



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**NEONATO DE 31 SEMANAS DE GESTACIÓN CON  
ALTERACIÓN DEL REQUISITO UNIVERSAL:  
MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.**

**ESTUDIO DE CASO**

*Que para obtener el título de:*

**ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DEL NEONATO**

**PRESENTA**

**L.E.O MONTERO YÁÑEZ NALLELY**

**ASESORES**

**M.E Margarita Delgado Rubio †**

**E.E.N Javier Pérez Gutiérrez**



**Ciudad Universitaria, CDMX, 2018**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA

**A Dios** por llevarme hacia el camino de la Enfermería y guiarme día a día en esta hermosa profesión, por permitirme tocar tantas vidas y estar al lado de las personas cuando más lo necesitan; así mismo, por permitir que ame mi profesión y que ese sea el impulso para buscar crecimiento profesional y personal en beneficio de mis pacientes.

**A mi familia y motor de vida**, ya que sin su apoyo y paciencia no hubiese sido posible lograr esta meta en mi vida y porque siempre, sin importar qué, me apoyan en cada uno de mis proyectos de manera incondicional.

A cada uno de los pacientes que he tenido y tendré a lo largo de mi carrera, ya que el deseo de superación profesional siempre es pensado en poder brindarles una mejor atención de calidad y calidez. Y como dijese Florencia Nightingale:

*“Lo importante no es lo que nos hace el destino,  
sino lo que nosotros hacemos de él”*



## AGRADECIMIENTOS

La realización del presente estudio de caso fue posible gracias al apoyo de múltiples personas, dentro de las cuales agradezco infinitamente:

- A Dios, por darme la oportunidad de ser Enfermera y por darme la fuerza necesaria para concluir este nuevo proyecto de vida.
- A los padres de Karla Ch H, por haberme permitido estar al lado de su pequeña adquiriendo aprendizaje y empleando el mismo para favorecer la recuperación de su hija; así mismo el compartir con ellos momentos tan importantes de su vida, brindándoles apoyo y orientación sobre los cuidados hacia su bebé.
- A las autoridades del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, por las facilidades brindadas para la realización de los estudios de posgrado dentro de sus instalaciones.
- A la M.E Delgado Rubio Margarita †, por sus excelentes enseñanzas y su gran disposición para transmitir sus conocimientos en todo momento con gran profesionalismo.
- Al E.E.N Pérez Gutiérrez Javier, por la asesoría inicial en el presente estudio de caso, transmitiendo sus conocimientos, con toda la paciencia, disposición y profesionalismo que le caracterizan.
- A los profesores y personal involucrados para que fuese posible realizar los estudios de posgrado, transmitiendo sus conocimientos y experiencia.
- A mis amigas y compañeros de trabajo, por su comprensión y apoyo prestado para facilitar el que yo acudiese a clases en las mejores condiciones posibles.

¶ todos ustedes, infinitas Gracias

## ÍNDICE

---

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO</b> .....	3
2.1 <i>Objetivo General:</i> .....	3
2.2 <i>Objetivos Específicos:</i> .....	3
<b>III.- METODOLOGÍA</b> .....	4
3.1 <i>Cronograma de Actividades</i> .....	6
<b>IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO</b> .....	8
<b>V.- MARCO CONCEPTUAL</b> .....	10
5.1 <i>Conceptualización de la enfermería</i> .....	10
5.2 <i>Paradigmas de Enfermería</i> .....	14
5.2.1. <i>Paradigma de Categorización:</i> .....	15
5.2.2. <i>Paradigma de Integración</i> .....	15
5.2.3 <i>Paradigma de Transformación</i> .....	16
5.2.4 <i>Paradigmas de enfermería en la actualidad</i> .....	18
5.3 <b>Dorothea Elizabeth Orem</b> .....	20
5.3.1 <i>Antecedentes Biográficos</i> .....	20
5.3.2 <i>Metaparadigmas de Enfermería</i> .....	22
5.3.3 <i>Teoría General del Déficit de Autocuidado</i> .....	26
5.3.4 <i>Usando la Teoría en la Práctica</i> .....	34
5.4 <b>Proceso de Enfermería</b> .....	36
5.4.1 <i>Antecedentes Históricos</i> .....	36
5.4.2 <i>Etapas del Proceso de Enfermería</i> .....	40
5.4.3 <i>Proceso de Enfermería según Orem</i> .....	45
5.5 <b>Consideraciones éticas.</b> .....	48
5.5.1 <i>Principios Bioéticos</i> .....	48

5.5.2 Artículo 4° Constitucional .....	49
5.5.3 Consentimiento Informado .....	50
5.5.4 Código de Ética para Enfermeras .....	51
5.5.5 Decálogo del código de ética.....	52
5.5.6 Declaración de los Derechos del Recién Nacido.....	53
5.5.7 Decálogo de los Derechos del Recién Nacido Prematuro .....	54
5.5.8 Normas Oficiales Mexicanas (NOM) <sup>(28)</sup> .....	55
<b>VI. DAÑOS A LA SALUD.....</b>	<b>58</b>
<b>6.1 Edad Materna de Riesgo .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2 Recién Nacido Pretérmino .....</b>	<b>60</b>
<b>6.3 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA .....</b>	<b>62</b>
Pronóstico.....	75
<b>VII.- PRESENTACIÓN DEL CASO .....</b>	<b>76</b>
<b>7.1 Descripción del caso.....</b>	<b>76</b>
<b>7.2 Antecedentes Generales de la Persona .....</b>	<b>77</b>
<b>7.3 Factores Básicos Condicionantes.....</b>	<b>81</b>
<b>7.4 Factores del sistema familiar .....</b>	<b>82</b>
<b>VIII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>84</b>
<b>8.1 Valoración General Inicial .....</b>	<b>84</b>
<b>8.2 Valoración por Requisitos Universales .....</b>	<b>88</b>
<b>8.3 Esquema Metodológico basado en la Teoría de Orem.....</b>	<b>91</b>
<b>8.4 Jerarquización de Requisitos con Déficit de Autocuidado. ....</b>	<b>92</b>
<b>8.5 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO .....</b>	<b>94</b>
<b>IX. VALORACIONES FOCALIZADAS Y PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO.....</b>	<b>106</b>
<b>9.1 Primera Valoración Focalizada .....</b>	<b>106</b>
<b>9.2 Segunda Valoración Focalizada.....</b>	<b>117</b>
<b>X. PLAN DE ALTA .....</b>	<b>125</b>
<b>10.1 Planeación.....</b>	<b>126</b>
<b>10.2 Cuidados en el Hogar .....</b>	<b>127</b>
<b>XI. VISITA DOMICILIARIA.....</b>	<b>129</b>

<b>XII. RESULTADOS.....</b>	<b>131</b>
<b>XIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>133</b>
<b>XIV. SUGERENCIAS.....</b>	<b>134</b>
<b>XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>135</b>
<b>XVII. REFERENCIAS DE FOTOS, CUADROS E IMÁGENES.....</b>	<b>148</b>



Foto No. 1 <sup>(1)</sup>

## **I. INTRODUCCIÓN**

El presente Estudio de Caso hace referencia a las intervenciones de enfermería aplicadas en un neonato de 31 semanas de gestación (SDG) con Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), servicio de UCIREN I en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) "Isidro Espinosa de los Reyes", CDMX; durante los meses de Octubre y Noviembre del año 2015.

Dentro del marco conceptual se abordan temas como la conceptualización, paradigmas y metaparadigmas de enfermería; así como el manejo de la "Teoría General del Déficit de Autocuidado" de Dorothea Orem, bajo la cual se desarrolla el presente estudio de caso; teniendo como problema principal la Alteración en el Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire siendo la prematurez el principal factor condicionante.

A su vez, se hace referencia a las generalidades del Proceso Atención de Enfermería y la importancia en la aplicación del mismo como método de trabajo, consistente en un sistema de pasos relacionados que permite identificar y satisfacer necesidades; así como resolver problemas de salud que afecten al neonato; tomando siempre como base las consideraciones éticas y legales relacionadas con el presente estudio.

Respecto al apartado de daños a la salud se hace hincapié en el SDR y la prematurez como factores predisponentes para la alteración del aporte suficiente de aire persistente al momento de la valoración inicial.

Referente a la prescripción del cuidado de enfermería se llevó a cabo mediante la jerarquización de problemas, realizando Diagnósticos de Enfermería Reales, de Riesgo y de Bienestar; brindando así intervenciones basadas en un sistema totalmente compensatorio y de apoyo educacional encaminadas a mejorar el patrón

respiratorio, favorecer el crecimiento del neonato, incorporar la lactancia materna como alimentación exclusiva, brindar orientación y capacitación a los padres para los cuidados en el hogar al momento de su alta hospitalaria.

Así mismo, se llevó a cabo un control de casos, valoraciones focalizadas y plan de alta enfocado en el cuidado de los padres hacia el neonato en el hogar; el cual fue reforzado con una visita domiciliaria verificando el adecuado entendimiento e implementación del mismo.

Finalmente, en el presente estudio de caso se anexan diversas tablas, gráficos, manuales, trípticos e imágenes que enriquecen el contenido del mismo y dentro de los cuales destacan, el consentimiento informado e instrumento de valoración (realizado por las alumnas de posgrado de la presente generación).

## **II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **2.1 Objetivo General:**

Realizar un estudio de caso como método para describir la relación enfermera – cuidado – persona recién nacida con Síndrome de Dificultad Respiratoria basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Realizar una historia clínica de enfermería, tomando como base el instrumento de valoración elaborado por las alumnas de posgrado y la recopilación de información directa e indirecta del paciente.
- Identificar requisitos universales alterados en el neonato
- Jerarquizar los requisitos universales alterados formulando juicios clínicos de enfermería.
- Ejecutar acciones de enfermería fundamentadas en razonamiento científico, encaminadas a mejorar los requisitos universales alterados.
- Evaluar los resultados obtenidos con las acciones de enfermería brindadas al neonato.
- Realizar plan de alta que coadyuve en el buen estado de salud del neonato y en la educación y orientación a los padres para su cuidado.
- Realizar visita domiciliaria para verificar el adecuado entendimiento de los cuidados en el hogar.

### **III.- METODOLOGÍA**

El estudio de caso es un instrumento o método de investigación cuya finalidad es favorecer el crecimiento y desarrollo de diversas profesiones; aplicado al área de la salud, específicamente a enfermería; nos brinda las bases necesarias para entender a fondo patologías, logrando así buscar estrategias que nos permitan brindar un cuidado especializado y específico para cada uno de nuestros pacientes, favoreciendo así la recuperación del mismo y una mejor calidad de vida.

El desarrollo del presente se llevó a cabo durante el periodo de prácticas clínicas del Posgrado de Enfermería del Neonato en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) quién cuenta con gran renombre y recursos altamente especializados en la atención de embarazos de alto riesgo y neonatología entre otros.

Dicho Estudio de caso se realizará bajo el modelo de Elizabeth Dorothea Orem, para lo cual se eligió un caso de interés en dicho Instituto y posteriormente se elaborará el Proceso Atención de enfermería en base al Modelo antes mencionado.

El caso para el presente estudio fue elegido el día 27 de Octubre 2015 en la Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales (UCIREN 1); se trata de una recién nacida a quién llamaremos Karla (por petición de los padres) cuyos diagnósticos médicos son: Recién Nacido Pretérmino (RNPT) de 31 SDG por Ballard, Peso adecuado para la edad, Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR), Hijo de madre con edad materna de riesgo, Síndrome Leucemoide transitorio del recién nacido, Hiperbilirrubinemia multifactorial. Como se había mencionado anteriormente en el presente estudio de caso no se hará referencia al Síndrome Leucemoide e Hiperbilirrubinemia ya que en el momento de la primera valoración dichos diagnósticos ya habían sido remitidos. Únicamente se abordará la **edad materna de riesgo** como principal factor predisponente de la **prematurez** y éste a su vez como causa principal del **Síndrome de dificultad respiratoria**.

Una vez seleccionado el caso, se solicitó de manera verbal y escrita consentimiento a los padres del neonato explicando la finalidad del mismo y lo que esto conllevaba; dicho formato debió estar previamente requisitado y firmado por el padre y/o madre antes de realizar cualquier intervención en el neonato. (ANEXO I)

El paso siguiente fue iniciar con la recolección de datos a partir de fuentes directas (exploración física del neonato), indirectas (padres, expediente clínico, notas de enfermería, etc.)

Todos los datos obtenidos anteriormente; fueron concentrados en el Instrumento de Valoración elaborado previamente por las alumnas de dicho posgrado generación 2016-1 2016-2. (ANEXO II)

Posteriormente dicha valoración fue complementándose con las valoraciones focalizadas realizadas en diferentes fechas.

Una vez obtenidos todos los datos necesarios, se logró identificar los requisitos universales que presentaban algún tipo de alteración para de ésta manera formular diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar que pudiese presentar el neonato; una vez logrado lo anterior se formuló un plan de cuidados encaminado a compensar dicha alteración con acciones reguladoras y de tratamiento.

Finalmente se estableció un plan de alta enfocado a las necesidades encontradas desde el primer contacto con el binomio, hasta su egreso y extendido a los cuidados necesarios en el hogar.

### 3.1 Cronograma de Actividades

Actividad	2015 - 2016						2017
	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Jun
Selección del caso							VoBo. de asesor a cargo para inicio de trámites.
Solicitud de consentimiento informado a los padres							
Aplicación del instrumento de valoración al neonato							
Aplicación del proceso enfermería							
Fundamentación teórica del caso							
Marco conceptual							
Daños a la salud							
Valoraciones focalizadas							
Plan de alta							
Visita domiciliaria							
Resultados, conclusiones y sugerencias							

Actividad	2018			
	Ene	Feb	Mar	Abril
Solicitud de prórroga				
Entrega de borrador a sinodales				
Modificaciones en base a sugerencias de sinodales				
Entrega de empastados de Estudio de Caso en la ENEO				
Réplica oral de estudio de caso ante sinodales				

#### **IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL CASO**

Se realizó una revisión exhaustiva en distintas bases de datos, tales como: Scielo, Pub Med, RedALyC, Clinicalkey, BIDI-UNAM, TesiUNAM, LILACS, etc.; haciendo uso de las siguientes palabras claves: neonato, prematuridad, SDR, Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido, Teoría Orem, Teoría Orem y neonato, aporte suficiente de aire, en busca de artículos, libros, manuales, estudios de caso, etc. que brindaran información relevante para enriquecer el presente estudio de caso.

Obteniendo los siguientes resultados:

1. D.A.Morales-Barquet, E.R.Reyna-Ríos, G.Cordero-González, G.Arreola-Ramírez, J.Flores-Ortega, C.Valencia-Contreras, L.A.Fernández-Carrocer, R.Villegas-Silva. “Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria”. En el cual se realizó una revisión de guías de práctica clínicas internacionales, analizando evidencia y recomendaciones para integrar algoritmos clínicos de atención en el contexto de México, resumiendo que el SDR es la principal causa de insuficiencia respiratoria en recién nacidos prematuros en donde el surfactante pulmonar exógeno y ventilación mecánica había sido el estándar de tratamiento; lo cual ha cambiado en la actualidad con el incremento y sistematización en el uso de dispositivos de ventilación no invasiva. <sup>(1)</sup>
2. O. López-Suárez, C. García-Magán, R. Saborido-Fiaño, A. Pérez-Muñuzuri, A. Baña-Souto, M.L. Couce-Pico. “Corticoides antenatales y prevención del distrés respiratorio del recién nacido prematuro: utilidad de la terapia de rescate”. Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal, para relacionar el tiempo transcurrido desde la administración de glucocorticoides maternos, y la necesidad o no de surfactante, y a partir de qué punto se debería considerar la repetición de las dosis de corticoides maternos; ya que aunque se conoce la efectividad de la corticoterapia materna para la maduración

pulmonar fetal en prematuros, no hay seguridad acerca del tiempo en que el tratamiento continúa siendo efectivo. Los resultados obtenidos fueron que a mayor tiempo transcurrido entre el parto y la administración de corticoides, mayor probabilidad de necesitar tratamiento con surfactante, determinando un punto de corte de 8 días a partir del cual debería valorarse el repetir la dosis de corticoide. <sup>(2)</sup>

3. Juan Gabriel Ruiz-Peláez, Nathalie Charpak. “Epidemia de displasia broncopulmonar: incidencia y factores asociados en una cohorte de niños prematuros en Bogotá, Colombia”. Refiere que La frecuencia de displasia broncopulmonar en se ha incrementado por aumento en la supervivencia de niños más frágiles que si sobreviven, presentan secuelas respiratorias. Es probable que las prácticas de cuidado respiratorio agresivas y por debajo del nivel óptimo, asociadas con un reciente acceso irrestricto a la respiración mecánica en las unidades de recién nacidos en Bogotá, comprometan la calidad del cuidado respiratorio neonatal. <sup>(3)</sup>
4. Manuela Ordoñez Baeza. “Estudio de caso de neonato de 30 semanas de gestación con déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, secundario a síndrome de dificultad respiratoria”. Aborda el caso de un neonato del sexo masculino con un déficit en el requisito 1 de autocuidado según Orem a causa de un SDR, cuyas manifestaciones fueron Silverman Andersen (SA)=1, estertores gruesos bilaterales. Con apoyo ventilatorio fase I y II durante su hospitalización. Egresado a los 16 días de vida por mejoría y sin complicaciones. <sup>(4)</sup>
5. L.E.O Liliana Segovia Cambrón. “Estudio de Caso Neonata 34 SDG con déficit en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de aire secundario a prematuridad”. Neonato con SA= 1, desaturaciones entre 50-60% a la succión, oxígeno indirecto a 1 litro por minuto (LPM). Egresado a los 34 días de vida extra uterina (DVEU) sin complicaciones y con recuperación total del patrón respiratorio y otros requisitos alterados, gracias a las intervenciones de enfermería y dedicación de los padres. <sup>(5)</sup>

## **V.- MARCO CONCEPTUAL**

### **5.1 Conceptualización de la enfermería**

De acuerdo a Elizabeth Dorothea Orem, la enfermería tiene como preocupación especial la necesidad del individuo para la acción de autocuidado y su provisión y administración del modo continuo, para sostener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o daño y adaptarse a sus efectos.

Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en 5 categorías:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros
2. Guiar o dirigir a otros
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales
5. Enseñar

La función más obvia de las enfermeras es actuar en beneficio de otro que es incapaz de realizar una tarea específica relacionada con el cuidado de la salud. <sup>(6)</sup>

De acuerdo al artículo de una Revista cubana; la Enfermería es una ciencia reconocida desde mediados del siglo pasado y posee un cuerpo teórico conceptual propio, que sustenta sus principios y objetivos, y que se encuentra en constante renovación a través de la investigación científica; posee además, un método científico propio de actuación -el Proceso de Atención de Enfermería- que incluye técnicas y procedimientos particulares, dirigidos al cuidado de la salud de las personas.

A través de los tiempos, la enfermería ha ido desarrollando el contenido de su función como lo han hecho la medicina y otras profesiones, por lo que hoy día su

historia puede dar razones de esta evolución, que se ha hecho irreversible para convertirse en una profesión sin perder la originalidad de su esencia: el cuidado. De acuerdo con los historiadores, la enfermería como actividad, ha existido desde el inicio de la humanidad, pues dentro de la especie humana siempre han existido personas incapaces de valerse por sí mismas y siempre se ha visto la necesidad de cuidar de ellas. <sup>(7)</sup>

En otro artículo, se pretende presentar a enfermería desde el concepto de profesión, con el propósito de argumentar si cumple con los criterios para ser considerada en propiedad como tal. Para ello, se considera necesario tomar en cuenta la evolución histórica del concepto profesión en enfermería, asociado a los cuidados de salud y la instrucción formal impartida a partir de Florence Nightingale. El análisis de enfermería como profesión es realizado según las características señaladas por Ellis y Hartley, las que consideran aspectos tales como; conocimientos, metodología, nivel educacional, autonomía, ética, contribución social y compensación. Se puede concluir que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose. <sup>(8)</sup>

Según *Colliere*, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, en cambio los hombres eran asociados a actividades relacionadas a la defensa y salvaguardar los recursos. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu. Posteriormente con la llegada del cristianismo se da supremacía al espíritu, aparecen las mujeres cuidadoras consagradas. Después de la edad media, los cuidados serán ejercidos por mujeres de clase baja y de dudosa reputación. En este período todas las labores relacionadas al cuidado eran consideradas una ocupación inferior e indeseable. Con el avance de la ciencia, las nuevas tecnologías en el ámbito médico hicieron necesarios más colaboración, surgiendo el concepto de mujer cuidadora- auxiliar del médico, cuya labor estaba

apegada en estricto a las indicaciones médicas. Los conocimientos adquiridos por las cuidadoras en ese entonces eran transmitidos por los médicos, fundamentalmente en áreas de patologías y diversas técnicas. El estilo de pensamiento se acercaba al religioso, en un intento de recuperar la imagen cristiana de los cuidados de antaño, reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

Es en este contexto donde surge la enfermería como profesión incipiente con Florence Nightingale, quien establece las bases de una formación formal para enfermeras. Esta se realizaba en hospitales con instrucción entregada por médicos. Las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de selección de disciplina y calidad moral. Con este sistema Florence eleva la condición de cuidadora tan deteriorada hace algunos años.

Sin embargo, éstas limitaban su quehacer a las estrictas instrucciones médicas, sin evidenciar autonomía en este desempeño.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal. <sup>(9)</sup>

De acuerdo a todo lo anterior, podemos concluir que aun cuando la enfermería era considerada un oficio específico para mujeres que no requería conocimientos especiales para ejercerla, ya que el cuidar era su base fundamental; al transcurrir de los años, esto se ha ido modificando de manera tal que en la actualidad es considerada como una profesión que requiere estudios formales para obtención de diferentes grados incluyendo doctorado.

Al hablar de enfermería como práctica profesional y remitirnos a las características de una profesión, es importante aclarar que lo que nos da carácter de profesionales no solamente son las características de la profesión, sino que es indispensable la construcción teórica para generar un avance disciplinar. Las teorías y modelos son un factor clave en la determinación de los procesos e indicadores de la práctica, en el logro de la identidad profesional y en el logro del saber propio de la disciplina.

## **5.2 Paradigmas de Enfermería**

Para poder hablar sobre dicho tema, es necesario retomar la conceptualización sobre los paradigmas, los cuales han representado un dilema filosófico, epistemológico, ideológico y metodológico, a través de la historia en la investigación, incluida enfermería. Epistemológicamente, parece existir consenso que un paradigma es un conjunto de normas que definen un estilo, un método o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Se define como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad; por lo que podemos concluir que los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos, con ellos se dan herramientas útiles para el abordaje de los diferentes fenómenos y su contribución al desarrollo de la ciencia.

En enfermería, su objeto disciplinar es el cuidado, el cual se realiza en seres humanos quienes, como tales son dinámicos, cambiantes y únicos, por lo tanto no están sujetos necesariamente a un proceso ordenado por etapas, los paradigmas e investigaciones deben llevarse a cabo a través de procesos sistematizados, que le permitan en primer término comprender, interpretar y explicar un fenómeno. <sup>(10)</sup>

A lo largo de la historia en la disciplina de la Enfermería han ocurrido acontecimientos que la han hecho pasar de un extremo a otro; en ese recorrido también han evolucionado las corrientes del pensamiento, apegándose a las necesidades surgidas tanto en los profesionales como en las personas a quienes se les brindan los cuidados.

Se han identificado paradigmas específicos de la profesión, que señalan la forma en que se realiza la labor de enfermería, Kérouac S. y colegas mencionan que: “Un paradigma es una corriente de pensamiento y manera de ver y comprender el mundo que influye en el desarrollo del saber y de la habilidad en el seno de las disciplinas”. <sup>(11)</sup>

El personal profesional de Enfermería debe tener claridad sobre su objeto de estudio y trabajo, es decir, de la importancia que tiene que sus objetivos, metas e intervenciones se enfoquen a fomentar y preservar la salud de la persona, de la familia y de la sociedad. Esto implica, entre otras concepciones, ubicar a la salud y a su naturaleza, como el paradigma eje que guíe su ejercicio profesional; para lo cual se deben de considerar 3 paradigmas básicos en enfermería: paradigma de categorización, paradigma de integración y paradigma de transformación. <sup>(12)</sup>

#### *5.2.1. Paradigma de Categorización:*

El Paradigma de la Categorización tiene como eje central la teoría de Florence Nightingale (1859): La Enfermería Moderna; en el cual se habla sobre la importancia del entorno, y cómo el mismo puede ser manipulado y controlado. <sup>(11)</sup>

Corriente que comenzó a desarrollarse a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y en la que la visión lineal y la búsqueda de un factor casual eran la base de todos sus elementos, manifestaciones que poseen características bien definidas y medibles mediante el análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. En este paradigma se distinguen dos orientaciones: la centrada en la salud pública y la centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

En este primer paradigma se estudian los fenómenos o casos en categorías, clases o grupos definidos considerados como aislables o manifestaciones simplificables.

#### *5.2.2. Paradigma de Integración*

El Paradigma de la Integración surge como respuesta al agotamiento del Paradigma de la Categorización, e intenta comprender la salud de las personas desde las perspectivas física, mental y social. Se visualizan varias escuelas con afinidad hacia la integración como: Escuela de las Necesidades (Virginia Henderson y Dorothea Orem), Escuela de la Interacción (Hildegard Peplau e Imogene King), Escuela de

los Efectos Deseables (Callista Roy) y la Escuela de la Promoción de la Salud (Moyra Allen). <sup>(11)</sup>

Corriente que supondría una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se irían transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

El surgimiento de nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y la evolución del pensamiento ponen de manifiesto el reconocimiento de la importancia que tiene el ser humano para la sociedad y en la disciplina de enfermería; se establece una clara diferencia entre ella y la disciplina médica. La diferencia con el paradigma de categorización radica en que ahora debe considerarse el contexto en el que se produce el fenómeno para poder llegar a comprenderlo y explicarlo.

Puede decirse que el paradigma de la integración reconoce la disciplina de enfermería claramente diferenciada de la disciplina médica, con orientación hacia la persona en su integralidad y en interacción constante con el entorno. La mayoría de las concepciones o modelos de enfermería se han desarrollado bajo este prisma, guían la práctica y sirven de base para el desarrollo de conocimientos de la ciencia de enfermería.

### *5.2.3 Paradigma de Transformación*

Como tercer paradigma, surge el de la Transformación, considerado como la apertura al Mundo, y es el más ampliado e innovador. Se destaca la Escuela del Ser Humano Unitario (Martha Rogers y Rosemarie R. Parse), y la Escuela del Caring (Jean Watson y Madeleine Leininger). <sup>(11)</sup>

Corriente que representa un cambio sin precedentes, se da una apertura social hacia el mundo. La Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.

Puede afirmarse que en la evolución de la disciplina de enfermería existe una creciente preocupación por los cuidados que utilizan el conocimiento propio de la disciplina para dispensar cuidados de salud creativos.

Este paradigma se encuentra bien definido, pues es el centro de interés de la enfermería y por tanto, el eje de actuación en todos los campos de su práctica cumpliendo cuatro funciones:

- Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones, que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
- Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
- Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
- Promueve el análisis más que la descripción de detalles completos y permite codificar el análisis cualitativo, de forma que se aproxime a la lógica aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

#### *5.2.4 Paradigmas de enfermería en la actualidad*

Innegablemente, los saberes y las prácticas de la profesión de Enfermería tienen una fuerte herencia empírica.

Las mujeres enfermeras no sólo aportan su sabiduría; misma que descende de mujeres cuidadoras; sino que imprimen en su actuar un valor agregado, el enfoque humanístico, la sensibilidad empática de buscar alivio, consuelo y armonía a uno de los valores más preciados de la humanidad: la salud, preservando con ello una vida digna o una muerte asistida desde el punto de vista técnico y humanístico.

En este sentido ontológico, ser mujer-enfermera es una ventaja demostrada, a través de todos los tiempos, para cuidar, en el sentido más amplio; a todo ser humano que se encuentre en desequilibrio biopsicosocial, espiritual y cultural; es decir, enfermo.

Los conocimientos formales que adquirieron las enfermeras a razón de la creación de la primera escuela de Enfermería en México, tuvieron dos características: en primer término, el enfoque teórico fue eminentemente biologicista; en segundo, los médicos enseñaban lo que consideraban que una enfermera debía saber.

