



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

SEDE:

**INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

ESTUDIO DE CASO:

**RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE 35.5 SDG GEMELO I, CON DÉFICIT DEL
REQUISITO: PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL
FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO**

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

PRESENTA:

L.E.O. IRIS ALEJANDRA RIBBÓN GONZÁLEZ

ASESOR

E.E.N. JAVIER PÉREZ GUTIÉRREZ

CIUDAD DE MÉXICO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

I.INTRODUCCIÓN	5
II. OBJETIVOS.....	7
III. FUNDAMENTACIÓN.....	8
3.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS.....	8
IV. MARCO CONCEPTUAL	23
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.....	23
4.2 PARADIGMAS	24
4.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA.....	26
4.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA E. OREM.....	27
4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA	33
4.6 DAÑOS A LA SALUD.....	40
Prematurez tardía.....	40
V. METODOLOGÍA	49
5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO.....	49
5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	49
5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	50
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO	52
6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO	52
6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA.....	53
6.2.1 Factores condicionantes básicos.....	53
6.2.2 Familiograma.....	54
6.2.3 Antecedentes maternos.....	55
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	57
7.1 VALORACIÓN GENERALIZADA.....	57
7.1.1 Exploración física.....	57
7.1.2 Valoración por requisitos universales.....	59
7.1.3 Requisitos de autocuidado del desarrollo.....	62
7.2 ESQUEMA METODOLÓGICO BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM	63
7.3 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	64
7.4 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	65
7.5 VALORACIÓN FOCALIZADA Y PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	80
7.5.1 Diagnósticos de los requisitos con déficit de autocuidado.....	80

7.6 EGRESO DEL PACIENTE	86
VIII. PLAN DE ALTA	87
IX. VISITA DOMICILIARIA.....	92
X. CONCLUSIONES.....	94
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
XII. ANEXOS.....	101

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme salud y fortaleza para continuar estudiando.

A mi esposo Gustavo

Por apoyarme de manera incondicional y motivarme a continuar superándome día a día, por su compañía y consejos.

A mis padres

Por creer siempre en mí.

A la Sra. Norma

Por su confianza y disposición para permitirme realizar este trabajo acerca de su hijo.

Al CONACYT

Por el apoyo económico que me brindó para poder concluir este proyecto dentro de mi formación profesional.

A todos los profesores que me asesoraron en la realización de este trabajo.

I.INTRODUCCIÓN

El presente estudio de caso muestra a un recién nacido pretérmino tardío de 35.5 semanas de gestación (SDG) del género masculino, gemelo I, que a la fecha de recolección de los datos contaba con 1 día de vida extrauterina (DVEU). El paciente se encontraba en el servicio de alojamiento conjunto tercer piso de una institución de tercer nivel de atención. Éste estudio, está sustentado en literatura científica y es guiado por el Proceso de Atención de Enfermería y por la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

En la literatura es considerado al recién nacido pretérmino tardío (RNPTT) a aquel dentro de la semana 34⁺⁰ y 36⁺⁶ de gestación. En las características de estos recién nacidos pretérminos están: una somatometría muy similar a los recién nacidos de término (RNT), que esto no implica una maduración fisiológica como estos últimos. Siendo ahí, donde radica la principal falta de atención en un grupo de recién nacidos con características subestimadas.¹

El interés de este estudio es dado que, los prematuros tardíos frecuentemente muestran un tamaño y peso similares a los de algunos RNT, ellos pueden ser tratados como niños sanos y con bajo riesgo de morbilidad por parte de padres y profesionales de salud, siendo esto un concepto equivocado, pues son neonatos inmaduros en muchas de sus características fisiológicas y metabólicas.^{1,2}

Para analizar esta situación se realizó una búsqueda de literatura en bases de datos como Redalyc, Index, Dirección General De Bibliotecas UNAM, Scielo, Medline, Cochrane y Lilacs, donde se encontró literatura, las cuales coinciden, en los factores de riesgo a los que están expuestos estos recién nacidos por su propia inmadurez.

Un porcentaje elevado de neonatos pretérmino (entre el 65-75%) son tardíos^{1,3,4,5,6,7}, lo que implica crear estrategias de atención y cuidados específicos dentro y fuera de las instituciones de salud, para esta población.

En el presente estudio, se tuvo estricto apego al código de ética de enfermeras y enfermeros de México, respetando y cuidando la vida, protegiendo la integridad de las personas (en este caso el recién nacido y su madre), manteniendo una relación estrictamente profesional asumiendo responsabilidades como profesional de la salud y guardando, así mismo, el secreto profesional. Estando inmersos los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia, equidad y autonomía, además de utilizar el consentimiento informado como uno de los derechos de los pacientes.

Se realizó la valoración generalizada y una focalizada con el fin de crear planes de cuidados específicos, sustentados en literatura científica para conocer el estado de salud del recién nacido y prevenir complicaciones asociadas a los factores de riesgo que presentaba.

A partir principalmente de estas premisas y teniendo en cuenta los antecedentes maternos, se formularon diagnósticos de enfermería que a su vez dieron la pauta para crear los planes de cuidados, que, en colaboración con otros la madre del recién nacido, pudieron llevarse a cabo. Para posteriormente hacer la evaluación del cumplimiento, o no, de los objetivos planteados en cada diagnóstico de enfermería.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

Brindar cuidados especializados a un recién nacido de 35.5 SDG GI en una institución de tercer nivel de atención, aplicando la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem, utilizando como herramienta metodológica el Proceso Enfermero.

Objetivos específicos

- Realizar una valoración integral al recién nacido utilizando la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a la información recabada durante la valoración.
- Diseñar un plan de intervenciones que contribuyan a solucionar o prevenir los déficits de los requisitos, utilizando los sistemas de enfermería.
- Implementar las prescripciones de enfermería planeadas y realizar la valoración de los resultados deseados.
- Realizar un plan de alta con recomendaciones específicas para dar continuidad de los cuidados de calidad en el hogar.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIOS RELACIONADOS

En la revisión de literatura en bases de datos electrónicas y con los criterios de búsqueda: prematuro tardío, recién nacido pretérmino, neonato pretérmino y late preterm, se encontraron artículos originales y de revisión realizados en su mayoría por médicos, los cuales, hablan principalmente sobre la morbimortalidad de este grupo específico de neonatos. Los artículos elaborados por profesionales de enfermería van encaminados a los cuidados generales de los recién nacidos pretérmino.

El prematuro tardío: el gran olvidado

T. Fernández López, G. Ares Mateos, I. Carabaño Aguado, J. Sopeña Corvinos

Resumen: Los recién nacidos prematuros tardíos son aquellos nacidos a una edad gestacional (EG) entre la semana 34+0 y 36+6. Estos niños tienen tasas de morbilidad más altas que los recién nacidos a término por su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, lo que conlleva una estancia hospitalaria prolongada y un aumento del coste económico. Además, la tasa de reingreso y la mortalidad son también mayores que en los nacidos a término.

Objetivo: El objetivo de esta revisión es definir el concepto de “prematuro tardío”, describir las complicaciones médicas y riesgos que se encuentran comúnmente en este grupo de niños, presentar las características que les predisponen a una morbimortalidad más alta y sugerir guías para la valoración y manejo de estos pacientes tras el nacimiento.

Conclusión y puntos clave:

*Los recién nacidos prematuros tardíos son aquellos nacidos a una EG entre las semanas 34 y 36. Tienen tasas de morbilidad más altas que los recién nacidos a término.

*En Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.), la tasa de prematuros tardíos es casi del 9% de todos los nacimientos, habiendo aumentado en la última década debido a los embarazos múltiples y a los partos prematuros médicamente indicados.

*Se estima que los prematuros tardíos tienen siete veces más riesgo de morbilidad durante la hospitalización al nacimiento, en comparación con los recién nacidos a término, lo que conlleva una estancia hospitalaria prolongada y un aumento del coste económico.

*La tasa de reingreso es de dos a tres veces mayor que la de los nacidos a término. Muchos de estos reingresos podrían evitarse mediante una cuidadosa monitorización y apoyo de la lactancia materna durante el ingreso postnatal.

*Parece que los prematuros tardíos tienen un riesgo aumentado de alteraciones en el neurodesarrollo a largo plazo, en comparación con los nacidos a término.

*La tasa de mortalidad de los prematuros tardíos es al menos tres veces mayor que la de los nacidos a término.

*Algunas estrategias para disminuir la morbimortalidad asociada con los prematuros tardíos son la prevención del parto prematuro, el establecimiento de una lactancia materna adecuada y el tratamiento y prevención de las complicaciones médicas asociadas con la prematuridad tardía.⁸

Morbilidad asociada a la edad gestacional en neonatos prematuros tardíos

LA Mendoza Tascón, DM Rueda Giraldo, KP Gallego Henao, MF Vásquez Martínez, JL Celis Quintero, JC de León Suárez

Resumen: El parto prematuro es el factor determinante más importante de morbilidad y mortalidad neonatal en los países desarrollados, que ocurre de manera espontánea o por intervención obstétrica. Comparado con el recién nacido a término, el prematuro tardío presenta mayor índice de morbilidad y mortalidad, debido a las características específicas limítrofes que presentan en los diferentes órganos.

Objetivo: Comparar la morbilidad a corto plazo, intervenciones, estancia hospitalaria y los costos de prematuros de 34 semanas, con prematuros mayores a 34 semanas

(35-36 semanas), hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Fundación Hospital San José de Buga, Colombia, entre el 19 de septiembre de 2005 y el 18 de septiembre de 2011.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, con 40 recién nacidos de 34 semanas de gestación y 129 de 35-36. Se evaluaron factores materno-neonatales y terapias aplicadas. El análisis incluyó estadísticas descriptivas y análisis bivariado. Para las asociaciones se empleó el riesgo relativo con su intervalo de confianza de 95 %, así como la prueba de chi de Pearson de independencia.

Resultados: Se hallaron morbilidades respiratorias en el 32,5 %, ictericia en el 29 %, morbilidades gastrointestinales en el 13,6 %, metabólicas en el 13,6 %, cardíacas en el 1,8 %, hematológicas en el 1,2 %, e hipotermia y sepsis también en el 1,2 %. La falla renal se produjo en el 0,6 %, sin diferencias estadísticas entre los 2 grupos. Se halló diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para tiempo de ayuno (> 2 días), administración de nutrición parenteral, horas de oxigenoterapia (> 2 y 5 días), horas de ventilación mecánica y estancia prolongada (> 7 días), y fueron los neonatos de 34 semanas los más afectados. El peso, talla y perímetro cefálico al nacer y egreso, fueron menores en aquellos de 34 semanas, mientras el retardo del crecimiento intrauterino fue superior en los de 35 y 36 semanas (26,4 vs. 7,5 %; RR: 1,3; IC 95 %: 1,1-1,5; $p < 0,05$). La atención hospitalaria de los neonatos de 34 semanas, resulta, por tanto, ser 1,6 y 0,6 veces más costosa en dinero, que la de los de 35 y 36 semanas.

Conclusiones: El prematuro tardío debe considerarse inmaduro y con riesgo de morbilidad y mortalidad. Estos tienen gran incidencia de ictericia, morbilidad respiratoria, gastrointestinal y metabólica. Pero, los de 34 semanas, comparados con los de 35 y 36 semanas, requieren más intervenciones.⁴

Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico

M Moraes, M Pimienta, N Madera

Resumen: En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la recomendación de denominar late preterm o prematuro tardío a los nacidos entre las 34 semanas 0 días y 36 semanas 7 días. Existe abundante bibliografía que documenta un aumento significativo de la morbilidad entre las 34 y 37 semanas, pero se observa una infravaloración de su importancia debido a que la supervivencia de estos niños es elevada y las complicaciones menores que en los prematuros extremos.

Objetivos: 1) Determinar la incidencia de complicaciones respiratorias y metabólicas en pretérminos tardíos. 2) Analizar si las complicaciones de los recién nacidos con 37 semanas de edad gestacional son mayores que a las 39-40 semanas.

Metodología: Se realizó un estudio casos-contrroles prospectivo en 4 maternidades del país. Los casos se dividieron en dos poblaciones de 34 a 36 semanas y 37 semanas cumplidas. Se tomaron como controles el evento posterior siguiente al caso en el mismo servicio con 39 y 40 semanas.

Resultados: se incluyeron 86 casos y controles en CHPR, 36 de la ciudad de Salto y 43 de Maldonado con una población de 165 casos y 165 controles (n=330). Tenían 34 semanas 12 casos, 35 semanas 23 casos, 36 semanas 35 casos, 37 semanas 93 casos. En la población control los 12 casos (7,27%) de dificultad respiratoria se debieron a taquipnea transitoria. En los prematuros tardíos se observó 19 casos de dificultad respiratoria (26,3%) de los cuales 17 (23,6%) correspondieron a taquipnea transitoria, 1 caso de enfermedad de membrana hialina y un caso de hipertensión pulmonar severa (1,38%). La incidencia de síndrome de dificultad respiratoria tuvo diferencia estadísticamente significativa en los prematuros tardíos OR 4,57 (1,95-10,82) pero no a las 37 semanas. En 24 prematuros tardíos se observó trastornos metabólicos (33,3%) y 5 en el grupo control (3%) OR 16 IC 95% (5,40-50). A las 37 semanas se observó en 8 (8,6%) OR 3,01 IC 95% (0,86-10). Hipoglicemia en los prematuros tardíos tuvo diferencia significativa con los recién nacidos de término, p:

0,0001. OR 13,15 (2,60-89) pero no así a las 37 semanas. Hipotermia en los prematuros tardíos presentó mayor incidencia que al término p: 0,003. OR 14,91 (1,73-335). Ictericia se presentó con mayor incidencia que al término p: 0,003. OR 8,78 (1,61-62). No hubo muertes en el período de estudio.

Conclusiones: Los prematuros tardíos presentan mayor incidencia de trastornos respiratorios y metabólicos que a las 39-40 semanas. Hipotermia, hipoglicemia e ictericia son complicaciones frecuentes en este grupo. A las 37 semanas la morbilidad duplica la observada a las 39-40 semanas.⁵

Morbimortalidad asociada a recién nacidos pretérminos tardíos

MI Espelt, L Frezza, L Racchi, G Sánchez, J Meritano

Resumen: Los RNPTT son los neonatos nacidos entre las 34 y 36 semanas de edad gestacional. Debido a su incremento es importante conocer el comportamiento de los mismos, a fin de adecuar el manejo y seguimiento posteriores al alta. Este estudio describe la morbilidad, mortalidad, síndrome de dificultad respiratoria (SDR), ictericia, dificultad en la alimentación e hipoglucemia asociada a los RNPTT en comparación con los RNT.

Población y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron 500 RN entre 34 a 36,6 semanas (RNPTT) y 500 entre 37-41,6 semanas (RNT) de edad gestacional nacidos en el Hospital "Ramón Sardá" de Buenos Aires entre 2007 y 2008.

Resultados: Los RNPTT presentaron significativamente mayor mortalidad que los RNT (2,9% vs. 0,49% respectivamente (RR 4,1 IC 95% 3,2-15,7) y morbilidad, representada por mayor SDR, ictericia, dificultad en la alimentación, internación prolongada e hipoglucemias.

Conclusión: Los recién nacidos pretérminos tardíos presentan mayor mortalidad y morbilidades que los recién nacidos de término.⁷

Prematuridad tardía: una revisión sistemática

LC Machado Júnior, R Passini Júnior, I Rodrigues Machado Rosa

Resumen: La prematuridad es definida como el nacimiento antes de las 37 semanas completas, continúa siendo la mayor causa de mortalidad y complicaciones en el periodo neonatal y una de las causas más importantes de enfermedades en la infancia. Apenas recientemente están siendo analizados con más atención los prematuros mayores de las 33 o 34 semanas. En la práctica, los recién nacidos de 34 a 36 semanas más 6 días tienden a ser considerados, tanto por obstetras como por neonatólogos, como de riesgo semejante a los de término.

Objetivo: Revisión de literatura sobre prematuridad tardía (nacimiento de 34 semanas a 36 semanas y 6 días) en varios de sus aspectos.

Fuente de datos: Se buscó en las bases MEDLINE, LILACS y Biblioteca Cochrane, sin límites de fechas.

Síntesis de los datos: Numerosos estudios muestran un reciente incremento en la tasa de prematuridad tardía en los últimos años. En todos los estudios, los prematuros tardíos corresponden a la mayoría de los nacimientos prematuros. Estudios donde se ha hecho el análisis de millones de nacimientos comprueban una fuerte asociación entre prematuridad tardía y mortalidad neonatal. También se observó una asociación con mayor mortalidad infantil y en el adulto joven. Muchos estudios encontraron asociación con varias complicaciones neonatales y otros problemas y secuelas a largo plazo, tales como: dificultades en la alimentación, parálisis cerebral, asma en la infancia, mal desempeño escolar, esquizofrenia y diabetes en el adulto joven. Algunos autores proponen estrategias para reducir la incidencia de estos nacimientos o para mejorar sus resultados: utilización de corticosteroides antenatales; cambios en las rutinas de interrupción de la gestación de alto riesgo; cambios en los cuidados neonatales.

Conclusiones: Muchos estudios muestran una mayor morbilidad y mortalidad en los prematuros tardíos comparados con los recién nacidos de término, además de secuelas y complicaciones a largo plazo. Estudios más recientes avalan estrategias para mejorar el pronóstico de estos recién nacidos.²

Recién nacido prematuro tardío: incidencia y morbilidad neonatal precoz

JA Furzán, HI Sánchez

Resumen: La incidencia de prematuridad ha aumentado por el auge en el nacimiento de prematuros tardíos. La prematuridad tardía está asociada a un aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal.

Objetivo: Determinar la incidencia de nacimientos prematuros tardíos y su relación con complicaciones en el período neonatal.

Métodos: En un estudio cohorte prospectivo se analizó la población global de neonatos en un lapso de 9 meses. Se midieron la frecuencia de prematuridad tardía y los riesgos relativos de complicaciones, admisión a cuidados intensivos, enfermedad respiratoria, soporte ventilatorio y muerte, asociados a la prematuridad tardía.

Resultados: La frecuencia general de prematuridad fue 19%. Los prematuros tardíos conformaron 12% del total de nacidos y 66% de todos los prematuros. El 62,5% de los prematuros tardíos presentó alguna complicación aguda, mientras que esto ocurrió en 17,7% de los neonatos a término. Las causas primarias de admisión fueron las enfermedades respiratorias y la ictericia. La mortalidad en el grupo de prematuros tardíos fue 4,7%, mientras que en los niños a término fue 0,3%. Los prematuros tardíos manifestaron riesgos relativos aumentados en cuanto a complicaciones agudas, admisión a cuidados intensivos, dificultad respiratoria, necesidad de ventilación y muerte.

Conclusiones: La frecuencia de prematuridad tardía es alta en nuestra población. Los prematuros tardíos representan dos tercios de todos los niños prematuros. Hay un riesgo aumentado de hospitalización, dificultad respiratoria y muerte en el prematuro tardío, en comparación al niño a término. Los prematuros tardíos precisan una atención más cuidadosa por parte de los profesionales de salud.¹

Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control

E Valdés, A Sepúlveda, J Catalán, A Reyes

Resumen: En la actualidad se considera parto prematuro a todo embarazo que finaliza antes de las 37 semanas, basándose en una fecha de última regla (FUR) correcta o una ecografía de primer trimestre. En países desarrollados los prematuros se han incrementado en alrededor de un 30% los últimos 25 años, llegando incluso en algunos países a tasas de un 12% del total de nacimientos. Recientemente, la National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) definió a los prematuros tardíos (PT) como todo nacimiento producido entre las semanas 34+0 y 36+6 desde la FUR para de esta manera enfatizar el riesgo perinatal incrementado de este grupo de niños, los cuales previamente eran considerados y manejados como neonatos de bajo riesgo. Los PT comprenden el 71-79% del total de prematuros llegando en algunas series a tasas de 9,1% del total de los nacimientos. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile los PT corresponden al 60% del total de prematuros, observando una ligera disminución los últimos cinco años debido al incremento de prematuros de edades gestacionales menores. Diversas publicaciones recientes han demostrado que los PT tienen resultados neonatales significativamente peores en comparación con recién nacidos de término siendo la morbilidad respiratoria la entidad más evaluada. Esta diferencia observada es también significativa en evaluaciones a largo plazo.

Objetivo: Comparar los riesgos de morbilidad neonatal entre los prematuros tardíos y neonatos de término.

Método: Estudio de caso control. Se revisan fichas clínicas de partos durante el año 2007. Se excluyen neonatos con malformaciones congénitas mayores, alteración neuromuscular, embarazos múltiples y aneuploidías. Los casos corresponden a todo PT nacido durante el período estudiado y los controles a nacidos de término en el mismo período. Los resultados neonatales fueron obtenidos y los riesgos calculados usando pruebas de Chi cuadrado y exacto de Fisher.

Resultados: Se identifican 1536 partos, con una tasa de PT de 7,1% (109 casos), 62 cumplieron con criterios de inclusión. El grupo control consistió en 124 partos de término. PT presentaron 2 veces más riesgo de cesárea ($p=0,0094$) que los de término. El riesgo de ser admitido en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN) fue de 88 ($p=0,000$). Los riesgos de morbilidad neonatal fueron: SDR (OR 23; $p=0,000$), hipoglicemia (OR 6; $p=0,014$), hipocalcemia (OR 6; $p=0,014$), hiperbilirrubinemia (OR 28; $p=0,000$) y necesidad de fototerapia (OR 23; $p=0,000$). No hubo diferencias en la presentación de enterocolitis necrotizante ($p=0,478$) ni sepsis neonatal ($p=0,615$). La mortalidad neonatal fue significativamente superior en los PT ($p=0,044$).

