Sepsis Neonatal Factor Determinante De Mortalidad Infantil*. [Tesis de pregrado, Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” de Barinitas Estado Barina]. Archivo digital.  
<file:///C:/Users/Dell/Downloads/Sepsis%20neonatal,%20Universidad%20ciencias%20de%20la%20salud.pdf>

- Pérez, M. (2018). *Incidencia de Sepsis Neonatal en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida - Venezuela*. [Tesis de Grado, Universidad de los Andes]. Archivo digital. [http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/bitstream/handle/654321/5619/PEREZ\\_MIRELIS.pdf?sequence=1](http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/bitstream/handle/654321/5619/PEREZ_MIRELIS.pdf?sequence=1)
- Páez, L. (2023). *Propósito empresarial: definición, ventajas y ejemplos*. crehana.com. <https://www.crehana.com/blog/transformacion-cultural/proposito-empresarial/>
- Pérez, J y Gardey, A. (2024). *Sistema de salud - Qué es, definición y concepto*. Definicion.de. <https://definicion.de/sistema-de-salud/>
- Peiro, A. (2020). *Visión de una empresa*. Economipedia.com. <https://economipedia.com/definiciones/vision-de-una-empresa.html>
- Papaqui, V. (2020). *Manual de Organización del Servicio de la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal*. repositorioinstitucional.buap <https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/64ca2565-3e03-4c8a-99ef-a8eb7e86f498/content>
- Pérez, J y Gardey, A. (2022). *Localización - Qué es, definición y concepto*. Definicion.de. <https://definicion.de/localizacion/>
- Pacheco, E. (2014). *Funciones Administrativas de Enfermería*. uniandesenfermeriagrupo1.blogspot.com. <https://uniandesenfermeriagrupo1.blogspot.com/2014/10/funciones-administrativas-de-enfermeria.html>
- Ramos, J. (2021). *Definición de Reseña Histórica*. Slideshare. <https://es.slideshare.net/slideshow/resea-histrica-39773818/39773818>

- Rosario, J. (2021). *Tratamiento nutricional*. kidshealth.org. <https://kidshealth.org/es/parents/nutrition-crohns.html>
- Reina, N. (2010). *El Proceso De Enfermería: Instrumento Para El Cuidado*. Beltrán. Umbral Científico, Universidad Manuela núm. 17. Bogotá. <file:///D:/30421294003.pdf>
- Revista Sanitaria de Investigación. (2023). *Los recursos humanos en el área de salud y sus funciones*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/los-recursos-humanos-en-el-area-de-salud-y-sus-funciones/>
- Revista Economía Planificada. (2023). *¿Qué es la misión? Características y ejemplos de cómo definirla*. economioplanificada.com. <https://economyplanificada.com/mision/>
- Raile, M y Marriner, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima edición. booksmedicos.org
- Sarasola, J. (2023). *Marco legal - qué es, definición y preguntas frecuentes*. ikusmira.org. <https://ikusmira.org/p/marco-legal>
- Silva, M. (2024). *Proceso Enfermero A Neonato Femenino Con Diagnostico Medico De Lesión Ocupante De Espacio Abdominal Ubicado En La Unidad De Terapia Intensiva Neonatal Del Hospital Dr. Luis Ortega*. [Tesis de pregrado, Universidad de Oriente Núcleo Nueva Esparta]. Archivo digital.
- Sampieri, R., Collado, C., y Lucio, P. (2014). *Metodología De La Investigación*. Sampieri:Resumen.enpocaspalabras.com. [https://www.enpocaspalabras.com.ar/metodologia/metodologia-de-la-investigacion-sampieri-resumen/#google\\_vignette](https://www.enpocaspalabras.com.ar/metodologia/metodologia-de-la-investigacion-sampieri-resumen/#google_vignette)

- Toro, M. (2024). *Proceso Enfermero A Paciente Sexagenario Con Evento Cerebrovascular Hemorrágico Ingresado En La Unidad De Cuidados Intensivos “Dr. Pablo Agreda” Del Hospital “Dr. Luis Ortega”* [Tesis de Grado Universidad de Oriente]. Archivo digital.
- Templado, S. (2024). *Unidad Clínica Asistencial: Qué es, cuál es su función.* clinicatemplado.com. [Blogaudiología.https://www.clinicatemplado.com/blog/unidad-clinica-asistencial-funcion/](https://www.clinicatemplado.com/blog/unidad-clinica-asistencial-funcion/)
- Tesini, B. (2022). Sepsis neonatal. msdmanuals.com. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/sepsis-neonatal>
- Villegas, J. (2019). *Diseño De La Investigación Capitulo III.* IDOCPUB. <https://idoc.pub/documents/idocpub-1430g2e9yo4j>
- Zapata, F y Rondán, V. (2016). *La Investigación Acción Participativa: Guía conceptual y metodológica del Instituto de Montaña.* [Investigacion-Accion-Participativa-IAP-Zapata-y-Rondan.pdf](#)
- Zamora, L., González, A., Cruz, R. y Cordóvez. (2022). *Etiología y perfil de susceptibilidad antimicrobiana en sepsis neonatal.* Rev Eug Esp vol.16 no.1 Riobamba. [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S266167422022000100004#:~:text=Seg%C3%BAn%20su%20momento%20de%20inicio%20la%20sepsis%20se.nacimiento%20y%20en%20tard%C3%ADa%20despu%C3%A9s%20de%2072%20horas.](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S266167422022000100004#:~:text=Seg%C3%BAn%20su%20momento%20de%20inicio%20la%20sepsis%20se.nacimiento%20y%20en%20tard%C3%ADa%20despu%C3%A9s%20de%2072%20horas.)