En la actualidad las enfermeras buscan transformar la práctica profesional, mediante la transmisión de saberes que la propia profesión considera de vanguardia, con ellos nos referimos a la enseñanza del Proceso de Enfermería y a las Teorías y Modelos. Ambos enfoques buscan establecer y delimitar el trabajo de Enfermería, es decir el cuerpo de saberes.

Sin embargo, las enfermeras que se encuentran insertas en el mercado laboral, en su mayoría en hospitales, no utilizan un modelo de atención que por lo menos dé cuenta de un trabajo sistematizado.

Por otro lado, las características en la enseñanza y posesión de los saberes y prácticas hacen que puedan distinguirse dos mundos en la Enfermería mexicana; el académico y el hospitalario, puesto que mientras en el ámbito educativo se propugna por mayores niveles académicos. En el área hospitalaria se observan políticas de atención que privilegian la productividad y la calidad.

En lo cotidiano, la vinculación docencia-servicio continua siendo el desiderátum de la profesión desde mediados del siglo XX, en la medida en que el acercamiento y la realimentación de ambos procesos –el asistencial y el educativo-, se ven influenciados por los sistemas laborales disímiles, lo que ha dificultado que las enfermeras se muestren solidarias con la profesión, en términos gremiales y de identidad; y no solamente identificadas con la institución empleadora.

De ahí que la formación y los saberes de enfermería deberán conciliarse con las formas de trabajo en el mercado laboral del personal de enfermería.

Es evidente que los tres paradigmas establecidos en la Enfermería se superponen entre sí, y se hace imposible la identificación de uno solo en la percepción de los profesionales de la misma. <sup>(12)</sup>

### *Paradigmas de Enfermería*

Paradigma <b>Categorización</b>	Orientación hacia la <b>Salud Pública</b> Orientación hacia la <b>enfermedad</b>	Nightingale
Paradigma <b>Integración</b>	Orientación hacia la <b>persona</b>	Escuelas de Necesidades, Interacción y Efectos Deseables
Paradigma <b>Transformación</b>	Orientación hacia el <b>mundo</b>	Escuelas del Caring y del Ser Humano Unitario

Imagen 1 <sup>(1)</sup>



Imagen 2 <sup>(2)</sup>

### 5.3 Dorothea Elizabeth Orem



Imagen 3 <sup>(3)</sup>

#### 5.3.1 Antecedentes Biográficos

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio del 2007, alrededor de los 94 años de edad; fue una de las enfermeras americanas más destacadas y menor de dos hermanas. Su padre era un constructor que le agradaba pescar y su madre era un ama de casa que le gustaba leer. Orem empezó su carrera en la escuela del Providence Hospital en Washington D. C., donde en 1930 se gradúa como enfermera. En 1939 obtiene el BSNE (Bachelor of Sciences en Nursing Education), de la Catholic University of América (CUA) y en 1945 recibe un MSNE (Master of Sciences in Nurse Education) de la Catholic University Of America (CUA). <sup>(13)</sup>

Sus experiencias enfermeras más tempranas incluyen actividades de enfermería quirúrgica y de servicio privado, tanto de servicio domiciliario como hospitalario, miembro del personal hospitalario en unidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas.

Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería en el Providence Hospital, Detroit, de 1940 a 1949; tras marcharse de Detroit, pasó siete años en Indiana (1949 -1957) trabajando en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health; su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado; durante este tiempo desarrolló su definición de la práctica de enfermería.

En 1957, se trasladó a Washington DC. donde trabajo en el Office of Education, en el US. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), como asesora de programas de estudio de 1958 a 1960. En el DHEW trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras, lo que despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta ¿cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta en 1959 se publicó *Guidlenis for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*.

En 1959 Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación de enfermería en la CUA, además trabajó también como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera; continuó desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la CUA, cuya formalización se daba a veces por sí sola y a veces conjuntamente con otros conceptos.

El Members of the Nursing Models Comittee de la CUA y el grupo Improvement in Nursing qué se convirtió en el Nursing Development Conference Group (NDCG), contribuyeron al desarrollo de su teoría. Orem aportó el liderazgo intelectual por medio de estos intentos de colaboración, además que ella era la editora de la NDCG. En 1970 abandonó la CUA y empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

El primer libro publicado por Orem fue *Nursing: Concepts of Practice*, en 1971; mientras prepararon y revisaron *Concept Formalization in Nursing: Procces and Product*. La Georgetown University le confirió el título honorario de Doctor of Science en 1976 y en 1980 recibió el premio Alumni Association Award for Nuring Theory de la CUA. Entre los demás títulos recibidos se incluyen el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College en 1980; el Doctor of Humans Letters, Illinois Wesleyan University (IWU) en 1988; el Linda Richard Awar, National League for Nursing en 1991; y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing Honoris Causae de la universidad de Missouri en 1998. Se han publicado ediciones posteriores de *Nursing: Concepts of Practice* en 1980, 1985, 1991, 1995 y 2001. Orem se jubiló en 1984. <sup>(14)</sup>

En lo referente a las fuentes teóricas que inspiraron a la teórica, Orem cita a menudo a Eugenia K. Spaulding como una gran amiga y profesora, aunque afirma que ningún líder en enfermería tuvo una influencia directa en su trabajo. Considera que su asociación, compuesta por muchas enfermeras le ha aportado numerosas experiencias formativas a lo largo de los años; así como su trabajo con estudiantes de licenciatura y su trabajo con otros colaboradores han resultado muy valiosos.

Aunque no reconoce haber recibido ninguna influencia importante, cita mucho de los trabajos de otras enfermeras según su contribución a la enfermería, entre ellas Abdellah, Henderson, Johnson, King, Levine, Nightingale, Orlando, Peplau, Riehl, Rogers, Roy, Travelbee y Wiedenbach. También cita numerosos autores de otras disciplinas, entre ellos Gordon Allport, Chester Barnard, Réne Dubos, Erich Fromm, Gartly Jaco, Robert Katz, Kurt Lewin, Ernest Nagel, Talcott Parsons, Hans Selye, Magda Arnold, William Wallace, Bernard Lonergan y Ludwing von Bertalanffy. Se requiere una cierta familiarización con estas fuentes para poder comprender la obra de Orem debidamente. <sup>(15)</sup>

### *5.3.2 Metaparadigmas de Enfermería*

Un metaparadigma es un conjunto de conceptos globales que identifican los fenómenos particulares de interés para una disciplina, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta.

El metaparadigma de enfermería es el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros. Los conceptos globales del metaparadigma enfermero son:

- La persona.
- El entorno.
- Los cuidados enfermeros.
- El concepto de salud.

**Concepto de persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante.

Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

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

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

**Concepto de Enfermería:** enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. <sup>(13,16)</sup>

Desde la línea que marca cada uno de los paradigmas de enfermería, podemos observar en lo relacionado a Categorización la explicación de los conceptos metaparadigmáticos de enfermería: la persona, el entorno, la salud y el cuidado.

- La persona, posee la capacidad de cambiar su situación.
- El entorno, comprende los elementos externos a la persona que son válidos, tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad.
- La salud, es "la voluntad de utilizar bien la capacidad que tenemos". Sólo la naturaleza cura y el paciente por tanto deberá poner toda su capacidad al servicio de la naturaleza, para que esta pueda desarrollar plenamente su efecto de curación.
- El cuidado, es la intervención que la enfermera realiza mediante reglas aprendidas y que sirve para proporcionar el entorno adecuado que permita actuar a la naturaleza y recuperar la salud.

Según el Paradigma de Integración, en los conceptos del metaparadigma de enfermería se observa que:

- La persona, es un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí, en búsqueda constante de las mejores condiciones para detener o mantener su salud y bienestar.

- El entorno, constituido por los diversos contextos en los que vive la persona, supone una interacción constante en forma de estímulos positivos, negativos y de reacciones de adaptación.
- La salud, es un ideal que se debe conseguir; es decir, adquiere identidad y pierde su subordinación a la enfermedad. Salud y enfermedad son dos entidades distintas que coexisten e interaccionan de manera dinámica.
- El cuidado, amplía su objetivo y se dirige a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; lo que significa que se llevará a cabo para recuperar a la persona de su enfermedad, prevenir dicha enfermedad e incluso, fomentar su salud. La enfermedad aplica el cuidado después de identificar la necesidad de ayuda de la persona y considerar sus percepciones y su integralidad.

En lo referente al Paradigma de Transformación, se sitúan los conceptos del metaparadigma de la siguiente manera:

- La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por lo tanto, coexiste con el medio.
- La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

### *5.3.3 Teoría General del Déficit de Autocuidado.*

El presente Estudio de caso se realizará en base a la Teoría de Dorothea Elizabeth Orem, quién se define como una de las autoras teóricas de enfermería más destacada de Norteamérica que trabajó para mejorar la formación en enfermería práctica desarrollando la llamada teoría del déficit de autocuidado. Orem define el concepto de autocuidado como “la conducta aprendida por el individuo, dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que alteran su desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”. Los seres humanos por lo general tienen habilidades intelectuales y prácticas que desarrollan a través de la vida para satisfacer sus necesidades de salud y cuando no es así, buscan ayuda en la familia o profesionales de la salud. <sup>(17)</sup>

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado.

Se debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión. <sup>(16)</sup>

Dicha Teoría se estructura de la siguiente manera:

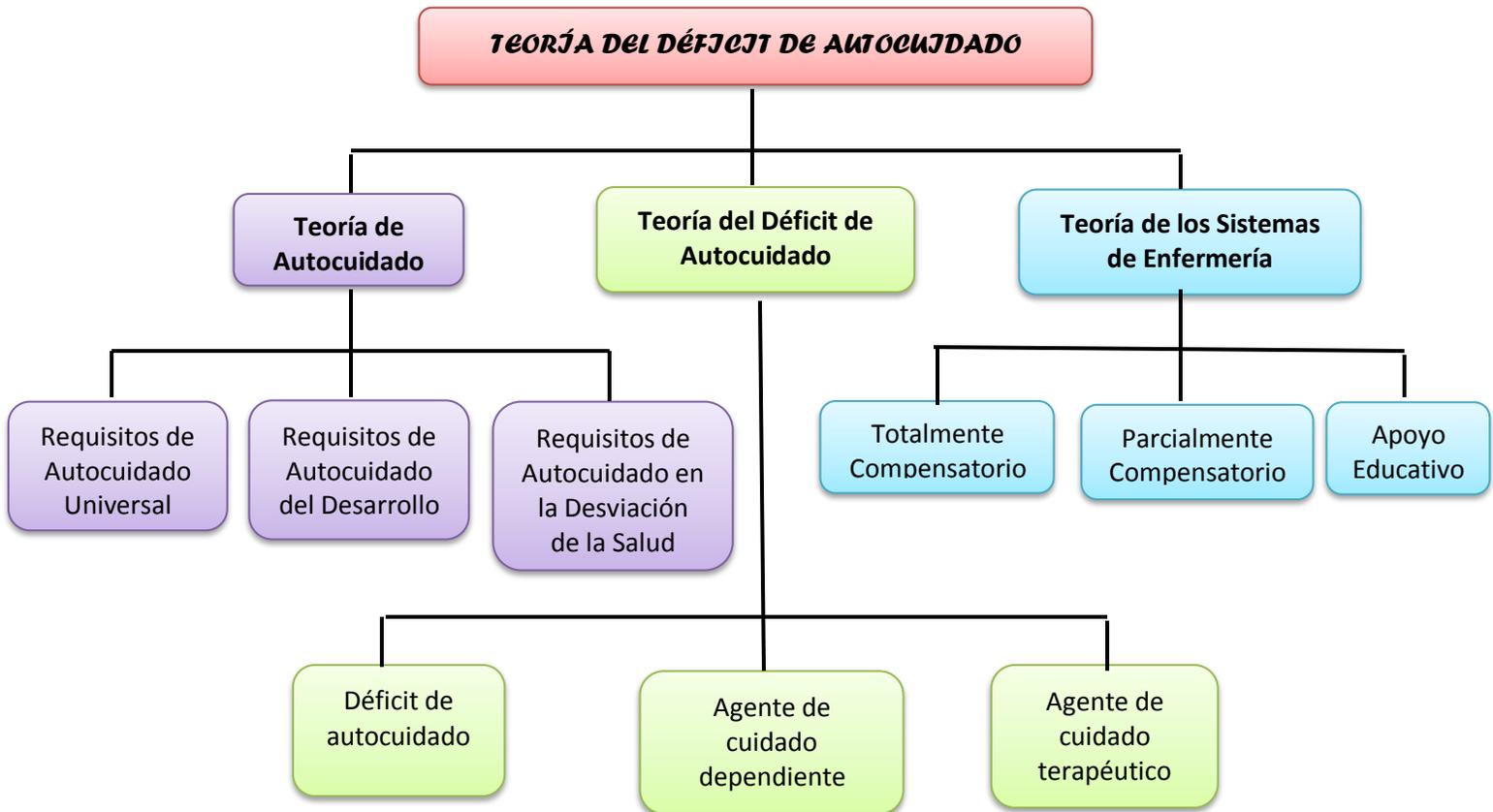


Diagrama 1 <sup>(1)</sup>

La Teoría de Déficit de Autocuidado se subdivide en tres teorías

### 1. Teoría del Autocuidado

Dentro de ésta teoría Orem define el autocuidado como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales para mantener su vida, salud y bienestar de manera voluntaria e intencionada; y dentro de ella incluye 3 requisitos que deberán ser cubiertos para el logro del autocuidado.

## Requisitos de Autocuidado Universal

Abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida y se dividen en 8 requisitos:

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 cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

\* El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales.

\* El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos.

\* La interacción social es importante para la socialización de los individuos en su cultura e intercambiar ideas y opiniones.

\* La prevención de peligros para la vida es necesaria para que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas y sea capaz de apartarse de dichos entornos. La normalidad implica que el individuo tenga un autoconcepto realista y sea capaz de cultivar su propio desarrollo.

Los requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo y no deben ser considerados aisladamente, ya que interactúan entre sí.

### Requisitos de Autocuidado del Desarrollo

Se clasifican principalmente en dos:

#### *1. Etapas específicas del desarrollo*

Están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones 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, por lo que se asocia con etapas específicas del desarrollo e incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento
- Vida neonatal
- Lactancia
- Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven
- Etapas de desarrollo de la edad adulta
- Embarazo

Se debe de tomar en cuenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben de considerarse los requisitos de autocuidado universal.

#### *2. Condiciones que afectan el desarrollo humano*

El segundo grupo implica cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano y se divide en dos subtipos:

- El primero se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas
- El segundo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes o potenciales de una condición o acontecimiento vital particular.

Las condiciones relevantes incluyen:

- Deprivación educacional
- Problemas de adaptación social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- Pérdida de posesiones o del trabajo
- Cambio súbito en las condiciones de vida
- Cambio de posición, ya sea social o económica
- Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad
- Enfermedad terminal o muerte esperada
- Peligros ambientales

#### Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud

Se presentan cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos; por lo que presenta demandas adicionales de cuidados de la salud como:

- Buscar y asegurar ayuda médica
- Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos
- Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas

- Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico
- Modificación del autoconcepto
- Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos

La principal premisa es que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud.

Los requisitos antes descritos deberán ser cubiertos en base a ciertos factores que condicionan la salud del individuo y los cuales Orem denomina como:

*Factores Básicos Condicionantes*

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de Desarrollo
4. Estado de Salud
5. Orientación Sociocultural
6. Factores del Sistema de Cuidados de Salud (diagnóstico médico y modalidades de tratamiento)
7. Factores del Sistema Familiar
8. Patrón de vida
9. Factores Ambientales
10. Disponibilidad y Adecuación de los Recursos

**2. Teoría del Déficit de Autocuidado**

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería.

Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

La teoría de déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería. <sup>(16)</sup>

Dentro de dicha teoría se manejan diversos conceptos, tales como:

Agente: persona que se ocupa de su cuidado.

Agencia: capacidad que tiene la persona para autocuidarse.

Agente de cuidados: persona que ayuda en los cuidados.

Demanda de Autocuidado: cantidad de cuidados que requiere una persona.

Agente de cuidado dependiente: persona que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de otros que son importantes para él.

Agente de cuidado terapéutico: persona con conocimientos específicos de salud que brinda cuidados a otros.

### **3. Teoría de los Sistemas de Enfermería**

Se refiere a la manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan y se divide en tres:

#### Totalmente compensatorio

La enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente y dentro de sus funciones se encuentran: compensar las incapacidades por el autocuidado, apoyar y proteger, emitir juicios y tomar decisiones para los pacientes, cultivar las capacidades existentes.

#### Parcialmente Compensatorio

La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado y sus funciones son: realizar algunas medidas de autocuidado para el paciente, compensar cualquier limitación del autocuidado y ayudar al paciente según sea necesario.

### De Apoyo/Educación

El paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, cuyas funciones son: ayudar a tomar decisiones, ayudar al paciente a aprender, actualizar periódicamente la información.

#### *5.3.4 Usando la Teoría en la Práctica*

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Llevar a cabo la recolección de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente o paciente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. Edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado; por ejemplo un padre o un tutor debe brindar continuamente atención terapéutica al niño o neonato. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. <sup>(18)</sup>

En su teoría Orem menciona que para realizar la práctica el autocuidado de la persona sana o enferma, es necesario considerar tres condiciones básicas, que pueden determinar las necesidades de autocuidado para la salud: la Universalidad,

el autocuidado de la salud es común a todas las personas; el Desarrollo, el autocuidado se comprende como prevención en salud y debe darse a lo largo de la vida; la Desviación de la salud, el autocuidado puede verse afectado por el propio estado de salud de la persona.

Lo anterior motiva a reflexionar sobre el desarrollo de la práctica profesional, considerando que va más allá de una actuación puramente basada en la atención en salud, no debe limitarse a la prescripción médica o la prestación de cuidados sanitarios, implica la puesta en marcha de procesos con carácter interpersonal. El profesional de la salud tiene que empatizar y comunicarse de forma abierta, abrirse al trabajo en equipo con el resto de profesionales que intervienen en los procesos de atención en salud.

Trabajar la tolerancia y aceptar la diversidad, generando nuevos comportamientos que mejoren la práctica y quehacer profesional, y que propicien que los planes de atención en salud mejoren las intervenciones y la aplicación de los tratamientos, traduciéndose este proceso como eficaz, siendo promotor de la adquisición y aprendizaje de conductas sanas en las personas en riesgo o que padecen alguna enfermedad. La enfermería juega un papel fundamental en la práctica comunitaria y hospitalaria ya que ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico.

Para poner en práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas en salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado.

Para ello hay que recabar información sobre estos factores (valoración) y poner en marcha estrategias de autocuidado planificando intervenciones (diagnóstico y planificación) que puedan ser llevadas a cabo por parte del personal de enfermería y por el propio paciente (ejecución), motivándolo para que participe de forma activa en el manejo y control de su propia salud. <sup>(19)</sup>

Para aplicar dicha teoría en la práctica respecto a la atención de un neonato, es importante destacar que ya que ellos poseen capacidades limitadas para satisfacer sus requisitos de autocuidado; es indispensable que los padres de los mismos asuman dicha tarea. Si fuese el caso donde tanto el neonato como los padres se encuentran incapacitados para brindar cuidados y satisfacer los requisitos, los profesionales de enfermería serán los indicados para llevar a cabo dicha intervención.

Debido a lo anterior y para llevar a la práctica el presente modelo, se considera de gran ayuda llevar a cabo una guía de evaluación de los padres que permita identificar las fortalezas y debilidades como agentes de cuidado al recién nacido y, de la misma manera, una lista de chequeo o historia clínica de enfermería para evaluar las condiciones y capacidades del neonato para así manifestar las demandas que necesitan ser satisfechas, de manera que permita a los profesionales de enfermería efectuar una recolección sistematizada de datos, postular diagnósticos de enfermería, y diseñar un plan de atención que atienda las demandas del binomio.

## **5.4 Proceso de Enfermería**

### **5.4.1 Antecedentes Históricos**

La disciplina profesional de Enfermería tiene sus inicios a mediados del siglo XIX, en épocas donde la guerra era un común denominador en los países europeos, sus orígenes se remontan al acto de cuidar a la persona herida. Desde entonces, empieza la conceptualización del Cuidado como pilar fundamental de Enfermería, entendido en la actualidad por la comunidad de enfermería como el *Cuidado de la Experiencia de la Salud Humana*; es así como indirectamente se cimienta el Proceso de Enfermería, que no se concebía en ese entonces como un proceso, pero se encontraba implícito en cada una de las actividades de Enfermería, a través

de la valoración del herido en combate, utilizando la observación y la identificación de problemas para brindar cuidado; luego ésta metodología va evolucionando y en los años 70' se adiciona al proceso la etapa diagnóstica con el desarrollo de nomenclatura básica para describir los problemas de salud para Enfermería y posteriormente las etapas de planeación, ejecución y evaluación.

Bajo ésta perspectiva, podría decirse que el Proceso de Enfermería, nace de la necesidad de las enfermeras de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de los pacientes en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina, de forma oportuna, dinámica y medible.

El Proceso de Enfermería tiene un sustento teórico fundamentado en las diversas teóricas en Enfermería, comenzando con la pionera de la Enfermería, Florence Nightingale que hace más de un siglo da los primeros indicios del proceso por medio de los cuidados higiénicos y estructurales de las entidades de salud, donde a través de la observación identifica prioridades en términos de condiciones de salubridad para evitar la propagación de infecciones, en una época enmarcada por la guerra y todas las consecuencias que ésta lleva en la salud de las personas, lo que evidencia la primera etapa del proceso: la valoración, luego la identificación de problemas que correspondería a la fase diagnóstica y la realización de actividades encaminadas a resolver las problemáticas, que sería la planeación.

Posteriormente, Virginia Henderson con su teoría de las catorce necesidades básicas en el paciente, donde podría decirse que se sientan las primeras bases para una nomenclatura propia para definir problemas y prioridades de Enfermería, lo que se relacionaría con la fase diagnóstica, partiendo de una valoración previa y luego en una evaluación sobre la disminución del papel del personal de Enfermería a medida de la independencia del paciente.

De igual forma, Dorothea Orem en su teoría del déficit de autocuidado, implica la etapa diagnóstica y de planeación en la definición de los requisitos de autocuidado para obtener los resultados esperados y los sistemas de enfermería que tienen que ver con las acciones, se relacionan con la fase de ejecución del proceso.

Particularmente, la teórica Ida Jean Orlando es quien fundamenta como tal el proceso por medio de la Teoría del proceso de Enfermería, que brinda los primeros cimientos para conformar los elementos básicos de éste dados por el contacto enfermera-paciente.

Consecuentemente, Maryore Gordon enfermera norteamericana, introduce el término de patrones funcionales, definidos como “una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales” los cuales son once patrones de enfermería: cognoscitivo perceptual, nutricional-metabólico, actividad y ejercicio, eliminación, manejo de salud, descanso y sueño, reproductivo sexual, creencias y valores, relaciones de rol, autopercepción-autoconcepto y adaptación y tolerancia al estrés, para realizar la valoración del sujeto de cuidado y a partir de ellos definir el diagnóstico de Enfermería.

Lo anterior, es una pequeña muestra de cómo las teóricas han abordado desde la ciencia de una u otra manera el proceso de Enfermería, donde éste nutre y viabiliza el conocimiento de enfermería, mostrando su utilidad como una herramienta que permite de una forma sistemática, organizada y científica brindar cuidado con un juicio crítico y evaluable, sustentado en la producción filosófica, conceptual, teórica e investigativa propia de la profesión. Por ende, la aplicación del Proceso de Enfermería implica conocimientos básicos previos relacionados con el estado de salud-enfermedad del paciente de tipo fisiopatológico, psicológico, social y espiritual, unas habilidades mentales, de comunicación, técnicas e interpersonales, al igual que unos recursos físicos, financieros, estructurales, sumado al trabajo en equipo e interdisciplinario, para alcanzar el objetivo innato del proceso que es obtener una mejor calidad de cuidado de Enfermería.

Por todo lo anterior, el Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”, es por esto, que se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias se valora una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnostica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica, se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran.

Igualmente, se obtienen datos a través de la observación y la valoración de manera sistemática, se organizan de forma lógica y congruente para analizar la información relevante y se contrastan con la ciencia, planteando un problema y/o necesidad de cuidado, realizando un diagnóstico de Enfermería basado en una taxonomía básica creada y validada por enfermeras para guiar las intervenciones de cuidado de Enfermería, se fundamentan y definen los cuidados a partir de la taxonomía aceptada por la comunidad científica de enfermería, con el fin de lograr un objetivo con el sujeto de cuidado que posteriormente se evalúa en relación con el cumplimiento de las intervenciones y el alcance de las metas propuestas.

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

Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.

De esta forma, para concebir y aplicar el Proceso de Enfermería, se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisiopatología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva. <sup>(20)</sup>

#### *5.4.2 Etapas del Proceso de Enfermería*

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución ) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica. <sup>(21)</sup>

Por ello, actualmente, el Proceso de Enfermería está constituido por cinco etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas; que son: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

1. Valoración: consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia, principalmente, las historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

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

2. Diagnóstico: consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales y positivos o protectores.

Los diagnósticos de Enfermería se crearon desde los años 60, cuando una teórica de Enfermería, Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del cliente y se utilizó en las escuelas de Enfermería de esa época, luego en 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de

Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

Los diagnósticos de enfermería se clasifican en tres tipos: reales, de riesgo, y de bienestar:

- Diagnóstico Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: enunciado, definición, características que lo definen y factores relacionados. Consta de tres partes, formato PES: problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.
- Diagnóstico de Riesgo: son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).
- Diagnóstico de Bienestar: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.

Deben estar presentes dos hechos: deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel

funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la Educación para la Salud.

Se puede añadir un cuarto tipo:

- **Diagnóstico de Síndrome:** comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

3. **Planeación:** consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado; se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

4. **Ejecución:** es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios; preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene el paciente, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

Las funciones de Enfermería puede ser de tres tipos, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera:

- *Dependiente*: la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- *Interdependiente*: se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- *Independiente*: es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

5. Evaluación: entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que ésta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería. <sup>(20, 21, 22)</sup>

#### *Etapas del Proceso de Enfermería*



Imagen 4 <sup>(4)</sup>

Por todo lo anterior, se llega a un consenso en relación a que el Proceso de Enfermería es un instrumento óptimo que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico, necesario para guiar el cuidado de Enfermería ya que ofrece directrices de manera lógica, secuencial y evaluable sobre el modo de satisfacer las necesidades de cuidado de los sujetos tanto en el ámbito asistencial como comunitario. Razón por la cual hace parte de la mayoría de los planes de estudios o mallas curriculares de las universidades con el programa de Enfermería tanto a nivel latinoamericano como a nivel mundial. <sup>(20)</sup>

#### *5.4.3 Proceso de Enfermería según Orem*

El proceso de enfermería es un método que tradicionalmente consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación; pero Orem aboga por el uso del proceso de enfermería pero de una manera 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*.

#### *Operaciones Interpersonales y Sociales*

Implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y familiares; en particular las enfermeras deberían:

- Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente y familia
- Responder en las cuestiones relacionadas con la salud
- Colaborar continuamente y revisar información con el paciente

### *Operaciones tecnológico-profesionales*

Son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidados de casos; las cuales son contempladas por Orem como las piedras angulares en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, familia, enfermera y otros factores.

Las acciones que realiza el personal de enfermería en cada una de estas operaciones son:

#### **Diagnóstico de Enfermería** (*valoración*)

- Obtener información del paciente
- Analizar los datos/ la información
- Emitir juicios clínicos sobre el paciente/familia
- Formular/explicar la naturaleza y causas de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente.
- Determinar el desarrollo, operación y educación de la agencia de cuidado del paciente
- Determinar la presencia de demandas de autocuidado presentes y futuras del paciente.