Conclusión: Los PT deben ser considerados de alto riesgo en el período neonatal. Nuestros resultados son importantes para tomar decisiones clínicas respecto al mejor momento de finalizar un embarazo con riesgo inminente de prematuridad.⁶

Prematuridad tardía

C Drebes Pedron, AL de Lourenzi Bonilha, L Cordova do Espirito Santo, M Bello Porciuncula, A Gonçalves dos Santos Pedroso, L Santos da Silva

Resumen: El avance científico y tecnológico en la salud perinatal ayudó a mejorar el índice de supervivencia de niños que nacen con tiempo de gestación de entre 34 y 36 semanas y 6 días, denominados pretérmino o prematuros. Se considera prematuridad al nacimiento previo a las 37 semanas de edad gestacional completas. Estos niños, denominados pretérmino o prematuros, exigen cuidados especiales debido a la condición anticipada de su nacimiento. Según el informe de la OMS, se estima que anualmente nacen quince millones de bebés prematuros. La tasa de prematuridad en Brasil muestra un aumento con valores que varían del 3,4 al 15 %. En Estados Unidos la prematuridad alcanzó el 12,3 % de los nacimientos en el 2003, indicando el aumento de un 31 % comparándolo a la década anterior.

Objetivo: Conocer la producción científica sobre prematuridad tardía.

Métodos: Revisión integradora, debido a que permite incluir diferentes tipos de estudios, ofreciendo una perspectiva más amplia sobre el tema en cuestión. Las

investigaciones se publicaron en el periodo de julio de 2002 a julio de 2012, en las bases de datos SciELO, CINAHAL y ScienceDirect. Los datos se analizaron y se categorizaron en tres semanas. El primer grupo fue de riesgos relacionados a la morbilidad en la prematuridad tardía; el segundo, conducta terapéutica y condición de salud en la prematuridad tardía; y el último consideró las repercusiones de la prematuridad en la infancia.

Resultados: la mayoría de las investigaciones publicadas -aun así, escasas- se referían a los riesgos relacionados a la morbilidad en la prematuridad tardía, con un incremento en los últimos cuatro años. Predominaron las publicaciones estadounidenses.

Conclusión: se percibe la necesidad de publicaciones sobre el cuidado de enfermería pensado para estos prematuros.⁹

Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo enfoque

A Sepúlveda, S Kobrich, R Guiñez, J Hasbun

Resumen: La prematurez es la principal causa de morbilidad perinatal, particularmente en los partos prematuros menores a 32 semanas de edad gestacional. Sin embargo, los nacidos entre las 34 y 36 semanas, hasta hace unos años fueron considerados como un grupo de bajo riesgo neonatal. Actualmente se definen como prematuros tardíos y como neonatos de alto riesgo. Se presenta un resumen de la evidencia epidemiológica y de morbilidad del prematuro tardío que fundamenta el concepto del mayor riesgo de este grupo tanto en la etapa neonatal como a largo plazo.

Metodología: Se revisa la literatura internacional en la base de datos Pubmed de todas las publicaciones en el período 2000 al 2011 referente a prematuros tardíos, usando las palabras clave: "late preterm", "outcome", "morbidity", "iatrogenic", "spontaneous", "corticosteroids", "mortality", "cesarean", "preterm birth", "respiratory distress" y "delivery". Se seleccionan estudios de caso control, cohorte, revisiones sistemáticas y estudios randomizados publicados en inglés y español en revistas indexadas. Se excluyeron del análisis series de casos clínicos sin grupos de

comparación, series que no utilizaron el término Prematuro Tardío según definición recomendada por la NICHD, obteniéndose finalmente 33 documentos para el análisis final, que fueron revisados por uno de los autores (A.S.). Se analizan los siguientes datos: tasas de mortalidad neonatal, riesgo de patología neonatal (enterocolitis necrotizante, síndrome de distrés respiratorio, hipoglicemia neonatal, hipomagnesemia neonatal, hiperbilirrubinemia, leucomalacia periventricular, hemorragia intraventricular e hipotermia), admisión a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, riesgo de cesárea y morbilidad infantil a largo plazo.

Discusión: Los RNPTT es un grupo de riesgo de morbilidad neonatal que ha aumentado en años recientes por el mayor número de interrupciones a esa edad gestacional por indicación médica materna o fetal. En nuestra institución, a diferencia de lo reportado en la literatura internacional, se ha observado una ligera disminución de las tasas de los PT y un incremento de los prematuros menores de 34 semanas, lo que se explica por la derivación frecuente de embarazos patológicos que requieren manejo de complejidad mayor a edades gestacionales menores. Aunque comparativamente el mayor costo en recursos médicos está en el grupo de menos de 32 semanas, más vulnerables y de morbilidad más severa a corto y largo plazo, los PT son un grupo de riesgo que pueden beneficiarse con medidas de prevención secundaria o terciaria como el uso de tocolisis y corticoides antenatales en embarazos con riesgo inminente de nacimiento prematuro incluso después de las 34 semanas, en lugar de optar por la evolución espontánea si presenta dinámica uterina dolorosa con membranas intactas, ya que la morbilidad respiratoria ha demostrado ser el evento adverso más frecuentemente identificado, aun cuando todavía no hay evidencia suficiente que respalde esta conducta.

Conclusión: El análisis de la evidencia es consistente en demostrar que los PT representan un grupo de mayor riesgo neonatal, y que mientras no se tengan resultados más definitivos desde el punto de vista de estrategias de prevención, es conveniente asumir las pautas de prevención de los prematuros menores de 34 semanas. La precisión de los riesgos será determinada por estudios multicéntricos, prospectivos, que identifiquen la prematurez tardía por causa (iatrogénico vs espontáneos), por morbilidad específica y por edad gestacional.³

Asociación entre morbilidad neonatal, edad gestacional y déficit de desarrollo psicomotor en prematuros moderados y tardíos.

Luisa Schonhaut, Marcela Pérez, Sergio Muñoz

Resumen: Existe evidencia respecto a que los niños que nacen prematuros moderados y tardíos (PMT) tendrían mayor riesgo de hospitalización, morbilidad neonatal y deficiencias del desarrollo psicomotor (DSM).

Objetivo: Determinar, en PMT, la asociación entre el déficit de DSM, edad gestacional y la morbilidad neonatal.

Pacientes y método: Estudio caso control anidado en una cohorte de niños nacidos PMT entre los años 2006 y 2009, en una institución privada de la región metropolitana. Los niños fueron evaluados con la Escala de Bayley-III de desarrollo infantil a los 8 o 18 meses de edad corregida, o a los 30 meses de edad cronológica. Retrospectivamente se revisaron los registros neonatales. Se generó un modelo de análisis de asociación multivariado para conocer el efecto de la morbilidad neonatal sobre el desarrollo alcanzado.

Resultados: Se estudiaron 130 PMT, 25 casos y 105 controles. El 83.8 % fue hospitalizado en el periodo neonatal. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre casos y controles solo en relación con la edad materna y la hipoglucemia sintomática (OR cruda 3.5, OR ajustada 8.18); se encontró que las variables que afectan de forma negativa el coeficiente de desarrollo son el género masculino, la gemelaridad y la menor edad gestacional.

Conclusiones: La hipoglucemia sintomática es el principal factor de riesgo de déficit del DSM, mientras que la gemelaridad, el género masculino y la edad gestacional influyen en el coeficiente de desarrollo global obtenido. Es fundamental desarrollar estrategias de prevención, pesquisa y manejo precoz de esta alteración metabólica para prevenir dificultades del DSM posteriores. ¹⁰

Control térmico en el recién nacido pretérmino

CA Zamorano Jiménez, G. Cordero González, J Flores Ortega, HA Baptista González, LA Fernández Carrocera

Resumen: La historia del control térmico neonatal data de finales del siglo XIX con la observación de Pierre Budin en el Hospital de Maternidad de París; Budin reportó una disminución en la mortalidad del 66 al 38% en recién nacidos con peso de 2,000 gramos, posterior a la introducción de medidas de control térmico. Con el número creciente de prematuros de muy bajo peso que se atienden hoy en día en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal es esencial que pediatras, neonatólogos y todo el personal involucrado en la atención entiendan la transición y la adaptación fisiológica que estos niños deben hacer, con la finalidad de proporcionarles un ambiente térmico óptimo con la tecnología que está disponible en la actualidad.

Conclusiones: Las recomendaciones para la práctica fueron analizadas mediante la evaluación de la información disponible en estudios clínicos, mediante niveles de evidencia y grados de recomendación, de acuerdo al sistema GRADE.

Intervenciones:

- Durante la reanimación utilizar cuna radiante precalentada, campos limpios precalentados para secar al RN y retirarlos inmediatamente después de usarlos.
- Utilizar pantallas físicas que impidan la pérdida de calor, como gorros y bolsas plásticas en recién nacidos < 29 semanas de gestación.
- En recién nacidos prematuros después de la reanimación deberá colocarse en incubadora con temperatura y humedad relativa de acuerdo a su edad gestacional y condiciones ambientales de la unidad neonatal.
- En hospitales que no disponen de incubadoras deberá colocarse al recién nacidos prematuro en cuna radiante con colchón de agua térmico o una capa plástica delgada.¹¹

Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro

AR Taborda Ortiz

Resumen: La labor de enfermería a través de intervenciones que contribuyan a la adaptación del binomio es fundamental para permitir la vinculación de los padres en el cuidado de sus prematuros y contribuir con su bienestar. Es indispensable que las instituciones de salud basen el cuidado ofrecido a sus pacientes en la evidencia empírica aportada por Enfermería.

Materiales y métodos: Artículo de reflexión basado en mi experiencia profesional y en la evidencia encontrada en la literatura que demuestra el papel fundamental que desempeñan los profesionales de Enfermería y los padres en la adaptación de sus prematuros.

Resultados: La labor que realiza la Enfermería es esencial para contribuir con la vinculación de los padres y la supervivencia del prematuro.

Discusión: El poco reconocimiento en la sociedad de nuestra disciplina es causado por el condicionamiento a otras profesiones de la salud en la ejecución de las actividades que realizamos a diario en las Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

Conclusiones: A través de intervenciones de Enfermería se podrán mejorar las situaciones que vivencian los padres de prematuros, los cuales servirán de soporte en la toma de decisiones sobre las políticas en las instituciones de salud. ¹²

Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro

M Mata Méndez, ME Salazar Barajas, LR Herrera Pérez

Resumen: La prematuridad se define como la edad gestacional del neonato entre 21 y 37 semanas de gestación. Continúa siendo un factor importante de morbilidad y mortalidad neonatal en el mundo. En Estados Unidos se presenta en cerca del 11 % de los embarazos, es responsable del 70 % de las muertes neonatales y del 50 % de las discapacidades neurológicas.

Objetivo: Gestionar el cuidado enfermero y la tecnología del cuidado neonatal mediante la solución de problemas de salud con el fin de incrementar el promedio y la calidad de vida del paciente prematuro.

Desarrollo: Valoración clínica de enfermería por patrones funcionales de salud, entre los que destacan: percepción y control de la salud, aspecto nutricional y metabólico, eliminación, actividad y ejercicio, reposo y sueño, cognoscitivo y perceptual, autopercepción y autoconcepto, función y relación, sexualidad y reproducción, afrontamiento y tolerancia al estrés y por último valores y creencias. Aplicando los diagnósticos enfermeros por patrones funcionales de salud de North American Nursing Diagnosis Association.

Conclusiones: La aplicación de los patrones funcionales de Marjory Gordon en el contexto de los cuidados del prematuro ofertan el incremento en sus posibilidades de supervivencia, permitiendo un manejo profesionalizado por el personal de enfermería.¹³

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

La enfermería se reconoce socialmente como una profesión de servicio, orientada a ayudar, servir y cuidar la salud de las personas.¹⁴ Es a la vez una disciplina y una profesión. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud.¹⁵

La formación del profesional de enfermería se basa en el ser, el saber, el saber hacer y el saber convivir, para lo cual se establecen una serie de objetivos disciplinares, profesionales y formativos para adquirir conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores que desarrollan una práctica profesional del proceso de enfermería que está orientada fundamentalmente al aspecto asistencial, administrativo, docente y de investigación.¹⁶

Los neonatos constituye una de las poblaciones más susceptibles al momento de recibir cuidados, esto por sus características de desarrollo. Además, al depender totalmente de su cuidador primario para sobrevivir, la enfermera neonatal debe ser capaz de capacitar e influir en gran medida en dicha persona, porque de ello dependerá el estado de salud, el crecimiento y desarrollo del recién nacido.

Al brindar cuidados a un recién nacido, no solo influimos en un solo individuo, sino que a través de la responsabilidad social que debe prevalecer en los profesionales de enfermería neonatal se inserta un individuo sano a la sociedad para que se desarrolle y a la vez genere bienestar a ésta.

Garantizar la calidad de vida del recién nacido es el eje fundamental de la enfermería neonatal y es por ello que se ha convertido en un campo de práctica altamente especializado en el que el profesional debe actualizarse permanentemente a fin de poder proveer cuidados eficientes, de alta calidad y sustentado en la mejor evidencia posible.¹⁷

La mejor prueba de que la educación en enfermería ha evolucionado debe reflejarse en la formación de sus profesionales y el perfil de sus egresados, con actitud y enfoque en la construcción de nuevas posibilidades, en la capacidad de aprender y desaprender y en la habilidad para construir y reconstruir.

4.2 PARADIGMAS

Las grandes corrientes del pensamiento, maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas, teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina.¹⁵

Paradigma de la categorización

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

Aplicado en el campo de la salud, este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera:

1. Orientación hacia la salud pública.

Está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos, así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medio clínicos y comunitarios.

2. Orientación hacia la enfermedad

La salud es concebida como la ausencia de enfermedad; el origen de la enfermedad se reduce a una causa única. El factor causal orienta al tratamiento, y se dejan de lado los demás factores ambientales o personales. El objetivo de la medicina técnico científica es estudiar la causa de la enfermedad, formular un diagnóstico preciso y proponer un tratamiento específico al diagnóstico establecido. ¹⁵

Paradigma de la integración

El contexto en el que se encuentra una persona en el momento en que aparece una infección, influenciará su reacción al agente infeccioso y su respuesta al tratamiento. Múltiples factores son los responsables de esta reacción y, entre ellos, algunos lo son más. El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de las personas teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de la relación de ayuda. ¹⁵

Paradigma de la transformación

Presenta un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

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

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera.¹⁵

4.3 METAPARADIGMA DE ENFERMERÍA

Es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión.

- a) Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales.
- b) Orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

El metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos:

1. Persona: se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.
2. Entorno: se refiere a todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.
3. Salud: se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

4. Enfermería: se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.¹⁸

4.4 TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA E. OREM

Dorothea Elizabeth Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció el 22 de junio de 2007. Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Providence Hospital en Washington D.C. y se recibió en 1930. Luego en Catholic University of America recibió un B.S.N.E (Bachelor of Science in Nursing Education) en 1939 y en 1946 obtuvo un M.S.N.E. (Master of Science in Nursing Education) de la misma institución. La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría y adultos, siendo, además, supervisora de noche en urgencias y maestra en ciencias biológicas.¹⁵

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones:

1. ¿Qué hacen y qué deberían hacer las enfermeras como profesionales de enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

Naturaleza del autocuidado

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto *auto* como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto *cuidado* como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar. ¹⁵

Sus teorías

Orem no tuvo un autor que influyó en su modelo, pero si se sintió inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría de Enfermería del Déficit del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

1. La teoría del autocuidado

Define el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos. No solo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de los cuidados asociados a eliminación y excretas
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

Orem identifica 10 variables dentro de los factores básicos condicionantes: edad, sexo, etapa de desarrollo, estado de salud, factores socioculturales, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo. Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo- es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración-.

Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo. En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento
2. Vida neonatal, ya sea un parto a término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta

Orem argumenta que en cada una de esas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero que también puede haber demandas específicas de salud a causa del nivel prevalente del desarrollo del individuo.

Condiciones que afectan el desarrollo humano

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos.

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales), de una condición o acontecimiento vital particular.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud. Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados de la salud.

1. Buscar y asegurar ayuda médica apropiada.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de los estados patológicos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico.
5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con un estado particular de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Se espera que la persona cumplirá entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca.

Cuidados preventivos de salud

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar mediante la detección temprana y la propia intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad.

2. La teoría del déficit de autocuidado

Aquí se describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, no

pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones del autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.

Agente y agencia de autocuidado

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera “agentes de autocuidado”.

La capacidad de los individuos para participar de su propio cuidado recibe el nombre de “agencia de autocuidado”.

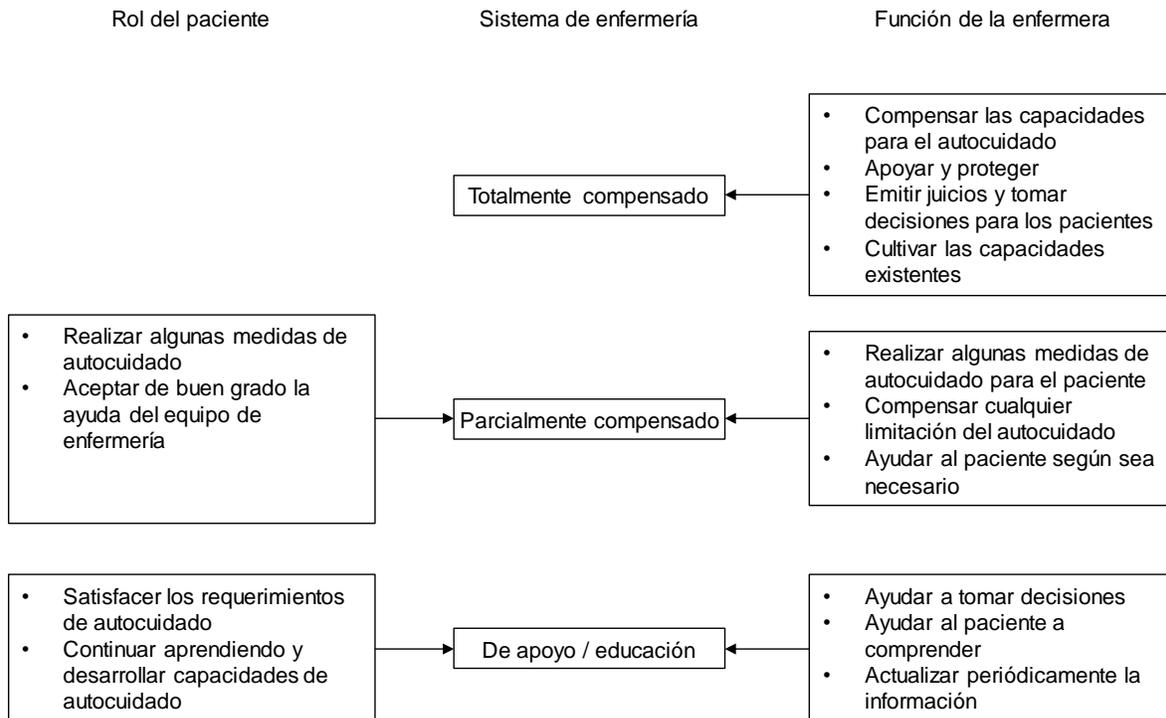
Agencia de cuidado dependiente

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina “agencia de cuidado dependiente”. Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades como “agente de cuidado dependiente”; en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados usa la agencia de enfermería.

3. La teoría de sistemas de enfermería

Dependiendo del modo en que las enfermeras pueden atender a los individuos, se identifican tres tipos de sistemas (Fig. 1).¹⁵

Fig. 1. Sistemas de Enfermería. Tomado de UNAM. Teorías y Modelos;2009.



4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) también es llamado Proceso de Enfermería (PE), y según Rosalinda Alfaro: “Es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a procesos vitales y alteraciones de la salud reales o potenciales”.

El PE “es una trayectoria progresiva” que contiene 3 dimensiones:

*El *propósito* es dotar a la enfermera de una estructura para poder prestar atención identificando las respuestas del sujeto.

*La *organización* es la estructura que tiene el PE en la que podemos ver un orden y secuenciación en etapas que a su vez tienen una organización interna en fases.

*La *flexibilidad* para que el proceso pueda ser utilizado en cualquier situación de enfermería (individuo o comunidad).

En general podemos decir que el PE es:

- Sistemático (no deja nada al azar)
- Dinámico (permanece en continuo cambio)
- Interactivo (permite la colaboración constante entre enfermera y paciente)
- Flexible (se adapta a cualquier circunstancia de cuidados)
- Se orienta a objetivos claros y precisos.
- Es un elemento esencial para la historia de la salud de los sujetos de cuidados.¹⁸

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

Etapas del PE

Está compuesto por 5 fases que es considerado el método universal de la práctica enfermera.

1. *Valoración*. Es el proceso organizado y sistemático de recogida de datos, procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario.

Tipos de valoración de Enfermería

a) *Valoración focalizada*: Se centra sobre un grupo de signos que nos indican que existe un problema específico real o potencial.

b) *Valoración de los datos básicos*: Se recomienda que esta debe ser planificada, sistemática y completa, para asegurarse de que se obtiene información pertinente; para lo cual se apoya en el instrumento de valoración el cual a su vez debe de estar basado en un modelo de enfermería.

La valoración consta de los siguientes componentes: recolección de información, validación de los datos y documentación o registro de los datos, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso.

A) Recolección de la información. Se realiza a partir de fuentes directas e indirectas y de la aplicación de métodos como la observación, la entrevista y la exploración física.

- Las *fuentes directas*: son el neonato y sus padres, y el demás equipo de salud que interviene en el cuidado. Se dividen a su vez en primarias y secundarias.
- Las *fuentes indirectas*: son el expediente clínico y bibliografía relacionada con los cambios del estado de salud detectados en el neonato.
- Los tipos de datos que se detectan en la valoración son:

Subjetivos: La percepción individual de una situación o una serie de acontecimientos.

Objetivos: Información susceptible de ser observada y medida.