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso**

<b>Título</b>	Proceso enfermero a paciente neonato femenino con diagnóstico médico de sepsis neonatal de inicio temprano, ubicado en la unidad de terapia intensiva neonatal del hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar
<b>Subtítulo</b>	

**Autor (es):**

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e- mail</b>
Salazar Jiménez Roannys Josefina	<b>ORCID:</b>
	<b>e-mail:</b> roannyssalazar@gmail.com
	<b>e-mail:</b>

**Palabras o frases claves**

proceso enfermero

sepsis neonatal temprana

taxonomía NANDA-NIC-NOC

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso**

Área	Subárea
Ciencias de la Salud	Enfermería

**Resumen (abstract):**

La Sepsis Neonatal Temprana (SNT) de acuerdo con Oseguera (2021) es la que se presenta en el recién nacido antes de las 72 horas de vida, generalmente se adquiere durante el paso a través del canal de parto o mediante diseminación ascendente de bacterias. Este es un síndrome clínico caracterizado por una reacción inflamatoria, con signos focales o sistémicos de infección. Es definida como la condición médica infecciosa que compromete sustancialmente la vida del neonato debido al riesgo de falla orgánica que está presente. El presente trabajo sistematiza una experiencia de atención y tiene como objetivo aplicar proceso enfermero a paciente neonato femenino con diagnóstico médico de Sepsis Neonatal de Inicio Temprano, ubicado en la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Dr. Luis Ortega de Porlamar. Desde el punto de vista teórico y metodológico el proceso enfermero estuvo sustentado por Ramona Mercer y Dorothea Orem, bajo un enfoque cuali-cuantitativo que emplea los métodos investigación acción participante y estudio de caso, además de técnicas como observación participante y entrevistas para recolectar datos objetivos y subjetivos que constituyeron la base para desarrollar planes de cuidado a través de las taxonomías NANDA (2021-2023), NIC (2018) y NOC (2018 que permitieron la atención mediante cuidados humanos de calidad al neonato y familia. Se concluye con la importancia de implementar el proceso de enfermería como base fundamental para atender de manera integral la salud de un neonato paciente – familia en situación de riesgo real causado por agentes infecciosos.

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso**

**Contribuidores:**

Apellidos y Nombre	ROL / CÓDIGO ORCID / E_MAIL								
Lárez Julioscar	<b>ROL</b>								
		CA		AS		TU		JU	X
	<b>ORCID</b>								
	<b>E_MAIL</b>	julioscarlarez@ gmail.com							
	<b>E_MAIL</b>								
Sulbarán Carlos	<b>ROL</b>								
		CA		AS		TU		JU	X
	<b>ORCID</b>								
	<b>E_MAIL</b>	sulbarancarlos55@ gmail.com							
	<b>E_MAIL</b>								
Narváez Yulitza	<b>ROL</b>								
		CA		AS		TU		JU	X
	<b>ORCID</b>								
	<b>E_MAIL</b>	yulitzajose@ hotmail.com							
	<b>E_MAIL</b>								

**Fecha de discusión y aprobación:**

AÑO	MES	DÍA
2025	03	07

**LENGUAJE. SPA**

**Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso**

**Archivo (s):**

Nombre del Archivo	Tipo MIME
NNECTG_SJRJ2025	.docx
NNECTG_SJRJ2025	.pdf

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B C D E F  
G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v  
w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

**Alcance**

**Espacial:** Hospital General Dr. Luis Ortega Porlamar

**Temporal:** Octubre 2024 - Febrero 2025

**Título o grado asociado con el trabajo:**

Licenciada en Enfermería

**Nivel asociado con el trabajo:**

Licenciatura

**Área de Estudio:**

Ciencias de la Salud

**Institución:**

Universidad De Oriente



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE	
SISTEMA DE BIBLIOTECA	
RECIDIDO POR	<i>[Signature]</i>
FECHA	5/8/09
HORA	5:30

Condaimente,

**JUAN A. BOLAÑOS CUMBELO**  
Secretario



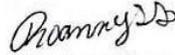
C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/manja

Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

Derechos

**Artículo 41 del reglamento de trabajo de pregrado (Vigente a partir del II semestre 2009, Según comunicado CU-034-2009). "Los Trabajos de Grado son Propiedad exclusiva de la Universidad y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien lo participará en Consejo Universitario"**

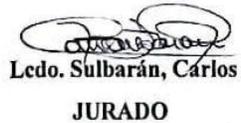


Salazar Jiménez, Roannys Josefina

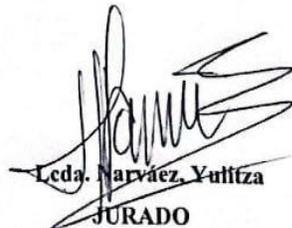
AUTOR



Leda Pérez, Julioscar  
JURADO



Lcdo. Sulbarán, Carlos  
JURADO



Lcda. Narváez, Yulitza  
JURADO

Por la comisión de trabajo de grado