#### **Operaciones Prescriptivas** (*planificación*)

- Emitir juicios prácticos sobre los cuidados que pueden/deberían proporcionarse para cubrir los requisitos de autocuidado del paciente
- Regular el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente

### **Operaciones reguladoras de tratamiento** (*Intervención*)

- Usar medidas válidas y fidedignas para satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente a fin de asegurar un funcionamiento y desarrollo saludables
- Asegurar que la agencia de autocuidado del paciente se desarrolla al máximo
- Asegurar que se instituye la retroalimentación y evaluación

### **Operaciones de cuidado/Control de casos** (*evaluación*)

- Planificar y controlar el conjunto del proceso de enfermería
- Dirigir, controlar y evaluar todos los aspectos del proceso de enfermería
- Asegurar que el proceso de enfermería es efectivo y dinámico <sup>(6)</sup>

### *Proceso de enfermería según Orem*

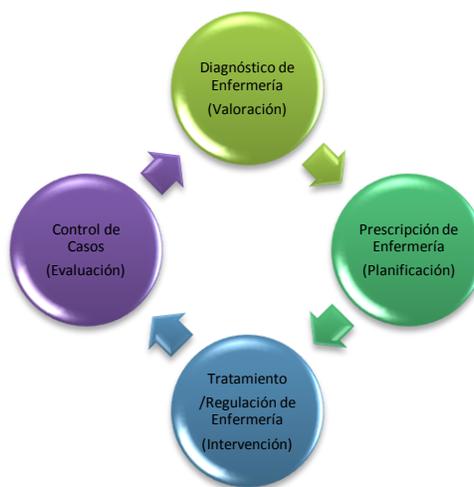


Diagrama 2 <sup>(2)</sup>

## **5.5 Consideraciones éticas.**

El ser una enfermera profesional implica un desarrollo continuo ascendente en la adquisición de conocimientos teóricos y prácticos, los que al integrarse a normas, códigos legales, éticos, morales, caracterizan al profesional de la enfermería.

Brindar una atención con calidad y eficiencia a toda la población es una de las premisas fundamentales del sistema nacional de salud y los profesionales de enfermería no se han quedado atrás en este empeño, por lo que se trabaja arduamente para mejorar la calidad en el cuidado y en la satisfacción de los pacientes. Para ello se deben tener bases éticas y legales de la profesión, entre las cuales encontramos:

### *5.5.1 Principios Bioéticos*

Los profesionales de esta rama, a través de sus acciones, deben tener presentes, entre otros, los siguientes principios:

- *Principio de beneficencia:* se basa en la necesidad de no hacer daño, de siempre hacer el bien, el personal de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y ver al paciente como el mismo.

- *Principio de la no maleficencia:* se trata precisamente de evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Se debe prevenir el daño físico, mental, social o psicológico.

- *Principio de la justicia:* encierra en su significado la igualdad, la equidad y la planificación; se basa precisamente en atender primero al más necesitado de los posibles a atender; exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad; jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar; hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falten cuando más se necesiten.

- *Principio de autonomía*: se define como la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Esto implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. Dicho principio también supone respeto por las personas, tratarlas como lo que son. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana. El objetivo de la información no es convencer al paciente de la propuesta que se le hace, sino que este pueda tener más argumentos para tomar decisiones relacionadas con su salud. <sup>(23)</sup>

Aplicados al presente estudio de caso, los principios bioéticos hacen referencia a brindar cuidados y atención al neonato sin causarle daño alguno, favoreciendo su recuperación con igualdad y equidad. En lo referente al principio de autonomía, estará enfocado en mayor medida a los padres del recién nacido; ya que es a ellos a quienes se les deberá otorgar la información veraz y oportuna sobre el tratamiento de su hija para que de ésta manera se encuentren perfectamente informados y tomen decisiones respecto al estado general y procedimientos necesarios en la recién nacida.

#### *5.5.2 Artículo 4° Constitucional*

Que a la letra dice: Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. <sup>(24)</sup>

De lo anterior deriva la importancia que toda mujer embarazada se encuentre afiliada a algún servicio de salud que garantice el control y seguimiento del mismo, asegurando así la atención médica del recién nacido.

### 5.5.3 Consentimiento Informado

El consentimiento informado es piedra angular del presente estudio de caso, ya que sin él no es posible llevar a cabo todo lo que éste implica. En este caso, se obtuvo la firma de la madre como tutora del neonato y del padre como testigo; haciendo hincapié en las intervenciones que se realizarían a su hija, así como toma de datos del expediente clínico, entrevistas a ellos mismo o al personal de salud a cargo de la recién nacida, toma de fotografías y presentación final del trabajo ante un jurado.

Todo lo anterior tomando en cuenta que el consentimiento informado es un proceso gradual, en el que se da información veraz al paciente o familiares acerca de su estado de salud, los diferentes procedimientos y técnicas que se puedan realizar, explicándole los riesgos y beneficios de cada uno, para que sean capaces de tomar sus propias decisiones y de participar activamente en todo lo relacionado con su diagnóstico y tratamiento.

Tuvo su origen en la sentencia redactada por un juez en el caso Salgo, en 1957 Norteamérica; es un derecho que debe ejercer toda persona con capacidad de decisión y quién debe dejar constancia de su aceptación o rechazo. <sup>(25)</sup>

Es aquella donde la dignidad humana es puesta en relieve y la que obliga a los profesionales de la salud a tratar a los pacientes como a nosotros nos gustaría que nos trataran. La dignidad es algo elemental dentro de toda persona y es común a todo individuo. Así, la dignidad debe ser considerada como el patrimonio propio de toda persona, la que se opone a toda instrumentalización de un individuo.

Filosóficamente, cada persona es un fin en sí misma, y no un simple medio, ni siquiera para hacer el bien. Por lo cual los enfermeros y las enfermeras deben trabajar con ánimo para hacer el bien con un respeto exquisito a la libertad. Ése puede ser el fondo del consentimiento informado.

El principio de autonomía exige un trato igualitario de relación profesional con comunicación continua, y con apoyo emocional a los enfermos y a sus familias, como consecuencia de la dignidad humana, inseparable de la libertad.

Un consentimiento informado inadecuado se considera como ausencia del mismo. La firma de un consentimiento informado no exime al enfermero de responsabilidad por mala praxis; sin embargo, su mala aplicación puede debilitar la defensa en una acusación sobre negligencia en un procedimiento, por lo demás defendible. Por otro lado, no hay que olvidar que la mayor protección frente a litigios consiste en una buena comunicación con los pacientes. <sup>(26)</sup>

#### *5.5.4 Código de Ética para Enfermeras*

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, a la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Para su mejor comprensión un código de ética debe utilizar un lenguaje claro, contar con un marco conceptual y una declaración de principios que sirvan de base para contextualizar el desarrollo del capitulado en el que se precisan los deberes de la enfermera para con las personas, los deberes como profesionista para con sus colegas y su profesión, así como los deberes para con la sociedad.

### *5.5.5 Decálogo del código de ética*

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

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

Es fundamental que en el presente estudio de caso, se tome como base el código de ética de enfermería y por ende el decálogo del mismo, ello con la finalidad de que nuestra atención hacia el neonato y sus padres sea de total respeto y responsabilidad, protegiendo sus creencias y toma de decisiones, favoreciendo así una relación enfermera-paciente de total profesionalismo, siempre en pro de la pronta recuperación del mismo.

### *5.5.6 Declaración de los Derechos del Recién Nacido*

La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, tales como:

- 1) La dignidad del recién nacido, como persona humana, es un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.
- 2) Todo recién nacido tiene derecho a la vida.
- 3) Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas.
- 4) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad.
- 5) Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un desarrollo óptimo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida.
- 6) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, sea por razones personales, físicas o psíquicas de la misma, se debe posibilitar una correcta lactancia artificial.
- 7) Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica.
- 8) La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país.
- 9) No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad.
- 10) Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país.
- 11) El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos.

12) Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles.

13) Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en estas situaciones.

14) El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental.

### *5.5.7 Decálogo de los Derechos del Recién Nacido Prematuro*

La información contenida en éste decálogo está orientada hacia la comunicación, comprensión y dominio del entorno social, material e ideal sobre algunos de los principales derechos que tienen los niños que nacen prematuramente.

Conocer sobre sus derechos nos ayuda a reflexionar sobre cómo es posible participar en el reclamo de su cumplimiento, desde donde a cada uno nos toca actuar como seres sociales.

1. La prematurez se puede prevenir en muchos casos por medio del control del embarazo al que tienen derecho todas las mujeres.

2. Los recién nacidos prematuros tienen derecho a nacer y ser atendidos en lugares adecuados.

3. Tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, peso al nacer y características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

4. Tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

5. Derecho a ser alimentados con leche materna.

6. Derechos a prevención de la ceguera por retinopatía del prematuro.

7. Acceder, cuando sale del hospital, a programas especiales de seguimiento.

8. La familia de un recién nacido prematuro tiene pleno derecho a la información y a la participación en la toma de decisiones sobre su salud a lo largo de toda su atención neonatal y pediátrica.

9. Derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo.

10. Los recién nacidos que nacen de parto prematuro tienen el mismo derecho a la integración social que los que nacen a término. <sup>(27)</sup>

Como ya sabemos, un derecho establece las condiciones indispensables para garantizar la dignidad humana y hacer posible que las personas vivan en un entorno de libertad, justicia y paz; de aquí la importancia de que el neonato goce de derechos específicos para su edad y condición de salud. Es primordial que el neonato se vea beneficiado no sólo de los derechos del recién nacido sino también de los derechos del recién nacido prematuro garantizando con ello atención de calidad y cuidados que favorezcan su recuperación e integración al núcleo familiar.

#### *5.5.8 Normas Oficiales Mexicanas (NOM) <sup>(28)</sup>*

Dentro de las NOM relacionadas con el neonato, se tomaron en cuenta para el presente estudio de caso las siguientes:

NOM 004-SSAS-2012, Del expediente clínico; establece los criterios obligatorios en la elaboración, manejo, conservación y confidencialidad del mismo.

- La importancia de apegarse a dicha norma es por la importancia legal que este conlleva y porque de él depende en gran medida la recopilación de datos para la elaboración del presente estudio de caso.

PROY-NOM-007-SSA2-2010, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida; esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas normales y a los recién nacidos sanos.

NOM 034-SSA2-2002, Prevención y control de los defectos al nacimiento.

- Estas normas están encaminadas a asegurar la atención del embarazo hasta el nacimiento del neonato, para favorecer el adecuado estado de salud del mismo. La madre del neonato en estudio no cuenta con ningún tipo de seguridad social por lo que el inicio de su embarazo fue atendido por médicos de farmacias similares hasta que presentó complicaciones se afilió al seguro popular y solicitó atención en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

NOM 016-SSaS-2012, Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

NOM 025-SSA3-2013, Organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.

- La importancia de ambas normas deriva en la necesidad de que el neonato permanezca en un servicio que cumpla con todos los requerimientos necesarios que favorezcan su recuperación evitando complicaciones durante su estancia hospitalaria.

NOM 017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica

- La hospitalización en un área crítica es ya de por sí un riesgo para adquirir infecciones nosocomiales, aunado a los procedimientos invasivos y largos días de estancia; por ello la necesidad de llevar a cabo dicha norma en nuestro neonato, evitando así complicaciones en el mismo. Así mismo de ella deriva la importancia del lavado de manos en los cinco momentos específicos tanto de los padres como del personal de salud.

NOM 022-SSA3-2012, Instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión de los Estados Unidos Mexicanos; establece los criterios para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso venoso periférico y central, así como, los requisitos que deberá cumplir el personal de salud que participa en la administración de la terapia de infusión intravenosa con fines

profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, para disminuir las complicaciones y costos asociados a esta práctica.

- Aunque el neonato en estudio ya no contaba con instalación de accesos venosos al momento de la valoración, sí estuvieron presentes durante su estancia hospitalaria, lo cual eleva el riesgo de infección o complicaciones, de aquí la importancia de considerar dicha norma en la elaboración del presente caso.

NOM 036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

- Durante la estancia hospitalaria no le fue aplicada ninguna vacuna al neonato debido a su prematurez y estado de salud; por lo cual al momento del egreso se hace hincapié a los padres sobre la importancia de acudir a su centro de salud más cercano para la aplicación de las mismas de acuerdo a su edad.

NOM 043-SSA2-2005, Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

- Esta norma aplicada al neonato del presente caso, está dirigida a la alimentación exclusiva al seno materno hasta los seis meses y como complementaria hasta los 2 años de edad, favoreciendo la adecuada alimentación y nutrición del recién nacido.

NOM 087-ECOL-SSA1-2002, Residuos peligrosos biológico-infecciosos

- Dicha norma, es una de las fundamentales en cualquier institución hospitalaria, ya que del adecuado manejo de residuos depende el prevenir infecciones o contagios tanto en el neonato como en el personal de salud o familiares.

## **VI. DAÑOS A LA SALUD**

El neonato del presente estudio de caso fue diagnosticado con diversas patologías a su nacimiento, tales como:

- Recién nacido pretérmino de 31 SDG por Ballard
- Peso adecuado para la edad
- Hijo de madre con edad materna de riesgo
- Síndrome Leucemoide transitorio
- Hiperbilirrubinemia multifactorial
- Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR)

Debido a que en el momento del primer contacto con el paciente ya estaban remitidas la Hiperbilirrubinemia y el Síndrome Leucemoide (no se menciona en el expediente clínico la fecha de remisión de dichas patologías), únicamente se desarrollará el tema del SDR ya que de él surge la alteración del requisito universal que atañe a dicho estudio de caso; no dejando de lado los factores condicionantes de dicha patología como son la edad materna y la prematurez.

### **6.1 Edad Materna de Riesgo**

Existe cierta controversia en la precisión de la edad óptima para ser madre. Desde un punto de vista fisiológico, hay expertos que la sitúan en un rango que va desde los 18 hasta los 30 años, aunque otros autores plantean que la mejor edad para ser madre abarca desde los 20 hasta los 35 años, e incluso hay autores que no determinan de forma clara si el límite son los 35 o los 40 años. Tal vez por la actual situación económica y el aumento de la utilización de las técnicas de reproducción asistida, los embarazos en mujeres mayores de 40 años han aumentado en los últimos años.

La maternidad a edades avanzadas, mujeres mayores a 35 años, se asocia, en diferentes estudios, a múltiples complicaciones durante el embarazo y el parto, en la salud de la mujer y en la salud del recién nacido: tipo de parto, presencia de enfermedad durante el embarazo, complicaciones en el posparto, recién nacidos con bajo peso al nacimiento o prematuros o pequeños para su edad gestacional, mortalidad materna y perinatal, entre otros. <sup>(29)</sup>

**Existe una relación estrecha entre la edad materna y** mayores riesgos de enfermedad en el embarazo y en el neonato. Entre las principales morbilidades asociadas, se incluye: prematuridad, bajo peso al nacer, parto por cesárea, depresión neonatal a los 5 minutos (Apgar a los 5 minutos) y en menor proporción a sepsis neonatal, **distres respiratorio y enfermedad de membrana hialina.** <sup>(30)</sup>

**Las pacientes embarazadas  $\geq$  35 años tienen el doble de riesgo de prematuridad;** el control prenatal según las recomendaciones de la NOM-007-SSA2-1993 permite detectar oportunamente las complicaciones y contribuye a disminuir la elevada incidencia de muerte materna y perinatal. Por tanto, se puede concluir que es de suma importancia informar a la población de los riesgos que conlleva un embarazo a edad materna avanzada. Se enfatiza, así, la necesidad de captar en forma temprana a estas pacientes y referirlas con premura a un hospital con servicio de medicina materno-fetal. <sup>(31, 32)</sup>

- Como podemos observar, aunque aún persiste la controversia entre la edad ideal para ser madre, hay múltiples estudios que demuestran que cuando el embarazo se presenta en los extremos de la vida representa más riesgos de morbi-mortalidad materno-fetal. De la bibliografía referida con anterioridad podemos resumir que la edad materna mayor a 35 años de edad representa un riesgo inminente de prematuridad y problemas respiratorios en el recién nacido. De aquí la importancia de considerar la edad de la madre como factor de riesgo para la alteración del requisito universal del presente estudio de caso. <sup>(33)</sup>

## **6.2 Recién Nacido Pretérmino**

Con base en NOM 007 tenemos las siguientes definiciones:

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

*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 (ANEXO III) y Ballard modificado. <sup>(34)</sup> (ANEXO IV)

Se estima que cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros en el mundo (antes de las 37 semanas de gestación), se estima que la prematurez afecta entre 5 y 10% de los nacimientos a nivel internacional. En México, el Instituto Nacional de Perinatología reporta una incidencia de prematurez de 19.7% que contribuye con 38.4% de muertes neonatales, por lo que se ubica como la primera causa de mortalidad perinatal. El Instituto Mexicano del Seguro Social reporta una frecuencia de prematurez de 8%, con cifras que van desde 2.8% hasta 16.6%. En el Hospital General de México, la incidencia de prematurez reportada fue 4.1%, con 2.8% de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). <sup>(35)</sup>

Dentro de las principales causas de nacimientos prematuros, se describen 12 grupos según las condiciones maternas, fetales o placentarias en orden de frecuencia son: causa desconocida (30%), preeclampsia (11,8%), embarazo múltiple (10,4%), infección extrauterina (7,7%), corioamnionitis (7,6%), sangrado de segundo y tercer trimestre del embarazo (6,2%), sospecha de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) (5,8%), sepsis perinatal (5,5%), sangrado temprano (4,8%), muerte fetal anteparto (3,7%), sufrimiento fetal (3,4%) y condición materna

grave (3,1%). Otras causas incluyen, rotura uterina, colestasis, enfermedades maternas de origen renal, hipertensión arterial crónica, obesidad, anemia, asma, enfermedad tiroidea, desnutrición, deficiencia de micronutrientes, diabetes crónica y gestacional, depresión y violencia contra la mujer; los tratamientos de fertilidad aumentan tanto el parto prematuro espontáneo. <sup>(36)</sup>

Las principales complicaciones que puede presentar un recién nacido prematuro son:

- **Síndrome de dificultad respiratoria (SDR)**
- Retinopatía del Prematuro (ROP)
- Apnea del prematuro
- Hemorragia intraventricular (HIV)
- Conducto arterial persistente (CAP)
- Enterocolitis necrozante (ECN)
- Ictericia del prematuro
- Anemia del prematuro
- Enfermedad pulmonar crónica o displasia broncopulmonar (DBP)
- Infecciones

La prematurez en México representa un gran reto, el cual se puede afrontar, utilizando medidas básicas como el uso de oxígeno adecuado, ventilación no invasiva, termorreguladores, control de la hiperbilirrubinemia neonatal, así como la aplicación de programas como mamá canguro y lactancia materna exclusiva. <sup>(37)</sup>

Las principales causas de mortalidad neonatal en México, durante 2012, se deben a la prematurez en un 28.8 por ciento; defectos al nacimiento en un 22.1 por ciento; infecciones en 19.5 por ciento, otras causas perinatales en 18.6 por ciento, e hipoxia y asfixia en un 11 por ciento.

En el INPer, cerca de 114 recién nacidos son menores de 28 semanas; 225 nacen entre las 28 y 31.6 semanas de gestación, y cerca de 700 niños son prematuros tardíos, según los reportes del año 2013.

- Podemos observar que la prematurez es un factor importante para que el recién nacido desarrolle SDR; dicho factor presente en el neonato del presente estudio de caso, ya que al nacimiento contaba con 31 semanas de gestación.

### **6.3 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**

#### **Introducción**

El Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) también conocido como enfermedad de membrana hialina (EMH), es la causa más común de insuficiencia respiratoria en el recién nacido pretérmino y con incremento en la severidad en los primeros dos días de vida, sin tratamiento puede ocasionar la muerte por hipoxia secundaria a insuficiencia respiratoria progresiva, los sobrevivientes generalmente presentan mejoría entre el tercer y cuarto día de vida. Es ocasionado por la inmadurez estructural y funcional pulmonar, asociada con una deficiencia del surfactante que tiene como función reducir la fuerza de tensión superficial de los alveolos, lo que condiciona un inadecuado intercambio gaseoso. <sup>(38)</sup> Las alteraciones funcionales características del SDR son disminución de la distensibilidad y disminución de la relación ventilación–perfusión. <sup>(39,40)</sup>

La incidencia varía de forma inversa con la edad gestacional de manera que afecta hasta el 60% de los menores de 28 SDG, 25% de los prematuros entre las semanas 30 a 32 y al 5% de los mayores de 34 SDG, con una mortalidad del 5 al 10% en menores de 1000 g de peso al nacimiento. Afecta a ambos sexos con discreto predominio en el género masculino, en caso de embarazo gemelar afecta con mayor frecuencia al gemelo dos.

La prevalencia es alrededor de seis veces mayor en hijos de madre diabética debido al retraso en la madurez pulmonar. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son determinantes del pronóstico a corto y largo plazo. <sup>(38)</sup>

## **Definición**

El SDR es una condición clínica caracterizada por la presencia de datos de dificultad respiratoria en el RN pretérmino, de inicio temprano y progresiva, secundaria a deficiencia total, parcial y/o cualitativa de surfactante pulmonar.

## **Embriología**

El desarrollo pulmonar inicia a las cuatro semanas de gestación, dividiéndose en cuatro periodos:

1. Seudoglandular
2. Canalicular
3. Sacular
4. Alveolar

Durante la fase Sacular, a partir de las 26 SDG se lleva a cabo el desarrollo de las células alveolares de tipo II (neumocitos) encargadas de la producción de surfactante, líquido rico en proteínas y fosfolípidos cuya función es disminuir la tensión superficial en la interfase aire-agua alveolar al nacimiento. Tras el nacimiento prematuro esta parte del desarrollo pulmonar se ve interrumpido con la consecuente deficiencia total o parcial de surfactante pulmonar y/o deficiencia de tipo cualitativo, es decir, presencia de surfactante no funcional secundario a la propia inmadurez metabólica u oxidación de proteínas secundaria a diversos factores como inflamación, entre otros. <sup>(41)</sup>

## **Fisiología**

El SDR tipo I se debe a un déficit de surfactante a nivel del epitelio alveolar, el surfactante es una sustancia lipoprotéica que se sintetiza y libera en el pulmón a medida que progresa la edad gestacional, tiene como función principal la reducción de la tensión superficial y permite de esta manera una adecuada dilatación de los alvéolos, evitando la atelectasia, que es la alteración anatomopatológica de la enfermedad.

La producción de surfactante, disminuye por factores como: el frío, acidosis, hipovolemia, hipotermia, hipoglicemia, hipoxemia, diabetes mellitus, isoimmunización Rh severa, asfixia, y post reperfusión. Así también, existen factores que aceleran su producción como uso de corticoides antenatales, recién nacidos con peso bajo para su edad gestacional o hipotróficos, hijos de madres toxémicas, y en pacientes con ruptura prematura de membranas (RPM).

Los recién nacidos con SDR pueden presentar edema pulmonar, que es una acumulación de agua y solutos en los espacios alveolares e intersticiales, cuando la acumulación excede la capacidad del intersticio, el líquido pasa a los alvéolos acompañado de proteínas; el pulmón se congestiona, el líquido distiende los linfáticos y la compliance pulmonar disminuye, dificultando el intercambio gaseoso.

Al entrar el aire a los pulmones permite que se desplace líquido, pero también disminuye la presión hidrostática de la circulación pulmonar e incrementa el flujo sanguíneo pulmonar, cerca del 10% del líquido pulmonar sale de los pulmones por los vasos linfáticos, los que a su vez drenan hacia el conducto torácico y de éste a la vena cava superior; condiciones que incrementan la presión de la microvasculatura pulmonar, como hipoxemia, asfixia, insuficiencia cardíaca y aquellas asociadas con concentraciones bajas de las proteínas plasmáticas, como es el caso del neonato prematuro, en donde puede disminuir el proceso de la

eliminación del líquido pulmonar, contribuyendo en algunas ocasiones al desarrollo del SDR. <sup>(42)</sup>

El surfactante es una compleja estructura de agregados macromoleculares de proteínas, fosfolípidos y carbohidratos, siendo el componente principal la fosfatidil colina, que representa el 70% de los lípidos, un 60% de ella en forma de dipalmitoil-fosfatidil-colina (DPPC), principal componente del surfactante para reducir la tensión superficial de la interfase aire - líquido alveolar.

Se han descrito cuatro proteínas asociadas al surfactante, SP-A, SP-B, SP-C y SP-D. La SP-A interviene en la secreción y reciclaje del surfactante y en la estabilización de la mielina tubular, aumentando su actividad.

También tiene un importante papel en las defensas del huésped. La SP-B aumenta la acción superficial de los fosfolípidos, facilitando su reciclado por los neumocitos tipo II. Su déficit causa un cuadro de dificultad respiratoria en el RN a término. La SP-C aumenta el reciclado de los fosfolípidos, habiéndose descrito una enfermedad pulmonar asociada a su déficit. La función de la SP-D no es bien conocida, pero su presencia facilita la rápida distribución del surfactante en la interfase aire - líquido.

Existen otras proteínas presentes en el lavado bronco-alveolar cuya función no se ha determinado con precisión. <sup>(43)</sup>

La deficiencia de surfactante conduce a un significativo descenso de la compliancia pulmonar con el consecuente incremento de la tensión superficial de las vías aéreas terminales, lo que interfiere con el intercambio de gases y requiere de grandes presiones de distensión para insuflar el alveolo, de acuerdo a la ley de Laplace: <sup>(38)</sup>

$$P = \frac{2t}{r}$$

P= presión

t= tensión superficial

r= radio

Esto se traduce en que a menor diámetro del radio del alveolo, la tensión superficial aumenta y se requiere presión mayor para vencer estas fuerzas.

Así mismo, se presenta una disminución de la capacidad residual funcional, producida por múltiples factores que interactúan entre sí y se potencializan, como son: el colapso alveolar, el desplazamiento del volumen del gas debido a la congestión vascular pulmonar, el edema intersticial, la ocupación de las vías aéreas por líquido proteináceo, los esfuerzos ventilatorios espontáneos que realiza el paciente, la inestabilidad de su pared torácica y por la incapacidad de producir un quejido espiratorio efectivo.

### **Cuadro Clínico**

El SDR se manifiesta en la clínica como un síndrome de dificultad respiratoria progresivo donde los primeros signos aparecen cerca de las 2 horas de vida, alcanzando el acmé entre las 12 y las 24 horas, ocasionando cambios progresivos a nivel histológico caracterizados por edema intersticial, exudación plasmática a los espacios aéreos, formación de membrana hialina. Estos cambios en la estructura pulmonar condicionan colapso alveolar al final de la espiración, disminución de la distensibilidad pulmonar así como la capacidad residual funcional e incrementa el espacio muerto, esto finalmente se traducirá en la expresión que caracteriza el cuadro clínico: dificultad respiratoria presentando con signos como:

- Taquipnea: como un intento por compensar los volúmenes corrientes pequeños mediante el incremento de la FR  $>60x'$ .
- Aleteo nasal: incrementa el área de sección transversal a nivel nasal y disminuye la resistencia de la vía aérea superior.

- Quejido: intento del recién nacido por producir una PEEP mediante la exhalación contra una glotis cerrada. Su propósito es mantener cierto grado de volumen alveolar de manera que el radio del alveolo sea mayor y la cantidad de trabajo respiratorio para expandirlo menor.
- Retracción: los músculos accesorios de la respiración se retraen para ayudar a vencer el incremento en la presión requerida para inflar los pulmones.
- Cianosis: reflejo de trastorno en la oxigenación cuando la Hb desoxigenada es mayor de 5 g/dl. <sup>(38)</sup>

## Diagnóstico

### *Pruebas de madurez pulmonar fetal*

En la etapa prenatal el diagnóstico puede aproximarse por medio de la evaluación de la madurez pulmonar del feto con diversos métodos de laboratorio.

*Relación lecitina-esfingomielina:* se debe obtener una relación 2:1 en la muestra de líquido amniótico para considerar que existe madurez pulmonar.- esta prueba tiene una sensibilidad del 95% y una especificidad de 67%.

*Fosfatidilglicerol.* Es una prueba cuantitativa con sensibilidad de 95% y especificidad de 50%. El resultado es positivo o con evidencia de madurez pulmonar cuando la concentración del fosfatidilglicerol es de 2 micromoles por litro, en virtud de que estas concentraciones no se logran en líquido amniótico antes de las 36 SDG. Esta prueba se ve afectada por la presencia de bacterias. <sup>(38)</sup>

## *Diagnóstico Radiológico*

El reconocimiento de las características radiológicas, favorece el diagnóstico adecuado y oportuno. El diagnóstico de SDR está basado en una combinación clínica, evidencia de prematuridad, gasometría con acidosis respiratoria e hipoxemia, exclusión de otras causas de SDR y hallazgos radiológicos.