- La metodología a utilizar para la recolección de información se realiza mediante una guía de valoración previamente estructurada que integre datos obtenidos a través de los métodos que se enuncian a continuación:
 - a) Entrevista a los padres.
 - b) Examen físico. En el caso del recién nacido, las técnicas de exploración física son: inspección, auscultación y palpación.
 - c) Revisión de resultados de estudios de laboratorio y gabinete.
- B) Validación de la información. Esto con la finalidad de confirmar datos y evitar errores al estructurar el diagnóstico de enfermería. Puede realizarse al efectuar nuevamente la exploración en la zona afectada que ofrece alguna

duda, o bien, solicitar la participación de otra enfermera para verificar la información obtenida.

C) Registro de información. Es imprescindible el registro en el plan de cuidados, de los datos obtenidos durante la valoración, para facilitar no solo la comunicación entre los integrantes del equipo de salud, sino también contar con una base de datos que refleje los cambios del neonato posterior a la ejecución del plan de intervenciones de enfermería.¹⁸

2. *Diagnóstico*. “Es un juicio clínico sobre un individuo, familia o grupo de la comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recolección y análisis.”

Y, a diferencia de un diagnóstico médico, el diagnóstico enfermero se basa en las respuestas del paciente (no se centra en el proceso patológico), que pueden ser de tipo: fisiológico, psicológico, espiritual o social.

Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas esencialmente, el diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería.

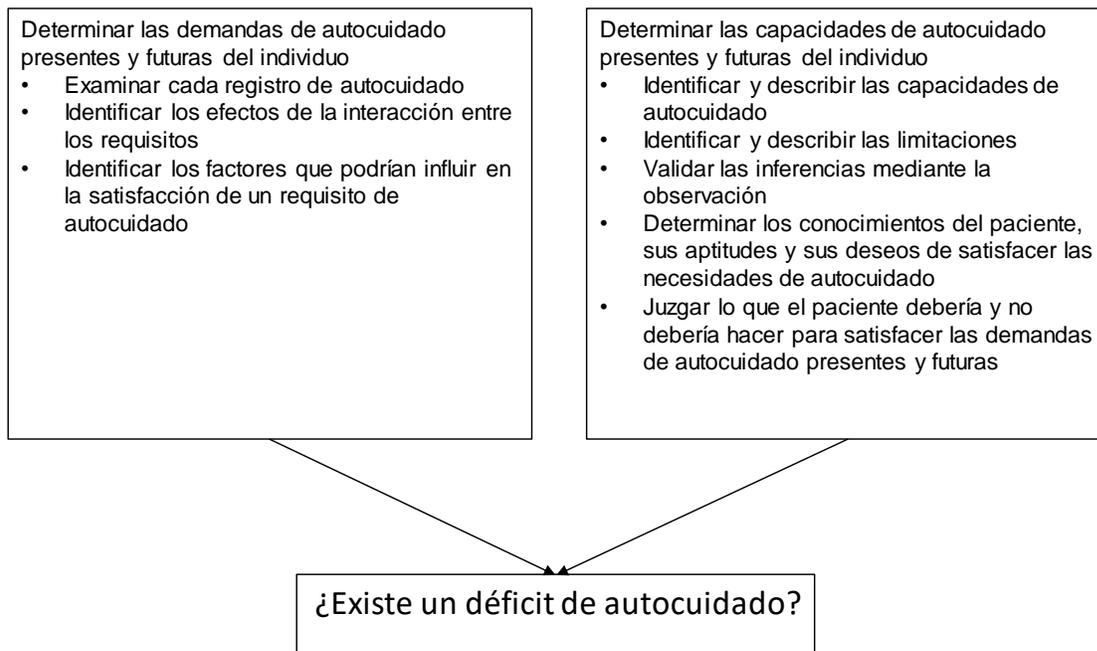
Más específicamente el diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos (Fig. 2)¹⁵

La elaboración de diagnóstico de enfermería involucra cuatro pasos a seguir:

- a) Análisis de datos. Consiste en realizar una comparación de datos en busca de alteraciones o cambios de acuerdo con estándares según la edad y el peso del neonato.
- b) Identificación de problemas de salud y factores relacionados.

- c) Formulación de enunciados diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. El primero involucra un juicio clínico sobre la respuesta humana o fisiológica del neonato a problemas de salud reales o potenciales, donde el profesional de enfermería es totalmente responsable de su detección, prevención y tratamiento. Por su parte el problema interdependiente se refiere a un “juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica” del neonato a problemas de salud reales o potenciales, donde el profesional de enfermería participa realizando un trabajo de equipo con otros profesionales de la salud para su detección, prevención y tratamiento.
- d) Registro en el plan de cuidados.

Fig.2 Diagnóstico de enfermería. Tomado de UNAM. Teorías y Modelos;2009.



Tipos de diagnósticos:

Reales: problemas de salud reales.

Potenciales o de riesgo: donde un individuo, familia o comunidad presenta muchas posibilidades de algún problema de salud por los factores de riesgo presentes.

De bienestar. Es aquel donde una persona, familia o comunidad está en transición desde un nivel específico de bienestar a un nivel más elevado.

Componentes de los diagnósticos en el formato PES:

- Problema. Descripción breve del problema de salud.
- Factores etiológicos. Identifican aquellos factores situacionales, patológicos o de maduración que pueden causar el problema.
- Signos y síntomas. Las manifestaciones objetivas o subjetivas.

3.Planeación. En esta etapa se determina cómo se proporcionará el cuidado de enfermería priorizando los diagnósticos, elaborando los objetivos y metas, determinando las acciones. ¹⁵

Operaciones prescriptivas

Éstas son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos.

Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. También considera lo que podría suceder en el futuro. Orem destaca que las operaciones prescriptivas deben considerarse a la luz de la totalidad del individuo, y no en relación con piezas aisladas de información. Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos del cuidado:

1. Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y curso de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
2. Totalidad de las medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos, incluyendo una buena organización de estas medidas de cuidados.
3. Papeles de la enfermera, el paciente y el agente de cuidado dependiente de la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.

Papel de la enfermera, el paciente y el agente de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado. ¹⁵

4. Ejecución. Aquí es donde el profesional de enfermería ejecuta las acciones planificadas.

Operaciones reguladoras o de tratamiento

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Es particularmente importante el desarrollo de un sistema apropiado (una disposición ordenada) para brindar cuidados.

Aquí participan los tres sistemas de enfermería, de acuerdo a las demandas y al déficit de las capacidades de la persona para satisfacerlas.

Los pasos a seguir en la ejecución son: preparación (conocimientos, habilidades, material y equipo), intervención (realizar cada acción planeada) y registro (que permite dar continuidad a los cuidados por parte de los demás miembros del equipo de salud).

5. Evaluación. Es el momento para contrastar los resultados obtenidos de nuestras acciones con los objetivos previstos, identificando los cambios que se han producido

en las situaciones identificadas. Y se considera que la evaluación ideal es una parte integral de cada uno de los componentes del proceso y no solamente una de las etapas del mismo.

Operaciones de cuidado (control) de casos

Para Orem se relacionan con el control, dirección y la evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo. Es particularmente importante dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios.

Los pasos a seguir en la evaluación del neonato son: determinar los cambios del neonato posterior al cuidado, toma de decisiones respecto a continuar, modificar o concluir el plan y registro de la información.¹⁵

4.6 DAÑOS A LA SALUD

Prematurez tardía

Clasificación de recién nacido.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Define:

*Nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardiaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

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

De acuerdo a la edad gestacional define:

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

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

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

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

De acuerdo con el peso de la persona recién nacida y las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla, se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

Los criterios de clasificación del recién nacido pueden ser de acuerdo con su peso al nacer:

*Pequeño. Con peso por debajo del percentil 10, correspondiente a su edad gestacional.

*Apropiado o adecuado. Cuyo peso se localiza entre los percentiles 10 y 90 correspondiente a su edad gestacional.

*Grande. Con peso por arriba del percentil 90 correspondiente a su edad gestacional.¹⁶

Definición de prematuro tardío

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Academia Americana de Pediatría (AAP) y el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) definen nacimiento prematuro como el parto de un niño antes de completar las 37 semanas de gestación. El término “prematuro tardío” fue definido en 2005 por los participantes en el taller titulado “Cómo optimizar la atención y la evolución de los embarazos y los recién nacidos casi término”. Se definió como aquel recién nacido entre la semana 34+0 y la semana 36+6 de gestación. Este concepto ha reemplazado al de recién nacido “casi a término”, que implicaba que estos niños eran cercanos al término y solo requerían los cuidados neonatales de rutina, subestimando los riesgos que podían tener por su inmadurez.⁸

Los RNPTT tienen mayor susceptibilidad de tener problemas relacionados con la transición retardada y la inmadurez, comparados con los RNT, por lo tanto, requieren de un manejo diferente. Estas observaciones han llevado a poner mayor atención en conocer la morbilidad, los costos del cuidado de su salud, estancia hospitalaria y la readmisión hospitalaria entre este grupo de neonatos. Los prematuros tardíos no han sido estudiados suficientemente, y la comprensión de la biología del desarrollo y mecanismos de enfermedad en estos pacientes es incompleta. Las estrategias de su manejo están basadas en principios generales, experiencia clínica y en extrapolar el conocimiento en los RN muy prematuros y los RNT. Los RNPTT presentan cuatro veces más probabilidades de presentar por lo menos una condición médica diagnosticada y 3.5 más veces de tener dos o más condiciones diagnosticadas.¹⁹

Epidemiología

En EE. UU., los nacimientos prematuros han aumentado del 10,6% en 1990 al 12,2% en 2009, y este aumento se debe sobre todo a los prematuros tardíos. Este cambio se ha atribuido principalmente a las mejoras en el seguimiento obstétrico que detecta las condiciones maternas, placentarias y fetales, dando como resultado un aumento en el número de partos inducidos por indicación médica. Una de las

causas principales de aumento de partos prematuros es el aumento del número de embarazos múltiples. Así, un 60% de los gemelares nacen prematuros, con una edad gestacional media de 35+2. Además, los embarazos múltiples son cada vez más numerosos debido, por un lado, al incremento de madres mayores 30 años, que dan lugar a más embarazos gemelares de forma espontánea que las mujeres más jóvenes; y, por otro lado, al incremento de las técnicas de reproducción asistida. Se estima que la contribución de las técnicas de reproducción asistida al aumento de la tasa de prematuridad es de aproximadamente un 10%.

Como se ha mencionado previamente, en los países desarrollados se han producido mejoras en el seguimiento obstétrico gracias a los avances en la ecografía prenatal y la monitorización fetal. Este incremento del seguimiento es paralelo a un aumento de la tasa de nacimientos inducidos por motivos médicos. Así, en EE. UU., estos nacimientos han aumentado de un 29% en 1992 a un 41% de todos los recién nacidos en 2002. Otros factores que han provocado el aumento de los partos pretérmino y, particularmente, de los prematuros tardíos, son condiciones maternas como la mayor edad media de las madres y la epidemia de sobrepeso existente en EE. UU. (que aumenta las complicaciones del embarazo como hipertensión arterial, diabetes gestacional, etc.). Una cuestión importante, sobre todo pensando en la prevención de los partos prematuros tardíos, es la determinación adecuada de la edad gestacional. Algunos prematuros tardíos lo son como resultado de partos inducidos de fetos que, incorrectamente, se pensaba que habían llegado a término. Así, la inducción electiva llevada a cabo por motivos no médicos debe evitarse por el riesgo aumentado de morbilidad. No obstante, si va a realizarse, es de extrema importancia asegurar que la edad gestacional es adecuada para prevenir el parto prematuro y solo debería realizarse si la edad gestacional es al menos de 39 semanas.⁸

Características del prematuro tardío

- Hipotermia

Los prematuros tardíos son más susceptibles a la hipotermia comparados con los nacidos a término, ya que tienen menor capacidad para generar calor a partir del

tejido adiposo pardo, menores depósitos de tejido adiposo blanco para el aislamiento del frío y pierden calor rápidamente por su elevada ratio superficie/peso. Además, presentan una inmadurez de la función hipotalámica termorreguladora. ⁸

- Hipoglucemia

La hipoglucemia puede afectar a los recién nacidos de todas las edades, debido a una respuesta metabólica insuficiente a la pérdida súbita del aporte materno de glucosa antes del nacimiento ^{8,19}

La incidencia de hipoglucemia es inversamente proporcional a la edad gestacional debido a una glucogenolisis, lipólisis y gluconeogénesis deficiente junto a una desregulación hormonal.⁷ El riesgo de hipoglucemia es tres veces mayor que en los nacidos a término ⁸

- Morbilidad respiratoria

El síndrome de distres respiratorio se manifiesta con mayor frecuencia en este grupo ya que poseen una estructura pulmonar inmadura asociada al retraso en la absorción del fluido intrapulmonar (abundante en la vida intrauterina), y a la insuficiencia relativa en el surfactante lo que conlleva al ineficiente intercambio gaseoso. ⁷

Los prematuros tardíos requieren mayor grado de reanimación en la sala de partos que los nacidos a término. A excepción de la intubación por meconio, el grado de reanimación requerido decrece con la mayor edad gestacional hasta la semana 39. El riesgo aumentado de morbilidad respiratoria en los prematuros tardíos se debe a la inmadurez de la estructura pulmonar, que continúa desarrollándose hasta la semana 36. Además, en algunos prematuros aparecen deficiencias funcionales del surfactante, lo que aumenta el riesgo de dificultad respiratoria, especialmente en aquellos hijos de madres que no han recibido corticoides prenatales. La taquipnea transitoria del recién nacido y la hipertensión pulmonar persistente son otras causas de dificultad respiratoria observadas en recién nacidos prematuros tardíos.⁸

- Apnea

La apnea ocurre con más frecuencia entre los prematuros tardíos que en los recién nacidos a término; la incidencia de apnea en los prematuros tardíos está reportada entre 4 a 7%, comparada con menos del 2% en los recién nacidos a término. En

estos pacientes, la predisposición a la apnea aparentemente está asociada a un incremento en la susceptibilidad a la depresión respiratoria por hipoxia, la quimiosensibilidad disminuida al dióxido de carbono, a la inmadurez de los receptores irritantes pulmonares, a una sensibilidad incrementada de la inhibición respiratoria ante el estímulo laríngeo y a una disminución del tono muscular dilatador de la vía aérea superior.

A nivel cardiovascular, en los prematuros tardíos se cree que la inmadurez estructural y funcional restringe la reserva cardíaca disponible para los momentos de estrés. La función cardiovascular inmadura también puede complicar la recuperación del prematuro tardío con dificultad respiratoria debido al retraso en el cierre del conducto arterioso e hipertensión pulmonar.¹⁹

- Hiperbilirrubinemia

La ictericia y la hiperbilirrubinemia ocurren con más frecuencia y tienen mayor duración entre los prematuros tardíos debido a retraso en la maduración y una menor concentración de glucuroniltransferasa. Los prematuros tardíos tienen dos veces más probabilidad de presentar elevación de la bilirrubina en la primera semana después del nacimiento. Los prematuros tardíos también tienen una función gastrointestinal inmadura con dificultad para la alimentación, lo que predispone a un incremento de la circulación enterohepática, disminución en la intensidad de evacuaciones, deshidratación e hiperbilirrubinemia.^{7,19}

Además, ante la misma cifra de bilirrubina, el riesgo de daño cerebral inducido por bilirrubina y el de kernicterus es mayor en el prematuro tardío que en el nacido a término, debido a la relativa inmadurez de la barrera hematoencefálica, las concentraciones más bajas de proteína transportadora de bilirrubina y el riesgo aumentado de enfermedad concurrente.⁸

- Dificultades en la alimentación

Las dificultades de alimentación en los prematuros tardíos están asociadas con un tono oromotor relativamente disminuido.

Los problemas para la alimentación y el reflujo gastroesofágico son esperados en estos pacientes debido a su inmadurez, siendo que estas alteraciones no son

menores, ya que pueden ocasionar deshidratación y broncoaspiración, con lo que se incrementa la mortalidad neonatal.¹⁹

Las dificultades en la alimentación que presentan estos pacientes se deben a que la coordinación entre la succión-deglución no se encuentra suficientemente desarrollada y las funciones de motilidad y vaciamiento gástrico están retardadas. Esto llevaría a una mayor frecuencia de deshidratación, hiperbilirrubinemia y finalmente, prolongación de la estadía hospitalaria.⁷

- Reingreso hospitalario

La tasa de reingreso hospitalario es de dos a tres veces mayor en los prematuros tardíos. Particularmente, tienen un riesgo de reingreso tres veces mayor en los primeros 15 días tras el nacimiento. Las causas más frecuentes de reingreso son ictericia, dificultades de alimentación, escasa ganancia ponderal, deshidratación y apnea. Los trastornos respiratorios (incluida la bronquiolitis) y gastrointestinales son las causas más comunes de reingreso tardío en el primer año de vida. La AAP ha identificado factores de riesgo para el reingreso que pueden ayudarnos en la práctica clínica. Estos son ser el primer hijo, alimentación con lactancia materna exclusiva al alta y ser hijo de madre con complicaciones en el puerperio.⁸

- Complicaciones a largo plazo

Varios estudios sugieren que los prematuros tardíos tienen mayor riesgo de morbilidad en el neurodesarrollo que los nacidos a término. Así, existe un riesgo aumentado de parálisis cerebral (0,43 frente a 0,14%) y de retraso mental (0,81 frente a 0,49%). También se ha visto que existe mayor frecuencia de problemas de comportamiento, mayor fracaso escolar y un coeficiente intelectual más bajo. Además, la prematuridad se ha asociado con una mayor frecuencia de problemas de aprendizaje y atención, con mayor frecuencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. La inmadurez cerebral puede jugar un papel importante en el retraso del neurodesarrollo de estos niños. Se ha visto en autopsias que el peso del cerebro de los prematuros de 34 semanas es el 65% del peso de un recién nacido a término, tiene menos surcos en su superficie y está menos mielinizado.⁸

- **Mortalidad**

Aunque el riesgo relativo de mortalidad de los prematuros tardíos frente a los recién nacidos a término es modesto comparado con los prematuros menores de 32 semanas de edad gestacional, alrededor del 10% de todas las muertes neonatales en EE. UU. ocurre en prematuros tardíos. Los prematuros tardíos tienen mayor riesgo de mortalidad que los de término, en EE. UU., esta es hasta tres veces mayor. El riesgo de muerte neonatal aumenta según disminuye la edad gestacional y también se ve afectada por otros factores como malformaciones congénitas y crecimiento intrauterino retardado. ⁸

Prevención

Para disminuir la morbimortalidad asociada con la prematuridad tardía, la prevención es uno de los puntos clave. Un paso esencial para disminuir los nacimientos pretérmino es asegurar que no se realizan partos electivos antes de las 39 semanas de edad gestacional, a menos que haya una indicación médica. Además, se necesitaría mejorar el manejo del feto y la madre embarazada en estas gestaciones. Las áreas de investigación en las que se está trabajando para ello incluyen la identificación de tratamientos para disminuir las complicaciones en los prematuros, las mejoras en la precisión a la hora de determinar la edad gestacional y la identificación de fetos con riesgo de muerte intrauterina. ⁸

Manejo previo al alta hospitalaria

Los médicos que se ocupan del cuidado de los recién nacidos prematuros tardíos necesitan conocer sus complicaciones asociadas y saber proveer los cuidados necesarios. Además, antes del alta hospitalaria hay que concienciar a los padres de que su hijo tiene un riesgo aumentado de hiperbilirrubinemia, dificultades de alimentación y deshidratación. La educación debe centrarse en desarrollar la habilidad de los padres para reconocer estos problemas. Es especialmente importante educar a las madres primerizas de los prematuros tardíos y, en ocasiones, esta educación requiere una hospitalización al nacimiento más larga. La

AAP ha establecido las siguientes guías para el alta hospitalaria de los prematuros tardíos:

1. Determinar adecuadamente la edad gestacional antes del alta y asegurarse de que no hay anomalías o motivos médicos que justifiquen alargar la hospitalización.
2. El recién nacido debe demostrar estabilidad fisiológica, demostrando competencia en lo siguiente:
 - Termorregulación, definida como temperatura axilar entre 36,5 y 37,4 °C en una cuna abierta.
 - Alimentación, definida como adecuada succión-deglución, respiración adecuada mientras se hace la toma y pérdida de peso que no exceda el 7% con respecto al peso del nacimiento. Si el niño es amamantado, se debe objetivar antes del alta una adecuada técnica de lactancia.
 - Estabilidad cardiorrespiratoria, con constantes vitales estables (frecuencia respiratoria menor de 60 respiraciones por minuto y frecuencia cardiaca entre 100 y 160 latidos por minuto).
 - Tránsito intestinal, habiendo realizado al menos una deposición de forma espontánea.
 - Deben haberse realizado los cuidados de rutina del recién nacido, tales como pruebas metabólicas, vacuna y profilaxis ocular y antihemorrágica.
3. Educación y entrenamiento adecuado de los padres para el cuidado de estos niños y para ser capaces de reconocer problemas como la ictericia, las dificultades de alimentación y la deshidratación.⁸

V. METODOLOGÍA

5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO

Es un proceso de indagación a profundidad que tiene como propósito la integración de la teoría y la práctica, se analiza un hecho de la vida real que puede ser una persona, grupos, familias, organización y otros, estudiándose en su propio contexto. Tiene un carácter dinámico, vivo y en evolución de una realidad específica en este caso, la salud de las personas; describe una situación real de la vida profesional, detalla una serie de hechos de un campo particular del conocimiento relacionado con el cuidado para llegar a la toma de decisiones en relación a las intervenciones de enfermería.

El estudio de caso en la Enfermería especializada, tiene clara correspondencia con el proceso de cuidado, consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas, de tal forma que cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente, de ahí que éste enfoque teórico-metodológico es el que da coherencia y sustento al estudio como método de análisis de la práctica del cuidado.²⁰

5.2 SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La selección de este caso se llevó a través de una decisión personal para la elaboración del presente estudio de caso a un recién nacido de 1 DVEU de 35.5 SDG por Capurro, peso adecuado para edad gestacional, nacido de embarazo múltiple, en alojamiento conjunto del 3er piso de una institución de tercer nivel de atención, valorado el día 26 de octubre de 2016 a las 10:00 hrs.