El infiltrado reticular es consecuencia de atelectasias alveolares o puede ser, un componente de edema pulmonar. La silueta cardíaca puede ser normal o ligeramente aumentada de tamaño, se observa prominente en los RN asfixiados, en hijos de madres diabéticas, en los recién nacidos obtenidos por cesárea o porque está desarrollando falla cardíaca por ductus. Hay que hacer notar que estos hallazgos radiológicos no son exclusivos del SDR, ya que esta misma imagen puede encontrarse en neumonía por estreptococo del grupo B, aspiración de líquido amniótico, edema pulmonar y en el estadio inicial de la displasia broncopulmonar.

<sup>(44)</sup>

Los hallazgos radiológicos típicos incluyen: volumen pulmonar reducido (<8 espacios intercostales), broncograma aéreo, aumento de la vascularidad e infiltrado reticulogranular fino, difuso, homogéneo y bilateral. La clasificación radiológica comprende cuatro grados:

- Infiltrado reticulogranular con presencia de broncograma aéreo confinado a los bordes de la silueta cardiopulmonar claramente definidos.
- Infiltrado reticulogranular con broncograma aéreo periférico evidente que rebasa la silueta cardíaca y aumento en densidad pulmonar.
- Infiltrado reticulogranular con disminución leve de la radiotransparencia pulmonar y broncograma que rebasa la silueta cardíaca hasta la línea medio clavicilar.
- Opacidad total pulmonar con imagen de “vidrio despulido” sin presencia de broncograma aéreo y con borramiento de la silueta cardíaca.

### *Grados del síndrome de dificultad respiratoria (SDR):*

- Grado I: Se observa un infiltrado retículo-granular o esmerilado no intenso, pulmones poco aireados, volumen pulmonar reducido, el broncograma está presente, pero es mínimo y la silueta cardíaca tiene límites bien definidos.
- Grado II: Corresponde a un SDR moderado, el moteado o infiltrado es difuso y el broncograma aéreo es más nítido, llega a la línea medio-clavicular, la silueta cardíaca tiene bordes borrosos y volumen pulmonar reducido.
- Grado III: Incremento del grado II, el moteado más intenso y el broncograma alcanza la periferia del pulmón, silueta.
- Grado IV: Es una enfermedad grave, se observa una opacificación general o muy intensa de todo el pulmón, resulta imposible distinguir la silueta cardíaca, todo el pulmón está ocupado. <sup>(44)</sup>

### *Diagnóstico Gasométrico*

La gasometría muestra acidosis respiratoria con hipoxemia que rápidamente progresa hasta acidosis mixta. Estos datos aparecen dentro de las primeras 6 horas posteriores al nacimiento. <sup>(38)</sup>

Con un pH menor de 7.27, CO<sub>2</sub> mayor de 45 y O<sub>2</sub> menor de 50, requiere de ventilación mecánica. La acidosis metabólica también es indicativa de soporte ventilatorio. Durante la ventilación mecánica pueden permitir cifras elevadas de CO<sub>2</sub> (mayor de 45) sin cambios en su pH y con saturación mayor del 90%, así se minimiza la lesión pulmonar; una complicación frecuente en estos pacientes, se conoce como hipercapnia permisiva. <sup>(44)</sup>

### *Diagnóstico diferencial*

- Neumonías, más frecuente cuando hay antecedentes maternos de infección, corioamnionitis con RPM.
- Neumotórax.
- Taquipnea transitoria del RN o SDR tipo II.
- Cardiopatía congénita.
- Anomalías anatómicas del pulmón como hipoplasia o hernia diafragmática.
- Síndromes aspirativos (líquido amniótico).
- Insuficiencia cardíaca.
- Trastornos neurológicos como hemorragia intraventricular lesiones del nervio frénico. <sup>(42, 44)</sup>

### **Tratamiento**

#### Prevención

Es fundamental una adecuada atención prenatal para tratar de evitar la prematuridad.

*Corticosteroides prenatales:* toda mujer con amenaza de parto prematuro debe recibir al menos un esquema completo de esteroides prenatales entre la semana 23 a 35 de gestación, para disminuir el riesgo de muerte neonatal y la incidencia de SDR; limitando este efecto a las madres que recibieron la primer dosis de esteroides en los días 1 a 7 antes del nacimiento, además de modificar importantemente la necesidad de soporte respiratorio y admisión a UCIN.

La dosis de corticoesteroides consiste en:

- Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis.
- Dexametasona 6 mg intramuscular cada 12 horas por 4 dosis. <sup>(38)</sup>

### Reanimación en sala de partos

El tratamiento del síndrome parte de una adecuada estabilización en el momento del nacimiento.

Cada vez existen más estudios que cuestionan el uso generalizado de oxígeno al 100% en la reanimación neonatal.

Se debe disponer de mezcladores y monitorización de la saturación de oxígeno en sala de partos e intentar ajustar la concentración de oxígeno a administrar.

Para mejorar el reclutamiento alveolar se recomienda ventilación con PEEP en la sala de partos, iniciar CPAP precoz y tratar de mantenerla durante el traslado a la unidad de UCIN, evitando así el colapso alveolar.

### De soporte

- *Temperatura:* es necesario mantener al RN en un ambiente térmico neutro para disminuir las necesidades de oxígeno y el empeoramiento de la acidosis metabólica
- *Nutrición y administración de líquidos:* es fundamental un adecuado aporte nutricional sin sobrecarga excesiva de líquidos que empeore la situación respiratoria y contribuya a la aparición de otras complicaciones como el Ductus Arterioso Persistente (DAP) o la enfermedad pulmonar crónica (EPC). En general se suele mantener los primeros días entre 60 y 100 cc/kg/día en forma de alimentación parenteral. La vía enteral, en los casos de dificultad respiratoria importante, se debe posponer hasta su estabilización y mejoría (valorar el inicio de una enteral trófica cuando se encuentre hemodinámicamente estable).
- *Hemoglobina y hematocrito:* se debe evitar una anemia excesiva del pequeño que suponga un aumento de los requerimientos de oxígeno. Cuando la hemoglobina baje de 11 g/dl, precisando aporte de oxígeno

superior al 30%, se debe valorar la transfusión de un concentrado de hematíes a 10-15 cc/kg a pasar en dos horas.

- *Infeción:* un cuadro de neumonía neonatal o de sepsis puede ser indistinguible de un síndrome y, a su vez, una sobreinfección respiratoria puede empeorar drásticamente el pronóstico de estos pacientes. Por ello, en muchos casos, ante un cuadro de dificultad respiratoria progresiva desde el período neonatal inmediato, se inicia tratamiento empírico con antibioterapia de amplio espectro (tras recogida de bacteriología) hasta la llegada de cultivos negativos o se mantiene en función de la evolución clínica y analítica del paciente.
- *Monitorización:* se recomienda que el recién nacido prematuro se traslade a una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ante un cuadro de dificultad respiratoria progresiva que precisa oxigenoterapia y antes de que necesite otro tipo de soporte ventilatorio y/o vías centrales. Ante un cuadro de distrés respiratorio neonatal se debe monitorizar frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, oximetría de pulso, PO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> transcutánea (si se dispone de ella y el niño no es extremadamente inmaduro) y temperatura.

Asimismo se deben hacer controles gasométricos periódicos y radiológicos, tanto para control de vías centrales y posición de tubo endotraqueal si se precisa de éste, como para ver la evolución radiológica pulmonar.

- **Oxigenoterapia:** el objetivo primordial es mantener una adecuada oxigenación que permita una función tisular normal y prevenga la acidosis. Para ello se considera adecuado la administración de oxígeno a una concentración tal que consiga en el niño una presión arterial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) entre 50-70 mmHg (generalmente se correlaciona con una SatO<sub>2</sub> entre 85-93%). El gas administrado siempre debe ir húmedo y caliente para evitar lesionar el epitelio de las vías aéreas. Se deben hacer gasometrías periódicas que confirmen la ausencia de acidosis junto con una oxigenación y ventilación en límites admisibles.

- **Administración de surfactante:** el empleo del surfactante en el SDR neonatal es probablemente la medicación más ampliamente evaluada de las que se emplean en las unidades de UCIN. El surfactante mejora la oxigenación, disminuye el riesgo de escape aéreo y, lo que es más importante, disminuye la mortalidad por SDR neonatal en un 40%. <sup>(45)</sup>

El uso de surfactante exógeno ha cambiado en los últimos años, la aplicación de surfactante profiláctico solo está indicada para recién nacidos pretérmino (RNPT) <26 SDG, los RNPT de 28 SDG que no hayan recibido esteroide prenatal o aquellos <30 semanas de gestación que requieran intubación endotraqueal durante la reanimación, antes de tener la confirmación radiológica.

En los RNPT >26 sdg, <28 sdg o <34 sdg con factores de riesgo actualmente el tratamiento de primera elección es el uso de CPAP temprano, definido como el inicio inmediato cuando se presentan los primeros datos de dificultad respiratoria. El tratamiento de segunda elección cuando el CPAP no ha sido suficiente para potencializar el efecto del surfactante endógeno es la administración de surfactante exógeno.

El tipo de surfactante exógeno que se recomienda para el tratamiento del SDR es el surfactante de origen natural ya que ha demostrado lograr una reducción del requerimiento de oxígeno a las 6 horas y disminución del uso de dosis adicionales.

En los recién nacidos que requieran administración de surfactante exógeno, la ventilación mecánica puede evitarse con el uso de la técnica INSURE “intubar-surfactante-extubar a CPAP”, reduciendo la necesidad de ventilación mecánica y el desarrollo de Displasia Broncopulmonar (DBP). Se recomienda la extubación rápida (VM< 1h) y pasar a presión positiva continua nasal con CPAPN o VPPIN si el peso del paciente es >1500g., y en VNF si es <1500 g.)

Criterios para INSURE:

- Adecuado esfuerzo respiratorio
- PMVA <7
- PEEP 5
- FiO<sub>2</sub> ≤40%
- Gasometría arterial (pH > 7.25, PaO<sub>2</sub> >50mmHg, PCO<sub>2</sub> >40 y <55mmHg) y/o SO<sub>2</sub> entre 88-93%
- Considerar inicio de metilxantinas (cafeína) previo a la extubación o dentro de las primeras 6 horas posteriores a la misma.

Mantener en ventilación mecánica si requiere:

- PIP ≥24mmHg
- CPM ≥60mmHg
- FiO<sub>2</sub> ≥60% para mantener gasometría arterial (pH >7.25, PaO<sub>2</sub> <50mmHg, PCO<sub>2</sub> >55mmHg)
- Flujo 10 L/minuto
- Esfuerzo respiratorio irregular o apneas

Valorar reaplicación de surfactante exógeno 12 u 8 h dependiendo del tipo de surfactante. Posterior a la primera aplicación, se deberá aplicar a aquellos recién nacidos que cuenten con Rx compatible con SDR y que en CPAPN requieran FiO<sub>2</sub> >40%, o en VM requieran FiO<sub>2</sub> >30% y PMVA >7. <sup>(38, 46)</sup>

## **Complicaciones**

Es posible que se presenten complicaciones a largo plazo como resultado de la presencia de demasiado oxígeno, las altas presiones ejercidas sobre los pulmones, la gravedad de la enfermedad en sí misma o los períodos en que el cerebro u otros órganos no recibieron suficiente oxígeno.

Se puede acumular aire o gas en:

- El espacio que rodea los pulmones (neumotórax)
- El espacio en el tórax entre los dos pulmones (neumomediastino)
- El área entre el corazón y el delgado saco que lo rodea (neumopericardio)

Otras complicaciones pueden ser:

- Hemorragia intracerebral (hemorragia intraventricular en recién nacidos)
- Hemorragia intrapulmonar (algunas veces asociada con el uso de agentes tensioactivos)
- Coágulos de sangre debido a un catéter arterial umbilical
- Displasia broncopulmonar
- Retraso en el desarrollo mental y retardo mental asociado con sangrado o daño cerebral
- Retinopatía de la prematuridad y ceguera

### **Pronóstico**

La afección con frecuencia empeora durante 2 a 4 días después del nacimiento con un mejoramiento lento de ahí en adelante. Algunos bebés afectados por el síndrome de dificultad respiratoria grave morirán, aunque esto es poco común durante el primer día de vida. Si ocurre, generalmente sucede entre los días 2 y 7.

## VII.- PRESENTACIÓN DEL CASO

### 7.1 Descripción del caso.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	
<i>Agente de autocuidado</i>	Ch. H. Karla
<i>Semanas de gestación</i>	31 SDG
<i>Género</i>	Femenino
<i>Expediente</i>	302022
<i>Servicio</i>	UCIREN I
<i>Cuna</i>	8
<i>Fecha de Nacimiento</i>	11 Octubre 2015
<i>Peso al nacer</i>	1310 g.
<i>Fecha de Valoración</i>	27 Octubre 2015
<i>Días de vida extrauterina</i>	16 días
	33.2 SDEC (semanas de edad corregida)
<i>Peso actual</i>	1405 g.
<i>Grupo y Rh</i>	O +
<i>Diagnósticos médicos</i>	RNPT 31 SDG por Ballard Peso adecuado para la edad Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) Hijo de madre con edad materna de riesgo Síndrome Leucemoide transitorio del recién nacido Hiperbilirrubinemia multifactorial
<i>Etapas de desarrollo</i>	Vida Neonatal
<i>Déficit</i>	Alteración respiratoria Prematurez



Foto 2 <sup>(2)</sup>

## **7.2 Antecedentes Generales de la Persona**

Madre de 49 años de edad con grupo sanguíneo "A" Rh +, padre de 55 años se desconoce grupo sanguíneo.

Producto de la Gesta III con control prenatal e ingesta de hierro y ácido fólico a partir de la 4 SDG con 2 consultas médicas y 1 USG; a partir de la semana 20 ingresa al INPer para su continuidad con 15 consultas y 5 USG. Curso con IVU, así como infección vaginal tratada con óvulos (se desconoce nombre); presenta incompetencia ístmico cervical por lo que a las 22.5 SDG se realiza cerclaje.

FUM: 28-03-15, FPP 04-12-15.

El día 11-10-15 inicia ruptura de membranas a las 3:00 hrs aproximadamente, por lo que acude a las instalaciones del INPer, decidiendo interrumpir el embarazo por vía abdominal debido a prolapso de cordón y ruptura de membranas de más de 5 horas de evolución; se aplica anestesia (fentanil 200 mcg, atropina 0.6 mg, ditriban 150 mg, cisatracurio 10 mg), y siendo las 8:26 se extrae producto único vivo, género femenino con líquido amniótico claro con un volumen normal.

Producto que llora al nacer, se brindan pasos iniciales teniendo una FC > 100 latidos por minuto, con datos de dificultad respiratoria como tiraje intercostal, por lo que se decide colocación de CPAP.

<b>VALORACIÓN APGAR DEL RECIÉN NACIDO</b> (ANEXO V)				
SIGNOS	1 MINUTO DE VIDA		5 MINUTOS DE VIDA	
<b>Apariencia</b>	Acrocianosis	1	Acrocianosis	1
<b>Pulso</b>	>100 lpm	2	>100 lpm	2
<b>Gesticulación</b>	Estornudos y tos	2	Estornudos y tos	2
<b>Actividad</b>	Ligera flexión	1	Flexión general	2
<b>Respiración</b>	Llanto	2	Llanto	2
	Total= 8		Total= 9	

<b>VALORACIÓN DE SILVERMAN EN EL RECIÉN NACIDO</b> (ANEXO VI)		
SIGNOS	TOTAL = 1	
Aleteo nasal	Ausente	0
Quejido espiratorio	Ausente	0
Tiraje intercostal	Visible	1
Retracción esternal	Sin retracción	0
Disociación toracoabdominal	Sincronizado	0

- Edad gestacional: FUM= 28.1 SDG  
Ballard= 31.0 S
- Activo sin malformaciones aparentes.

<b>SOMATOMETRÍA</b> (ANEXO VII)	
Peso	1310 g. (percentil 10)
Talla	40.5 cm. (percentil 10)
Perímetro cefálico (PC)	28 cm. (percentil 10)
Perímetro torácico (PT)	25 cm.
Perímetro Abdominal (PA)	22 cm.
Perímetro Braquial (PB)	6.5 cm.
Segmento superior (SS)	24 cm.
Segmento inferior (SI)	16.5 cm.
Pie	5 cm.

- Aplicación de vitamina K dosis única de 1 mg. Vía intramuscular
- Profilaxis oftálmica, 2 gotas de cloranfenicol oftálmico en cada ojo como dosis única.

Pasa al servicio de UCIREN I, permanece en incubadora para control y mantenimiento de temperatura y durante su estancia hospitalaria se instalan diferentes tipos de ventilación Fase I como: CPAP, casco cefálico, puntas nasales y oxígeno indirecto.

Laboratorios

Los laboratorios disponibles en el expediente de Karla fueron:

1. Gasometría de cordón umbilical al nacimiento:

pH	7.21
PaCO2	54.6
HCO3	3
BE	-5.2
PaO2	21.5

2. Laboratorios del día 16-10-15 a las 8:30 hrs:

Gasometría	
pH	7.21
PaCO2	54.6
HCO3	17.18
BE	-5.2
PaO2	21.5

Biometría Hemática	
Hb	17.1
Plaquetas	120,000
Ret	11.03
Hto	48.3
Leuc	66,200

### Ultrasonido transfontanelar

Fecha	Resultado
12-October-2015	Dilatación ventricular izquierda
16- October-2015	Normal

### **7.3 Factores Básicos Condicionantes**

Nació el 11- 10 -2015 a las 8:26 hrs con 31 SDG, actualmente (27-10-15), con 16 días de vida extrauterina (33.2 SDEC). Es la segunda hija, no fue planeada pero si deseada; proviene de una familia nuclear – funcional, con una dinámica normal de acuerdo a Apgar familiar. <sup>(47)</sup> (ANEXO VIII)

Madre de 49 años con escolaridad de preparatoria incompleta, padre de 55 años con preparatoria terminada; nivel socioeconómico medio y profesan la religión católica. Vivienda propia de concreto con servicios básicos de urbanización.

La familia depende económicamente del padre ya que la madre se dedica al hogar, aparentemente sin toxicomanías. Actualmente la madre cuenta con seguro popular.

## 7.4 Factores del sistema familiar

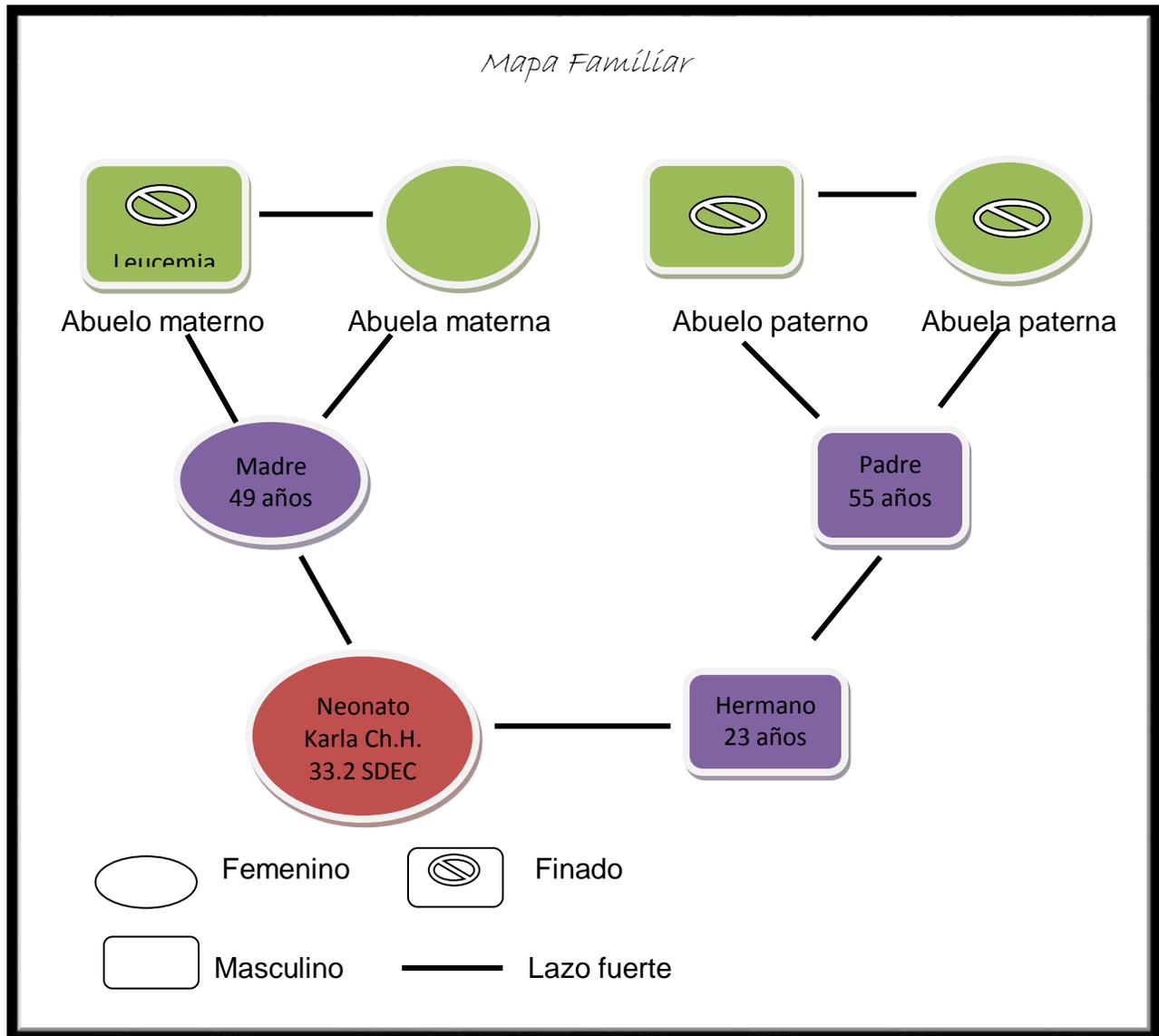


Diagrama 3 <sup>(3)</sup>

### Antecedentes Heredofamiliares

Línea Materna: Abuelo materno con Leucemia (finado)  
Abuela materna aparentemente sana

Línea Paterna: Ambos abuelos finados

### Antecedentes familiares no patológicos

Madre 49 años de edad, originaria DF, estado civil casada, escolaridad preparatoria incompleta, dedicada al hogar, con religión católica. Tatuajes y perforaciones negadas, tabaquismo, alcoholismo y/o drogas negados.

G 3, P 0, A 1 (1990, aborto incompleto), C 1 (1992, falta de progresión de parto); aparentemente sana, alérgica a trimebutina.

Padre 55 años, originario DF, estado civil casado, escolaridad preparatoria, ocupación empleado, religión católica. Tatuajes y perforaciones negados, tabaquismo, alcoholismo y/o drogas negados, aparentemente sano.

### Factores ambientales

Vivienda en área urbana, casa propia construida con material perdurable, paredes y techo de cemento; servicios básicos de urbanización (drenaje, luz, agua potable, teléfono, recolección de basura, alumbrado público, transporte público). Cohabitan en dicha vivienda 3 personas.

Zoonosis positiva (1 perro vacunado y desparasitado)

Disponibilidad y adecuación de recursos: recursos propios de la Institución durante la hospitalización; al egreso dependencia económica del padre.

## VIII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### **8.1 Valoración General Inicial**

Dicha valoración se realiza en el servicio de UCIREN I (INPER) del día 27 de Octubre 2015 con 16 días de vida extrauterina (33.2 SDEC), siendo las 7: 40 hrs, teniendo una temperatura ambiental de 22°C y una iluminación tanto artificial como natural.

Los signos vitales y Somatometría al momento de la valoración son:

FECHA: 27 Octubre 2015			
SOMATOMETRÍA (ANEXO IX)		SIGNOS VITALES	
Peso	1450 g. (percentil 10) Ganancia de 95 g. (7.2%) de su nacimiento a la fecha (ANEXO X)	Frecuencia cardiaca (FC)	120 lpm
Talla	41 cm. (percentil 10)	Frecuencia respiratoria (FR)	58-68 rpm
PC	28 cm (ligeramente por debajo del percentil 3)	Saturación de oxígeno (SO <sub>2</sub> )	87-92% Con O <sub>2</sub> a flujo libre
PT	25 cm.	Grupo y Rh	
PA	25 cm.	"O" Rh +	
PB	6.5 cm.		
SS	24 cm.		
SI	16.5 cm.		
PIE	5 cm.		

A la inspección, observamos recién nacida en incubadora a una temperatura de 30.2°C y humedad del 30%, con iluminación y ruido constantes por arriba de los 45 dB (decibeles) recomendados para una Unidad de Cuidados Intermedios al Recién Nacido (UCIREN). <sup>(48, 49)</sup>

A la exploración cefalocaudal encontramos:

<b>Exploración Cefalocaudal</b>	
<b>PIEL</b>	Íntegra, rosada, turgente e hidratada
<b>CABEZA Y CARA</b>	<p>Normocefalo con PC= 28 cm., fontanela bregmática normotensa y pulsátil de 2.5 x 1.5 cm., fontanela lamboidea puntiforme de 0.8 cm.; cabello con implantación normal, delgado, lacio y escaso en cantidad.</p> <p><u>Ojos</u>: limpios y simétricos con esclerótica blanca, pupilas centrales con reacción normal a la luz, conducto lacrimal sin secreciones, parpadeo simétrico con reflejo palpebral presente y normal. Adecuada apertura y cierre ocular, así como movimientos oculares normales; cejas y pestañas presentes y normoimplantadas. Presencia de leve edema palpebral bilateral.</p> <p><u>Oídos</u>: orejas simétricas normoimplantadas sin apéndices y conducto auditivo permeable. Respuesta a estímulo auditivo presente. Pabellón auricular simétrico e íntegro.</p> <p><u>Nariz</u>: simétrica, narinas permeables con <b>escasa secreción blanquecina y ligero aleteo nasal.</b></p>

CABEZA Y CARA	<p><u>Boca</u>: simétrica y alineada; labios íntegros, rosados e hidratados. Paladares duros y blandos íntegros; lengua alineada con adecuada movilidad, frenillo normal, encías rosadas e íntegras. Presencia de escasa secreción blanquecina. Permeabilidad esofágica; reflejos de búsqueda presentes.</p> <p>Lengua y úvula de aspecto y forma normal.</p> <p><b>Reflejos de succión y deglución presentes aunque débiles con agotamiento a la alimentación de recuperación moderada. Regular apego al seno materno (LATCH=6), complementado con sonda orogástrica (22 ml) por presenta cansancio y desaturaciones.</b></p>
CUELLO Y HOMBROS	<p>Cuello cilíndrico, simétrico y con movilidad normal sin presencia de masas anexiales. Tráquea alineada; clavículas íntegras y uniformes.</p>
TÓRAX	<p>Simétrico, con forma de barril y con un perímetro de 25.5 cm., normoexpansible con presencia de glándulas mamarias normales y pezón formado. Campos pulmonares ventilados con <b>ligero tiraje intercostal (Silverman Andersen= 1)</b> y FR de 58 – 68 rpm.</p>
CARDIOVASCULAR	<p>FC 120 lpm con ruidos cardíacos rítmicos, audibles y normales en los 4 focos.</p> <p>Pulsos femoral y braquial palpables con adecuada amplitud.</p>

<p style="text-align: center;">ABDOMEN</p>	<p>Abdomen cilíndrico, blando, depresible sin presencia de masas anexiales, con un PA=25 cm. Peristalsis presente y audible. Sin visceromegalias y cicatriz umbilical sin datos de infección. A la percusión abdomen timpánico, canalizando gases adecuadamente. Perímetro abdominal entre 25 preprandial y 26 cm postprandial.</p>
<p style="text-align: center;">GENITALES</p>	<p>Fenotípicamente femeninos con labios mayores y menores formados adecuadamente, meato urinario y orificio vaginal visibles, labios menores prominentes con ligera salida de flujo blanquecino.</p> <p>Ano central y permeable, sin alteraciones visibles. Orina clara y heces amarillas de consistencia pastosa.</p>
<p style="text-align: center;">DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL</p>	<p>En decúbito dorsal con posición libremente escogida. Integridad cutánea y simetría de pliegues glúteos. Columna íntegra y alineada</p>
<p style="text-align: center;">CADERA</p>	<p>Simétrica e íntegra, Ortolani y Barlow negativos.</p>
<p style="text-align: center;">EXTREMIDADES</p>	<p>Identificada con brazalete en miembro torácico derecho con datos completos y visibles.</p> <p>Tono muscular normal con movimientos de flexión, extensión, aducción y abducción presentes y normales; extremidades simétricas con pulsos radiales y femorales palpables y sincrónicos; movilidad articular adecuada.</p>

ESTADO NEUROLÓGICO	<p>Reflejos primarios normales. (ANEXO XI)</p> <p><b>Periodos largos de estado de alerta acompañados de irritabilidad y llanto con una valoración en la escala de Brazelton Estado 6 durante los turnos matutino y vespertino y Brazelton 5 durante el turno nocturno.</b> <sup>(50, 51)</sup> (ANEXO XII)</p> <p><b>Estado de sueño no profundo y breve de 30 minutos a 1 hora de duración,</b> insuficientes de acuerdo al patrón de sueño que debe tener un recién nacido prematuro. <sup>(52)</sup></p>
-----------------------	---

## **8.2 Valoración por Requisitos Universales**

### **1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE: ALTERADO**

Frecuencia respiratoria (FR): 58-68 x', Saturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub>): 87-92%, Silverman Andersen (SA): 2 puntos a expensas de tiraje intercostal y ligero aleteo nasal; presencia de escasas secreciones blanquecinas en boca y nariz. Con Fase I de ventilación con oxígeno en puntas nasales a un flujo de 4 litros por minuto (lpm), FiO<sub>2</sub> 21-25%, humedad del 100% y temperatura de 35.5°C

### **2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA: NORMAL**

Piel y mucosa oral hidratadas, fontanela bregmática normotensa y pulsátil de 2.5 x 1.5cm, fontanela lambdaideia puntiforme de 0.8 cm, con presencia de leve edema palpebral bilateral.

Alimentación mixta: seno materno y por SOG 5 Fr con leche especial para prematuro (LEPP) 22 ml cada 3 horas (125ml/Kg/día= 176 ml por día + seno materno). <sup>(53)</sup>

### **3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS: ALTERADO**

Patrón de succión inmaduro <sup>(38)</sup> (ANEXO XIII) con reflejos de succión – deglución – respiración presentes y coordinados aunque débiles; agotamiento a la alimentación de recuperación moderada con O<sub>2</sub> en puntas nasales a un flujo de 4 litros por minuto (lpm), FiO<sub>2</sub> 21-25%, humedad del 100% y temperatura de 35.5°C. Alimentación al seno materno complementado con LEPP con sonda orogástrica (SOG) 5 French (Fr) ya que presenta cansancio y desaturaciones de recuperación moderada hasta un 82 % de saturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) durante la lactancia.

### **4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y LOS EXCREMENTOS: NORMAL**

Genitales femeninos sin alteraciones con meato y orificio vaginal visibles, ano permeable. Orina clara de 4-6 veces en 24 horas y heces amarillas de consistencia pastosa de 5-7 veces al día.

### **5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO: ALTERADO**

Iluminación y ruido constante (que sobrepasa los 45 dB). Periodos de irritabilidad y llanto, estado de sueño no profundo y breve de 30 minutos a 1 hora de duración (periodos largos de estado de alerta), con Estado 6 en la escala de Brazelton durante el turno matutino y vespertino y estado 5 en el turno nocturno. <sup>(50, 51)</sup>

## **6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN HUMANA: ALTERADO**

Cargada por ambos padres con técnica canguro (padre 10 minutos y madre 20 minutos aproximadamente durante la visita matutina y vespertina), pero tanto el padre como la madre muestran y expresan miedo al cargar a su hija, por lo que de ser posible lo evitan y muestran timidez al hablarle a su hija.

## **7. PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA Y DESARROLLO HUMANO: NORMAL**

Manejo con procedimientos invasivos tales como SOG 5 Fr. para alimentación, termorregulación en incubadora, manipulación por personal de salud en cada uno de los 3 diferentes turnos y de sus padres durante la visita. Aún sin inicio de esquema de vacunación correspondiente a su edad.

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

Actualmente el neonato ha ganado 95g. de peso (si consideramos la pérdida ponderal inicial del 15% aproximadamente y la ganancia posterior de 16-18 o 20-30 g., el incremento se encuentra dentro de parámetros normales con un aproximado de 18 g. por día); <sup>(54)</sup> normocefalo, con adecuada implantación de cabello en escasa cantidad, cara simétrica, con movimientos faciales normales, mamas y axilas simétricas sin presencia de masas; reflejos primarios presentes y adecuados. Visita diaria por ambos padres.

### 8.3 Esquema Metodológico basado en la Teoría de Orem

ETAPA DE DESARROLLO  
Neonatal

- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES ALTERADOS
- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire**
  - Mantenimiento de un aporte suficiente de agua
  - Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos**
  - Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excretas
  - Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**
  - Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana**
  - Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**
  - Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

AGENCIA DE AUTOCUIDADO  
Agente de cuidado dependiente: en vías de desarrollo

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO ANTE UNA DESVIACIÓN DE SALUD.

- Busca y asegura ayuda médica**
- Es consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos**
- Realiza eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas**
- Tiene conciencia de los efectos molestos o negativos de la terapéutica realizada y prescrita por el médico**
- Modificación del autoconcepto
- aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos

Los padres acuden a control prenatal para asegurar el bienestar de su hija al nacer, son conscientes del estado de salud actual del neonato y buscan asegurar la protección del mismo y el bienestar familiar. Manifiestan dudas sobre el cuidado del recién nacido y tienen disponibilidad para adquirir y mejorar hábitos saludables para el mismo.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN  
RNPT 31 SDG + Síndrome de dificultad respiratoria

SISTEMAS DE ENFERMERÍA  
Totalmente compensatorio (TC)  
Apoyo-educación (AE)

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES	
Edad	16 días de vida, 33.2 SDEC
Escolaridad	Madre de 49 años con preparatoria incompleta y padre de 55 años con preparatoria terminada
Residencia	Vivienda propia de concreto con servicios básicos de urbanización en la cual cohabitan 3 personas
Sistema familiar	Es la segunda hija de una familia nuclear-funcional; el padre trabaja como empleado y es el sostén económico, la madre se dedica al hogar.
Factores socioculturales	Nivel socioeconómico medio
Patrón de vida	Neonato con un peso al nacimiento de 1310 g., talla de 40.5 cm., hemotipo O+, registro 302022, en el servicio de UCIREN I cuna 8
Estado de salud	Delicado reservado a evolución
Sistema de salud	La madre cuenta con Seguro Popular por lo cual asiste al INPer para control prenatal y resolución del embarazo de alto riesgo

EXPOSICIÓN A RIESGOS

- Menor crecimiento postnatal.
- Compromiso en el desarrollo intelectual.
- Infección
- Hemorragia Intraventricular
- Termorregulación ineficaz
- Abandono de lactancia materna por separación del binomio madre-hijo.

#### **8.4 Jerarquización de Requisitos con Déficit de Autocuidado.**

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

Diagnóstico de Enfermería Real: Alteración de un aporte suficiente de aire relacionado con (R/C) inmadurez pulmonar manifestado por (M/P) taquipnea, tiraje intercostal, aleteo nasal leve (SA=2).

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

Diagnóstico de Enfermería Real: Transferencia ineficaz de leche humana R/C patrón de succión inmaduro M/P agotamiento y patrón de succión, la deglución y la respiración débiles y un LATCH de 6.

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

Diagnóstico de Enfermería Real: Alteración en el patrón del sueño R/C factores ambientales M/P agitación, irritabilidad, llanto y periodos largos de estado de alerta durante el turno matutino y vespertino con estado 6 en la escala de Brazelton y durante el turno nocturno estado 5.

##### ***Requisito 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.***

Diagnóstico de Enfermería Real: Interrupción del vínculo materno-filial R/C estancia hospitalaria M/P interacción intermitente entre el neonato y sus padres.

Diagnóstico de Enfermería Real: Déficit de conocimientos en el cuidado parental R/C nacimiento prematuro M/P miedo y angustia al cargar a su hija.

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

*Diagnóstico de Enfermería de Riesgo:* Riesgo de multiplicación de microorganismos patógenos R/C procedimientos invasivos

## 8.5 PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 16 días (33.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 27- 10 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Alteración de un aporte suficiente de aire (R/C) inmadurez pulmonar (M/P) taquipnea, tiraje intercostal, aleteo nasal leve (SA=2)		
<b>Objetivo:</b> Favorecer el correcto aporte de oxígeno y mejorar la ventilación pulmonar		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
Prescripción del cuidado	Tratamiento Regulador	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo respiratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</li> <li>• Valoración de Silverman Andersen por razón necesaria.</li> <li>• Colocar al neonato en posición prona o ventral, bajo supervisión estricta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La respiración es un proceso autónomo vital para los seres vivos, por lo que si ésta se ve afectada, afectará a todos los sistemas del organismo, especialmente al digestivo, nervioso, cardiovascular y muscular provocando por lo tanto daño cerebral, cardíaco o la muerte. <sup>(55)</sup></li> <li>• El Test de Silverman- Anderson evalúa la dificultad respiratoria del recién nacido. Es recomendable que se pase al niño dentro de la primera hora de vida y dentro de la primera media hora de vida en los neonatos pretérmino, con alguna dificultad respiratoria, aspirado de líquido en el parto, etc. Con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 10, a mayor puntuación peor es la dificultad respiratoria, los recién nacidos que nazcan con una puntuación entre 7 y 10 puntos precisaran de algún tipo de soporte respiratorio.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recién nacido con 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.</li> <li>- Recién nacido con 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.</li> <li>- Recién nacido con 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada. <sup>(56, 57)</sup></li> </ul> </li> <li>• Se ha demostrado que la postura en decúbito prono tiene muchas ventajas para los recién nacidos prematuros ya que puede mejorar la función respiratoria en los neonatos con dificultad respiratoria aguda. Sin embargo, se debe realizar una monitorización cardiorrespiratoria continua, debido a la asociación del decúbito prono con la muerte súbita del recién nacido. <sup>(58)</sup></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Oxigenoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar aparición de cianosis central</li> <li>Monitorización de signos vitales y oximetría de pulso, manteniendo SaO<sub>2</sub> entre 88-92%</li> <li>Ministración de O<sub>2</sub> por puntas nasales a un flujo de 4 litros por minuto (lpm), FiO<sub>2</sub> 21-25%, humedad del 100% y temperatura de 35.5°C.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La coloración azulada de la piel es causada por la presencia de sangre desoxigenada en la red de capilares. Puede ser fisiológica hasta 20 minutos después del nacimiento por uso transitorio de los canales fetales y la presencia de hemoglobina fetal y posteriormente a este período implica una manifestación de grave patología cardíaca o pulmonar. <sup>(59)</sup></li> <li>Los signos vitales son mediciones de las funciones más básicas del cuerpo y la oximetría de pulso es un método no invasivo que permite la estimación de la saturación de oxígeno de la hemoglobina arterial y también vigila la frecuencia cardíaca y la amplitud del pulso; por lo que a través de ellos podemos detectar o monitorizar problemas de salud que pongan en peligro la vida, brindando un tratamiento oportuno y evitando así complicaciones. <sup>(60)</sup></li> </ul> <p>Rangos Normales en el recién nacido prematuro son: Frecuencia cardíaca: 120 – 160 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 40 – 60 respiraciones por minuto. Temperatura corporal: No hay consenso entre distintos autores de cuál es la temperatura corporal normal del recién nacido, pero hay acuerdo que los valores entre 36°C a 36,5°C se considera normal en un recién nacido pretérmino. Tensión arterial: No hay consenso sobre cuál es la tensión arterial normal de un recién nacido, hay tablas que datan de más de 20 años (año 1981) y no incluyen a los recién nacidos muy pequeños. <sup>(61)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las puntas nasales (PN) son un dispositivo utilizado para administrar oxígeno de manera directa en las narinas del RN, con la finalidad de incrementar la presión parcial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) con flujos bajos. pueden ser utilizadas como soporte ventilatorio en los prematuros menores de 1,500 g y se consideran efectivas para la administración de oxígeno. Estudios recientes señalan como beneficios adicionales en prematuros la mejoría de la capacidad residual funcional y disminución del trabajo respiratorio. <sup>(62, 63)</sup></li> </ul>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprobar periódicamente el dispositivo de flujo de O<sub>2</sub> asegurando la concentración prescrita.</li> <li>• Verificar la eficacia de la oxigenoterapia mediante la oximetría de pulso continua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clínicamente la toxicidad del oxígeno en el período neonatal se puede ver reflejada en tres patologías relevantes, la displasia broncopulmonar (DBP) o enfermedad pulmonar crónica, la retinopatía del prematuro (ROP) y la encefalopatía hipóxico-isquémica. <sup>(62)</sup></li> <li>• Estudios aleatorizados, controlados y enmascarados para la saturación de oxígeno arterial han demostrado cómo los rangos bajos de saturación (85-89%) producen mayor mortalidad y enterocolitis necrosante que los rangos elevados (91-95%). En cambio, los rangos elevados producen mayor incidencia de retinopatía de la prematuridad. Se recomienda una extremada vigilancia del cumplimiento de los rangos establecidos para evitar excesivas fluctuaciones de la SatO<sub>2</sub>. <sup>(63)</sup></li> </ul>
<p><b>Control de Casos:</b> Mejora el patrón respiratorio con el uso de Oxígeno por puntas nasales, aunque aún se mantiene comprometido debido a la inmadurez pulmonar.</p>		

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 16 días (33.2 SDEC)		<b>Género:</b> Femenino
		<b>Fecha:</b> 27- 10 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Transferencia ineficaz de leche humana R/C patrón de succión inmaduro M/P agotamiento y patrón de succión, deglución y respiración débiles.		
<b>Objetivo:</b> Lograr una transferencia eficaz de leche humana y favorecer la madurez del patrón de alimentación del neonato		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
<b>Prescripción del Cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentación por SOG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavado de manos</li> <li>Colocar SOG calibre 5 Fr con técnica aséptica</li> <li>Brindar alimentación por gavaje con LEPP a razón de 22 ml. cada 3 horas para 20-30 minutos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La higiene de las manos es la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Todo profesional o dispensador de servicios de atención sanitaria, o cualquier persona que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente, debe mantener la higiene de sus manos y saber cómo hacerlo correctamente en el momento adecuado; para ello se debe de considerar los 5 momentos del lavado de manos. <sup>(64)</sup> (ANEXO XIV)</li> <li>El instalar una sonda de alimentación (tubo plástico pequeño y suave) a través de la boca para suministrar alimentación y medicamentos hacia el estómago permite brindar un suministro de los nutrientes necesarios hasta que el bebé pueda tomar alimento por vía oral. <sup>(65)</sup></li> <li>La alimentación por gavaje no es más que la introducción de alimentos líquidos o licuados por una sonda que pasa a través de las fosas nasales o por la boca hasta el estómago. <sup>(66)</sup> Un aspecto a <i>considerar es el tiempo de administración del alimento por gravedad, es decir, en bolo</i>. La capacidad gástrica de los recién nacido prematuro es limitada y el vaciado gástrico lento. Cuando se alcanza la cantidad máxima de aporte enteral la administración rápida puede producir distensión gástrica, dificultad respiratoria, regurgitación y en ocasiones apnea. En estos casos es preferible administrar el bolo en un tiempo más fisiológico, similar a la duración de una toma (20 – 30 minutos).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar tolerancia enteral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrigar la sonda con 1 cc. de agua posterior a la alimentación.</li> <li>• Colocar al neonato en decúbito dorsal o lateral derecho.</li> <li>• Verificar presencia de residuo gástrico antes de dar la toma de leche si es necesario.</li> <li>• Medir perímetro abdominal pre y postprandial.</li> </ul>	<p>También hay que considerar la posibilidad de dar tomas de menor volumen pero más frecuentes (por ejemplo 12 al día).<sup>(67)</sup> A partir de las 34 semanas de edad gestacional se logra un mecanismo óptimo de deglución, ya que comienza el desarrollo de una coordinación adecuada entre la succión, deglución y respiración.<sup>(68)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Después de desconectar la SOG o al término de la alimentación en caso de sonda a permanencia, se deberá <i>realizar lavado de la sonda con 1 ml de agua</i> para evitar la obstrucción de la SOG así como la proliferación de microorganismos.<sup>(67)</sup></li> <li>• El vaciamiento gástrico mejora en gran medida si se coloca al neonato en la posición prona o en decúbito lateral derecho, en comparación con la posición supina; pero se deberá tener en vigilancia estrecha por los riesgos de muerte súbita que conllevan ambas posiciones.<sup>(69)</sup></li> <li>• Aunque el residuo gástrico (RG) se ha usado como guía clínica para valorar el progreso (o no) de la alimentación en los neonatos pretérmino con menos de 32 semanas, suelen tener residuos gástricos «fisiológicos» durante las primeras dos semanas de vida, y éstos tienen relación con la maduración del tracto digestivo y no son signo de intolerancia alimentaria. Por otro lado, el RG en estos bebés normalmente es lechoso o verde; es por esta razón que en estos niños la observación de los RG se debe hacer en cada 2-3 tomas de leche, para verificar la posición de la sonda orogástrica, pero no se recomienda medir rutinariamente el RG y el perímetro abdominal (PA) como guía para decidir cambios en el volumen de alimento en estos neonatos que no tengan otro signo de intolerancia, como vómitos frecuentes y abundantes, con aumento progresivo del PA, la presencia de sangre en heces o la ausencia de defecación.</li> </ul>
--	--	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el patrón de alimentación y reflejos orales en el neonato.</li> <li>• Alimentación al seno materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios orofaciales u oromotores en el neonato. (ANEXO XV)</li> <li>• Vigilar LATCH (ANEXO XVI)</li> </ul>	<p>Sin embargo, para decidir el progreso de la alimentación se debe considerar el volumen, el aspecto del RG, la condición clínica del neonato y la presencia de signos abdominales anormales. <sup>(69)</sup></p> <p>Hasta hace unas décadas, si un neonato pretérmino con muy bajo peso al nacer había aumentado su perímetro abdominal (PA) en más de 2 cm, se suspendía la alimentación por vía enteral, sin embargo, recientemente se ha reportado que el perímetro puede aumentar en ellos de 2 a 3cm sin que sea por alguna enfermedad gastrointestinal, por lo que se recomienda en los neonatos valorar su estado general y la presencia de otros signos abdominales antes de poner en ayuno al bebé. <sup>(69)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El neonato prematuro presenta reflejos oromotores inmaduros, por lo que es importante una asistencia, evaluación y tratamiento oportuno, con el fin de minimizar las secuelas, como alteraciones de habla, alimentación (manejo de distintas consistencias), entre otras que podría generar esta condición. <sup>(70)</sup></li> <li>• Una vez que el recién nacido esté listo para iniciar la alimentación con lactancia materna será indispensable que tenga una succión adecuada, ya que esta estimula las terminales nerviosas que desencadenan un proceso hormonal, el cual finaliza en la producción de leche. <sup>(65)</sup></li> </ul> <p>La escala LATCH consta de 5 elementos que evalúan a su vez cinco aspectos relevantes para el estudio; a cada uno de estos se le da una puntuación de 0 a 2, según sea más o menos favorable. La suma total puede ser como máximo 10 puntos y su objetivo principal es medir la eficacia de la intervención de los profesionales en el proceso de la lactancia materna. <sup>(71, 72)</sup></p>
<p><b>Control de Casos:</b> Actualmente el recién nacido se mantiene con una alimentación mixta, se inicia cada 3 horas con seno materno para estimular la succión y con ayuda de oxígeno indirecto. Al presentar fatiga se complementa la alimentación con SOG.</p>		

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 16 días (33.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 27– 10 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Alteración en el patrón del sueño R/C factores ambientales M/P agitación, irritabilidad, llanto y periodos largos de estado de alerta durante el turno matutino y vespertino con estado 6 en la escala de Brazelton y durante el turno nocturno estado 5.		
<b>Objetivo:</b> Lograr un adecuado patrón del sueño para el recién nacido		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo mínimo</li> <li>• Favorecer el descanso y recuperación del neonato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer horas contacto</li> <li>• Colocar rótulos alusivos al silencio en la entrada.</li> <li>• Protección fotoacústica</li> <li>• Evitar la manipulación innecesaria</li> <li>• Evitar ruidos fuertes o conversaciones en voz alta</li> <li>• Disminuir el volumen de alarmas, teléfonos, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El feto inicia su vida en el útero materno, el cual es un medio ambiente que modula todos los estímulos que actúan sobre él mientras transcurre su desarrollo. Este medio ambiente intrauterino se caracteriza por ser un ambiente líquido, tibio, oscuro, que proporciona contención y comodidad, además de los nutrientes y hormonas necesarias para el desarrollo normal del niño en formación. Una vez que el nace se enfrenta a múltiples cambios que aunados a alguna alteración como el SDR, puede conllevar a complicaciones y alteraciones del sueño. El disminuir todos aquellos factores que alteren al recién nacido en cualquiera de sus cinco sentidos, favorece que este se mantenga tranquilo, mejorando su patrón respiratorio y por ende logre tener un sueño adecuado y reparador que se verá reflejado en la mejoría de su estado de salud y disminución de complicaciones. <sup>(73)</sup></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener al recién nacido dentro del nido de contención.</li> <li>• Cambios posturales (prona y decúbito lateral).</li> <li>• Establecer hora penumbra</li> </ul>	<p>La interrupción del sueño equivale a una agresión que provoca alteración fisiológica y psíquica, y que demanda tiempo, oxígeno y calorías para su recuperación, por eso es muy importante la intervención de un número reducido de personas en su atención.</p> <p>Brindar confort mediante nido y cambios de posición. La prono es la ideal ya que permite la flexión, facilita el encuentro con la línea media, estabiliza la vía aérea, facilita la normotermia, ya que la superficie expuesta es menor, y evita la presión intracraneal, semejando la posición in utero. <sup>(74)</sup></p>
<p><b>Control de Casos:</b> Se han logrado disminuir en la más posible los factores ambientales y lograr que el personal a su cuidado tenga en cuenta el manejo mínimo del paciente, logrando así que incrementen los periodos de sueño y el neonato se encuentre menos irritable.</p>		

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 16 días (33.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 27– 10 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> 1. Interrupción del vínculo materno-filial R/C estancia hospitalaria M/P interacción intermitente entre el neonato y sus padres. 2. Déficit de conocimientos en el cuidado parental R/C nacimiento prematuro M/P miedo y angustia al cargar a su hija.		
<b>Objetivo:</b> Lograr fortalecer el vínculo entre padres e hija		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Apoyo - Educación		
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer el vínculo afectivo entre padres y recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responder amablemente todas las dudas que los padres tengan sobre el cuidado de su hija.</li> <li>Motivar a los padres a tocar y cargar a su hija de manera adecuada.</li> <li>Promover la lactancia materna y/o la extracción de leche humana.</li> <li>Incluir a ambos padres en los cuidados del recién nacido (baño, higiene, alimentación, etc.).</li> <li>Terapia afectiva por el personal de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Una orientación adecuada por parte del médico sobre el estado de salud del recién nacido y una por parte del personal de enfermería sobre los cuidados que requiere, favorece que disminuya el estrés y miedo en los padres hacia lo desconocido, logrando una mejor interacción y reforzamiento del vínculo entre padres e hija. <sup>(75)</sup> Los servicios de terapia intermedia para los recién nacidos son lugares de acceso restringido, por lo que los padres solo pueden visitar, acariciar y hablar a su hijo durante unos cuantos minutos al día; es por ello que el personal de enfermería juega un papel fundamental en brindar atención, cuidados y cariño durante el resto del tiempo por ser quién se encuentra más apegada al neonato. El que un neonato sea estimulado verbal y físicamente por la enfermera estimula su desarrollo y favorece su estado de salud y más aún cuando los cuidados son brindados con paciencia y cariño. <sup>(73)</sup></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer el método madre canguro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permitir que ambos padres tengan contacto piel a piel con su hija durante la visita a su hija.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sobrevida creciente en recién nacidos prematuros presenta varios dilemas a la salud materno- infantil; entre otras cosas porque estos niños deberán permanecer hospitalizados por un período prolongado. Además, con el desarrollo tecnológico y el uso de equipos cada vez más sofisticados, la participación materna es casi nula, lo que atenta contra el restablecimiento del vínculo y el apego del binomio madre hijo. La prematuridad es uno de los índices más predictivos e importantes de la mortalidad infantil por su asociación al mayor riesgo de morbilidad, mortalidad y secuelas neurológicas. De ahí el reto de los médicos pediatras, obstetras y enfermeras en implementar tecnologías apropiadas para lograr una atención de mejor calidad y oportuna que repercutirá en la disminución de morbimortalidad perinatal. El método “madre canguro” se define como el contacto piel a piel entre una madre y su recién nacido. Este método se fundamenta en el protagonismo de la madre capaz de brindarle calor humano, amor, lactancia materna exclusiva y garantizarle no sólo beneficios nutricionales, sino inmunológicos y afectivos. El método ofrece la oportunidad de que el recién nacido "vuelva a reencontrarse" con todos aquellos estímulos prenatales de forma natural, evitando en todo momento la separación con su madre. <sup>(76)</sup></li> </ul>
<p><b>Control de Casos:</b> Una vez que se orienta a los padres sobre la manera adecuada en que deben acercarse al recién nacido y los cuidados que deben tener para no interferir en su tratamiento, se logra un mayor vínculo en las visitas posteriores, disminuyendo así la agitación en el recién nacido y el miedo y angustia en los padres.</p>		

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 16 días (33.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 27- 10 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Riesgo de multiplicación de microorganismos patógenos R/C procedimientos invasivos		
<b>Objetivo:</b> Disminuir el riesgo de ser invadido por organismos patógenos		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
<b>Prescripción del Cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenir el Riesgo de Infección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lavado de manos del personal en los 5 momentos.</li> <li>Capacitar a los padres sobre el adecuado lavado de manos antes de tocar a su bebé durante la visita.</li> <li>Uso de guantes y técnicas adecuadas de asepsia y antisepsia al realizar procedimientos</li> <li>Observar signos y síntomas de infección sistémica o localizada.</li> <li>Monitorización de signos vitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria suponen una gran carga de enfermedad y tienen un importante impacto económico en los pacientes y los sistemas sanitarios de todo el mundo debido a la presencia de infecciones Nosocomiales; por lo que una adecuada higiene de las manos es fundamental para reducir las tasas de morbilidad hospitalaria. <sup>(77)</sup> El realizar técnicas adecuadas (asepsia) mediante el uso de sustancias químicas que inhiben o reducen el crecimiento de microorganismos patógenos (antisepsia) tienen una gran repercusión en el estado de salud de nuestros pacientes, disminuyendo así el riesgo de que sean portadores de alguna enfermedad o infección nosocomial que ponga en riesgo su vida. <sup>(77)</sup> Los signos vitales son la medición de las funciones básicas del cuerpo, los cuales deben mantenerse dentro de un parámetro de normalidad.</li> </ul>

		<p>Cuando cualquiera de ellos sale de dicho parámetro puede estar indicando alguna alteración orgánica. La presencia de infecciones no es la excepción, ya que cuando el cuerpo se ve afectado por microorganismos patógenos productores de enfermedad, envía señales que provocan que uno o más de estos signos se alteren, tales como la FC, FR y temperatura. <sup>(60)</sup></p>
--	--	--

**Control de Casos:** Sin presencia de infección ya que se lleva a cabo las medidas de seguridad necesarias para evitarla.

## **IX. VALORACIONES FOCALIZADAS Y PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO**

Se realizan 2 valoraciones focalizadas durante su estancia en el servicio de UCIREN 1 INPer, en el horario designado a prácticas hospitalarias (turno matutino).

### **9.1 Primera Valoración Focalizada**

03 de Noviembre 2015 con 23 días de vida extrauterina (34.2 SDEC), 7: 30 hrs.

Temperatura ambiental de 23°C y una iluminación tanto artificial como natural.