Fuentes de información:

Fuentes directas: el neonato y su madre. A través de la exploración física y la entrevista, respectivamente.

Fuentes indirectas: el expediente clínico y bibliografía relacionada con el estado de salud del recién nacido.

5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los cuidados de enfermería se pueden considerar como una actividad autónoma e interdependiente mediante la cual se identifican las necesidades del paciente y las de la familia más cercana al enfermo, o las de su cuidador principal; se determinan los requerimientos, y se proveen los medios para satisfacerlos de forma terapéutica, de acuerdo con las posibilidades del paciente, de la familia y de la enfermería.¹⁴

La ética define gran parte de la personalidad de un ser humano e involucra los valores, y el profesional de enfermería no es la excepción. Así, cualquier actividad dentro de su quehacer diario está regido bajo lineamientos específicos.

Este estudio de caso parte del precepto que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, implícito en el Artículo 4° constitucional²¹, definida la salud por la OMS como “un estado de bienestar físico, psíquico y social, tanto para el individuo, como de la colectividad”.

Los profesionales de la enfermería tienen como premisa preservar o mejorar su estado de salud, vinculando los principios éticos y bioéticos en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades. Se contemplaron los principios de beneficencia, no maleficencia, la justicia y la autonomía.

Para la consulta del expediente clínico del recién nacido y la madre, se consideraron los puntos específicos de la NOM 004 donde menciona que la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, y al tratarse de divulgación de datos personales contenidos en el mismo para efectos de investigación y docencia, que posibilitaron la identificación del paciente se requirió de la autorización escrita para el uso de sus datos con los fines antes mencionados y se adoptaron las medidas necesarias para que éste no pueda ser identificado.²²

En relación con el consentimiento informado, basado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su artículo 14 Fracción V, donde menciona que “contará con el consentimiento informado del

sujeto en quien se realice la investigación, o de su representante legal, en caso de su incapacidad legal de aquél” y en su artículo 20 donde “el consentimiento informado es el acuerdo escrito, donde autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos [...], con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”.²³

También se consideró lo prescrito en la NOM 007 donde marca los lineamientos para la atención de la persona recién nacida y la protección y fomento de la lactancia materna exclusiva.²⁴

Además, para el correcto desempeño de las funciones del profesional de enfermería, se tuvo apego al decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros de México²⁵, así como a la carta de derechos generales de las enfermeras y enfermeros²⁶. Sin dejar de lado los derechos del RNPT.²⁷

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

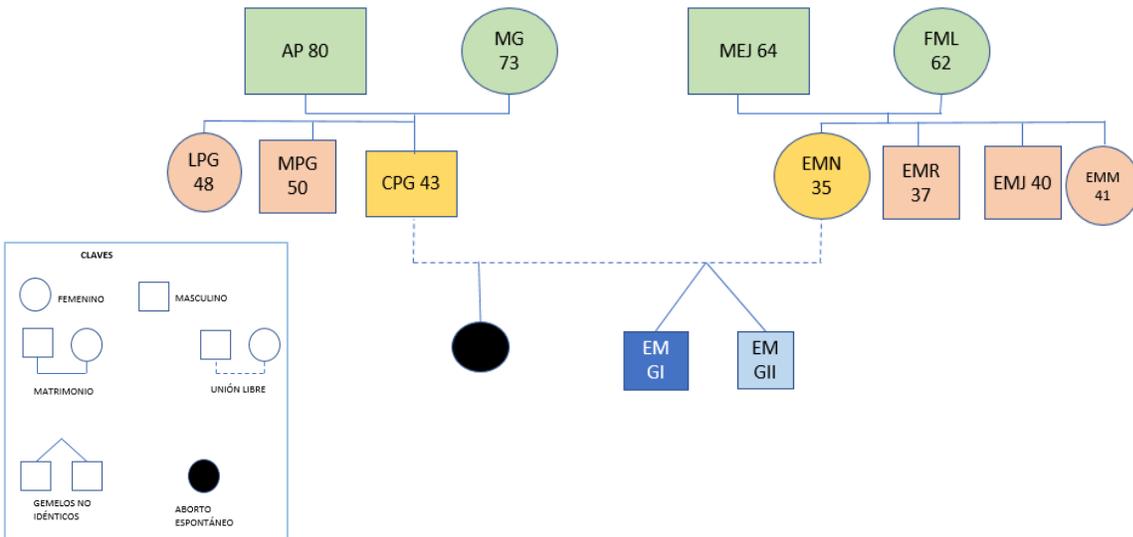
FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
Agente de autocuidado	E.M. RN G1
Género	MASCULINO
Expediente	306511
Servicio	ALOJAMIENTO CONJUNTO 3er PISO
Fecha de nacimiento	25/10/2016
Hora de nacimiento	9:01 HRS
Días de vida extrauterina	1
Fecha de valoración	26/10/2016
Peso al nacer	2,175 GRS
Peso actual	2,080 GRS
Grupo y Rh	O +
Antecedentes familiares patológicos	Abuela materna con DM II e hipertensión arterial sistémica
Diagnósticos médicos	Recién nacido pretérmino tardío de 35.5 SDG por Capurro, Peso adecuado para edad gestacional, nacido de embarazo múltiple
Fuente de información	Directo: Valoración general Indirecto: Expediente clínico, entrevista con la madre y personal de salud

6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

6.2.1 Factores condicionantes básicos

Edad	Recién nacido de 1 día de vida extrauterina
Género	Masculino
Etapa de desarrollo	Neonatal, pretérmino 35.5 SDG, GI
Estado de salud	Sano, en alojamiento conjunto.
Factores socioculturales	Padres católicos
Factores del sistema de cuidados	Cuenta con profesionales de salud capacitados para resolver sus requerimientos y necesidades.
Factores del sistema familiar	Pertenece a una familia nuclear. Junto con su hermano gemelo son los primeros hijos, padres en unión libre, madre dedicada al hogar y dependerá económicamente del padre.
Patrón de vida	Recién nacido en alojamiento conjunto, recibe visita del padre.
Factores ambientales	Colocado en bacinete, temperatura ambiental de 21°C aproximadamente, ruido incrementado en horas de visita, luz ambiental natural y artificial. El recién nacido vivirá en casa prestada de 6 cuartos donde habitan 11 personas, cuenta con todos los servicios básicos.
Disponibilidad y adecuación de los recursos	Recursos apropiados para su atención en el momento de la valoración

6.2.2 Familiograma



6.2.3 Antecedentes maternos

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
Antecedentes maternos no patológicos	Madre E.M.N. de 35 años de edad, originaria de la Ciudad de México, habita en casa prestada con su pareja, cuenta con todos los servicios básicos. En unión libre, escolaridad bachillerato concluido, dedicada al hogar, católica, grupo y Rh O+.
Antecedentes ginecológicos y obstétricos	Menarca 11 años, inicia vida sexual a los 22 años, parejas sexuales 3; el presente embarazo es Gesta 2, Cesárea 1, Parto 0, Aborto 1 (espontáneo), hijos vivos 0, fecha de última menstruación 05/04/2016. Periodo intergenésico 1 año 1 mes.
Antecedentes de gesta actual	Control prenatal con 3 consultas en un centro de salud y 4 en la institución de tercer nivel de atención, con 2 y 3 ultrasonidos respectivamente, reportando embarazo gemelar (2 productos) bicorial biamniótico; acude a la institución de tercer nivel de atención por iniciativa propia; talla 165 cm, peso al inicio del embarazo 64 kg y al término 82 kg; ingesta de ácido fólico desde la 6 SDG y multivitamínicos desde las 8SDG, sin inmunizaciones. Edad materna de riesgo. Reporte de ultrasonidos en la institución de tercer nivel: 1.- 05/04/2016 reporta: embarazo gemelar con 2 productos vivos. Traspola 18-19 SDG. 2.- 20/07/2016 reporta: líquido amniótico normal, cordón umbilical normoinserito con relación arteria vena esperada (2:1). Traspola 21 SDG. 3.- 17/10/2016 reporta: gemelo A peso estimado fetal (PEF) 1892 grs, placenta posterior. Gemelo B PEF 1796 grs, discordancia de peso de 7%, se sugiere interrumpir

	el embarazo a la semana 36. Programa resolución del embarazo el 25/10/2016. Por alteración en el crecimiento de ambos gemelos.
Antecedentes patológicos de gesta actual	Infección cervicovaginal en 2° trimestre tratada con óvulos por 3 días (desconoce medicamento) y remitida. Infección de vías urinarias en 1er trimestre no tratada y en 2° trimestre tratada con Cefalexina 500 mg cada 8 horas durante 10 días y remitiendo. Niega toxicomanías.
Antecedentes paternos	Padre de 43 años, empleado, escolaridad secundaria incompleta, Grupo y Rh desconoce, sano, toxicomanías negadas.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 VALORACIÓN GENERALIZADA

7.1.1 Exploración física

Preparación del entorno: En el área de alojamiento conjunto, en cuna bacinete, sin corrientes de aire y luz adecuada.

Preparación del equipo: Se reúne termómetro, reloj, estetoscopio, guantes, pañales, cinta métrica, báscula, toallitas limpiadoras y sábanas.

Inspección general: Recién nacido masculino en cuna bacinete con oxígeno y temperatura ambientales, envuelto en sábana de algodón, en posición decúbito lateral izquierdo, en sueño profundo.

Somatometría:

*Peso: 2,080 grs

*Talla: 46 cm

1. Piel. Íntegra, rosada, con presencia de lanugo, adecuada hidratación de mucosas y tegumentos.

2. Cabeza y cara

-Perímetro cefálico: 31.5 cm. Normocéfalo.

-Fontanelas: normotensas. Bregmática 2.5x2 cm, Lambdoidea puntiforme.

-Suturas: alineadas

-Cabello: con adecuada implantación.

-Cara: simétrica e íntegra.

-Ojos: simétricos, móviles, párpados móviles, esclerótica blanca, cejas y pestañas normoimplantadas.

-Oídos: pabellones auriculares presentes con adecuada implantación, sin apéndices ni fosas, conducto auditivo permeable.

-Nariz: simétrica, coanas permeables e íntegras.

-Boca: Simétrica, mucosa oral normo hidratada, sin dientes natales o quistes, paladar duro y blando íntegros, sin frenillo lingual, lengua de color y tamaño normales.

3. Cuello y hombros. Cuello y hombros simétricos, sin adenomegalias y signo de tecla negativo. Tráquea central.

4. Tórax. Perímetro torácico 28.5 cm íntegro, expansión simétrica, sin datos de dificultad respiratoria, 2 glándulas mamarias, frecuencia respiratoria de 48x´.

5. Cardiovascular

-Ruidos cardiacos: Rítmicos, sin soplos audibles.

-Frecuencia cardiaca de 145x´.

-Pulsos: Simétricos, de adecuada amplitud en miembros superiores e inferiores. Llenado capilar de 2x´´.

6. Abdomen. Perímetro abdominal 24 cm, globoso, blando, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, muñón de cordón umbilical en proceso de momificación sin datos de infección ni sangrado.

7. Genitales. Fenotípicamente masculinos, fimosis fisiológica, testículos en saco escrotal, meato urinario central y permeable, ano permeable y región perianal íntegra.

8. Columna. Central, simétrica y piel íntegra. Pliegues glúteos simétricos.

9. Extremidades y cadera. Chasquido inconstante en cadera izquierda. Extremidades simétricas, 5 dedos en cada pie y mano, íntegros y adecuada movilidad. Uñas delgadas.

10. Estado neurológico

Reflejos primarios	
Búsqueda	Horizontal y comienza vertical
Moro	Presente (completo)
Succión	Presente (moderada intensidad)
Deglución	Presente
Preensión palmar	Presente
Preensión plantar	Presente
Marcha	Presente
Babinski	Presente
Tónico del cuello	Presente
Galant	Presente

7.1.2 Valoración por requisitos universales

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

Recién nacido con frecuencia de 48 respiraciones por minuto, sin datos de dificultad respiratoria, frecuencia cardiaca de 145 latidos por minuto, sin soplos audibles, coloración de la piel y tegumentos rosada, nariz simétrica, tórax cilíndrico simétrico, respiración toraco-abdominal, a la auscultación murmullo vesicular simétrico. Pulsos braquial, femoral y pedio rítmicos, simétricos y de adecuada intensidad, llenado capilar de 2 segundos.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Alimentación exclusiva al seno materno a libre demanda. Adecuada hidratación de tegumentos y mucosa oral, fontanela bregmática y lambdoidea normotensas. Piel rosada e íntegra.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Peso 2, 080 gr. (4.3% de pérdida ponderal de nacimiento). Neonato con boca alineada y simétrica, labios y paladar duro y blando íntegros, normoglosia, succión de moderada intensidad y deglución adecuada, coordinados con la respiración, intentos repetidos de agarre lográndolo de forma adecuada por periodos cortos de tiempo, alimentación exclusiva al seno materno a razón de 12 veces por día, quedándose dormido en cada toma, tolerando alimentación adecuadamente, abdomen cilíndrico, blando y depresible, sin visceromegalias, peristalsis audible a la auscultación, perímetro pre y postprandial de 24 cm. Se evalúa escala de LATCH con puntuación de 7: 1 punto para agarre, deglución audible y posicionamiento, 2 puntos en tipo de pezón y pecho.

4. Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación y excretas

Genitales íntegros, fenotípicamente masculinos, pene íntegro, meato urinario central, escroto pigmentado y rugoso, testículos descendidos, micción amarilla clara, olor sui géneris, a razón de 1 por turno, ano permeable y central, región perianal íntegra, evacuación espontánea de característica meconial de 1 por turno en cantidad moderada.

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

Recién nacido en cuna bacinete, con nido como medio de contención, en alojamiento conjunto, en decúbito lateral izquierdo, normorreactivo, tono muscular adecuado, con periodos de sueño mayores a 1 hora, irritable a la manipulación y el baño, sin malformaciones evidentes que alteren su descanso. Porta prendas de vestir de algodón (institucional), adecuadas para la temperatura corporal, permitiendo libre movilidad. La temperatura del servicio es de 21 °C aproximadamente, cuenta con luz natural y artificial constantemente, el ruido es aumentado en frecuencia e intensidad durante las visitas.

Reflejo de moro simétrico y completo, búsqueda horizontal y comienza vertical, succión y deglución, tónico del cuello, prensión palmar y plantar, marcha y Babinski presentes. Pares craneales normales.

Chasquido inconstante en cadera izquierda, madre niega antecedentes familiares con displasia congénita de cadera.

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

Neonato con movimientos oculares y respuesta a estímulo visual (luz) adecuados, sin fijación visual, pupilas isocóricas normorefléxicas, responde a estímulos auditivos adecuadamente, pabellones auriculares bien implantados y conductos auditivos permeables, se encuentra en alojamiento conjunto con su madre la cual le

habla y lo acaricia, existe contacto piel con piel con la mamá, recibe visitas del padre una vez al día por 1 o 2 hora aproximadamente. Es un hijo planeado y deseado.

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

Neonato que cuenta con brazalete de identificación, colocado en miembro pélvico izquierdo que cuenta con todos los datos completos y legibles, situado en bacinete a un lado de la cama de su madre, con temperatura corporal de 36.6 °C, tamiz auditivo y metabólico pendientes para programar cita, ninguna vacuna aplicada. Muñón de cordón umbilical con una vena y 2 arterias, limpio, seco y en proceso de momificación. Cambio de pañal en cada evacuación y/o micción.

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

Neonato sin lesiones asociadas a la vía de nacimiento o defecto congénito aparente, cráneo normocéfalo, cara simétrica. Baño de inmersión en la habitación.

Es un hijo planeado y deseado.

El cuidador primario será su madre en casa prestada, en un área suburbana, cuenta con todos los servicios básicos, está construida de materiales perdurables, constituida por 6 cuartos donde habitan 11 personas, refiere zoonosis (1 perro y 1 gato) los cuales desconoce si están vacunados. Nivel socioeconómico medio-bajo.

7.1.3 Requisitos de autocuidado del desarrollo

- Datos del nacimiento

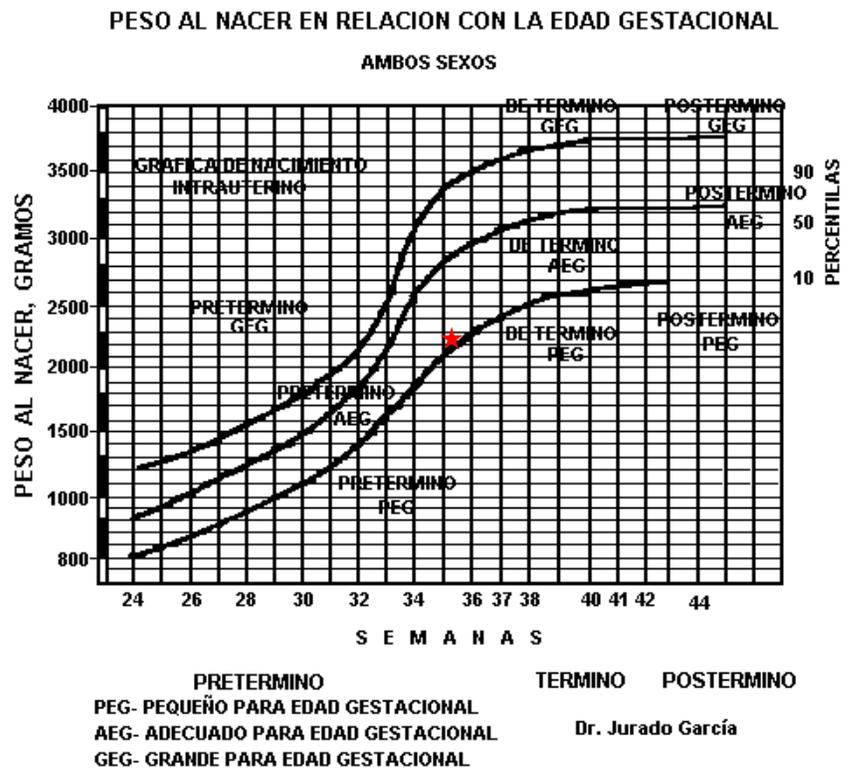
Fecha de nacimiento 25 de octubre de 2016 a las 9:01 hrs, vía cesárea (programada), cordón y líquido amniótico normales.

Edad gestacional por Capurro 35.5 semanas, Apgar 9/9, Silverman 2 (a expensas de tiraje intercostal y aleteo nasal discretos), recibe pasos iniciales de reanimación. Aplicación de vitamina K 1 mg intramuscular dosis única y cloranfenicol oftálmico 2 gotas en cada ojo.

- Somatometría

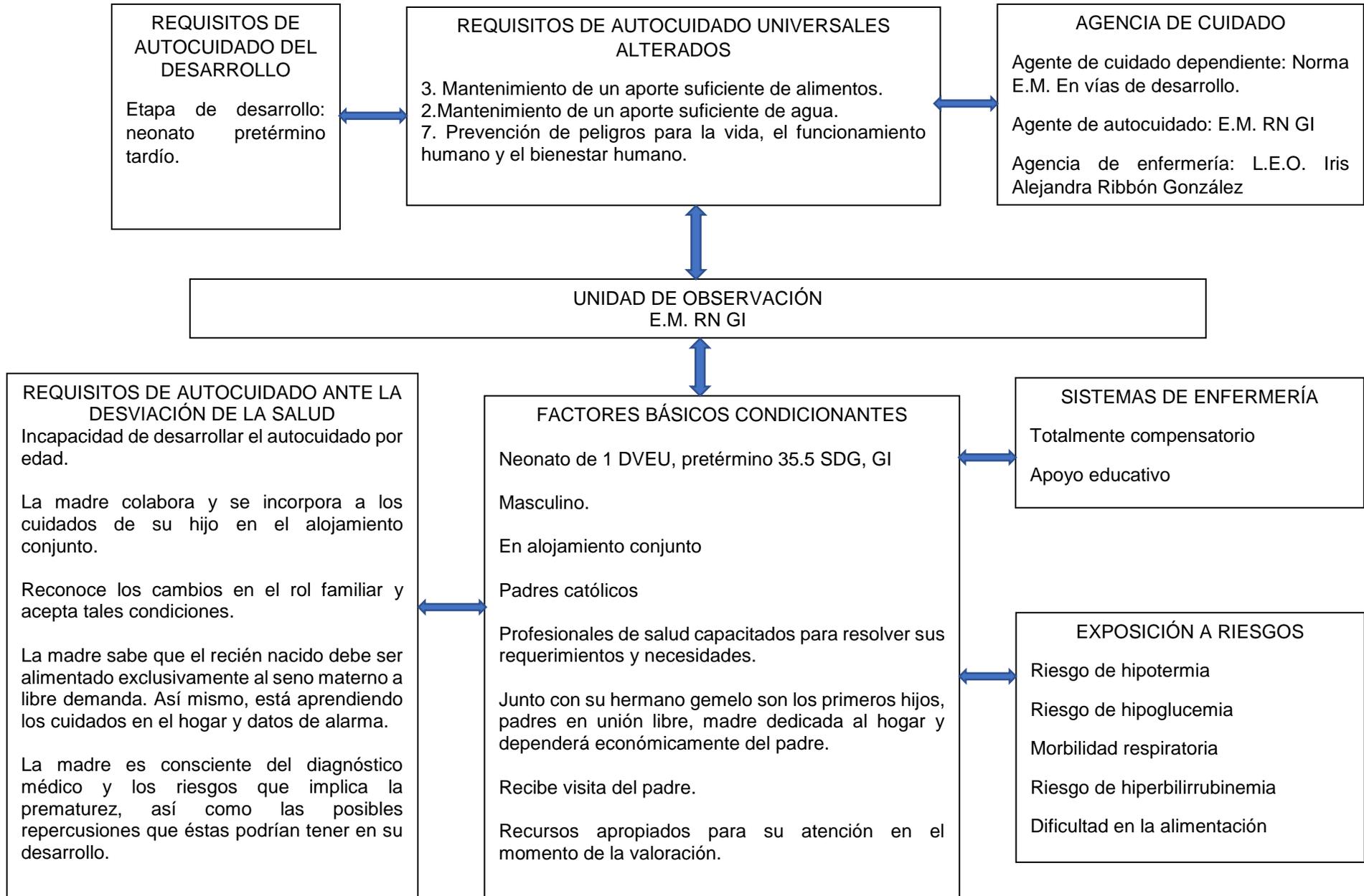
Peso	2.175 gr
Talla	46 cm
PC	31.5 cm
PT	28.5 cm
PA	25 cm
SS	26 cm
PB	9 cm
Pie	8 cm

Fig. 3. Gráfica Dr García Jurado



- Diagnósticos médicos: Recién nacido pretérmino tardío de 35.5 SDG por Capurro, Peso Adecuado para Edad Gestacional, nacido de embarazo múltiple. (Fig. 3)

7.2 ESQUEMA METODOLÓGICO BASADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM



7.3 JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS CON DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

REQUISITO	DIAGNÓSTICO
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.	Transferencia ineficaz de leche materna relacionado con dificultad para lograr y mantener el agarre correcto manifestado por pérdida ponderal de 4.3% en 24 horas y puntuación LATCH de 7.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Riesgo de aporte inadecuado de líquidos relacionado con la transferencia ineficaz de leche materna.
7. Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.	*Riesgo de niveles elevados de bilirrubinas séricas relacionado con aporte insuficiente de alimento. *Riesgo de inestabilidad en la temperatura corporal, relacionado con factores ambientales.
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Bienestar en el mantenimiento de la respiración y oxigenación manifestado por respiración toraco-abdominal, FR de 48 x', FC de 145 x' y coloración rosada de tegumentos.
4. Provisión de los cuidados asociados a eliminación y excretas.	Bienestar en los procesos asociados a la eliminación de excretas manifestado por micción y evacuación espontáneas a razón de 1 vez por turno, de cada una.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.	Fortalecimiento continuo del vínculo madre-hijo manifestado por muestras de cariño hacia el recién nacido y contacto piel con piel constante entre ambos.