Los signos vitales y Somatometría al momento de la valoración son:

FECHA: 03 de Noviembre 2015			
SOMATOMETRÍA (ANEXO XVII)		SIGNOS VITALES	
Peso	1594 g. (percentil 10), Ganancia de 189 g. de la primera valoración a la fecha. (ANEXO X)	Frecuencia cardiaca (FC)	128 lpm
Talla	41 cm. (percentil 3)	Frecuencia respiratoria (FR)	60-64 rpm
PC	28.5 cm. (ligeramente por debajo del percentil 3)	Saturación de oxígeno (SO <sub>2</sub> )	90-92% Con O <sub>2</sub> a flujo libre
Temperatura corporal		36.8 °C	

A la inspección, observamos recién nacida en incubadora (temperatura de 30.2°C, 30% humedad), con **iluminación y ruido constantes** (por arriba de 45 dB); en decúbito dorsal con posición libremente escogida.

A la exploración cefalocaudal encontramos:

<b>Exploración Cefalocaudal</b>	
PIEL	Íntegra, rosada, turgente e hidratada
CABEZA Y CARA	<p>Normocefalo con PC= 28.5 cm., fontanela bregmática normotensa, fontanela lambdaideia puntiforme; cabello con implantación normal, delgado, lacio y escaso en cantidad.</p> <p><u>Ojos</u>: limpios y simétricos con esclerótica blanca, pupilas centrales con reacción normal a la luz, conducto lacrimal sin secreciones, parpadeo simétrico con reflejo palpebral presente y normal. Adecuada apertura y cierre ocular, así como movimientos oculares normales; cejas y pestañas presentes y normoimplantadas.</p> <p><u>Oídos</u>: orejas simétricas normoimplantadas sin apéndices y conducto auditivo permeable. Respuesta a estímulo auditivo presente. Pabellón auricular simétrico e íntegro.</p> <p><u>Nariz</u>: simétrica, narinas permeables con <b>escasa secreción blanquecina</b>.</p>

<p>CABEZA Y CARA</p>	<p><u>Boca</u>: simétrica y alineada; labios íntegros, rosados e hidratados. Paladares duros y blandos íntegros; lengua alineada con adecuada movilidad, frenillo normal, encías rosadas e íntegras. <b>Presencia de escasa secreción blanquecina.</b> Permeabilidad esofágica; reflejos de búsqueda presentes.</p> <p>Lengua y úvula de aspecto y forma normal.</p> <p>Reflejos de succión y deglución presentes con agotamiento a la alimentación de recuperación rápida con oxígeno indirecto a un flujo de 2 litros por minuto (lpm), FiO<sub>2</sub> 21-25%, humedad del 100% y temperatura de 35.5°C. Regular apego al seno materno complementado con sonda orogástrica (39 ml) por presencia de cansancio.</p>
<p>CUELLO Y HOMBROS</p>	<p>Cuello cilíndrico, simétrico y con movilidad normal sin presencia de masas anexiales. Tráquea alineada; clavículas íntegras y uniformes.</p>
<p>TÓRAX</p>	<p>Simétrico, con forma de barril, normoexpansible con presencia de glándulas mamarias normales y pezón formado. Campos pulmonares ventilados con ligero tiraje intercostal (Silverman Andersen= 1) y FR de 60-64 rpm.</p>
<p>CARDIOVASCULAR</p>	<p>FC 128 lpm con ruidos cardiacos rítmicos, audibles y normales en los 4 focos.</p> <p>Pulsos femoral y braquial palpables con adecuada amplitud.</p>

<p>ABDOMEN</p>	<p>Abdomen cilíndrico, blando, depresible sin presencia de masas anexiales. Peristalsis presente y audible. Sin visceromegalias y cicatriz umbilical sin datos de infección. A la percusión abdomen timpánico, canalizando gases adecuadamente.</p>
<p>GENITALES</p>	<p>Fenotípicamente femeninos con labios mayores y menores formados adecuadamente, meato urinario y orificio vaginal visibles, labios menores prominentes. Ano central y permeable, sin alteraciones visibles. Orina clara y heces amarillas de consistencia pastosa.</p>
<p>DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL</p>	<p>En decúbito dorsal con posición libremente escogida. Integridad cutánea y simetría de pliegues glúteos. Columna íntegra y alineada</p>
<p>CADERA</p>	<p>Simétrica e íntegra, Ortolani y Barlow negativos.</p>
<p>EXTREMIDADES</p>	<p>Identificada con brazalete en miembro torácico derecho con datos completos y visibles. Tono muscular normal con movimientos de flexión, extensión, aducción y abducción presentes y normales; extremidades simétricas con pulsos radiales y femorales palpables y sincrónicos; movilidad articular adecuada.</p>
<p>ESTADO NEUROLÓGICO</p>	<p>Reflejos primarios normales. (ANEXO XI) Periodos largos de estado de alerta acompañados de <b>periodos de irritabilidad y llanto</b>, estado de sueño con duración de 1 hora a 1 hora con 20 minutos.</p>

## DÉFICIT DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

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

Diagnóstico de Enfermería Real: Alteración en la Limpieza eficaz de las vías aéreas  
R/C secreciones retenidas M/P secreciones blanquecinas en boca y nariz.

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

Diagnóstico de Enfermería Real: Alteración en el patrón del sueño R/C factores ambientales M/P irritabilidad y llanto con estado 5 en la escala de Brazelton.

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

Diagnóstico de Enfermería de Riesgo: Riesgo de Interrupción de la Lactancia Materna R/C enfermedad del recién nacido y estancia hospitalaria

Diagnóstico de Enfermería de Bienestar: Disposición para lograr una lactancia materna exclusiva (LATCH=8)

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 23 días (34.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 03- 11 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Alteración en la Limpieza eficaz de las vías aéreas R/C secreciones retenidas M/P secreciones blanquecinas en boca y nariz.		
<b>Objetivo:</b> Favorecer la permeabilidad de las vías respiratorias		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
<b>Prescripción del Cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener vía aérea permeable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auscultar sonidos respiratorios.</li> <li>Vigilar presencia de secreciones bucales y/o nasales</li> <li>Drenaje postural</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La respiración es un proceso autónomo vital para los seres vivos, por lo que si ésta se ve afectada, afectará a todos los sistemas del organismo, especialmente al digestivo, nervioso, cardiovascular y muscular provocando por lo tanto daño cerebral, cardíaco o la muerte. <sup>(55)</sup></li> <li>Permite mantener la vía aérea superior permeable cuando hay presencia de secreciones, evitando así complicaciones en el neonato. <sup>(78)</sup></li> <li>Es una técnica que busca orientación de los segmentos hacia los bronquios principales y la tráquea. Pretende favorecer la eliminación de las secreciones por acción de la gravedad, y previene a su vez la acumulación de las mismas. <sup>(79)</sup></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiración de secreciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observar estado hemodinámico y saturación de oxígeno</li> <li>Disponer de material y equipo previo al procedimiento.</li> <li>Aspiración de secreciones orales y nasales PRN bajo las medidas universales de seguridad.</li> <li>Vigilancia estrecha durante el procedimiento.</li> <li>Anotar tipo y cantidad de secreciones obtenidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La oximetría del pulso, considerada actualmente el quinto signo vital, es un parámetro invaluable de la monitorización de los RN. Es continua, no invasiva, de rápida respuesta y complementaria a otras técnicas de control. Permite medir la saturación de oxígeno (SpO2) como un parámetro de la oxigenación y basado en sus valores, se toman la mayoría de las decisiones sobre la oxigenación de los neonatos. <sup>(80)</sup></li> <li>La aspiración es un procedimiento invasivo que debe realizarse en función a la evaluación de presencia de secreciones y no debe de ser realizada de forma rutinaria ya que se asocia con complicaciones y riesgos como hemorragias, infección, atelectasia, hipoxemia, inestabilidad cardiovascular, aumento de la presión intracraneal; así como lesiones en la mucosa, angustia y dolor.</li> </ul> <p>La presión del aspirador se deberá regular entre 50-60 mmHg y no tardar más de 10 segundos en realizar la aspiración para evitar hipoxia o algún otro daño antes mencionado. <sup>(81)</sup></p>
<p><b>Control de Casos:</b> Se logra eliminar secreciones en boca y nariz y por ende el riesgo de complicaciones</p>		

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 23 días (34.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 03– 11 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Alteración en el patrón del sueño R/C factores ambientales M/P irritabilidad y llanto con estado 5 en la escala de Brazelton		
<b>Objetivo:</b> Lograr un adecuado patrón del sueño para el recién nacido		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo mínimo</li> <li>• Favorecer el descanso y recuperación del neonato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer horas contacto</li> <li>• Colocar rótulos alusivos al silencio en la entrada.</li> <li>• Protección fotoacústica</li> <li>• Evitar la manipulación innecesaria</li> <li>• Evitar ruidos fuertes o conversaciones en voz alta</li> <li>• Disminuir el volumen de alarmas, teléfonos, etc.</li> <li>• Mantener al recién nacido dentro del nido de contención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El feto inicia su vida en el útero materno, el cual es un medio ambiente que modula todos los estímulos que actúan sobre él mientras transcurre su desarrollo. Este medio ambiente intrauterino se caracteriza por ser un ambiente líquido, tibio, oscuro, que proporciona contención y comodidad, además de los nutrientes y hormonas necesarias para el desarrollo normal del niño en formación. Una vez que el nace se enfrenta a múltiples cambios que aunados a alguna alteración como el SDR, puede conllevar a complicaciones y alteraciones del sueño.</li> </ul> <p>El disminuir todos aquellos factores que alteren al recién nacido en cualquiera de sus cinco sentidos, favorece que este se mantenga tranquilo, mejorando su patrón respiratorio y por ende logre tener un sueño adecuado y reparador que se verá reflejado en la mejoría de su estado de salud y disminución de complicaciones. <sup>(73)</sup></p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios posturales (prona y decúbito lateral).</li> <li>• Establecer hora penumbra</li> </ul>	<p>La interrupción del sueño equivale a una agresión que provoca alteración fisiológica y psíquica, y que demanda tiempo, oxígeno y calorías para su recuperación, por eso es muy importante la intervención de un número reducido de personas en su atención.</p> <p>Brindar confort mediante nido y cambios de posición. La prono es la ideal ya que permite la flexión, facilita el encuentro con la línea media, estabiliza la vía aérea, facilita la normotermia, ya que la superficie expuesta es menor, y evita la presión intracraneal, semejando la posición in útero. <sup>(74)</sup></p>
<p><b>Control de Casos:</b> Se han logrado disminuir en la más posible los factores ambientales y lograr que el personal a su cuidado tenga en cuenta el manejo mínimo del paciente, logrando así que incrementen los periodos de sueño y el neonato se encuentre menos irritable y sin llorar</p>		

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 23 días (34.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 03-11-2015
<b>Requisito afectado:</b> 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> 1. Riesgo de Interrupción de la Lactancia Materna R/C enfermedad del recién nacido y estancia hospitalaria 2. Disposición para lograr una lactancia materna exclusiva		
<b>Objetivo:</b> Lograr un adecuado apego al seno materno y lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio y apoyo educacional		
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer la lactancia materna exitosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Valoración de LATCH.</li> <li>Asesoramiento sobre la importancia de la lactancia materna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La escala LATCH consta de 5 elementos que evalúan a su vez cinco aspectos relevantes para el estudio; a cada uno de estos se le da una puntuación de 0 a 2, según sea más o menos favorable. La suma total puede ser como máximo 10 puntos y su objetivo principal es medir la eficacia de la intervención de los profesionales en el proceso de la lactancia materna. <sup>(71, 72)</sup></li> <li>La leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos ya que tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intra a la extrauterina. Tiene múltiples beneficios tanto para el recién nacido como para la madre. <sup>(38)</sup></li> </ul> <p>La Lactancia Materna es la forma más adecuada y natural de proporcionar aporte nutricional, inmunológico y emocional al bebé, ya que le aporta todos los nutrientes y anticuerpos que lo mantendrán sano, sin olvidar que le permitirá crear fuerte lazo afectivo con la madre.</p>

Por tratarse de leche específica para el ser humano, es mucho más fácil de digerir que las fórmulas en polvo, además de que se trata de fluido vivo que cambia para cubrir las necesidades del infante conforme crece.

Ayuda a tener desarrollo maxilofacial óptimo, pues cuando el bebé extrae la leche del pecho utiliza más músculos faciales que con el biberón. Al fluir la leche directamente del pezón a la boca del bebé, está exenta de manipulaciones y libre de contaminación por gérmenes.

La leche humana está compuesta en el 88% por agua, la carga renal de solutos es 3 veces menor a la de cualquier fórmula comercial lo que permite que el riñón (que sólo tiene una capacidad de filtración del 25%), mantenga su función adecuadamente y el bebé no requiere ser hidratado con agua, té, jugos o fórmulas aún en lugares muy calurosos.

La lactancia contribuye a que el útero o matriz se contraiga rápidamente, lo que reduce hemorragias tras el parto. Le ayuda a perder el peso ganado durante el embarazo, ya que la grasa acumulada se utiliza como energía para producir la leche. Se ahorra tiempo, pues es alimento siempre disponible. <sup>(82)</sup>

**Control de Casos:** Al brindar orientación a la madre y ayudarla a mejorar las técnicas de lactancia materna, le brindó mayor seguridad logrando así un mejor apego al seno materno, incrementando paulatinamente hasta conseguir la lactancia materna exclusiva.

## 9.2 Segunda Valoración Focalizada

17 de Noviembre 2015 con 37 días de vida extrauterina (36.2 SDEC), 10: 30 hrs,

Temperatura ambiental de 23°C y una iluminación tanto artificial como natural.

Los signos vitales y Somatometría al momento de la valoración son:

FECHA: 03 de Noviembre 2015			
SOMATOMETRÍA (ANEXO XVIII)		SIGNOS VITALES	
Peso	1,994 g. (percentil 10), Ganancia de 589 g. de la primer valoración focalizada a la fecha. (ANEXO X)	Frecuencia cardiaca (FC)	132 lpm
Talla	42.5 cm. (percentil 3)	Frecuencia respiratoria (FR)	62-64 rpm
PC	29.5 cm. (ligeramente por debajo del percentil 3)	Saturación de oxígeno (SO <sub>2</sub> )	92-94% Con O <sub>2</sub> a flujo libre
Temperatura corporal		37.1 °C	

A la inspección, observamos recién nacida en cuna térmica, decúbito dorsal con posición libremente escogida.

A la exploración cefalocaudal encontramos:

<b>Exploración Cefalocaudal</b>	
PIEL	Íntegra, rosada, turgente e hidratada
CABEZA Y CARA	<p>Normocefalo con PC= 29.5 cm., fontanela bregmática normotensa, fontanela lambdaoidea puntiforme; cabello con implantación normal, delgado, lacio y escaso en cantidad.</p> <p><u>Ojos</u>: limpios y simétricos con esclerótica blanca, pupilas centrales con reacción normal a la luz, conducto lacrimal sin secreciones, parpadeo simétrico con reflejo palpebral presente y normal. Adecuada apertura y cierre ocular, así como movimientos oculares normales; cejas y pestañas presentes y normoimplantadas.</p> <p><u>Oídos</u>: orejas simétricas normoimplantadas sin apéndices y conducto auditivo permeable. Respuesta a estímulo auditivo presente. Pabellón auricular simétrico e íntegro.</p> <p><u>Nariz</u>: simétrica, narinas permeables.</p> <p><u>Boca</u>: simétrica y alineada; labios íntegros, rosados e hidratados. Paladares duros y blandos íntegros; lengua alineada con adecuada movilidad, frenillo normal, encías rosadas e íntegras. Permeabilidad esofágica; reflejos de búsqueda presentes.</p> <p>Lengua y úvula de aspecto y forma normal.</p> <p>Reflejos de succión y deglución presentes y adecuados con buen apego al seno materno. LATCH=10</p>

CUELLO Y HOMBROS	Cuello cilíndrico, simétrico y con movilidad normal sin presencia de masas anexiales. Tráquea alineada; clavículas íntegras y uniformes.
TÓRAX	Simétrico, con forma de barril, normoexpandible con presencia de glándulas mamarias normales y pezón formado. Campos pulmonares ventilados con ligero tiraje intercostal (Silverman Andersen= 1) y FR de 60-64 rpm.
CARDIOVASCULAR	FC 132 lpm con ruidos cardíacos rítmicos, audibles y normales en los 4 focos. Pulsos femoral y braquial palpables con adecuada amplitud.
ABDOMEN	Abdomen cilíndrico, blando, depresible sin presencia de masas anexiales. Peristalsis presente y audible. Sin visceromegalias y cicatriz umbilical sin datos de infección. A la percusión abdomen timpánico, canalizando gases adecuadamente.
GENITALES	Fenotípicamente femeninos con labios mayores y menores formados adecuadamente, meato urinario y orificio vaginal visibles. Ano central y permeable, sin alteraciones visibles. Orina clara y heces amarillas de consistencia pastosa.
DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL	En decúbito dorsal con posición libremente escogida. Integridad cutánea y simetría de pliegues glúteos. Columna íntegra y alineada

CADERA	Simétrica e íntegra, Ortolani y Barlow negativos.
EXTREMIDADES	Identificada con brazalete en miembro torácico derecho con datos completos y visibles. Tono muscular normal con movimientos de flexión, extensión, aducción y abducción presentes y normales; extremidades simétricas con pulsos radiales y femorales palpables y sincrónicos; movilidad articular adecuada.
ESTADO NEUROLÓGICO	Periodos largos de sueño con estado 1 en la escala de Brazelton.

## DÉFICIT DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

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

Diagnóstico de Enfermería de Riesgo: Riesgo en la alteración de la Termorregulación R/C cambio de incubadora a cuna radiante

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

Diagnóstico de Enfermería de Riesgo: Riesgo de alteración en el neurodesarrollo R/C inmadurez del sistema nervioso.

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 37 días (36.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 17-11-2015
<b>Requisito afectado:</b> 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Riesgo en la alteración de la Termorregulación R/C cambio de incubadora a cuna radiante		
<b>Objetivo:</b> Lograr un adecuada termorregulación		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente Compensatorio		
<b>Prescripción del Cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorecer la termorregulación en el recién nacido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar la temperatura corporal</li> <li>Mantener temperatura de cuna radiante a una temperatura óptima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La termorregulación es una función fisiológica crítica en el neonato ligada a la sobrevivencia, a su estado de salud y a la morbilidad asociada. Es la habilidad de mantener un equilibrio entre la producción y la pérdida de calor para que la temperatura corporal esté dentro de cierto rango normal. En el recién nacido, la capacidad de producir calor es limitada y los mecanismos de pérdidas pueden estar aumentados, según la edad gestacional y los cuidados en el momento del nacimiento y el periodo de adaptación. <sup>(83)</sup> El recién nacido, y en particular el prematuro, es vulnerable al estrés por frío debido a que su superficie corporal es 3 a 4 veces mayor que la del adulto, lo que incrementa el consumo de glucosa y oxígeno. <sup>(38)</sup> La importancia de ayudar al neonato en la manutención del equilibrio térmico, radica en proporcionar un “ambiente termo neutral” en el cual el consumo de oxígeno y su metabolismo se reduzcan al mínimo, de manera tal que las calorías y nutrientes que ingiera, se dediquen a la maduración, desarrollo y crecimiento de su organismo,</li> </ul>

		Las cunas de calor radiante son unidades diseñadas para proporcionar calor radiante a los neonatos, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36° a 37° C.
--	--	--

**Control de Casos:** se logra mantener una temperatura corporal adecuada en el recién nacido favoreciendo así su adaptación al medio ambiente y preparándola para su egreso a casa

<b>Nombre del Agente:</b> Karla Ch H		<b>Servicio:</b> UCIREN 1
<b>Edad:</b> 37 días (36.2 SDEC)	<b>Género:</b> Femenino	<b>Fecha:</b> 17– 11 - 2015
<b>Requisito afectado:</b> 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).		
<b>Diagnóstico de Enfermería:</b> Riesgo de alteración en el neurodesarrollo R/C inmadurez del sistema nervioso.		
<b>Objetivo:</b> Estimular el desarrollo neuropsicomotor en el neonato		
<b>Sistema de Enfermería:</b> Totalmente compensatorio (neonato) y Apoyo – educación (padres)		
<b>Prescripción del cuidado</b>	<b>Tratamiento Regulador</b>	<b>Fundamentación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar la estimulación temprana durante la hospitalización</li> <li>• Fomentar la estimulación temprana en el recién nacido al egreso hospitalario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar masaje y estimulación al neonato, mientras que se encuentre estable.</li> <li>• Capacitar a ambos padres sobre las técnicas de masaje y estimulación a su hija y la importancia de los mismos.</li> <li>• Verificar que las técnicas sean las adecuadas, para evitar lesiones en el neonato.</li> <li>• Otorgar un manual escrito a los padres para continuar con la estimulación en casa. (ANEXO XIX)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los niños recién nacidos prematuros pueden existir diferentes hallazgos neurológicos, en comparación con los bebés nacidos a término, consistentes en la formación y crecimiento subóptimo de sustancia blanca, cuerpo caloso, corteza, cerebelo y sustancia gris, teniendo un alto impacto en el desarrollo motor; por ello, suelen aparecer, tempranamente, desórdenes de movimiento anormales como distonías transitorias e inestabilidad postural, los cuales desaparecen durante los primeros meses. Sin embargo, se han encontrado altos porcentajes de niños ex-prematuros afectados, en un 25-50%, por problemas motores como retraso motor grueso, retraso motor fino, compromiso neuromotor persistente, observado en asimetrías en los movimientos, hipotonía de tronco y cuello, o hipertonía extensora.</li> </ul>

		<p>La estimulación temprana en el recién nacido prematuro es una de las indicaciones principales, ya sea como una forma de seguimiento evolutivo o como elemento de rehabilitación, debido a que la prematuridad y el bajo peso al nacer son factores de riesgo en sí mismos y además lo es la hospitalización prolongada que estas circunstancias conllevan. Uno de los objetivos principales consiste en estimular y fomentar el desarrollo senso-motor, emocional, social e intelectual del niño, para que participe activamente en la vida social de la forma más autónoma posible mediante la estimulación regulada y continuada llevada a cabo en todas las áreas sensoriales, pero sin forzar en ningún sentido el curso lógico de la maduración del sistema nervioso central. Es importante tener en cuenta que el crecimiento total de un individuo se lleva a cabo por medio de la interrelación del desarrollo físico, mental, emocional y social; por ello, la Estimulación Temprana producirá impacto en el crecimiento total del bebé, sin presionar ni acelerar ningún proceso de desarrollo, simplemente, lo que busca es optimizar las capacidades del niño, en todas las áreas. <sup>(84)</sup></p>
--	--	---

**Control de Casos:** Los padres muestran interés en el cuidado de su hija y ponen en práctica los masajes y ejercicios de estimulación, perfeccionándolos cada día más, logrando una mejor respuesta psicomotora en el recién nacido.

## X. PLAN DE ALTA



Foto 3 <sup>(3)</sup>

<b>Agente de autocuidado</b>		Karla Ch. H.	
<b>Fecha de nacimiento</b>		11-Octubre-2015	
<b>Fecha de valoración inicial</b>		27-Octubre-2015	
<b>Fecha de Egreso</b>	25-Noviembre-2015	<b>Edad al egreso</b>	45 días (37.4 SEDC)
<b>Diagnósticos médicos al nacimiento</b>		RNPT 31 SDG por Ballard, Peso adecuado para la edad gestacional, SDR, Hijo de madre con edad materna de riesgo, Síndrome Leucemoide transitorio del recién nacido, Hiperbilirrubinemia multifactorial.	
<b>Servicio</b>	UCIREN I	<b>Cuna</b>	8
<b>Agente de cuidado dependiente</b>	Norma Ch. H.	<b>Parentesco</b>	Madre
<b>Agente de cuidado terapéutico</b>		L.E.O Montero Yáñez Nallely	
<b>Sistemas de enfermería</b>		Totalmente Compensatorio y Apoyo-Educación	

## 10.1 Planeación de Capacitación y pláticas educativas e informativas a los padres

Apoyo Educativo	Fecha en que se impartió	Persona que recibe la información	Recurso didáctico
Beneficios y Técnicas de la lactancia materna	30-10-15 03-11-15	*Norma Ch H (mamá)	*Charla *Demostración y devolución o práctica *Tríptico (ANEXO XX)
Importancia del descanso y sueño en el recién nacido	03-11-15	*Norma Ch H (mamá) *Ignacio R. (papá)	*Charla
Higiene en el recién nacido	05-11-15 12-11-15	*Norma Ch H (mamá) *Ignacio R. (papá)	*Charla *Demostración y devolución o práctica
Masaje y estimulación temprana	17-11-15	*Norma Ch H (mamá) *Ignacio R. (papá)	*Charla *Demostración y devolución o práctica *Material impreso (manual) (ANEXO XIX)
Eliminación y excretas	19-11-15	*Norma Ch H (mamá) *Ignacio R. (papá)	*Charla
Tamiz y Vacunas	19-11-15	*Norma Ch H (mamá) *Ignacio R. (papá)	*Charla *Material impreso (cartilla) (ANEXO XXI)
Signos de alarma	24-11-15	*Norma Ch H (mamá) *Ignacio R. (papá)	*Charla *Devolución de la información *Díptico (ANEXO XIII)
Encargada de brindar el apoyo educativo: LEO Montero Yáñez Nallely			

## 10.2 Cuidados en el Hogar

Agente de Autocuidado: Karla Ch H		Fecha de egreso INPer: 25-11-2015
<i>CUIDADOS</i>		
Alimentación	Deberá ofrecer a Karla seno materno a libre demanda y de manera exclusiva hasta los 6 meses de edad y de forma complementaria hasta los 2 años de vida. Es importante sacar el aire que pudiese haber deglutido durante la lactancia cada vez que sea alimentada para evitar la presencia de cólicos y en caso de que estos se presentasen llevar a cabo el masaje indicado para aliviarlos. (ANEXO XIX)	
Higiene	<p>La higiene del bebé es importante y necesaria ya que contribuye a que la pequeña se sienta más fresca, la relaja, forma parte de su rutina diaria y, además, juega un papel importante en su salud.</p> <p>No es obligatorio el baño diario, puede realizarse cada tercer día haciendo uso de jabón neutro y una esponja para no dañar la piel de la recién nacida. Se deberá iniciar siempre por la cabeza, posteriormente el cuerpo y finalmente genitales; secar suave y perfectamente el cuerpo y lubricar la piel.</p> <p>El cambio de pañal se debe realizar cada vez que sea necesario evitando dejar el pañal sucio por tiempos prolongados para evitar lesiones en la piel; al realizar el cambio se hará rotando a la recién nacida hacia un lado y no levantando las piernas para evitar lesiones de cadera. La limpieza se realizará de adelante hacia atrás y sin regresar con toalla de algodón húmeda. Evitar colocar cualquier tipo de objeto en la cicatriz umbilical.</p>	
Termorregulación	<p>Es necesario tener un termómetro en casa y en caso de sentir a la recién nacida muy caliente o muy fría verificar la temperatura inmediatamente considerando como parámetros normales 36.5°C-37.2°C, en caso de estar por debajo deberá colocar a su bebé en el pecho contacto piel a piel y cubrir con una cobija, si se encuentra por encima de ellos descubrir un poco esperar unos minutos y de no regularse acudir inmediatamente con el médico pediatra.</p> <p>Evite colocar demasiada ropa o cobijas a su bebé ya que pueden limitar sus movimientos o provocar accidentes como asfixia.</p>	
Eliminación	Los recién nacidos alimentados al seno materno normalmente evacuan cada vez que son alimentados y dichas evacuaciones suelen ser más líquidas que aquellos que son alimentados con fórmula; por ello se deberá vigilar el número y consistencia de las mismas. En caso de que la recién nacida no orine en 24 horas o no haya evacuación en 48 horas acudir al médico.	
Estimulación y masaje	<p>Es importante llevar a cabo los masajes recomendados, explicados y practicados durante la hospitalización (masaje infantil IAIM) de 2 a 3 veces por semana (ANEXO XIX)</p> <p>El masaje y la estimulación temprana favorecen el desarrollo del recién nacido así como también nos ayuda a detectar tempranamente algún trastorno en nuestro hijo.</p>	

Sueño	Para seguridad de Karla al dormir en la cuna, deberán verificar que el colchón sea rígido y firme más no duro, éste tendrá que estar pegado a los laterales de la cuna; es decir, que no existan huecos entre el colchón y la cuna ya que la recién nacida podría quedar atrapada y sufrir algún daño. No se deberán colocar demasiadas cobijas o cobertores para evitar asfixia; así como tampoco almohadas o peluches. De ser posible, colocar a Karla lo más posible en contacto piel a piel con ambos padres, hablándole y acariciándola para hacer más grande el vínculo con ella. Deberá dormir estrictamente boca arriba para evitar riesgos de muerte de cuna.
Signos de alarma	La vigilancia en Karla deberá ser constante y en caso de que presentase: aumento o descenso de la temperatura corporal, dificultad para respirar, respiraciones rápidas, sonidos similares a gruñidos cuando respira, orificios nasales dilatados al respirar, se hundan las costillas al respirar, labios y/o uñas morados, no orina, no evacua, no quiere comer o come poco, no duerme, presenta movimientos anormales, llanto débil o llanto inconsolable, deberán acudir inmediatamente al médico pediatra para valoración. NO automedicar
Tamiz neonatal	Acudir por resultados de tamiz en la fecha indicada Primer toma de tamiz: 14-10-15 Segundo tamiz por prematuridad: 29-10-15
Esquema de vacunación	Debido a que no se aplicó ninguna vacuna a Karla por su estado de salud, deberán acudir al servicio de Medicina preventiva para iniciar esquema de vacunación correspondiente a su edad.
Seguimiento pediátrico	Programar citas en seguimiento pediátrico para la valoración continua de Karla por los diversos especialistas del Instituto.
Instrucciones generales	Una vez Karla se encuentre en casa es muy importante llevar a cabo medidas como: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lávese muy bien las manos de forma frecuente.</li> <li>✓ Aleje al recién nacido de las multitudes.</li> <li>✓ Aleje al neonato de irritantes pulmonares, como el humo del cigarrillo.</li> </ul>
Agente de cuidado dependiente: Norma Ch H	Agente de cuidado terapéutico: LEO Montero Yáñez Nallely

## ***XI. VISITA DOMICILIARIA***

El día 05 de Diciembre 2015 se realiza una visita domiciliaria aproximadamente a las 12:00 pm.; durante la cual se logró observar lo siguiente:

El domicilio se encuentra en una zona urbanizada y cuenta con todos los servicios básicos; la casa es habitada por cuatro personas: Karla, ambos padres y su hermano mayor quién cuenta con 23 años de edad.

Karla se encuentra dormida en su cuna en posición decúbito dorsal sin peluches y sin exceso de cobijas como fue recomendado en el momento del egreso hospitalario. Los padres refieren se ha encontrado bien de salud y su alimentación es exclusiva al seno materno cada 2 horas o 2 horas y media aproximadamente.

Respecto a sus vacunas, ya fue aplicada la vacuna BCG y su próxima cita está programada para el día 11 de Diciembre 2015 para las vacunas correspondientes a los 2 meses de edad. Resultados de tamiz fueron normales y ya tiene citas programadas para seguimiento pediátrico.

El baño lo realizan cada tercer día realizando el masaje y la estimulación indicados apoyándose con el manual otorgado.

Una vez que despierta Karla, se realiza una valoración y exploración encontrando: normocefalo con fontanela normotensa y suturas imbrincadas, mucosas orales hidratadas, reflejos de succión y deglución presentes, coordinados. Campos pulmonares normales, abdomen blando depresible con peristalsis presente, cicatriz umbilical sin datos de infección o alteraciones, genitales normales sin datos de eritema de pañal, extremidades sin alteraciones.

Al ser alimentada por su madre, se verifica que no haya lesiones dérmicas en los senos; así como el que la técnica sea la correcta, detectando un adecuado apego al seno materno.

Sin más, se felicita a la familia por el empeño en el cuidado de Karla y la decisión de continuar con la lactancia materna exclusiva, aun cuando un Pediatra particular recomendó complementar con fórmula. Quedamos a sus órdenes y nos despedimos.

## **XII. RESULTADOS**

Al nacimiento se hicieron 2 diagnósticos médicos (Sx Leucemoide transitorio del recién nacido e Hiperbilirrubinemia multifactorial), de los cuales no hay datos en el expediente clínico del tratamiento empleado o la fecha de remisión de los mismos; respecto al Síndrome de Dificultad Respiratoria (SDR) el cual aunado a la prematurez se consideraron los principales factores para la alteración del mantenimiento de un aporte suficiente de aire, punto principal del presente estudio; obteniendo los siguientes resultados:

- Respecto al Déficit en un aporte suficiente de aire M/P taquipnea, tiraje intercostal, aleteo nasal leve; fue necesario que Karla fuese sometida a diversas fases de oxigenoterapia tales como CPAP (11-10-15) y oxígeno indirecto (21-10-15), con el cual se encontraba en el momento de la primera valoración y el cual fue retirado el día 15-11-15, debido a la mejora en el patrón respiratorio.
- Déficit de un aporte suficiente de alimentos M/P incapacidad para coordinar la succión, deglución y respiración; se logró un apego exclusivo al seno materno con la técnica correcta, eliminando a su vez el riesgo de abandono de la lactancia.
- Déficit en el patrón del sueño, se implementaron técnicas que favorecieron el descanso de la recién nacida, si bien no se logró eliminar en su totalidad factores como ruido o iluminación, si logramos que Karla lograra tener periodos de sueño más prolongados sin irritabilidad y llanto.
- Déficit en la interacción social, al inicio ambos padres estaban muy temerosos de todo lo que implicaba cuidar a Karla y preferían no cargarla, alimentarla o hablarle permaneciendo muy pocos minutos con ella; se trabajó con ellos, se dieron charlas y material didáctico logrando integrarlos en el cuidado de su hija al 100% favoreciendo los lazos afectivos y el entendimiento de los cuidados.

- Riesgo de infección, este fue un peligro latente durante toda su estancia hospitalaria, pero afortunadamente no hubo datos de infección de ningún tipo ni durante la hospitalización o posterior a ella.
- Déficit en la limpieza de la vía aérea, se logró mantener la vía aérea permeable sin datos de secreciones mediante la aspiración de secreciones y drenaje postural.

### **XIII. CONCLUSIONES**

Mediante la implementación del presente estudio de caso se logró el objetivo trazado al inicio del mismo, el cual basado en la Teoría de Dorothea Orem aplicado en un recién nacido era capacitar al agente de cuidado dependiente para ser capaz de identificar los déficit que pudiese presentar Karla y en base a ello brindar los cuidados correspondientes logrando así la recuperación de la salud de su hija.

El principal agente de cuidado fue la madre de Karla (Norma CH H), aunque cabe mencionar que también el padre (Ignacio R H) tuvo participación activa en los cuidados y recuperación de su hija. Ambos se incorporaron al proceso con mucho entusiasmo y dedicación y aunque al inicio les costó mucho trabajo por la falta de experiencia (hijo mayor de 23 años de edad), una vez que les fueron enseñadas las técnicas, se apegaron a ellas favoreciendo la recuperación de su hija.

Por otro lado, fue interesante implementar y conocer una nueva teoría como es la de Orem, así como aplicarla en el recién nacido interrelacionándola a su vez con cada una de las etapas del proceso enfermero para lograr los objetivos trazados.

El realizar estudios de caso implementando las diversas Teorías y Modelos de Enfermería, nos permite a los estudiantes tener cada vez más herramientas para el desarrollo y empoderamiento de nuestra profesión.

La investigación es parte fundamental para llevar a cabo dichos estudios y a su vez piedra angular del crecimiento y profesionalismo de enfermería; así mismo el implementarlo día a día nos permite realizar juicios clínicos más precisos para de esta manera identificar intervenciones de enfermería bien fundamentadas y encaminadas a disminuir o eliminar el déficit que se presenta obteniendo los resultados esperados.

#### **XIV. SUGERENCIAS**

Los profesionales de enfermería no solo se relacionan directamente con el usuario, sino que también se incluyen en equipos de investigación y desarrollo de nuevas ideas científicas y tecnológicas. Desde esta posición se impone como deber el comprender, aplicar y difundir los conceptos de ética y bioética en el actuar diario y propiciar una atención con calidad y eficiencia. Es necesario formar profesionales de enfermería en el que los valores éticos humanistas sean la premisa fundamental para lograr la excelencia en la calidad de los servicios.

Si bien es cierto que implementar una Teoría o Modelo en el día a día con nuestros pacientes requiere de invertir mucho tiempo que en la mayoría de las ocasiones no tenemos, es esencial para que nuestra profesión tenga cada vez más empoderamiento y logre crecer, ya que de ésta manera dejaremos de hacer solo procedimientos y cambiaremos nuestro rumbo a la investigación y fundamentación de cada uno de nuestras intervenciones.

Sería muy enriquecedor si un gran porcentaje de los estudiantes de Posgrado en Enfermería del Neonato (o de cualquier otra especialidad, Licenciatura, etc.) optaran por realizar estudios de caso para su Titulación por lo enriquecedor que resulta no solo para quién lo aplica sino para todos quiénes en algún momento pudiesen consultarlo.

Por lo anterior hago una atenta invitación a todos mis colegas para visualizarnos como investigadores iniciando con la elaboración de estudios de caso que poco a poco nos lleven al perfeccionamiento de los mismos y de nuestra profesión.

¡Gracias!

## XVI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> D.A.Morales-Barquet, E.R.Reyna-Ríos, G.Cordero-González, G.Arreola-Ramírez, J.Flores-Ortega, C.Valencia-Contreras, L.A.Fernández-Carrocerá, R.Villegas-Silva. Protocolo clínico de atención en el recién nacido con síndrome de dificultad respiratoria. Perinatología y reproducción humana. Volume 29, Issue 4, Año 2015. Pages 168-179. México. Disponible en: <https://bit.ly/2Enc2Mh>. Citado: Noviembre 2015.

<sup>2</sup> O. López-Suárez, C. García-Magán, R. Saborido-Fiaño, A. Pérez-Muñuzuri, A. Baña-Souto, M.L. Couce-Pico. Corticoides antenatales y prevención del distrés respiratorio del recién nacido prematuro: utilidad de la terapia de rescate. An Pediatr (Barc), Pág. 81:120-4 - Vol. 81 Núm.2. Año 2014. España. Disponible en: <https://bit.ly/2lt3vcX>. Citado: Noviembre 2015

<sup>3</sup> Juan Gabriel Ruiz-Peláez, Nathalie Charpak. Epidemia de displasia broncopulmonar: incidencia y factores asociados en una cohorte de niños prematuros en Bogotá, Colombia. Revista del Instituto Nacional de Salud, Vol. 34, Núm. 1. Año 2014. Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2q8fuFi>. Citado: Diciembre 2015.

<sup>4</sup>Manuela Ordoñez Baeza. Estudio de caso de neonato de 30 semanas de gestación con déficit en el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, secundario a síndrome de dificultad respiratoria. TESIUNAM Digital. Año 2017. México. Disponible en: <https://bit.ly/2lxP1s6>. Citado: Marzo 2018.

<sup>5</sup> L.E.O Liliana Segovia Cambrón. Estudio de Caso Neonata 34 SDG con déficit en el requisito de mantenimiento de un aporte suficiente de aire secundario a prematuridad. TESIUNAM Digital. Año 2012. México. Disponible en: <https://bit.ly/2Ekt9OF>. Citado: Marzo 2018.

<sup>6</sup> Cavanagh, Stephen J. Modelo de Orem Aplicación Práctica. Masson - Salvat Enfermería. 2006.

<sup>7</sup> C.A León. Enfermería Ciencia y Arte del Cuidado. Revista Cubana de Enfermería. v22. n4. Año 2010. Habana. Disponible en: <http://bit.ly/2pO6TpY>. Citado: Marzo 2017.

<sup>8</sup> M. Burgos, T. Paravic. Enfermería como Profesión. Revista Cubana de Enfermería. v25. n. 1-2. Año 2010. Habana. Disponible en: <http://bit.ly/2iAvuNT>. Citado: Marzo 2017

<sup>9</sup> OMS. Temas de Salud-Enfermería. Año 2016. Disponible en: <http://bit.ly/1DGaUf3>. Citado: Marzo 2017

<sup>10</sup> Zaider Triviño v., Olivia Sanhuesa. Paradigmas de investigación en enfermería. Ciencia y enfermería XI (1): 17-24. Año 2010. Concepción. Disponible en: <http://bit.ly/2C84Q9X>. Citado: Abril 2017

<sup>11</sup> Jessica Araya-Cloutier, Alicia Ortiz-Salgado. Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. Enfermería en Costa Rica Vol. 31 (1). Año 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2gkU4Qk>. Citado: Abril 2017

<sup>12</sup> García Hernández, María de Lourdes; Arana Gómez, Beatriz; Cárdenas Becerril, Lucila; Monroy Rojas, Araceli. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México - la reconstrucción del camino. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Abril-Junio 2010, 287-296. Disponible en: <http://bit.ly/2FiYL9y>. Citado: Marzo 2016

<sup>13</sup> Margarita Pereda Acosta. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica Vol. 10, No. 3: 163-167. Año 2011. México. Disponible en: <http://bit.ly/2mcQaKG>. Citado: Abril 2017

<sup>14</sup> Estefanía Calle Londoño. Teoría del Déficit de Autocuidado – Dorothea Orem. Modelos Enfermeros - Elsevier. Año 2013. Barcelona. Disponible en: <https://bit.ly/2H3s570>. Citado: Abril 2017.

<sup>15</sup> Taylor SG. Dorothea E. Orem-Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. Año 2010. p.267-295. España. Elsevier.

<sup>16</sup> MSc. Liana Alicia Prado Solar, Lic. Maricela González Reguera, MSc. Noevis Paz Gómez, Lic. Karelía Romero Borges. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6. Año 2014. Matanzas, Cuba. Disponible en: <https://bit.ly/21AsOPm>. Citado: Abril 2017.

<sup>17</sup> O.M. Vega Angarita, D. González Escobar. Teoría del Déficit de Autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. Artículo Ciencia y Cuidado v.4 n.4. Año 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2C9N4TN>. Citado: Abril 2017

<sup>18</sup> F. Cisneros. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad del CUACA, Fundamentos de Enfermería. Año 2009. Disponible en: <http://bit.ly/2cq8qvD>. Citado: Abril 2017.

<sup>19</sup> D.E. Sillas González, M.L. Jordán Jinez. Autocuidado, elemento esencial en la práctica de enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería Vol. 19, no.2. Año 2011. Disponible en: <http://bit.ly/2igorsp>. Citado: Abril 2017.

<sup>20</sup> Reina G., Nadia Carolina. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Red de Revistas Científicas de América Latina. Umbral Científico núm. 17. Año 2010. pp. 18-23. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://bit.ly/2glkJbK> ó <http://bit.ly/2CbgWvk>. Citado: Marzo 2016

<sup>21</sup> Enfermería Comunitaria-UNAM. El Proceso Atención de Enfermería. Año 2013. Disponible en: <http://bit.ly/2w1ACBB>. Citado: Abril 2017

<sup>22</sup> Trejo, C. Maldonado G. Nolasco, B. Camacho y López, S. Rodríguez, J. Proceso de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo vol. 3(6). Año 2015. Disponible en: <http://bit.ly/2BChPQe>. Citado: Abril 2017

<sup>23</sup> Liss Mora Guillart. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Revista Cubana de Oftalmología Vol. 28 no. 2. Año 2015. Ciudad de la Habana. Disponible en: <http://bit.ly/2oM9EI3>. Citado: Abril 2017

<sup>24</sup> Secretaria de Salud. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Artículo 4°. Año 2012. México. Disponible en: <http://bit.ly/2ogcKVo>. Citado: Abril 2017

<sup>25</sup> Secretaría de Salud. Consentimiento informado. Año 2015. México. Disponible en: <https://bit.ly/1EHftL5>. Citado: Abril 2017.

<sup>26</sup> Secretaría de Salud-Comisión Nacional de Bioética. Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Año 2012. México. Disponible en: <http://bit.ly/1isdL5X>. Citado: Abril 2017

<sup>27</sup> UNICEF. Decálogo de los Derechos del Recién Nacido Prematuro. Año 2010. Argentina. Disponible en: <http://uni.cf/2EPxvSi>. Citado: Abril 2017

<sup>28</sup> COFEPRIS. Normas Oficiales Mexicanas (NOM). Año 2015. México. Disponible en: <http://bit.ly/1wkW50d>. Citado: Abril 2017

<sup>29</sup> Martínez Galiano Juan Miguel. La maternidad en madres de 40 años. Revista Cubana de Salud Pública vol. 42 no. 3. Año 2016. Habana. Disponible en: <http://bit.ly/2FeUioc>. Citado: Mayo 2017.

<sup>30</sup> Lemor Alejandro. Relación entre la edad materna avanzada y la morbilidad neonatal. Revista Horizonte Médico vol. 14 no. 2. Año 2012. USA. Disponible en: <http://bit.ly/2ojX2sg>. Citado: Mayo 2016.

<sup>31</sup> Napoleón Baranda-Nájera, Dulce María Patiño-Rodríguez, Martha Laura Ramírez-Montiel, Jacqueline Rosales-Lucio, María de Lourdes Martínez-Zúñiga, José Jesús Prado-Alcázar, Nilson Agustín Contreras-Carretero. Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. Vol. 7, Núm. 3, Julio-Septiembre 2014, pp 110-113. México. Disponible en: <https://bit.ly/2q9Cq7J>. Citado: Marzo 2018.

<sup>32</sup> Anna Kristell Nolasco-Blé, Ricardo Jorge Hernández-Herrera, René Mónico Ramos-González. Hallazgos perinatales de embarazos en edad materna avanzada. Ginecol Obstet Mex 2011; 2012; 80(4):270-275. México. Disponible en: <https://bit.ly/2JmAYHg>. Citado: Marzo 2018.

<sup>33</sup> Enrique Donoso, Jorge A. Carvajal, Claudio Vera, José A. Poblete. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev. méd. Chile vol.142 no.2 Santiago feb. 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2Eth9uo>. Citado: Marzo 2018.

<sup>34</sup> Diario Oficial de la Federación. 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. Año 2016. México. Disponible en: <http://bit.ly/1SCy9ht>. Citado: Mayo 2017.

<sup>35</sup> Pérez Zamudio Rosalinda. Morbilidad y mortalidad del recién nacido prematuro en el Hospital General de Irapuato. Boletín Médico del Hospital Infantil de México vol. 70 no. 4. Año 2013. México. Disponible en: <http://bit.ly/2HuBUbD>. Citado: Mayo 2017.

<sup>36</sup> Luis Alfonso Mendoza Tascón, Diana Isabel Claros Benítez, Laura Isabel Mendoza Tascón. et.al. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto premature. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología vol. 81 no. 4. Año 2016. Santiago de Chile. Disponible en: <http://bit.ly/2ofxcqf>. Citado: Mayo 2017.

<sup>37</sup> Instituto Nacional de Perinatología. La prematurez en México, un gran reto. Año 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2C9exVJ>. Citado: Agosto 2017.

<sup>38</sup> Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Neonatología. Año 2015. México DF.

<sup>39</sup> David G. Sweet, Virgilio Carnielli, Gorm Greisen, Mikko Hallman, Eren Ozek, Richard Plavka, Ola D. Saugstad, Umberto Simeoni, Christian P. Speer, Maximo Vento, Henry L. Halliday. European Consensus Guidelines on the Management of Neonatal Respiratory. Neonatology 2013; 103:353–368. Disponible en: <https://bit.ly/2H43G1o>. Citado: Febrero 2018.

<sup>40</sup> Edna Rocely Reyna-Ríos, Luis Alberto Fernández-Carrocerá, Vicente Salinas-Ramírez, et al. Comparación de dos surfactantes naturales en el tratamiento profiláctico del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido prematuro. Instituto Nacional de Perinatología, Medigraphic. Año 2011. México. Disponible en: <http://bit.ly/2oeg8Rm>. Citado: Mayo 2017

<sup>41</sup> Iñiguez Fernández, Sánchez Ignacio. Desarrollo Pulmonar. Revista de Neumología Pediátrica. Año 2011. Chile. Disponible en: <http://bit.ly/2ExZMMN>. Citado: Mayo 2017.

<sup>42</sup> Santamaría Muñoz Rodrigo. Síndrome de dificultad respiratoria tipo I. Salud en Tabasco, vol. 8, núm. 3, Año 2008. pp. 133-138. Tabasco. Disponible en: <http://bit.ly/2CyOrqH>. Citado: Abril 2017.

<sup>43</sup> J. López de Heredia Goya, A. Valls i Soler. Síndrome de Dificultad Respiratoria. Asociación Española de Pediatría. Año 2008. España. Disponible en: <http://bit.ly/2dnOD3m>. Citado: Junio 2017.

<sup>44</sup> Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido. Año 2009. México. Disponible en: <http://bit.ly/1fOkpzN>. Citado: Junio 2017.

<sup>45</sup> C. González Armengod, M.F. Omaña Alonso. Síndrome de distrés respiratorio neonatal o enfermedad de membrana hialina. Protocolos de neonatología. Boletín de Pediatría; 46. Año 2010. (supl. 1): 160-165. Valladolid. Disponible en: <http://bit.ly/2nd1dWs>. Citado: Junio 2017.

<sup>46</sup> Ministerio de Salud Pública. Recién nacido con dificultad para respirar. Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera edición. Quito. 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2lz1mg1>. Citado: Marzo 2018.

<sup>47</sup> Dr. Miguel A. Suarez Cuba, Dra. Matilde Alcalá Espinoza. Apgar Familiar: Una Herramienta Para Detectar Disfunción Familiar. Rev. Méd. La Paz v.20 n.1 La Paz 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2eF3w04>. Citado: Marzo 2018.

<sup>48</sup> Alessandra Teixeira, Flávia Andrade Fialho, Iêda Maria Ávila Vargas, Kátia Cristina de Souza Martins, Roberto Vale Machado, Maria Efigênia Correia. Evaluación del ruido en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Revista cuidarte Vol. 2, Núm. 1 (2011). Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2HfYhBR>. Citado: Marzo 2018.

<sup>49</sup> Adriana Nieto Sanjuanero. Evaluación de los Niveles de Ruido en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Año 2012. Madrid. Disponible en: <https://bit.ly/1A4hOu9>. Citado: Marzo 2018

<sup>50</sup> Miriam Domínguez Fontenla Violeta Cruz Fernández Marta Abelleira Docabo Ana Amado Mera Miriam Fernández Barreiros. Desarrollo Evolutivo De Los Neonatos: Utilidad Clínica De La Escala Brazelton (NBAS). Año 2010. España. Disponible en: <https://bit.ly/2JrnWbJ>. Citado: Febrero 2018.

<sup>51</sup> Jenny Paola Lizarazo Medina, Juan Manuel Ospina Díaz, Fred Gustavo Manrique Abril. Propiedades psicométricas de la escala NBAS aplicada a recién nacidos prematuros o con bajo peso. Rev. Cienc. Salud 2012; 10 (1):43-58. Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2JsQOES>. Citado: Febrero 2018.

<sup>52</sup> Manuel Ángeles-Castellanos, Samuel Vázquez Ruiz, Madahi Palma, Laura Ubaldo, Gabriela Cervantes, Adelina Rojas-Granados, Carolina Escobar. Desarrollo de los ritmos biológicos en el recién nacido. Rev. Fac. Med. (Méx.) vol.56 no.3 Ciudad de México may/jun. 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2qeG3>. Citado: Febrero 2018.

<sup>53</sup> Manejo de líquidos y electrolitos en el recién nacido prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Secretaría de Salud 2010. México. Disponible en: <https://bit.ly/2rKmutQ>. Citado: Febrero 2018.

<sup>54</sup> Dr. Eusebio Angulo Castellanos, Dra. Elisa García Morales. Alimentación en el recién nacido. PAC Neonatología 4. Libro 4. Año 2016. México. Disponible en: <https://bit.ly/2DE5gRz>. Citado: Marzo 2018.

<sup>55</sup> Lizet García Cabrera, Oscar Rodríguez Reyes. Regulación de la respiración: organización morfofuncional de su sistema de control. Medisan v.15 n.4. Año 2011. Santiago de Cuba. Disponible en: <http://bit.ly/2zjeTHb>. Citado: Junio 2017.

<sup>56</sup> Carlos López-Candiani. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediátr Mex 2014; 35:513-517. Disponible en: <https://bit.ly/21poBMx>. Citado: Febrero 2018.

<sup>57</sup> Inés Sánchez Pina. Test de Silverman-Anderson. Enfermera Pediátrica. Año 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2d6nfpB>. Citado: Marzo 2018.

<sup>58</sup> Marco Rivera. Posturas de los Bebés prematuros para un desarrollo fisiológico óptimo. Red Latinoamericana De Pediatría Y Neonatología. Febrero 2016. Disponible en: <https://bit.ly/2He8DSI>. Citado: Marzo 2018.

<sup>59</sup> Alfredo Pinzón. Cianosis central y periférica. Acta Médica Colombiana Vol. 41 N°4. Año 2016. Bogotá Colombia. Disponible en: <http://bit.ly/2Eed7JW>. Citado: Junio 2017

<sup>60</sup> Juliana Villegas González, Oscar Alberto Villegas Arenas. Semiología de los signos vitales: Una mirada novedosa a un problema vigente. Archivos de Medicina (Col), vol. 12, núm. 2, 2012. pp. 221-240 Universidad de Manizales Caldas, Colombia. Disponible en: <http://bit.ly/2it5fXT>. Citado: Junio 2017.

<sup>61</sup> Lic. María Luisa Videla Balaguer. Enfermería Neonatal. Año 003 | Número 010 | Septiembre 2010. Disponible en: <https://bit.ly/2yJOVfF>. Citado: Febrero 2018.

<sup>62</sup> Ricardo Sánchez Consuegra, Dalila Peñaranda Saurith, Luz Mery Rivera Parra, Eimy Mendivil Buelvas. Cómo puede ser tóxico el oxígeno en el período neonatal. CCAP, Volumen 9 Número 4. Año 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2GFwzBL>. Citado: Febrero 2018.

<sup>63</sup> Máximo Vento Torres. Oxigenoterapia en el recién nacido. An Pediatr Contin. 2014; 12:68-73 - Vol. 12 Núm.02. Disponible en: <https://bit.ly/2H4ZtKS>. Citado: Febrero 2018.

<sup>64</sup> Organización Mundial de la Salud OMS. Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo? Año 2012. Disponible en: <https://bit.ly/1VgGji9>. Citado: Febrero 2018.

<sup>65</sup> Consejo de Salubridad General. Alimentación Enteral en el Recién Nacido Prematuro. Guía de Práctica Clínica (GPC). Año 2010. México. Disponible en: <http://bit.ly/2BEdj3B>. Citado: Junio 2017.

<sup>66</sup> Dr. C. Rafael René Suárez Fuentes, Lic. Ángela Marrero Lemus. ¿Cómo hacer?: Alimentación por gavage. 16 de Abril. 2016; 55 (261): 37-41. Disponible en: <https://bit.ly/2H2LDs9>. Citado: Febrero 2018.

<sup>67</sup> Murcia Salud. Alimentación enteral por sonda en neonatos pretérmino. Portal Sanitario de la Región de Murcia. Año 2014. Disponible en: <https://bit.ly/2lBbZP5>. Citado: Febrero 2018.

<sup>68</sup> Alimentación enteral del recién nacido prematuro menor o igual a 32 semanas de edad gestacional. México. Secretaría de Salud 2010. Guía de Práctica Clínica GPC. Disponible en: <https://bit.ly/2BEdj3B>. Citado: Febrero 2018.

<sup>69</sup> Juan José Gasque Góngora, Martha Alicia Gómez García. Nutrición enteral en un recién nacido prematuro. Revista Mexicana de Pediatría. Vol. 79, Núm. 4, Julio-Agosto 2012 pp 183-191. Disponible en: <https://bit.ly/2Hh5GRE>. Citado: Febrero 2018.

<sup>70</sup> Catalina Álvarez Hernández, Javiera Barcia Varas, Nicole Pavez Gallegos, Constanza Zúñiga Delgado. Descripción de reflejos orofaciales, succión nutritiva y no nutritiva en lactantes prematuros extremos de 3 y 6 meses de edad corregida. Año 2015. Santiago de Chile. Disponible en: <https://bit.ly/2Era3Gz>. Citado: Febrero 2018.

<sup>71</sup> Isabel M Fernández Medina. ¿Cómo valoramos una técnica de lactancia materna eficaz?. Cuidados pediátricos y neonatales 2015. Disponible en: <https://bit.ly/2HjRRlq>. Citado: Febrero 2018.