7.4 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Transferencia ineficaz de leche materna relacionado con dificultad para lograr y mantener el agarre correcto manifestado por pérdida de peso ponderal de 4.3% en 24 horas y puntuación LATCH de 7.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
OBJETIVO: El recién nacido podrá establecer una alimentación al seno materno eficiente, durante su estancia en el alojamiento conjunto, mediante la capacitación a la madre sobre la técnica de lactancia.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Favorecer la maduración de reflejos de succión y deglución.</p> <p>Favorecer la lactancia materna</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar ejercicios oromotores que favorezcan la succión y la deglución, 10 o 15 minutos antes de cada toma. ➤ Enseñar a la mamá a realizar dichos ejercicios. (ANEXO) ➤ Explicar a la mamá los beneficios para el recién nacido y para ella, de la alimentación exclusiva al seno materno los primeros 6 meses de vida y complementaria hasta los 2 años. ➤ Explicar que la alimentación es a libre demanda y que identifique las señales tempranas, intermedias y 	<p>Los ejercicios orofaciales u oromotores se refiere a la estimulación de cavidad oral en el recién nacido, y tiene por objeto favorecer, optimizar o mejorar la función motriz oral, lograr un proceso deglutorio óptimo o funcional y coordinar la función respiratoria con la actividad deglutoria.</p> <p>Incluye: Estimulación perioral e intraoral. ²⁸</p> <p>La lactancia humana es reconocida como el alimento ideal para todo recién nacido y lactante debido a las innumerables ventajas</p>

<p>Implementar una adecuada técnica de la lactancia materna</p> <p>Lactar a ambos neonatos al mismo tiempo.</p> <p>Valorar la alimentación al seno materno.</p>	<p>tardías de hambre. (ANEXO). Y que alimente al niño preferentemente cuando estén presentes las tempranas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hablarle sobre los riesgos de la alimentación con sucedáneos. ➤ Procurar que la madre esté tranquila y relaja. ➤ Verificar que el neonato tenga limpio el pañal. ➤ La espalda apoyarla en un respaldo de silla o cama. En caso de ser necesario usar cojines o sábanas dobladas. ➤ Estimular al niño en caso de que esté dormido. ➤ Acercar el niño al pecho y estimular con el pezón sobre el labio superior para que abra la boca, e introducir pezón y la mayor cantidad de la areola. ➤ Apoyar a la mamá para colocar en posición de balón, en paralelo, en forma de cruz o acostada, a ambos recién nacidos. (ANEXO) ➤ Aplicar la escala de LATCH en al menos 2 tomas de leche. La cual evalúa: <ul style="list-style-type: none"> • Agarre: si el recién nacido es capaz de cogerse del pecho. • Deglución: si es audible o no. 	<p>que tiene tanto para los niños como para la madre, la familia y la sociedad.²⁹</p> <p>La leche humana contiene todos los nutrimentos necesarios para la nutrición adecuada del recién nacido: agua, proteínas, grasas, hidratos de carbono, minerales, vitaminas, hormonas y complejos inmunes.^{29,30}</p> <p>La escala de LATCH es una forma de valoración e intervención sobre la lactancia materna, de fácil aplicación y eficaz, la cual puede ayudar a la identificación de complicaciones y dificultades, así como al desarrollo de mejores formas de intervención orientadas al establecimiento y permanencia de la lactancia materna.³¹</p> <p>Los beneficios que tiene el contacto piel con piel madre-neonato son: mejora de la efectividad del patrón succión-deglución y disminuye el tiempo para el establecimiento adecuado del mismo; regula la temperatura y respiración infantil, mejora el comportamiento de afecto y vínculo entre</p>
---	---	---

<p>Favorecer el contacto piel con piel entre madre e hijo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pezón: el tipo de éste. • Comodidad del pecho: si hay molestias o complicación. • Mantener colocado al pecho: que consiste en evaluar la cantidad de apoyo que necesita la madre al momento de lactar. ➤ Esta escala se califica de 0 a 2 cada parámetro (ANEXO) ➤ Colocar al recién nacido en el pecho de su madre cada vez que se den las condiciones. 	<p>amos, y hay una mayor duración de la lactancia materna.^{29,30}</p>
<p>CONTROL DE CASO: La mamá es capaz de realizar los ejercicios oromotores previos a la alimentación y devuelve la información acerca de los beneficios de la lactancia materna. Se brinda lactancia materna a libre demanda y contacto piel a piel entre las tomas.</p>		

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de aporte inadecuado de líquidos relacionado con la transferencia ineficaz de leche materna.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo
OBJETIVO: Prevenir la deshidratación del recién nacido a través de una adecuada lactancia materna, durante la estancia en el alojamiento conjunto.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Valorar estado de hidratación del recién nacido.</p> <p>Enseñanza individual</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toma de signos vitales. ➤ Evaluar el estado de consciencia, reactividad y tono muscular. ➤ Analizar la cantidad y características de las micciones y evacuaciones. ➤ Observar las características de piel (turgencia y color) y llenado capilar. ➤ Palpar fontanelas e inspeccionar mucosa oral. ➤ Peso diario y analizar la pérdida ponderal. ➤ Explicar a la mamá los signos de deshidratación en el recién nacido. 	<p>La pérdida de peso, orina y deposiciones escasas son marcadores de bajo volumen (deshidratación). La disminución de los ruidos intestinales y aparición de cristales de urato son signos precoces de deshidratación.</p> <p>La deshidratación es una patología potencialmente letal que ocasiona alteraciones neurológicas, coagulación intravascular diseminada, convulsiones, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares y muerte.³²</p>

<p>Identificar factores de riesgo para una lactancia materna deficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Corregir conceptos equivocados de la alimentación al seno y la técnica de lactancia materna. ➤ Informar sobre la alimentación a libre demanda y el número de tetadas mínimas al día (12). ➤ Inspeccionar los senos de la mamá, en busca de lesiones de pezones y/o congestión mamaria. ➤ Inspeccionar la cavidad oral del neonato en búsqueda de anomalías (fisura labial/ palatina, micrognatia, macroglosia, anquiloglosia). ➤ Valorar los reflejos de succión y deglución del recién nacido, poniendo énfasis en las variaciones de la succión (no sostenida, desorganizada, débil). 	<p>En el RN durante la primera semana de vida el contenido total de líquido corporal disminuye rápidamente, sobre todo debido a la reducción del volumen extracelular. Ello condiciona una disminución ponderal de 10 a 15% respectivamente en recién nacidos a término y pretérmino; el cual, se recupera a las 2 semanas de vida.</p> <p>³⁰</p>
<p>CONTROL DE CASO: El recién nacido se mantiene con adecuada hidratación. La madre es capaz de devolver la información de los signos de deshidratación en su hijo y entiende la importancia de la lactancia materna en la prevención de esta condición.</p>		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de niveles elevados de bilirrubinas séricas, relacionado con aporte insuficiente de alimento.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
OBJETIVO: El neonato no presentará hiperbilirrubinemia asociada a deshidratación durante su estancia en el alojamiento conjunto.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Identificación de ictericia Enseñanza individual	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inspeccionar coloración de la piel a la luz natural, preferentemente, o con luz blanca, usando la digito-presión, al menos 1 vez por turno. ➤ Utilizar la escala de Kramer para valorar ictericia. (ANEXO) ➤ Explicar a la mamá los signos de una lactancia correcta: <ul style="list-style-type: none"> -La boca del niño se encuentra abierta ampliamente y sus labios están evertidos. -Su mentón y nariz tocan la mama. -Ha introducido la mayor cantidad de la areola en la boca. -Se puede oír la deglución mas no la succión. 	<p>El prematuro tardío constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la hiperbilirrubinemia y kernícterus.³³</p> <p>La ictericia aparece en sentido céfalo-caudal, por lo que resulta útil los criterios de Kramer como una manera de establecer alguna correlación aproximada entre el grado de ictericia y los niveles de bilirrubina. Los factores de riesgo alto considerados por la American Academy of Pediatrics son, entre otros: Edad gestacional de 35-36 semanas, lactancia materna exclusiva que, si no va bien, el RN pierde peso excesivamente.</p> <p>La ictericia fisiológica es evidente a partir del 2° día de vida, pero la patológica se presenta antes de las 24 horas de vida.^{33,34}</p>

<p>Datos objetivos de aporte adecuado de alimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> -El pezón no duele al amamantar. -El cuerpo del niño está alineado. ➤ Informar a la mamá la importancia de la adecuada hidratación de su hijo para evitar la hiperbilirrubinemia asociada a esta causa. ➤ Valorar características y frecuencia de las micciones y evacuaciones. ➤ Inspeccionar piel, mucosas y fontanelas. ➤ Peso diario 	<p>Las concentraciones elevadas de bilirrubina pueden atravesar la barrera hematoencefálica y dañar el tejido nervioso; aún es controversial la concentración de bilirrubina sérica que puede causar efectos citotóxicos en el sistema nervioso (encefalopatía bilirrubínica), sobre todo en RNPT.³⁵</p> <p>La ictericia secundaria a mala técnica de lactancia materna es la más común, ya que causa privación calórica, frecuencia y volumen de alimentación disminuidos. Además de escasa flora intestinal y mayor actividad de betaglucuronidasa que incrementan la circulación enterohepática.³⁶</p>
<p>CONTROL DE CASO: El recién nacido no muestra el tinte icterico en piel y escleróticas.</p> <p>La madre comprende la importancia de la adecuada técnica de lactancia materna para la prevención de hiperbilirrubinemia.</p>		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de inestabilidad en la temperatura corporal, relacionado con factores ambientales.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
OBJETIVO: El neonato mantendrá la eutermia, mediante el manejo adecuado de los mecanismos de pérdidas de calor, durante su estancia en el alojamiento conjunto.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
Prevenir pérdidas de calor por conducción.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Calentar los objetos antes de que entren en contacto con el neonato (ropa, estetoscopio, etc.). ➤ Proveer alguna forma de aislamiento entre el cuerpo del neonato y la superficie fría (báscula). ➤ Uso de gorro. ➤ Brindar contacto piel con piel con la mamá. 	<p>Por sus características de maduración, los RN son termolábiles, esta condición es especialmente significativa en los RNPT. El rango normal de temperatura es de 36.5-37.5°C. ¹⁷</p> <p>Los factores causales para el desequilibrio en la termorregulación son: inmadurez del centro termorregulador, insuficientes reservas de glucógeno y grasa parda. ³⁵</p> <p>Para que el organismo funcione y se lleve a cabo el metabolismo adecuado es preciso que éste mantenga una temperatura constante dentro de límites estrechos. Esto se consigue manteniendo un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor. Cuando este balance se altera, el organismo pone en marcha mecanismos termorreguladores que</p>
Prevenir pérdidas de calor por convección	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reducir la manipulación y agrupar las intervenciones para evitar exponerlo (con poca ropa) al ambiente frecuentemente. 	

<p>Prevenir pérdidas de calor por evaporación.</p> <p>Prevenir pérdidas de calor por radiación.</p> <p>Evitar sobrecalentamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Antes del baño, verificar que la temperatura axilar sea $\geq 36.5^{\circ}\text{C}$ y que el agua del baño esté entre $36-38^{\circ}\text{C}$. ➤ Evitar corrientes de aire durante el baño. ➤ Secar al neonato rápidamente posterior al baño. ➤ Quitar ropa húmeda lo más pronto posible. ➤ Retirar al neonato de paredes y ventanas frías. ➤ No sobreabrigar. ➤ Evitar colocar el bacinete directamente al sol. 	<p>sirven para aumentar la temperatura a expensas de un gran costo energético, produciéndose entonces el denominado “estrés térmico”. ¹⁷ (ANEXO)</p> <p>Los 4 mecanismos de pérdida de calor son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conducción. Transferencia de calor entre 2 objetos que están en contacto directo. 2. Convección. Transferencia de calor al aire o al agua que envuelve al niño. 3. Evaporación. Pérdida de calor al transformarse en vapor de agua (contenida en el niño) por medio de la piel o de la vía aérea. 4. Radiación. Transferencia de calor entre objetos sólidos que no están en contacto directo a través de ondas electromagnéticas (de piel a superficies cercanas). ^{17,37} <p>En el extremo opuesto a la hipotermia se encuentra el sobrecalentamiento, que aumenta la pérdida de fluidos y la frecuencia de apnea; también puede incrementarse la tasa metabólica hasta niveles potencialmente mortales, en casos extremos. ³⁷</p>
<p>CONTROL DE CASO: El recién nacido mantiene temperatura corporal dentro de parámetros normales. La madre implementa las acciones para evitar pérdidas de calor a través de los distintos mecanismos.</p>		

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Bienestar en el mantenimiento de la respiración y oxigenación manifestado por respiración toraco-abdominal, FR de 48 x', FC de 145 x' y coloración rosada de tegumentos.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
OBJETIVO: La mamá conocerá las respiraciones normales de su hijo por medio de la inspección y los datos de alarma para identificar problemas potenciales durante su hospitalización.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Valoración continua del estado respiratorio.</p> <p>Permeabilidad de vía aérea</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar y registrar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones. ➤ Vigilar alteraciones del patrón respiratorio. ➤ Observar coloración de piel y tegumentos. ➤ Valorar y registrar signos de dificultad respiratoria (utilizar la valoración de Silverman Andersen) (ANEXO) ➤ Auscultar campos pulmonares y ruidos cardiacos. ➤ Mantener alineada la vía aérea. ➤ Colocar en posición supina al neonato y colocar un pequeño rollo de tela debajo del cuello, evitando la hiperextensión. 	<p>En el RNPT, la función respiratoria puede verse afectada, entre otros factores, por la inmadurez del centro regulador del sistema nervioso; este último, a su vez, en respuesta a la insuficiente disposición de oxígeno y las alteraciones metabólicas consecuentes, deprime la función respiratoria y altera el equilibrio hemodinámico.</p> <p>Durante cada valoración se deben identificar signos de alteración de la función respiratoria, como taquipnea o bradipnea, datos de dificultad, cianosis, ruidos respiratorios anormales, así como asimetría en la expansión</p>

	<ul style="list-style-type: none">➤ Colocar el colchón en ángulo $\geq 30^\circ$.➤ No cubrir la cara.	torácica, complementados con la evaluación de frecuencia y características del latido cardíaco y temperatura ³⁵
CONTROL DE CASO: El recién nacido mantiene una frecuencia respiratoria normal, sin datos de dificultad respiratoria.		

REQUISITO: Provisión de los cuidados asociados a eliminación y excretas.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Bienestar en los procesos de eliminación de excretas manifestado por micción y evacuación espontáneas a razón de 1 vez por turno, de cada una.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y de apoyo educativo.
OBJETIVO: El neonato continuará con micciones y evacuaciones de características normales y en cantidades y frecuencia de acuerdo a los días de vida a través de una alimentación con leche humana exclusiva.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Condiciones abdominales del neonato</p> <p>Monitorización de micción y evacuación.</p> <p>Enseñanza individual</p>	<p>➤ Valorar:</p> <p>*Perímetro abdominal pre y post prandial.</p> <p>*Peristaltismo.</p> <p>*Masas o rigidez abdominal.</p> <p>*Dibujo de asas o cualquier otra alteración.</p> <p>➤ Registrar las evacuaciones y micciones (cantidad y características).</p> <p>➤ Explicar las características y frecuencia de las micciones y evacuaciones de su hijo.</p>	<p>En condiciones normales, el neonato tiene su primera micción en las primeras 24 horas de vida, y la primera evacuación en las primeras 48 horas.</p> <p>La orina del recién nacido es inicialmente concentrada y puede visualizarse en el pañal manchas naranja que denotan la presencia de uratos, esta situación es normal en las primeras 48-72 horas de vida.</p> <p>El meconio es una acumulación de sales biliares, lanugo deglutido, células intestinales desprendidas y secreciones intestinales. Cuando la alimentación se inicia, las heces pasan por una fase de transición en la que se componen en parte de meconio y en parte de residuos alimentarios.³⁸</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar los cambios progresivos de las excretas. ➤ Apoyar en la lactancia materna. 	<p>El abdomen del recién nacido es normalmente redondeado y protuberante en comparación con el tórax, los principales datos de una obstrucción pueden ser: induración, dolor a la palpación, irritabilidad, masas y cambios en el patrón de peristalsis. ³⁹</p>
<p>CONTROL DE CASO: El recién nacido se mantiene con un características y frecuencia normales de evacuación y micción.</p> <p>La madre conoce las excretas normales en su hijo.</p>		

REQUISITO: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: FECHA: 26/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Fortalecimiento continuo del vínculo madre-hijo manifestado por muestras de cariño hacia el recién nacido y contacto piel con piel constante entre ambos.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo educativo.
OBJETIVO: El binomio consolidará su vínculo durante su permanencia en el alojamiento conjunto a través del contacto piel con piel continuo.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Favorecer la interacción entre la madre y el neonato.</p> <p>Establecer comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Procurar el máximo bienestar de la madre. ➤ Ofrecer privacidad durante la interacción madre-hijo. ➤ Alentar para que toque, acaricie y le hable al recién nacido. ➤ Integrar a la madre a los cuidados del recién nacido (baño, cambio de pañal, etc). ➤ Brindar contacto piel con piel con su hijo. ➤ Permitir que la madre exprese sus dudas acerca del cuidado de su hijo. ➤ Escuchar sus temores sobre su nuevo rol de madre. 	<p>La técnica Mamá canguro favorece el contacto piel con piel entre el niño y su madre (o padre). Es un método sencillo que provee al bebé un vínculo afectivo, identificando el afecto como un neuromodulador, y la interacción del binomio madre-hijo, respondiendo a las necesidades de estimulación que los pretérmino requieren, favoreciendo su estabilidad térmica, su crecimiento y neurodesarrollo ²⁹</p> <p>El contacto piel con piel contribuye al establecimiento de la lactancia materna más temprano y con una mayor duración. ³⁰</p>

<p>Integrar al padre en el cuidado del niño</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retroalimentar las habilidades de la mamá en el cuidado del niño para favorecer su autoestima. ➤ Incluir al padre en los cuidados de su hijo. ➤ Dar contacto piel a piel con su hijo. 	<p>Además, ayuda a coordinar la respiración y organiza mejor sus ciclos de sueño. ³⁵</p> <p>La vinculación de los padres en el cuidado de sus hijos puede favorecer tanto a su adaptación como la del neonato. ¹²</p>
<p>CONTROL DE CASO: Se fortalece la relación del trinomio durante la estancia de los neonatos y la madre en el alojamiento conjunto.</p>		

7.5 VALORACIÓN FOCALIZADA Y PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

Fecha: 27 de octubre de 2016 09:00 hrs

Requisito 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Peso: 1990 grs (8.6% pérdida ponderal total de nacimiento)

Recién nacido irritable, fontanela bregmática plana, mucosa oral deshidratada.

Sodio sérico (Na) 150 mEq/L

Requisito 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

A la exploración física muestra ictericia Kramer II.

Bilirrubinas totales: 10.2 mg/dl

A las 12:00 horas ingresa al servicio de UCIREN 3 para tratamiento con fototerapia.

7.5.1 Diagnósticos de los requisitos con déficit de autocuidado

REQUISITO	DIAGNÓSTICO
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.	Aporte inadecuado de líquidos relacionado con la transferencia ineficaz de leche materna manifestado por fontanela bregmática plana, mucosa oral deshidratada y sodio sérico de 150 mEq/L.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.	Riesgo de alteración neurológica secundario a niveles elevados de bilirrubinas en sangre (bilirrubinas totales 10.2 mg/dl).

REQUISITO: Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: 27/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Aporte inadecuado de líquidos relacionado con la transferencia ineficaz de leche materna manifestado por fontanela bregmática plana, mucosa oral deshidratada y sodio sérico de 150 mEq/L.		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y apoyo educativo.
OBJETIVO: El recién nacido obtendrá un aporte suficiente de líquidos para cubrir sus demandas a través de la lactancia materna, previniendo deshidratación severa, durante su estancia en el alojamiento conjunto.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Identificar fallas en la lactancia materna.</p> <p>Reafirmar conocimientos sobre la lactancia materna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar el conocimiento de la madre sobre la lactancia materna. ➤ Evaluar la capacidad materna para alimentar al niño. ➤ Evaluar los reflejos de succión y deglución del niño. ➤ Explicar la fisiología de la lactancia materna. ➤ Retroalimentar sobre signos de hambre en el recién nacido. 	<p>El grado de deshidratación se evalúa al tomar en cuenta el déficit de agua corporal que puede estimarse mediante la pérdida de peso, aunque no es el único indicador.</p> <p>Con base en la concentración de sodio sérico y pérdida de peso, la deshidratación puede ser:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Isotónica (Na 130-150 mEq/L) <ol style="list-style-type: none"> a. Leve (déficit de 5%): mucosa oral seca, fontanela anterior plana o ligeramente deprimida y oliguria. b. Moderada (déficit del 10%): mucosa oral seca, ojos y fontanela hundidos,

<p>Favorecer el aumento en la producción de leche.</p> <p>Aumentar la ingesta de leche materna.</p> <p>Presencia de otros signos de deshidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluar posición y agarre del recién nacido. ➤ Animar a que la madre tenga una ingesta adecuada de líquidos. ➤ Explicar la técnica de extracción manual de leche para estimular la producción. (ANEXO) ➤ Alimentar más frecuente al recién nacido. ➤ Estimular al recién nacido para que coma con mayor frecuencia. ➤ Mantener el contacto piel con piel con la mamá. ➤ Observar las características y frecuencia de las micciones y evacuaciones. ➤ Peso diario. ➤ Toma de glicemia capilar. 	<p>extremidades frías, disminución de la turgencia de tegumentos y oliguria)</p> <p>c. Severa (déficit de 15%): datos anteriores más hipotensión, taquicardia, pulsos débiles y mala respuesta a estímulos.</p> <p>2. Hipertónica (Na >150 mEq/L)</p> <p>Hipotónica (Na <130 mEq/L) ³⁴</p> <p>Durante la alimentación se debe vigilar la presencia y calidad del reflejo de succión y deglución en los niños alimentados al seno materno, así como la presencia de signos que puedan indicar intolerancia a la vía oral, pesarlo diariamente y realizar somatometría.</p> <p>El aporte de glucosa en el recién nacido alimentado de forma exclusiva al seno materno, es a través de la leche materna, por lo que una deficiencia en ésta, va a condicionar los niveles normales de glucosa en sangre ³⁵</p> <p>Uno de los signos confiables de que el bebé podría no estar obteniendo suficiente leche materna es si, siendo la lactancia materna exclusiva, el recién nacido orina menos de las veces de acuerdo a los días de vida extrauterina, con color amarillo intenso y olor fuerte; o evacuaciones duras o secas ⁴⁰</p>
<p>CONTROL DE CASO: La madre mejora la técnica de lactancia, sin embargo, el neonato continua con dificultad para mantener el agarre correcto.</p>		

REQUISITO: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.		
NOMBRE DEL PACIENTE: E.M. RN G1		FECHA: FECHA: 27/10/2016
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de alteración neurológica relacionado con niveles elevados de bilirrubinas en sangre (bilirrubinas totales 10.2 mg/dl).		SISTEMA DE ENFERMERÍA: Totalmente compensatorio y apoyo educativo
OBJETIVO: Contribuir a descender los niveles de bilirrubinas en sangre, a través del manejo de la fototerapia y capacitación en la técnica de lactancia materna durante su estancia en el servicio de UCIREN 3.		
PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
<p>Valoración del neonato</p> <p>Tratamiento con fototerapia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilizar la escala de Kramer en luz natural o blanca para evaluar el nivel de ictericia. ➤ Valorar constantes vitales. ➤ Verificar el adecuado funcionamiento de las lámparas de fototerapia. ➤ Descubrir al neonato, colocando antifaz sin demasiada presión y sin cubrir la nariz. Mantener con pañal. ➤ No utilizar ungüentos o cremas para evitar quemaduras. ➤ Colocar lámpara de LED azul a 20 cm de la piel del recién nacido. (ANEXO) 	<p>La escala de Kramer es una manera de establecer alguna correlación aproximada entre el grado de ictericia y los niveles de bilirrubina.</p> <p>Al ser una valoración subjetiva, deberá de corroborar resultados con estudios de laboratorio.³³</p> <p>La fototerapia utiliza la energía lumínica para modificar la forma y la estructura de la bilirrubina, convirtiéndola en moléculas que pueden excretarse incluso con una conjugación normal deficiente. Los productos son menos lipofílicos que la</p>

<p>Mantener eutermia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Registrar fecha, hora y niveles de bilirrubinas con las que inicia el tratamiento. ➤ No retirar al recién nacido por periodos prolongados de la luz. Agrupar los procedimientos. ➤ Cambios de posición cada 2 horas, manteniendo siempre la mayor cantidad de piel expuesta a la luz. ➤ Encender la cuna de calor radiante si la temperatura corporal es $\leq 36.5^{\circ}\text{C}$ y ajustar de acuerdo a la misma. ➤ Favorecer la lactancia materna a libre demanda. 	<p>bilirrubina y, a diferencia de ésta, pueden ser excretados en bilis u orina sin conjugación. (ANEXO)</p> <p>Se ha demostrado en estudios controlados que mientras mayor es la superficie del área expuesta mayor es la reducción en el nivel de bilirrubina sérica total y generalmente no hay necesidad de quitarle el pañal al recién nacido.⁴¹</p>
<p>Valorar estado de hidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peso diario ➤ Observar las características y frecuencia de las micciones y evacuaciones. ➤ Valorar hidratación de las mucosas, tensión de fontanelas y turgencia de la piel. 	<p>La fototerapia produce un aumento de las pérdidas insensibles hasta tres veces en el RNPT; la bilirrubina que se produce durante la fototerapia se elimina por la orina. La conservación de la hidratación adecuada y diuresis suficiente ayuda a mejorar la eficacia de la fototerapia ante el riesgo de descompensación de líquidos y tendencia a la hipertermia.³⁴</p>
<p>Disminuir ansiedad de los padres</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar el tratamiento con fototerapia. ➤ Informar sobre los riesgos de las bilirrubinas elevadas. ➤ Hacer partícipes a los padres en el cuidado del recién nacido. ➤ Durante la visita, retirar el antifaz y brindar contacto piel con piel. 	<p>La bilirrubina no conjugada produce degeneración celular y necrosis; este cuadro presenta una etapa aguda que en muchos casos termina en la muerte o, en una etapa crónica caracterizada por</p>

Valorar estado neurológico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar datos de letargia, disminución de reflejos, hipotonía, debilidad para la succión, irritabilidad o convulsiones. 	secuelas neurológicas graves e invalidantes. ³³
CONTROL DE CASO: El neonato se mantiene con fototerapia continua, eutérmico y sin alteraciones aparentes a nivel neurológico.		

7.6 EGRESO DEL PACIENTE

Fecha: 28 de octubre de 2016 12:00 hrs

Con los diagnósticos médicos:

- o Recién nacido pretérmino tardío de 36.1 semanas de gestación corregidas
- o Peso adecuado para la edad gestacional
- o Peso bajo al nacimiento
- o Hiperbilirrubinemia multifactorial remitida

Egresa a su domicilio el recién nacido E.M. GI, después de completar 24 horas de fototerapia simple.

Nivel de bilirrubinas totales 4.7 mg/dl al egreso, el cual queda fuera de parámetros para fototerapia, de acuerdo a los días de vida extrauterina.

Se capacita y apoya a la madre para mejorar la técnica de lactancia materna, por lo que se egresa con puntuación LATCH de 8.

Se entrega resumen médico para continuar la vigilancia por su médico pediatra, así como recomendaciones del cuidado en casa: baño, vestido, prevención de asfixia, haciendo énfasis en la helioterapia y la lactancia materna, datos de alarma, folio para recoger resultados de tamiz neonatal y solicitud para emisiones otoacústicas. Además, se brinda teléfono del hospital con la extensión para el curso de reanimación neonatal en casa, enfocado a los cuidadores y extensión de clínica de lactancia materna, para que se comuniquen en caso de requerir información y/o apoyo con algún tema referente a la misma.

VIII. PLAN DE ALTA

Al alta del binomio debe dárseles a los padres, por escrito, toda la información médica sobre el nacimiento: fecha, hora, somatometría, valoraciones de Apgar y Silverman-Andersen, edad gestacional, vacunas aplicadas y estudios de tamizaje realizados. Los progenitores deben conocer el peso de su hijo al egreso. Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa.^{42,43}

El plan de alta es una herramienta fundamental para orientar al familiar acerca del tratamiento que se debe proporcionar en el domicilio, la integración y cuidado del RN. Es un proceso sistemático de valoración, planeación, coordinación y ejecución del cuidado enfermero, cuyo fin es asegurar los cuidados que requiere la persona para mantener o mejorar su estado de salud.³³

1. Higiene del cuidador. El principal medio para transmisión de gérmenes nocivos para la salud son las manos, por ello, antes de tener contacto con el bebé, todos deben de realizar el lavado de manos.
2. Alimentación del recién nacido. Preferentemente al seno materno a libre demanda, es decir, cada vez que el bebé lo pida. Los beneficios son numerosos y es el alimento de elección por naturaleza. Lactancia materna exclusiva 6 meses y complementaria hasta los 2 años o más de ser posible.
3. La ropa del RN. De algodón, cómoda, liviana y fácil de poner y quitar; lavarla con jabón neutro, sin perfumes o suavizantes.
4. Baño del RN. El baño no es indispensable diario, de hacerlo debe ser con jabón neutro, vigilando temperatura del agua y del mismo RN, evitar corrientes de aire.
5. Cordón umbilical. Mientras no se caiga, mantener fuera del pañal para favorecer la deshidratación adecuada, no colocar sustancias ni objetos, mantener limpio y seco.
6. Cambio de pañal: Cada vez que evacúe o miccione el RN, para evitar irritación en la piel, no es necesario aplicar cremas u otras sustancias, solo mantener limpio y seco. Debe haber 6 a 8 micciones al día; dependiendo del

tipo de alimentación serán las evacuaciones; cuando son exclusivamente amamantados con leche materna son semilíquidas, amarillo mostaza con grumos blancos después de cada tetada. Es normal el pujo para evacuar.

7. Sueño y descanso. La mayoría de los RN duermen aproximadamente de 16-18 horas al día, se debe evitar molestarlo con ruidos o luces innecesarias.
8. Posición del RN. En decúbito supino, con un ángulo de la cabecera de 30°.
9. Fontanelas. Son separaciones entre los huesos del cráneo del recién nacido, son suaves y ligeramente elevadas, no hay que tocarlas constantemente ni presionarlas.
10. Ministración de medicamentos y/o suplementos alimenticios. Seguir estrictamente las indicaciones médicas en cuanto a dosis, frecuencia y duración del tratamiento en caso de que estén prescritos.
11. Vacunación. Seguir esquema de acuerdo a la cartilla nacional de vacunación, acudir a su centro de salud a que se las apliquen dentro de la primera semana del egreso. El RN egresa sin vacunas aplicadas. Al nacimiento se deben aplicar 2 vacunas: BCG contra tuberculosis y la primera dosis contra virus de Hepatitis B. La BCG no presenta efectos secundarios hasta después de 5 o 6 semanas cuando aparece una pequeña pústula, la cual no hay que tocar ni aplicar nada. La vacuna contra virus de Hepatitis B puede causar dolor en el sitio de aplicación, malestar general o fiebre, no debe dar medicamentos o colocar compresas en el sitio ni sobar, solo dar baños con agua tibia y continuar con la lactancia materna.
12. Uso de chupón: No se recomienda su uso, pues se relaciona con destete temprano, sofocación, caries, mala oclusión (si se usa en edades avanzadas) e infecciones (si existen malas condiciones higiénicas).
13. Helioterapia. Comúnmente llamada “baños de sol” hay que proporcionarla hasta que cumpla de 2 a 3 semanas de vida, dentro de la casa y a través de una ventana, el RN solo con pañal sobre una sábana, de 10 a 15 minutos en decúbito supino y otro tanto igual en decúbito prono, cubrir los ojos.
14. Tamiz metabólico. En caso de que la prueba haya salido con resultados alterados, se comunicarán con la mamá y habrá que hacer una prueba

confirmatoria al bebé. De no ser así, tiene que acudir a la institución de tercer nivel donde se realizó el estudio, a recoger los resultados en 1 mes a partir de las 12 pm en el servicio de tamiz neonatal, con su número de folio de la prueba.

15. Tamiz auditivo. Programar cita para la prueba y atender a las indicaciones para la realización de la misma.
16. Ultrasonido de cadera. Por el chasquido que se encontró en la valoración, se sugiere realizar ultrasonido de control para descartar problemas en la articulación.
17. Datos de alarma, en caso de cualquiera de ellos, deberá acudir con un médico para la valoración del bebé.
 - a) Estado de alerta. Cambios importantes en la conducta (muy irritable o demasiado somnoliento y/o que no responda a estímulos)
 - b) Control térmico. Tener un termómetro digital en casa, temperatura normal 36.5-37.5 °C. Si es menor, abrigar y contacto piel con piel. Si es mayor descubrir, baño con agua tibia. En caso de no haber mejoría, acudir a valoración médica.
 - c) Características y frecuencia de las evacuaciones y micciones. 6 o más horas sin orinar puede indicar deshidratación; en ese caso se deberá acudir a consulta. Vigilar que no haya sangre, moco abundante u olor fétido en heces u orina.
 - d) Movimientos anormales. Temblores, espasmos, convulsiones o algún tipo de “tic”.
 - e) Vómito. Es normal pequeñas regurgitaciones después de las tomas durante las primeras semanas. Vómito en proyectil, con sangre o biliar son motivo para acudir a valoración médica.
 - f) Ictericia. Que ésta se extienda más en el cuerpo (progresa de la cabeza a los pies).
18. Estimulación del RN. No colocar guantes y en medida de lo posible que el RN permanezca sin calcetas.

La estimulación temprana es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo. Estas acciones van a permitir el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la estimulación temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece también el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención, así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.

Emocionalmente, la estimulación temprana permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y el niño.⁴⁴

A continuación, se sugiere las actividades a realizar en esta etapa de desarrollo del RN.

Actividades de 0 a 28 días ⁴⁵

Motor grueso:

- Abrigarlo de tal manera que pueda moverse sin limitaciones.
- Con ambas manos, utilizando las yemas de los dedos, efectuar un masaje circular sobre la cabeza del bebé, ejerciendo ligera presión, procurar cubrir toda la cabeza incluyendo la frente. Con ambas manos, recorriendo toda la cabeza del bebé, ir dando pequeños golpes con las yemas de los dedos simulando como si cayeran gotas de agua o como si se tocara el piano en su cabeza procurar cubrir toda la cabeza incluyendo la frente y la región lateral hasta sus oídos.
- Ofrecer juguetes de un lado y del otro de la cara para que gire la cabeza.
- Ayudar a controlar la cabeza acostándolo con el pecho apoyado en una toalla o cobija enrollada (o sobre el vientre de la madre) mientras se le enseñan juguetes de colores llamativos.

- Mecerlo suavemente entre dos personas, acostado boca arriba sobre una sábana o mecerlo sobre una hamaca.
- Darle masaje en brazos y piernas, de los hombros a las manos y de los muslos a los pies.

Motor fino:

- Colocar un dedo en la palma de la mano del bebé para que al sentir el contacto la cierre, se puede colocar un sonajero para que lo sostenga brevemente.
- Frotarle suavemente el dorso de la mano, para ayudarlo a dar palmaditas y a que acaricie su rostro.

Social:

- Cantarle canciones de cuna cuando se va a dormir.

Lenguaje:

- Cuando lllore, atender a sus llamados.
- Que le hablen con voz suave mientras le dan de comer, lo bañan o lo cambian.
- Imitar las vocalizaciones del bebé. Si el bebé hace sonidos como “a -aa”, repetir frente a él lo mismo, exagerando un poco.

En caso de dudas sobre los cuidados del RN llamar a la L.E.O. Iris Alejandra Ribbón González. Teléfono celular 5530550010 o acudir al Hospital Materno Pediátrico Xochimilco en caso de urgencia, dirección Prolongación 16 de septiembre, Esq. Calzada Nativitas S/N, Col. Barrio Xaltocan. Xochimilco.

IX. VISITA DOMICILIARIA

Se realiza visita domiciliaria en día 12 de noviembre de 2016.

La temperatura ambiente oscila entre los 10 y 15 °C aproximadamente, la casa donde habita el recién nacido no cuenta con agua potable, es por pipa el abastecimiento. El papá trabaja durante el día y la madre es la que cuida a los gemelos con apoyo de una sobrina por las tardes. La señora E.M. además se hace responsable de su madre con enfermedad renal crónica que está en cama permanentemente.

El recién nacido toma seno materno alternando las tomas con sucedáneo porque la señora E.M. refiere que no tiene suficiente leche para los 2 bebés. No se ha enfermado y no ha acudido a su centro de salud para la aplicación de las vacunas de nacimiento.

Debido a las bajas temperaturas y falta de tiempo, el baño de los recién nacidos lo realiza cada 2 o 3 días, pero realiza aseo parcial y el cambio de ropa diario.

A la exploración física, el RN tiene adecuado tono y coloración de tegumentos y mucosas. Fontanelas normotensas y suturas alineadas, mucosa oral hidratada con reflejos de succión y deglución adecuados, abdomen globoso, blando, no doloroso a la palpación, cicatriz umbilical limpia, región perianal sin lesiones. Reflejos de moro, tónico del cuello, prensión, marcha y Babinsky presentes. Ya no está presente el chasquido de la cadera.

Se observa ropa limpia, pero con zonas de acúmulo de pelusa de la ropa en pliegues del bebé. La señora E.M. refiere que el bebé moja de 6-7 pañales al día y evacúa de 2 a 3 veces.

La señora E.M. se manifiesta contenta con sus hijos, y expresa lo mismo en relación a su pareja, pero se observa cansada físicamente.

Recomendaciones para el cuidado en casa

- Alimentación. Se alienta a continuar con la lactancia materna la mayor parte de las tomas de leche, hablando de los múltiples beneficios que se obtienen para ella y los bebés. Además, se hace un cálculo estimado de los gastos que implica la alimentación con fórmula, para crear conciencia de la situación.
- Higiene. Si el baño no fuese posible diario o cada 2 días, se recomienda el aseo de pliegues y genitales para prevenir infecciones y eritema.
- Vacunación. Se enfatiza la importancia de la vacunación para prevenir enfermedades. Así mismo, procurar acudir con el médico pediatra para el seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños.
- Se menciona la importancia de una buena hidratación de la Sra. E.M. (mínimo 3 litros de agua al día) para la producción de leche, aunado a la ingesta de multivitamínicos por el tiempo que dure la lactancia materna a fin de evitar la descalcificación.

X. CONCLUSIONES

La estrategia de investigación utilizada en este trabajo (el estudio de caso), permitió integrar la teoría con la práctica en la atención del paciente neonato, que, como enfermeras especialistas, es necesario perfeccionar. Los objetivos planteados fueron llevados a cabo de manera satisfactoria, mediante la aplicación del proceso enfermero.

El aprendizaje debe ser continuo y dinámico, a nivel profesional y personal. La posibilidad de poder enseñar cómo cuidarse a sí mismo y cómo cuidar a alguien más, es un privilegio que muchos tenemos pero que solo algunos realizamos.

Todas las personas ante estados vulnerables, como lo es una enfermedad, estamos expuestos a múltiples situaciones, en las que dependemos de alguien más para recuperar ese bien tan preciado que es la salud; sin embargo, con el recién nacido las cosas van más allá, su estado de desarrollo no le permite ser consciente ni tomar ninguna decisión sobre su cuidado, y es ahí donde recae el gran peso de la responsabilidad profesional de la Enfermera Especialista Neonatal.

Los cuidados brindados en esta etapa de la vida marcarán sin duda alguna la calidad de vida de los recién nacidos y por lo tanto su bienestar, y, en consecuencia, el de su familia, ya que al tener lazos fuertes (entre padres e hijo), no existen situaciones aisladas, es decir, que pase algo sin que todos se vean afectados.

Las experiencias tanto positivas como negativas, deben ser de aprendizaje, para ser mejores en lo que hacemos y para quienes lo hacemos. Asumir responsabilidades con los pacientes y sus familias es algo que nos hace crecer día a día en todos los sentidos, haciéndonos más humanos.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Furzán JA, Sánchez HL. Recién nacido prematuro tardío: incidencia y morbilidad neonatal precoz. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [Internet]. 2009. [citado 22 diciembre 2016]; Abril-Junio: 59-67.
2. Machado LC, Passini R, Rodrigues RI. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. Jornal de Pediatria [Internet]. 2014. [citado 28 de diciembre de 2016]; Mayo-Junio: 221-231.
3. Sepúlveda A, Kobrich S, Guiñez R, Hasbun J. Morbilidad de prematuros tardíos: evidencia actual y nuevo enfoque. REV CHIL OBSTET GINECOL [Internet]. 2012. [citado 17 enero 2017]; 77(2): 154 – 158.
4. Mendoza LA, Rueda DM, Gallego KP, Vásquez MF, Quintero JL, Acuña M. Morbilidad asociada a la edad gestacional en neonatos prematuros tardíos. Revista Cubana de Pediatría [Internet]. 2012. [citado 26 de diciembre de 2016]; 84(2):345-356.
5. Moraes M, Pimienta M, Madera N. Morbilidad en pretérminos tardíos: estudio prospectivo caso control multicéntrico. Arch Pediatr Urug [Internet]. 2009. [citado 26 de diciembre de 2016]; 80(3): 197-203.
6. Valdés E, Sepúlveda A, Catalán J, Reyes A. Morbilidad neonatal de los prematuros tardíos en embarazos únicos: estudio de caso-control. REV CHIL OBSTET GINECOL [Internet]. 2012. [citado 12 enero 2017]; 77(3): 195-200.
7. Racchi L, Sánchez G, Frezza L, Espelt MI, Meritanob J. Morbimortalidad asociada a recién nacidos Pretérminos Tardíos. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2012. [citado 23 de diciembre de 2016]; Sin mes, 50-56.

8. Fernández T, Ares G, Carabaño I, Sopeña J. El prematuro tardío: el gran olvidado. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2012 [citado 28 diciembre 2016]; Julio-Septiembre: e23-e29.
9. Drebes C, De Lourenzi A, Cordova L, Bello M, Gonçalves A, Santos L. Prematuridad tardía. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2013. [citado 17 enero 2017]; 29(3):170-181.
10. Schonhaut L, Pérez M, Muñoz S. Asociación entre morbilidad neonatal, edad gestacional y déficit de desarrollo psicomotor en prematuros moderados y tardíos. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 2015. [citado 23 de diciembre de 2016] 86(6): 415-425.
11. Zamorano CA, Cordero G, Flores J, Baptista HA, Fernández LA. Control térmico en el recién nacido pretérmino. *Perinatol Reprod Hum* [Internet]. 2012. [citado 27 de diciembre de 2016]; 26 (1): 43-50.
12. Taborda A. Rol de enfermería en la vinculación de los padres en el cuidado y adaptación del infante prematuro. *Revista CUIDARTE* [Internet]. 2013. [citado 15 enero 2017]; 4(1): 540-543.
13. Mata M, Salazar ME, Herrera LR. Cuidado enfermero en el recién nacido prematuro. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2009. [citado 17 enero 2017]; 17 (1): 45-54.
14. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología* [Internet]. 2015. [citado 27 de diciembre de 2016]; 28(2): 228-233.
15. Universidad Nacional Autónoma de México. *Teorías y modelos de enfermería. Bases teóricas para el cuidado especializado*. 2ª ed. México; 2009. 12-13.

16. Monroy A, Ramírez ES. La esencia de la educación en enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015. [citado 27 de diciembre de 2016]; 23(2):61-2.

17. Plascencia MJ., Barbosa R., Herrera MG. Cuidados avanzados en el neonato. Estructura de la atención y cuidado neonatales, Libro 1. México: Inter Sistemas; 2010. XIII, 115-128.

18. Wesley R. Teorías y modelos de enfermería. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997. 28-48.

19. Maldonado S, Carrera S, Rodríguez O. Morbilidad del recién nacido prematuro tardío durante su primer mes de vida comparado con el recién nacido de término. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2013. [citado 23 de diciembre de 2016]; 27 (3): 161-165.

20. Universidad Nacional Autónoma de México. Opciones para obtener el grado de especialista. 2008. 5-6.

21. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. El derecho a la salud como derecho fundamental. México: 2013 [citado 26 de diciembre 2016]: 1-10. Disponible en: <http://bit.ly/2jA9AHS>

22. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. [citado 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1Fqru9Q>

23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [citado 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1SBpqPT>

24. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida: 14-16. [citado 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1SCy9ht>

25. Secretaría de Salud. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. México [Internet]. 2001. [citado 27 diciembre 2016];12. Disponible en: <http://bit.ly/1SXnwJB>

26. Ruíz R. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [Internet]. 2006. [citado 27 de diciembre de 2016];14 (1): 33-35.

27. Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. Derechos del prematuro. 2010. [citado 27 diciembre 2016]. Disponible en: <http://uni.cf/2qcK7c6>

28. Tomado de Alba Lactancia Materna. Recuperado el 30 de diciembre de 2016 de: <http://bit.ly/2iOPugp>

29. Asociación pro lactancia materna. Manual del curso avanzado de apoyo a la lactancia materna CAALMA 2015. México; 2015. 100-101.

30. Plascencia MJ, Villalobos G, Márquez MP. Cuidados avanzados en el neonato. Nutrición en el recién nacido, Libro 2. México: Inter Sistemas; 2012. 46-47.

31. Báez C, Blasco R, Martín E, Pozo ML, Sánchez A, Vargas C. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index de Enfermería [Internet]. 2008 [citado 15 de enero 2017]; 17(3): 205-209.

32. Banda B, Saunero R. Deshidratación hipernatrémica y lactancia materna inadecuada. Revista Médica La Paz [Internet]. 2012 [citado 15 de enero 2017]; 18(2): 46-51.

33. Plascencia MJ, Villalobos G, Mendoza A. Cuidados avanzados en el neonato. Cuidados del recién nacido críticamente enfermo, Libro 4. México: Inter Sistemas; 2012. 60-75.
34. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de neonatología. 5° ed. México: Inter Sistemas; 2015. 205-209.
35. Sánchez MC, Arévalo MM, Figueroa M, Nájera RM. Atención del neonato prematuro en la UCIN centrada en la prevención de factores de riesgo de daño neurológico y promoción del neurodesarrollo. México: Manual Moderno; 2014. 96-97.
36. González EM. Hiperbilirrubinemia neonatal. Rev Soc Bol Ped [Internet]. 2005. [citado 22 diciembre 2016]; 44 (1): 26 – 35.
37. Sociedad iberoamericana de neonatología. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. 2010. 2-6 [citado 28 diciembre 2016]. Disponible en: <http://bit.ly/1N8Xim9>
38. Pernoll LM. Manual de obstetricia y ginecología. 5ª ed. México: Mc Graw Hill; 2003. 265-280.
39. Soria M. Educación a los padres del recién nacido en el alojamiento conjunto. Revista Enfermería Neonatal [Internet]. 2012. [citado 27 de diciembre de 2016]; IV (13): 22-31.
40. Organización Mundial para la Salud. Consejería en lactancia materna curso de capacitación. EUA. 1993: 85-88.

41. Jeffrey M, McDonagh AF. Fototerapia para la ictericia neonatal. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá [Internet]. 2008. [citado 15 enero 2017]; 27 (3):100-111.

42. López C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediátrica de México Instituto Nacional de Pediatría [Internet]. 2014. [citado 15 enero 2017]; 35(6): 513-517.

43. Doménech E, González N, Rodríguez J. Cuidados generales del recién nacido sano. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2008 [citado 27 diciembre 2016]; 26-27. Disponible en: <http://bit.ly/2eVd9ul>

44. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México. Ejercicios de Estimulación Temprana. México; 2011 [citado 15 de enero 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/1L200ml>

45. Secretaría de salud. Estimulación Temprana Lineamientos Técnicos. México [Internet]. 2002. [citado 15 enero 2017]; 10-11, 36-37. Disponible en: <http://bit.ly/2y6S0Xe>

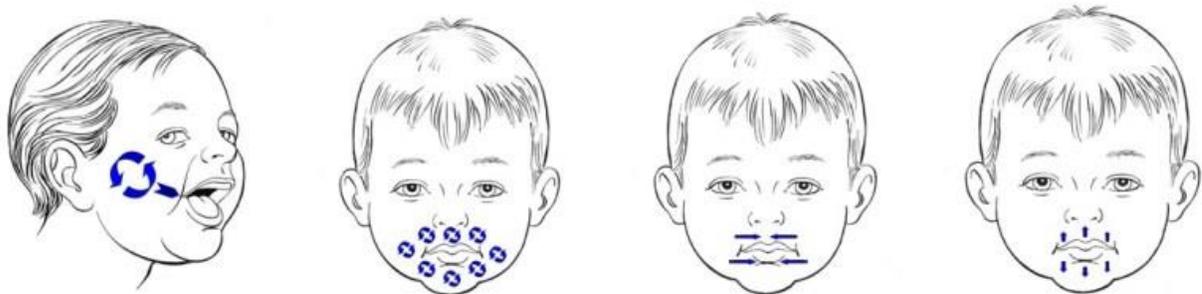
XII. ANEXOS

EJERCICIOS OROFACIALES U OROMOTORES

Es la estimulación de cavidad oral en el recién nacido, y tiene por objeto favorecer, optimizar o mejorar la función motriz oral, lograr un proceso deglutorio óptimo o funcional en el recién nacido y coordinar la función respiratoria con la actividad deglutoria. Los criterios para la intervención dependerán de las características individuales de cada recién nacido. Ejercicios orofaciales básicos:

1. Estimulación perioral:

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



2. Estimulación intraoral:

- Sobre paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia otro.
- Masajear suavemente sobre lengua hacia un lado y hacia otro.

- En línea media sobre lengua colocar el dedo índice y activar reflejo de succión con movimientos de extensión y retracción del dedo.
- Con dedo índice masajear suavemente carrillos hacia fuera.

IMPORTANTE: La apertura de la cavidad oral debe realizarse con un movimiento suave apoyando dedo índice en mentón hacia atrás y hacia abajo. Hay que tener precaución de no sobrepasar los límites del tercio posterior de lengua para evitar la aparición del reflejo nauseoso

La estimulación peri e intraoral debe realizarse durante 10 minutos en neonatos a término y durante 5 minutos o menos en el neonato prematuro, antes de iniciar la alimentación con instrumento artificial o con pecho y en los intermedios durante el día.

Siempre se debe vigilar que no se presente cianosis peribucal o signos de fatiga o señales de estrés asociada a la estimulación intraoral.

La estimulación peri e intraoral debe realizarse con el neonato en posición semisentado. La intervención ha de ser respetuosa, no invasiva para con el recién nacido, y debe ir precedida de una cuidadosa observación y evaluación de todos los factores que concurren en cada díada madre/hijo para poder determinar la necesidad real de la intervención y, si fuera necesaria, el tipo intervención a realizar. Siempre se irá avanzando despacio, empezando desde lo más distal (perioral) a lo más proximal (intraoral).

Tomado de Alba Lactancia Materna. Recuperado el 30 de diciembre de 2016 de: <http://bit.ly/2iOPugg>

SEÑALES DE HAMBRE

Señales tempranas "Tengo hambre"



Mueve brazos y piernas, trata de chupetear sus manos



Gira la cabeza buscando el pecho

Señales intermedias "Tengo mucha hambre"



Agita brazos y piernas, se queja



Insiste en chupetear su mano

Señales tardías "Cálmame, luego dame de comer"



Llora y agita todo su cuerpo sin parar



Se pone rojo y aumenta la intensidad de su llanto

Tomado del Instituto Nacional de Perinatología. 2017.

TÉCNICAS DE LACTANCIA PARA GEMELOS



En forma de cruz. Sería la posición habitual de un solo bebé, pero un bebé a cada lado.



En paralelo, con los dos bebés paralelos ambos mamando en la misma dirección pero cada uno de un pecho.



Boca arriba con los dos bebés encima de ti.



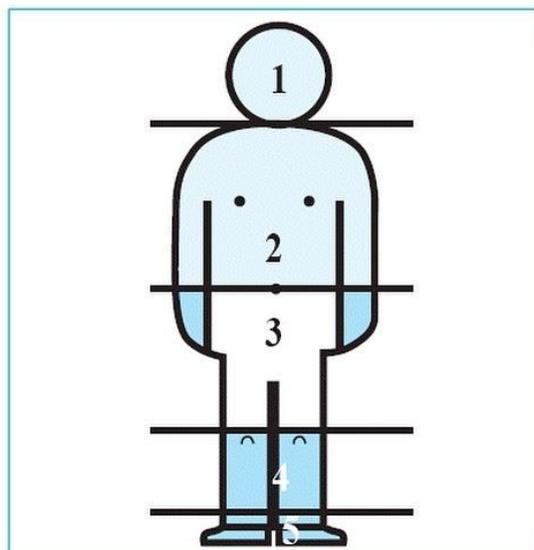
Como un balón de rugby con un bebé a cada lado. Esta posición es como la de la mamá de la portada del folleto.

ESCALA DE LATCH

	0	1	2
L. Latch Coger	-Demasiado dormido -No se coge al pecho	-Repetidos intentos de cogerse -Mantiene pezón en la boca -Llega a succionar	-Agarra el pecho -Lengua debajo -Labios que se ajustan -Succión rítmica
A. Audible swallowing. Deglución audible	-Ninguna	-Un poco si se le estimula.	-Espontáneo e intermitente si menor de 24 h. -Espontáneo y frecuente si más de 24 h.
T. Type of Nipple Tipo de pezón	-Invertidos	-Planos	-Evertidos tras estimulación
C. Confort Comodidad, confort (pecho, pezón)	-Ingurgitadas. -Grietas -Dolor severo	-Mamas llenas -Pezón lesionado -Dolor: medio/moderado	-Mamas blandas -No dolor
H. Hold (positioning) Mantener colocado al pecho.	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	-Mínima ayuda -Si se le enseña de un lado la madre lo coloca al otro -El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesario ayuda I -La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho

Tomado de Báez. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad.

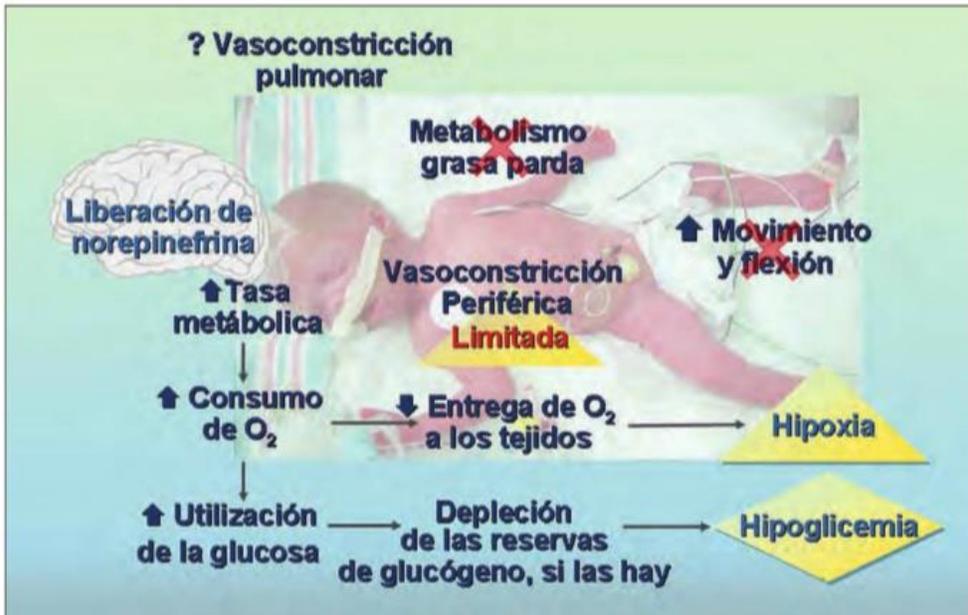
ESCALA DE KRAMER



Zona 1: Ictericia de la cabeza y cuello = <5 mg/dL
 Zona 2: Ictericia hasta el ombligo = 5-12 mg/dL
 Zona 3: Ictericia hasta las rodillas = 8-16 mg/dL
 Zona 4: Ictericia hasta los tobillos = 10-18 mg/dL
 Zona 5: Ictericia plantar y palmar = >15 mg/dL

Disponible en: <http://bit.ly/2A8AEan>

RESPUESTA FISIOLÓGICA A LA HIPOTERMIA EN NEONATOS PREMATUROS



Tomado de programa S.T.A.B.L.E. 5ª edición.

VALORACIÓN DE SILVERMAN-ANDERSEN

Signo	0	1	2
Elevación del tórax y el abdomen	Sincronizado	Poca elevación en inspiración	Desbalance tóraco-abdominal
Tiraje costal	No existe	Apenas visible	Marcado
Retrac. Xifoidea	Ausente	Apenas visible	Marcada
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido	Ausente	Audible con estetoscopio	Audible sin estetoscopio

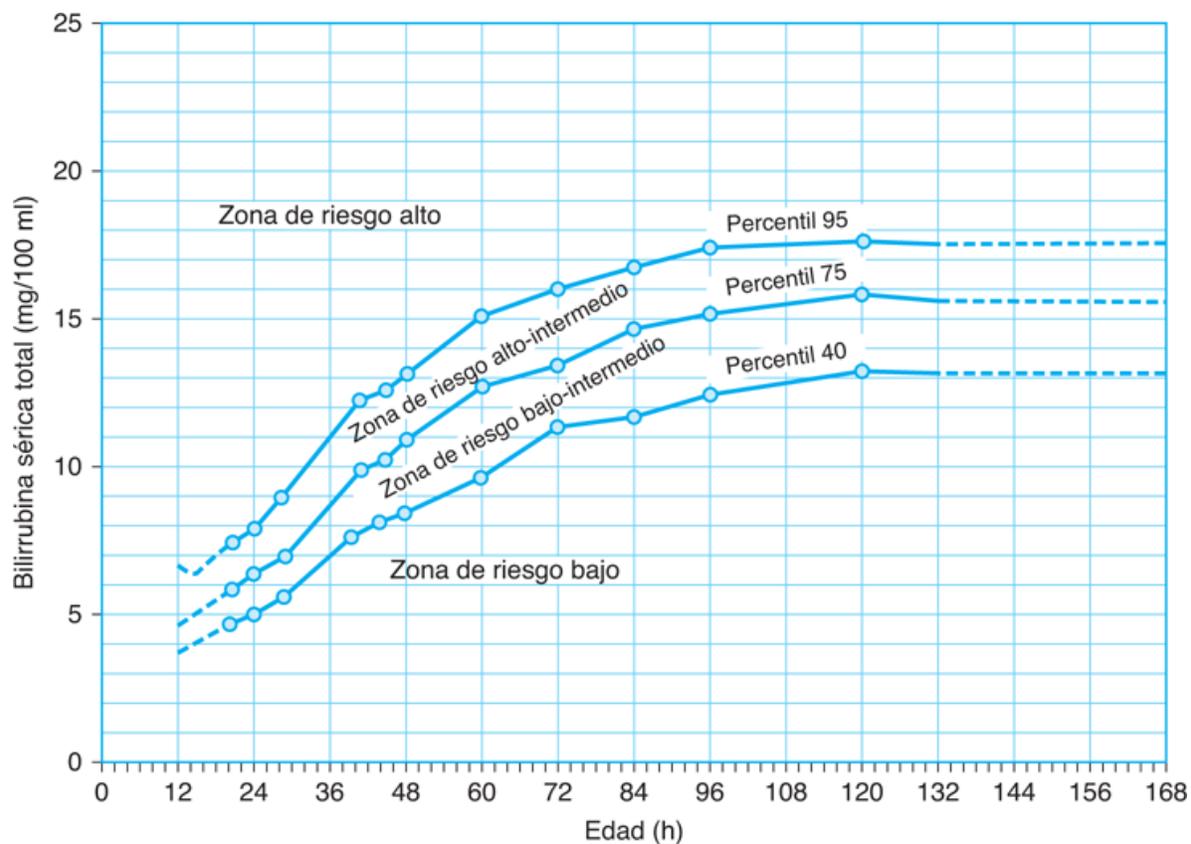
Puntaje	Dificultad respiratoria
0	No dificultad respiratoria
1 – 4	Ausente o leve
5 – 7	Moderada
8 – 10	Severa

NIVELES DE BILIRRUBINAS Y FOTOTERAPIA

Guía para el uso de fototerapia y exanguinotransfusión en RN con bajo peso al nacer; de acuerdo con el peso al nacimiento.

Peso (grs)	BT (mg/dl)	
	Fototerapia	Exanguinotransfusión
<1500	5-8	13-16
1500-1999	8-12	16-18
2000-2499	12-14	18-20

Plascencia, et al. (2012)



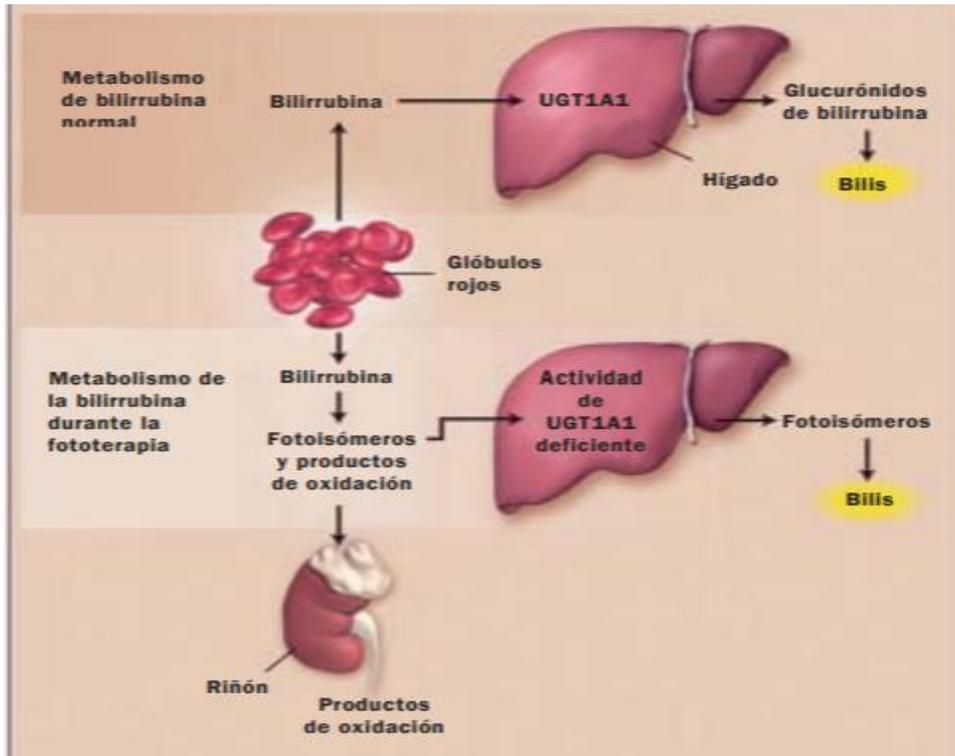
Fuente: William W. Hay, Myron J. Levin, Judith M. Sondheimer, Robin R. Deterding: *Diagnóstico y tratamiento pediátricos*, 19e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE



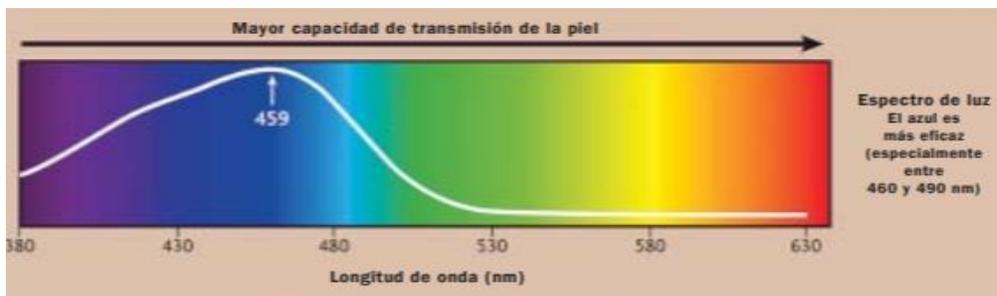
Disponible en: <http://bit.ly/2imzDn3>

METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA NORMAL Y METABOLISMO DE LA BILIRRUBINA DURANTE LA FOTOTERAPIA.



Tomado de Jeffrey M, McDonagh AF. Fototerapia para la ictericia neonatal

ESPECTRO DE LUZ DE LA FOTOTERAPIA



Tomado de Jeffrey M, McDonagh AF. Fototerapia para la ictericia neonatal

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA DEL NEONATO



Sede: Instituto Nacional de Perinatología Lúdró Espinosa de los Reyes

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo Norma Espinosa Marín
Doy mi consentimiento para que el licenciado en enfermería
Irís Alejandra Ribbón González
estudiante del Posgrado en Enfermería del Neonato de la Universidad Nacional
Autónoma de México, realice un seguimiento y participación activa en el cuidado
integral del padecimiento de mi hijo (neonato), como parte de sus actividades
académicas, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades
a realizar durante el tiempo que dure esta participación.

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

AUTORIZO

Nombre de la madre o tutor: Norma Espinosa Marín
Firma: [Firma]

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

Alumno de Posgrado: LEO. Irís Alejandra Ribbón González
Firma: [Firma]

TESTIGO

Nombre: Yenni Escobedo Guzmán Contreras
Firma: [Firma]

México D.F. a 26 del mes de Oct del año 2016

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

Agente de autocuidado: _____
Registro: _____
Fecha de nacimiento: _____ Hora de nacimiento: _____ DVEU: _____ Género: _____
No. De cuna _____ Servicio: _____ Diagnóstico médico: _____

Agente de cuidado terapéutico _____

ANTECEDENTES PERINATALES

Nombre materno: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Religión: _____ Gpo y Rh: _____
Control prenatal: Si No Lugar: _____ No. De
consultas: _____
Ingesta de ácido fólico: Si No. Aplicación de Td: Si No No. Ultrasonidos:

Reporte _____ de _____ los _____ ultrasonidos:

Patologías maternas:

Fármacos administrados pregestacionales:

Fármacos administrados gestacionales _____

Fármacos administrados durante el nacimiento: _____

Toxicomanías: Si No- Especifique: _____

Antecedentes Gineco-Obstetricos: FUM: _____ Confiable: _____ NPS: _____
No. De hijos vivos: _____ IVSA: _____ G: _____ P: _____ C: _____
A: _____ Ectópico: _____ Óbito: _____
Antecedentes Paternos:

REQUISITO DE DESARROLLO: CONDICIONES AL NACIMIENTO.

Vía de nacimiento: _____ Líquido amniótico: _____ Apgar: 1min _____ 5
min _____ 10 min _____ Silverman: _____ Capurro: _____ SDG Ballard: _____ SDG. Vértex
caseoso: Si No características: _____ Lanugo: _____
Maniobras de reanimación básicas: _____

Maniobras de reanimación avanzada: _____

Surfactante profiláctico Si No

Complicación al

nacimiento: _____

Glicemia capilar: _____ Profilaxis oftálmica : Si No Vitamina K : Si No Micción :

si No Evacuación: Si No Contacto precoz: Si No Contacto temprano: Si No

Lactancia materna inmediata: Si No Sucedáneo de leche materna

Técnica de alimentación: _____

SOMATOMETRÍA							
PESO	TALLA	PC	PT	PA	PB	S.S.	PIE

REQUISITOS UNIVERSALES DE AUTOCUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

FR: _____ x' FC: _____ x' T _____ SaO₂ _____ % Silverman _____

Parámetros

alterados: _____

PARÁMETRO	NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
Coloración de la piel	Rosada			
Tipo de respiración	Eupnea			
Nariz	Simétrica			
Cuello	Cilíndrico			
Tráquea	Central			
Clavículas	Íntegras			
Tórax	Simétrico			
Movimientos	Simétricos			
Ruidos respiratorios	Murmullo vesicular			

Fase ventilatoria

Fase I. Fecha de inicio: _____ Flujo: _____ Lpm FiO₂: _____ % Humedad _____ % T°: _____ °C Oxígeno: indirecto Puntas nasales Campana cefálica

Fase II. Fecha de inicio: _____ Flujo: _____ Lpm FiO₂ _____ % Humedad _____ % T°: _____ °C Presión _____ cmH₂O CPAP SIPAP Nasal Dispositivo de fijación: _____

Fase III. Fecha de inicio: _____ Días de Intubación: ___ No Intentos: _____ No de cánula: ___ Fr
 Fijación en N°. _____ Humedad _____ % T°: _____ Sat: _____ % FIO2: _____ % Flujo: _____ Lpm
 Modalidad: A/C TCPL CMV SIMV/PS Presión soporte VG VAFO Óxido nítrico: _____
 Frecuencia: _____ PEEP: _____ Amplitud: _____ Hz: _____ MAP: _____ PIP: _____ I/E: _____
 Observaciones: _____
 Dispositivo de fijación: _____

SECRECIONES										
REGIÓN	COLOR					CONSISTENCIA		CANTIDAD		
	Hialin a	Blanc a	Amaril la	Verdos o	Hemáti co	Fluida s	Espes as	Abundant es	Moderada	Escas as
NASAL										
ORAL										
BRONQUI										

PARÁMETROS GASOMETRÍA						
PH	PCO ₂	PO ₂	HCO ₃	SO ₂	E.B	LACTATO
Tipo de muestra:			Hora y fecha:			

Aplicación de Surfactante de rescate Si No
 Tipo de surfactante: _____ Dosis: _____ mg

SIGNOS VITALES	PRIMERA DOSIS			SEGUNDA DOSIS		
	PRE Aplicación	TRANS Aplicación	POST Aplicación	PRE Aplicación	TRANS Aplicación	POST Aplicación
FC						
FR						
TEMP						
T/A (TAM)						
SATO ₂						
LLEN. CAP.						

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

VALORAR	SI	NO	OBSERVACIONES
Piel			
Hidratada			
Seca			
Escamosa			
Signo De Lienso Humedo			
Fontanela Bregmática	<u> X </u> cms	Lambdaidea	<u> </u> cms
Abombada			
Normotensa			
Deprimida			
Plana			
Mucosa Oral			
Hidratada			
Seca			
Edema	Generalizado <input checked="" type="radio"/>	Focalizado <input checked="" type="radio"/>	Localización
Leve			
Moderado			
Severo			
Alimentación Enteral			
Seno Materno			
Sucedáneo de leche materna			
Terapia de Infusión	Libres <input checked="" type="radio"/>	Restringidos <input checked="" type="radio"/>	Liq. Totales.
NPT			Fecha de inicio:
Sol. Preparenterales			
Sol. Prematuro			
Medicamentos			MI
Hemoderivados			MI.

SOLUCIÓN PREPARENTERAL			
Componente	Cantidad	Componente	Cantidad
Dextrosa 50%		Con. de Sodio 17.7%	
Sol glucosada 5%		Cloruro Potasio	
Sol glucosada 10%		MVI pediátrico	
Gluc. de calcio 10%		Oligoelementos	
Sulf. de Magnesio 20%		ABD	
VOLUMEN TOTAL		VELOCIDAD DE INF	

NUTRICION PARENTERAL			
Componente	Cantidad	Componente	Cantidad
Aminoácidos		ABD	
Dextrosa 50%		Con. de Sodio 17.7%	
lípidos		Cloruro Potasio	
Sol glucosada 10%		MVI pediátrico	
Gluc. de calcio 10%		Oligoelementos	
Sulf. de Magnesio 20%		Heparina	
VOLUMEN TOTAL		VELOCIDAD DE INF	

SOLUCION DE PREMATURO	
Componente	Cantidad
Dextrosa 50%	
Aminoácidos	
ABD	
Gluc. de calcio 10%	
VOL TOTAL	VEL INF

OSMOLARIDAD: _____
REQUERIMIENTOS ESPECIALES: _____

3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

VALORAR	SI	NO	OBSERVACIONES
BOCA			
SIMÉTRICA			
ALINEADA			
LABIOS ÍNTEGROS			
COMISURA LABIAL DESVIADA			
LENGUA			
MICRONAGTIA			
MACROGLOSIA			
DIENTES NATALES			
PERLAS DE EPSTEIN			
PALADAR INTEGRO			
SIALORREA			
PERMEABILIDAD ESOFÁGICA			
ABDOMEN			
CILÍNDRICO			
EXCAVADO			
MASAS			
DISTENDIDO			

GLOBOSO			
BLANDO			
DEPRESIBLE			
RESISTENTE			
DIBUJO DE ASAS INTESTINALES			
PERISTALSIS			
PRESENTE			
AUDIBLE			
DISMINUIDA			
AUMENTADA			
REFLEJOS			
SUCCIÓN			
DEGLUCIÓN			
VIGOROSO			
COORDINADOS			
INCOORDINADOS			
DÉBIL			
AUSENTE			

VIA DE ALIMENTACION	SI	NO	OBSERVACIONES
ENTERAL			
PARENTERAL			
AYUNO			
NO. DE DÍAS			
TIPO DE LECHE			
FORMULA			
LEPP			
SUPLEMENTOS			
TÉCNICA DE ALIMENTACIÓN			
SMLD			
VASO			
ALIMENTADOR			
SOG			
CANTIDAD			
FRECUENCIA			
PERÍMETRO ABDOMINAL			
PREPRANDIAL			
POSTPRANDIAL			
TOLERANCIA GÁSTRICA			
NÁUSEAS			
VÓMITO			
REFLUJO			
REGURGITACIÓN			
RESIDUO GÁSTRICO			
AEROFAGIA			

Control metabólico: Glicemia Capilar: Post_____mg/dl

Pre (1) : _____(2): _____(3:) _____ mg/dl. Glicemia capilar: _____mg/dl _____Hr

4. PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS A ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

EXPLORACIÓN FÍSICA		SI	NO	OBSERVACIONES
GENITALES FEMENINOS	ÍNTEGRO			
	LABIOS MAYORES			
	LABIOS MENORES			
	SECRECIÓN/ PSEUDO MENSTRUACIÓN			
	HIPERTROFIA DE CLÍTORIS			
	MEATO URINARIO PERMEABLE			
	PIGMENTACIÓN GENITAL			
	FÍSTULA			
OTROS				
GENITALES MASCULINOS	PENE			
	ESCROTO PIGMENTADO Y RUGOSO			
	PREPUCIO RETRÁCTIL			
	TESTÍCULOS			
	PIGMENTACIÓN			
	CRIPTORQUIDIA			
	HIDROCELE			
	MEATO URINARIO PERMEABLE			
	HIPOSPADIA			
	EPISPADIA			
FÍSTULA				
OTROS				
ANO	PERMEABLE			
	CENTRAL			
	FISTULAS			
	INTEGRIDAD CUTÁNEA PERIANAL			
	OTROS			
GLÚTEOS	ÍNTEGROS			
	SIMÉTRICOS			
	PLIEGUES PRESENTES			
	INTEGRIDAD CUTÁNEA			

ELIMINACIÓN URINARIA

	ASPECTO A VALORAR	SI	NO	OBSERVACIONES
TIPO	ESPONTÁNEA			
	FORZADA (ESPECIFICAR)			
	USO DE Sonda VESICAL			Fecha de instalación: Calibre de Sonda: Días de Instalación:
	CONTROL DE LÍQUIDOS			

CARACT.	CANTIDAD (numero de veces o ml. por turno)							
	COLOR							
	OLOR							
	DENSIDAD							
LABSTIX	Ph:	Glucosa:	Proteínas	Cetonas:	Bilirrubinas:	Sangre:	Densidad:	Observaciones:

	ASPECTO A VALORAR	SI	NO	OBSERVACIONES						
TIPO	ESPONTÁNEA									
	FORZADA (ESPECIFICAR)			Masa je colónico	Estimulación rectal	supositorio	otros	Frec.		
CARACT.	CANTIDAD (numero de veces por turno y/o 24 hrs)									
	COLOR	Me c	amarilla	verde	cafe	melen a	acolia	h. de leche	dorado	otros
	OLOR	Fétida: ()		No fétida: ()		Observaciones				
	CONSISTENCIA	Chiclosa		Pastosa		líquida		grumosa	sólida	Con mucosidad
LABSTIX	Ph:	Glucosa:	Proteínas	Cetonas:	Bilirrubinas:	Sangre:	Densidad:	Obs:		

ELIMINACIÓN FECAL

DRENAJES

TIPO DE DRENAJE	SI	NO	OBSERVACIONES
SONDA OROGÁSTRICA			
VÓMITOS			
FISTULAS			
SONDA PLEURAL			
OTROS(ESPECIFICAR)			

Pérdidas Insensibles aumentadas por: Fototerapia
Ventilación

Cuna Radiante

Fiebre

Pérdidas insensibles 500ccx SC (lactantes)

Pérdidas insensibles 600ccx SC (neonatos)

<p align="center">Formula. Superficie corporal= $\frac{\text{Peso} \times 4 + 9}{100}$</p>
--

INGRESOS		P/HR	P/TURNO	24 HR	EGRESO		P/HORA	P/TURNO	24 HRS	
	VIA ORAL					VÓMITO				
	NPT					DIURESIS				
	NPP					EVACUACIÓN				
	SOLUCIÓN					SOG				
	SANGRE					DRENAJES				
	PLASMA					PERD. INSENSIBLES				
	C. PLAQUETARIO					EXAM. DE LAB				
	MEDICAMENTOS					OTROS				
	CORRECCIONES									
TOTAL DE INGRESOS				TOTAL DE EGRESOS						
BALANCE DE 24 HORAS:					BALANCE PARCIAL:					

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

VALORAR		SI	NO	OBSERVACIONES
Ambiente	Iluminación			
	Temperatura ambiental			
	Ruido			
	Incubadora			
	Cuna radiante			
	Cuna bacinete			
	Nidos de contención			
	Alojamiento			
Actividad	Normoactivo			
	Hiperactivo			
	Hiporeactivo			
	Irritabilidad			
	llanto			
Posición	Unión corporal en línea media			
	Supina			
	Prona			
	Fetal			
	libre			
	Decúbito lateral izquierda			
	Decúbito lateral derecha			
Estado de sueño	Profundo/tranquilo			
	Sueño con movimientos oculares			
	Inducido/sedación			
	Somnolencia			
	Horas de sueño			Total:
	Horas de contacto			Total:

	Manejo mínimo			
	Aislamiento acústico			
	Protección ocular			
Tono muscular	Normal			
	Disminuido			
	Aumentado			
	Rígido			
	Espástico			
	Lesiones			
Extremidades	Simétricas			
	Coloración de piel	Rosada () Marmórea() Ictérica() Cianosis () Reticulosa() Otras ()		
Pulsos	Radiales			
	Femorales			
Alteraciones	Plexo braquial			
	Braquidactilia			
	Aracnodactilia			
	Camptodactilia			
	Clinodactilia			
	Sindáctilia			
	Polidactilia			
	Malformaciones			
columna	Integra			
	Alineada			
cadera	Simétrica			
	Ortolani			
	Barlow			
Pares craneales	Olfatorio			
	Óptico			
	Motor ocular común			
	Patético			
	Trigémino			
	Motor ocular externo			
	Facial			
	Auditivo			
	Glossofaríngeo			
	Neumogástrico o vago			
	Espinal			
	Hipogloso			
Estimulación	Visual			
	Olfativa			
	Auditiva			
	Táctil			
	Postural			

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA

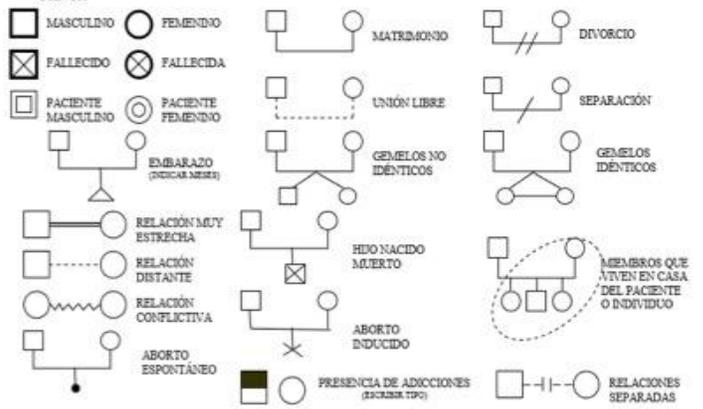
VALORAR	SI	NO	OBSERVACIONES
Hay Algún Tipo De Malformación			
Permanece Con Los Ojos Cerrados			
Presenta Movimientos Oculares			
Responde A Estimulo Visual			
Existe Alguna Alteración Oftalmológica			
Manifiesta Reacción A La Voz Humana			
Presenta Alguna Alteración En La Audición			
Responde A Estímulos Auditivos			
Lugar Donde Se Encuentra	-	-	
Recibe Visitas De Mamá			
Recibe Visitas De Padre			
Duración De La Visita			
Existe Contacto Con Padres Piel A Piel			
Es Un Hijo Deseado			
Es Un Hijo Planeado			
Se Consuela Al Contacto			

MAPA FAMILIAR. Descripción de la familia, tipo de familia en la que se integrara el neonato.

Familiograma



Claves:



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

VALORAR		SI	NO	OBSERVACIONES
IDENTIFICACION	BRAZALETE			
	DATOS COMPLETOS			
	LEGIBILIDAD DE LOS DATOS			
	¿ESTA COLOCADA?			
TERMORREGULACION	EFICAZ			
	INEFICAZ			
	CUNA BACINETE (AMBIENTAL)			
	INCUBADORA			
	CUNA RADIANTE			HUMEDAD: COLOCHON DE GEL ESPONJA OTROS:
RIESGOS	RIESGO DE CAIDAS			
	RIESGO DE HIPOTERMIA			
	RIESGO DE HIPERTERMIA			
	RIESGO DE INFECCION			
	RIESGO DE HIPOGLUCEMIA			
	RIESGO DE HIPERGLUCEMIA			
	RIESGO DE HIPERBILIRRUBINEMIA			KRAMER: BILIS TOTALES: BILIS DIRECTAS: BILIS INDIRECTAS: COMBS:
	RIESGO DE PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DE LA PIEL			INSTALACION DE CATETER () TIPO DE CATETER: DRENAJES () SONDAS ()

				OTROS: _____				
TAMIZ	TAMIZ AUDITIVO			FECHA: ____				
	TAMIZ METABOLICO							
VACUNAS	BCG							
	HEPATITIS B							
MEDIDAS HIGIENICAS	FRECUENCIA DE CAMBIO DE PAÑAL							
	LIMPIEZA DEL AREA GENITAL							
	CARACTERÍSTICAS DE CORDÓN UMBILICAL							
LABORATORIOS	BIOMETRIA HEMATICA	HB:	HTO:	Leu:	Plaq:	Ret:		
	ELECTROLITOS	Cl	Mg	F	Ca s	K	Na	
	QUIMICA SANGUINEA	Urea	creat	prot	BT	B In	B D	Gluc
	CULTIVO							

ESTUDIOS DE GABINETE	USG	ECG	EEC	ECO	POLIGR AF.	RX	SEG-D
-----------------------------	-----	-----	-----	-----	------------	----	-------

8 PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES HUMANAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL

VALORAR	NORMAL	SI	NO	OBSERVACIONES
RCIU				
DEFECTO CONGÉNITO				
CRÁNEO: *TIPO *CAPUT SUCCEDANEUM *CEFALOHEMATOMA *AMOLDAMIENTO				
CABELLO	BIEN IMPLANTADO			
CARA	SIMÉTRICA			
ALTERACIONES EN PIEL	NINGUNA			
MOVIMIENTOS FACIALES				
MAMAS (CARACTERÍSTICAS)	SIMÉTRICAS			
HIGIENE				
TIPO DE BAÑO				
REFLEJOS PRIMARIOS	PRESENTES			
NIVEL SOCIOECONÓMICO AL QUE PERTENECE				

CUIDADOR PRIMARIO EN CASA

Lugar donde vivirá

--	--

Recomendaciones de cuidados del neonato en su domicilio:

- ♥ Alimentación _____

- ♥ Baño e higiene _____

- ♥ Administración y ministración de medicamentos

- ♥ Vacunación _____

- ♥ Estimulación _____

- ♥ Ropa y/o vestimenta _____

- ♥ Posición, contención _____

- ♥ Tamiz neonatal _____

- ♥ Medidas de acción en caso de urgencia _____

Datos de alarma:

✦ Estado de alerta

✦ Control térmico

✦ Frecuencia y características de micciones y evacuaciones

✦ Movimientos anormales

✦ Ictericia

✦ Vómito