<sup>72</sup> Carmen Báez León, Rosario Blasco Contreras, Esperanza Martín Sequeros, M<sup>a</sup> Luisa del Pozo Ayuso, Ana Isabel Sánchez Conde, Concepción Vargas Hormigos. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm vol.17 no.3 Granada jul. /sep. 2008. Disponible en: <https://bit.ly/2JrB0Oi>. Citado: Febrero 2018.

<sup>73</sup> Patricia Rivera Vázquez, Diana Lara Murillo. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Enfermería Neurológica Vol. 10, 2011, No. 3: 159-162. México. Disponible en: <http://bit.ly/2BEZJNt>. Citado: Junio 2017.

<sup>74</sup> Patricia Rivera Vázquez, Diana Lara Murillo, Agustina Herrera Rodríguez, Elvira Salazar Urbina, Rosa Isela Castro García, Gabriela Maldonado Guzmán. Cuidado del desarrollo en recién nacidos prematuros en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales en Cd. Victoria. Enf Neurol (Mex) Vol. 10, No. 3: 159-162, 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2BEZJNt>. Citado: Marzo 2018.

<sup>75</sup> Purificación Segovia, Maria Luisa Vidal. Cuidados básicos en el recién nacido. Enfermeras de Cuidados Intermedios Servicio de Neonatología. Hospital Universitario La Fe. Año 2011. Valencia. Disponible en: <http://bit.ly/2fTsWJG>. Citado: Junio 2017.

<sup>76</sup> Fernando Fernández Romo, Ana Iskra Meizoso Valdés, Luis Alberto Rodríguez Rodríguez, Diana Alpizar Becil, Midiala Cervantes Mederos, Ketty Bárbara Alvarado Bermúdez. Implementación del método “Madre Canguro” como alternativa a la atención convencional en neonatos de bajo peso. MEDICIEGO 2012; 18 (1). Disponible en: <https://bit.ly/2nl9PZI>. Citado: Marzo 2018.

<sup>77</sup> Diario Oficial de la Federación. NOM-045-SSA2-2015, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. México. Disponible en: <http://bit.ly/1KwF88s>. Citado: Junio 2017.

<sup>78</sup> Ministerio de Salud. Manual de procedimientos para la atención del recién nacido en el período inmediato y puerperio en servicios de obstetricia y ginecología. Año 2013. Chile. Disponible en: <http://bit.ly/28Ge5pv>. Citado: Junio 2017.

<sup>79</sup> Suzane C. Smettzer. Ejercicios respiratorios. Enfermería medicoquirúrgica (pág. 486). Año 2013. Madrid. Disponible en: <http://bit.ly/2okXmXN>. Citado: Junio 2017.

<sup>80</sup> Gisela Salasa, Daniela Satragno. Consenso sobre la monitorización del recién nacido internado Parte 1: Monitorización no invasiva del recién nacido. Arch Argent Pediatr 2013; 111(4):353-359 / Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Argentina. Disponible en: <http://bit.ly/2EG4mcT>. Citado: Junio 2017.

<sup>81</sup> Guía de procedimientos en Neonatología - Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima Perú. Año 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2GZynEV>. Citado: Marzo 2018.

<sup>82</sup> Secretaría de salud. Importancia de la Lactancia Materna. Año 2018. México. Disponible en: <http://bit.ly/1mk0VHz>. Citado: 2018.

<sup>83</sup> Ana Quiroga, Guillermina Chattas. Guía de práctica clínica de termorregulación en el recién nacido. Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN). Año 2010. Disponible en: <http://bit.ly/1N8Xim9>. Citado: 2017.

<sup>84</sup> Adriana Lucía Castellanos-Garrido, Margareth Lorena Alfonso-Mora, María Paula Campo-Gómez, Geraldine Rincón-Niño, María Carolina Gómez-Patiño, Yuly Natalia Sánchez-Luque. Edad motora versus edad corregida en infantes prematuros y con bajo peso al nacer. Rev. Fac. Med. 2014 Vol. 62 No. 2: 205-211. Disponible en: <https://bit.ly/2HhTT5e>. Citado: Marzo 2018.

## **XVII. REFERENCIAS DE FOTOS, CUADROS E IMÁGENES**

### Fotos:

<sup>1</sup> Fotografía de L.E.O. Nallely Montero Yáñez. CDMX. 27-10-2015. Mano enfermera-neonato.

<sup>2</sup> Fotografía de L.E.O. Nallely Montero Yáñez. CDMX. 30-10-15. Karla Ch. H.

<sup>3</sup> Fotografía de L.E.O. Nallely Montero Yáñez. CDMX. 30-10-15. Karla Ch. H.

<sup>4</sup> Fotografías 4-7, por L.E.O. Nallely Montero Yáñez. CDMX. 30-10-15. Karla Ch. H.

<sup>5</sup> Fotografías 8 y 9; por L.E.O. Nallely Montero Yáñez. CDMX. 30-10-15. Karla Ch. H. y mamá.

<sup>6</sup> Fotografía de L.E.O. Nallely Montero Yáñez. CDMX. 30-10-15. Karla Ch. H.

<sup>7</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 25-11-15. Karla Ch. H.

<sup>8</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 17-02-16. Karla Ch. H.

<sup>9</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 25-02-16. Karla Ch. H.

<sup>10</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 13-05-16. Karla Ch. H.

<sup>11</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 06-06-16. Karla Ch. H.

<sup>12</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 09-07-16. Karla Ch. H.

<sup>13</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 21-08-16. Karla Ch. H.

<sup>14</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 18-11-16. Karla Ch. H.

<sup>15</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 03-04-17. Karla Ch. H.

<sup>16</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 30-05-17. Karla Ch. H. y papá.

<sup>17</sup> Fotografía de Ignacio R. H. CDMX. 23-01-18. Karla Ch. H.

### Diagramas:

<sup>1</sup> Teoría del Déficit de Autocuidado. Año 2016. Elaborado por: L.E.O Nallely Montero Yáñez.

<sup>2</sup> Proceso de enfermería, según Orem. Año 2016. Elaborado por: L.E.O Nallely Montero Yáñez.

<sup>3</sup> Mapa Familiar. Año 2016. Elaborado por: L.E.O Nallely Montero Yáñez.

### Imágenes:

<sup>1</sup> Paradigmas de enfermería. Disponible en: <http://bit.ly/2FgH9Lc>

<sup>2</sup> Paradigmas de enfermería. Disponible en: <https://bit.ly/2uUrShY>

<sup>3</sup> Dorothea Orem. Disponible en: <https://nurseslabs.com/dorothea-orem/>

<sup>4</sup> Etapas del proceso de enfermería. Disponible en: <http://bit.ly/2odmh0p>

**ANEXO I**

**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 Isidro Espinosa de los Reyes

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO**

Por medio de la presente yo Norma Chávez Hernández  
Doy mi consentimiento para que el licenciado en enfermería  
Montero Yáñez Nallely  
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 Chávez Hernández

Firma: [Firma]

**RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO**

Alumno de Posgrado: Montero Yáñez Nallely

Firma: [Firma]

**TESTIGO**

Nombre: Ignacio Rodríguez Hernández

Firma: [Firma]

México D.F. a 30 del mes de Octubre del año 2015

## **ANEXO II**

### **INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

#### **FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES**

Agente de cuidado: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hora de nacimiento: \_\_\_\_\_ DVEU: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
No. De cuna \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico médico: \_\_\_\_\_

#### **ANTECEDENTES PERINATALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Gpo y Rh: \_\_\_\_\_  
Control prenatal:  Lugar: INPer  C.S.  2º nivel  Privado  Otro: \_\_\_\_\_  
No. de consultas: \_\_\_\_\_  
Riesgos maternos: IVU  APP  Desprendimiento de placenta  Infección de transmisión sexual  Cervicovaginitis  Otras: \_\_\_\_\_  
No. Ultrasonidos: \_\_\_\_\_  
Patología materna: \_\_\_\_\_  
Fármacos administrados a la madre: \_\_\_\_\_  
Toxicomanías: \_\_\_\_\_  
Antecedentes Gineco-Obstetricos: FUM: \_\_\_\_\_ No de parejas sexuales: \_\_\_\_\_  
Ultimo parto: \_\_\_\_\_ Gestas \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_\_  
Ectópico \_\_\_\_\_ Óbito \_\_\_\_\_  
PADRE: \_\_\_\_\_

#### **REQUISITO POR ETAPA DE DESARROLLO**

Vía de nacimiento: \_\_\_\_\_ Líquido amniótico: \_\_\_\_\_ Apgar: 1min \_\_\_\_\_  
5 min \_\_\_\_\_ Silverman: \_\_\_\_\_ Capurro: \_\_\_\_\_ Ballard: \_\_\_\_\_  
Pasos iniciales otorgados: \_\_\_\_\_  
Maniobras de reanimación avanzada: \_\_\_\_\_ Complicación al nacimiento: \_\_\_\_\_  
Al nacer Fc: \_\_\_\_\_ Fr: \_\_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_\_ G.Capilar: \_\_\_\_\_  
Contacto precoz  Lactancia En 1ra hora  Formula  Vaso  Otros  \_\_\_\_\_

HORA	FC	FR	SpO2	TEMPERATURA

Gasometría de nacimiento						
	pH	PaCO2	HCO3	BE	PaO2	SO
Cordón						
Capilar						
Arterial						
Venosa						

SOMATOMETRIA	
PESO (kg)	
TALLA (cm)	
PC (cm)	
PT (cm)	
PA (cm)	
PB (cm)	
S.S (cm)	
PIE (cm)	

### 1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

FR: \_\_\_\_\_ x' FC: \_\_\_\_\_ x' Saturación \_\_\_\_\_ % Coloración de piel \_\_\_\_\_  
 Silverman \_\_\_\_\_ pts. \_\_\_\_\_  
 Observaciones \_\_\_\_\_  
 Tipo de Respiración: Eupnea  Apnea  Polipnea  Taquipnea  Bradipnea   
 Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Nariz simétrica  Narinas permeables  Cuello: \_\_\_\_\_ Movilidad de cuello   
 Masas anaxiales: \_\_\_\_\_ Tráquea: \_\_\_\_\_ Clavículas: integras  Uniformes   
 Tórax simétrico  Forma: \_\_\_\_\_ Movimientos \_\_\_\_\_  
 Campos pulmonares ventilados  Ruidos respiratorios: Murmullo vesicular  Estridor   
 Sibilancias  Estertores  Localización \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Presencia de secreciones

REGIÓN	COLOR					CONSISTENCIA		CANTIDAD		
	Hialina	Blanca	Amarilla	Verdoso	Hemático	Fluidas	Espesas	Abundantes	Moderada	Escasas
NASAL										
ORAL										
BRONQUIAL										

Aire ambiental   
 Oxigenoterapia  Inicio: \_\_\_\_\_ Fases de ventilación que ha requerido: \_\_\_\_\_  
 Actualidad: \_\_\_\_\_

Fase I. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Flujo: \_\_\_\_\_ Lpm FiO2: \_\_\_\_\_ % Humedad \_\_\_\_\_ % T°: \_\_\_\_\_ °C  
 Oxígeno: indirecto  Puntas nasales  Casco cefálico

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: \_\_\_\_\_

Gasometría. Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

PARAMETROS						
	PH	PCO <sub>2</sub>	PO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	SO	E.B
ARTERIAL						
CAPILAR						
VENOSA						

Aplicación de surfactante: Profiláctico  Rescate  No. De Dosis \_\_\_\_\_ HTO: \_\_\_\_\_

**PRIMERA DOSIS**

SIGNOS VITALES	PRE Aplicación	TRANS Aplicación	POST Aplicación	PRE Aplicación	TRANS Aplicación	POST Aplicación
FC	-	-	-	-	-	-
FR	-	-	-	-	-	-
TEMP	-	-	-	-	-	-
T/A (TAM)	-	-	-	-	-	-
SATO <sub>2</sub>	-	-	-	-	-	-
LLEN. CAP.	-	-	-	-	-	-

**SEGUNDA DOSIS**

**2 MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA**

Piel: Hidratada  Seca  Signo de lienzo húmedo  Escamosa  Vernix caseoso  Lanugo  Otros \_\_\_\_\_

Fontanelas: Bregmatica  \_\_\_\_\_ cm Lamboidea  \_\_\_\_\_ cm Pulsátil  Normotensas  Deprimidas  Tensas  Observaciones: \_\_\_\_\_

Mucosa oral: Hidratada  Seca  Secreción salival

Edema  Generalizado  Leve  Moderado  Severo  Focalizado: \_\_\_\_\_

Alimentación enteral: Seno materno  Fórmula  Terapia de infusión  Nutrición Parenteral Total  Soluciones Preparenterales  Solución para Prematuro

Otra: \_\_\_\_\_

SOLUCION 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	
<b>VOLUMEN TOTAL</b>		<b>VELOCIDAD DE INF</b>	

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

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

OSMOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
 REQUERIMIENTOS ESPECIALES:  
 \_\_\_\_\_

### 3. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Peso Actual: \_\_\_\_\_

Boca: simétrica  Alineada  Labios íntegros  Comisura labial desviada

Lengua: Micrognatia  Macroglosia  Observaciones: \_\_\_\_\_

Dientes Natales  Perlas De Epstein  Paladar íntegro  Sialorrea

Permeabilidad Esofágica

Abdomen: Cilíndrico  Excavado  Masas  \_\_\_\_\_ Distendido  Globoso

Blando  Depresible  Resistente  Dibujo De Asas Intestinales  Red venosa

Peristalsis: Presente  Audible  Disminuida  Aumentada  Observaciones: \_\_\_\_\_

Reflejos: Succión  Deglución  Vigorosos  Coordinados  Incoordinados  Débil  Ausente

Tira leche

Vía alimentación actual: Enteral  Parenteral  Aporte: \_\_\_\_\_ Ayuno

No. de Días \_\_\_\_\_ Tipo De Leche: Humana  Formula de inicio  LEPP  Suplementos

Otros  \_\_\_\_\_ Técnica: SMLD  Vaso  Alimentador  SOG  Otros

\_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

Perímetro Abdominal:

Preprandial: \_\_\_\_\_ cm Postprandial: \_\_\_\_\_ cm Tolera Alimentación  Náuseas  Vómito

Reflujo  Regurgitación  Residuo gástrico  Aerofagia

Observaciones: \_\_\_\_\_

Control metabólico: Glicemia Capilar: Pos \_\_\_\_\_ mg/dl Pre (1) : \_\_\_\_\_ (2) : \_\_\_\_\_ (3) : \_\_\_\_\_ mg/dl.  
 Glicemia capilar: hora \_\_\_\_\_ mg/dl

Placa abdomen  Observaciones \_\_\_\_\_

### 4. PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS A ELIMINACIÓN Y EXCRETAS

GENITALES FEMENINOS. Secreción  \_\_\_\_\_ Seudomestruación  Hipertrofia de clítoris   
 Meato urinario visible  Orificio vaginal visible  Labios formados  Himen visible  Labios menores  
 prominentes  Presencia de esmegma  Ano permeable  Hiperpigmentación genital  Fistula   
 Observaciones: \_\_\_\_\_

GENITALES MASCULINOS: Pene (3-4cm)  Meato urinario visible  Prepucio retráctil   
 Testículos: \_\_\_\_\_ Hipospadia  Epispadia  Criptorquidia  Hidrocele   
 Escroto pigmentado y rugoso  Fimosis fisiológica  Ano permeable  Fistula   
 Observaciones: \_\_\_\_\_

**ORINA**

Color \_\_\_\_\_ Aspecto \_\_\_\_\_ No. De Veces Por Turno \_\_\_\_\_  
 Observacion: \_\_\_\_\_  
 Sonda  No sonda: \_\_\_\_\_ Días de instalación: \_\_\_\_\_ Dispositivo de fijación \_\_\_\_\_  
 Labstix: PH: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ Proteínas: \_\_\_\_\_ Cetonas: \_\_\_\_\_ Bilirrubinas: \_\_\_\_\_ Sangre: \_\_\_\_\_  
 Densidad: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

**EVACUACIONES**

Meconio  Heces de transición  Amarilla  Verde  Café  Melena  Acolia   
 Heces de leche amarillo Dorado  Otros  \_\_\_\_\_  
 Consistencia: Pastosa  Liquida  Sólida  Grumosa  Numero por turno. \_\_\_\_\_  
 Labstix: PH: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ Proteínas: \_\_\_\_\_ Cetonas: \_\_\_\_\_ Bilirrubinas: \_\_\_\_\_ Sangre: \_\_\_\_\_  
 Densidad: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_  
 Ayuda para la evacuación: Masaje colónico  Estimulación Rectal  Supositorio   
 Frecuencia \_\_\_\_\_

Pérdidas Insensibles aumentadas por: Fototerapia  Cuna Radiante  Fiebre  Ventilación

Perdidas insensibles 500ccx SC (lactantes)  
 Perdidas insensibles 600ccx SC (neonatos)

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

Fecha de inicio de control de líquidos: \_\_\_\_\_.

	INGRESOS				EGRESOS		
	P/HORA	P/TURNO	24 HR		P/HORA	P/TURNO	24 HRS
VIA ORAL (ml)				VOMITO			
NPT				DIURESIS			
NPP				EVACUACIÓN			
SOLUCIÓN Y				SOG			
SANGRE				DRENAJES			
PLASMA				PERD. INSENSIBLES			
C. PLAQUETARIO				EXAM. DE LAB			
MEDICAMENTOS				OTROS			
CORRECCIONES							
TOTAL DE INGRESOS				TOTAL DE EGRESOS			
<b>BALANCE DE 24 HORAS:</b>				<b>BALANCE PARCIAL:</b>			

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

Ambiente: Iluminación  Temperatura ambiental optima  Ruido  Incubadora  Cuna Radiante   
 Cuna Bacinete  Observaciones: \_\_\_\_\_

Actividad: Normoactivo  Hiperactivo  Hiporeactivo  Irritabilidad  Llanto   
Características: \_\_\_\_\_ Respuesta al estímulo

Posición: Unión corporal a la línea media  Supina  Prona  Fetal  Libre   
Decúbito lateral izquierda  Decúbito lateral derecha

Observaciones: \_\_\_\_\_

Estado De Sueño: Profundo/Tranquilo  Sueño con movimientos oculares   
Inducido/sedación  Somnolencia  Observaciones: \_\_\_\_\_

Horas De Sueño: \_\_\_\_\_ Manejo mínimo  Horas contacto (programación) \_\_\_\_\_

Aislamiento acústico  Protección ocular  Observaciones: \_\_\_\_\_

Esquelético: Tono Muscular Normal  Disminuido  Aumentado  Rígido  Espástico   
Lesiones  Observaciones: \_\_\_\_\_

Extremidades: Simétricas  Coloración: \_\_\_\_\_ Pulso: Radiales  Femorales  Movilidad articular   
Alteraciones: Plexo Braquial  Braquidactilia  Aracnodactilia  Camptodactilia  Clinodactilia  Sindactilia  Polidactilia  Deformidades

Observaciones: \_\_\_\_\_ Columna: Integra  Alineada

Cadera: Simétrica  Ortolani  Barlow  Observaciones: \_\_\_\_\_

Prendas De Vestir: Permiten Movilidad  Pares craneales: Olfatorio  Óptico  Motor ocular común   
Patético  Trigémino  Motor ocular externo  Facial  Auditivo

Glossofaríngeo  Neumogástrico o Vago  Espinal  Hipogloso

Observaciones: \_\_\_\_\_

Estimulación visual: \_\_\_\_\_ Estimulación olfativa: \_\_\_\_\_

Estimulación auditiva: \_\_\_\_\_

Estimulación táctil: \_\_\_\_\_ Estimulación postural: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Signos de dolor  Escala de dolor: \_\_\_\_\_ Puntaje: \_\_\_\_\_

Evaluación: \_\_\_\_\_ Intervención: \_\_\_\_\_

Observación: \_\_\_\_\_

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

Ojos: Simetría  Secreciones  Coloración esclerótica: \_\_\_\_\_ Párpados: Alineados   
Edematosos  Hemorragia conjuntival  Pupilas: \_\_\_\_\_

Apertura y cierre ocular: \_\_\_\_\_ Movimientos oculares: \_\_\_\_\_

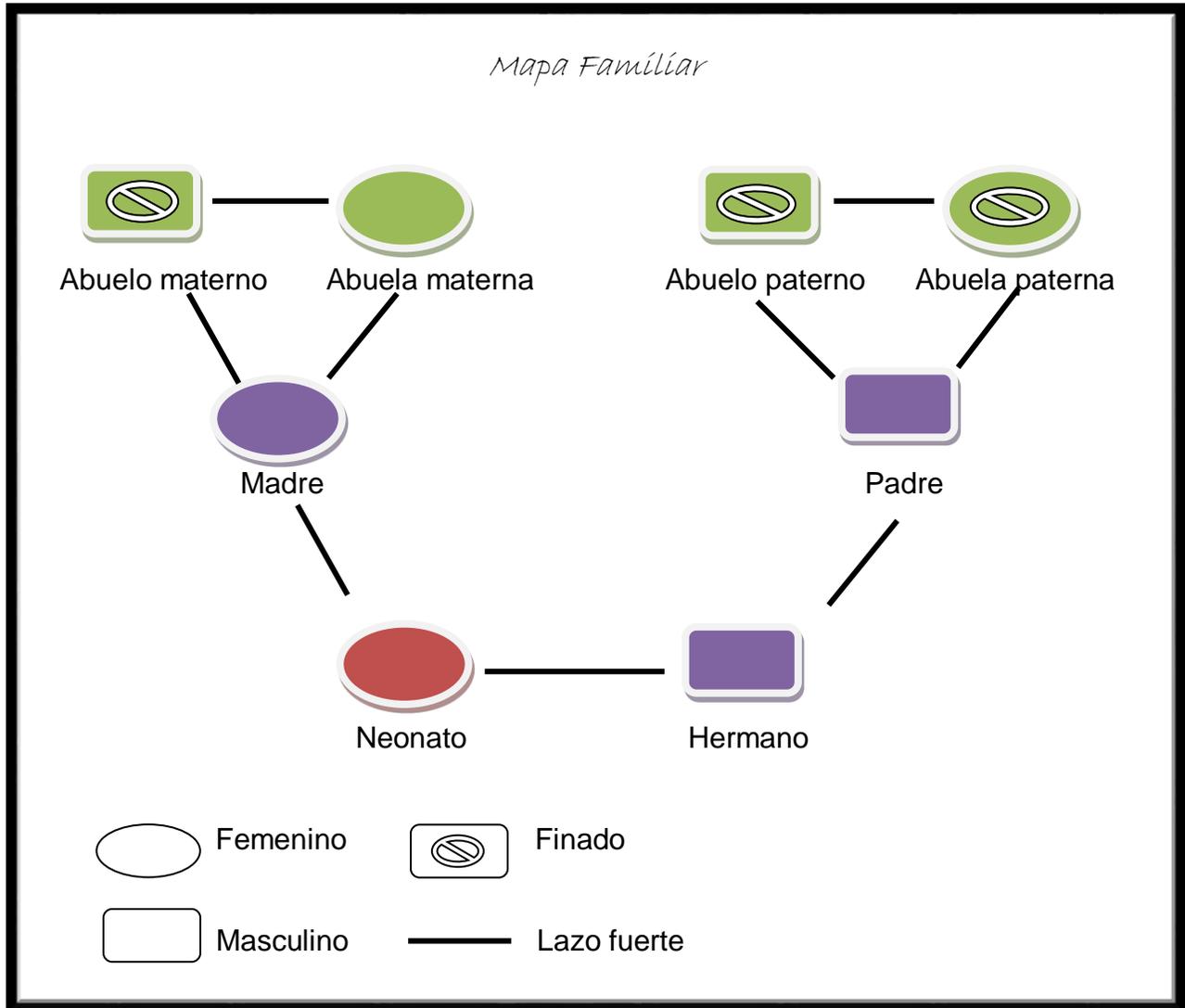
Observaciones: \_\_\_\_\_ Orejas: Simétricas  Pabellón formado   
Flexibilidad  Implantación normal  Apéndices auriculares  Piel integra  Observaciones: \_\_\_\_\_

Se encuentra en alojamiento conjunto  Recibe visita de: Mamá  Papá  Otro  \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_ ¿Es llamado por su nombre? SI  NO

Por qué \_\_\_\_\_ Lloro con fuerza estando solo  Irritable durante la valoración   
 Se consuela rápidamente con mama   
 Atento al medio externo  Responde a estímulos: Visuales  Táctiles  Auditivos  Recibe caricias  Contacto piel a piel  Es cargado  Por quién: \_\_\_\_\_  
 El vínculo con los padres es: \_\_\_\_\_ Es hijo deseado  Es hijo planeado

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



Observaciones: \_\_\_\_\_

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

Identificación con brazalete  Datos completos  Datos visible  Está colocada   
¿En qué miembro? \_\_\_\_\_ Termorregulación: Eficaz  Ineficaz   
Condicionantes: \_\_\_\_\_ Intervenciones: \_\_\_\_\_ Cuna: \_\_\_\_\_  
Temperatura: \_\_\_\_\_ Humedad: \_\_\_\_\_ Colchón: Gel  Esponja  Otros: \_\_\_\_\_  
Orientación a los padres sobre medidas de seguridad  Uso de barandales y puertas de incubadora  
con forme a norma  Observaciones: \_\_\_\_\_  
Tipo de ropa: \_\_\_\_\_ Contención  Cambios posturales  Rotación de sensores   
Frecuencia: \_\_\_\_\_ Piel y estructuras ósea integra: Si  No   
Observaciones: \_\_\_\_\_  
Dispositivos que pueden causar lesión: \_\_\_\_\_  
Catéteres: \_\_\_\_\_  
Drenajes: \_\_\_\_\_  
Sondas: \_\_\_\_\_  
Muñón umbilical: Hidratado  En proceso de momificación  Secreción  Cicatrizado   
Características Periumbilicales: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de cambio de pañal: \_\_\_\_\_ Limpieza de área genital: \_\_\_\_\_  
Lesiones dérmicas: \_\_\_\_\_  
Tratamiento: \_\_\_\_\_ Luxación de cadera: Si  No   
Déficit metabólico: Hipoglucemia  Hiperglucemia  Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Tamiz: Si  No  \_\_\_\_\_ Normal  Alterado   
Tratamiento: \_\_\_\_\_  
Aplicación de vacunas: BCG  Hepatitis B  Sabin   
Se brinda orientación de la vacunas iniciales   
Kramer \_\_\_\_\_ Bilirrubinas: \_\_\_\_\_ Tratamiento: \_\_\_\_\_ Gpo y Rh: \_\_\_\_\_  
Coombs: \_\_\_\_\_ Protección ocular   
¿Los padres tienen conocimientos de la patología del neonato?: Sí  No  \_\_\_\_\_  
¿Los padres realizan lavado de manos antes de tocar al neonato? Si  No  \_\_\_\_\_  
¿Los padres tienen conocimientos sobre el tratamiento del neonato?: Sí  No  \_\_\_\_\_  
  
¿Los padres conocen los efectos secundarios del tratamiento del neonato?: Si  No  \_\_\_\_\_  
¿Los padres tienen conocimientos sobre el cuidado del neonato?: Si  No  \_\_\_\_\_  
¿Cómo perciben los padres el estado de salud de su hijo? \_\_\_\_\_  
¿Tiene cuidados paliativos el neonato? Sí  No  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

LAB	FECHA	RESULTADO	LAB	FECHA	RESULTADO
<b>BIOMETRIA HEMATICA</b>			PCTN		
HB			CULT		
PLAQ			HEMC		
RET					
HTO			<b>ELECTROLITOS</b>		
LEUC			CL		
			Mg		
<b>QUIMICA SANGUINEA</b>			FOSF		
UREA			CA SER		
CREAT			CA ION		
PROT			NA		
BIL TOT			K		
BIL IND					
BIL DIR			<b>OTROS</b>		
GLUC					
<b>ESPECIALES</b>					
PCR					

ESTUDIO	FECHA	RESULTADO
USG		
ECG		
EEG		
ECO		
POTENCIAL AUDITIVO		
POLIG		
SEGD		
RX		

**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**

Somatometría actual: \_\_\_\_\_

<b>SOMATOMETRIA</b>	
<b>PESO</b>	
<b>TALLA</b>	
<b>PC</b>	
<b>PT</b>	
<b>PA</b>	
<b>PB</b>	
<b>S.S</b>	
<b>PIE</b>	

Índice de incremento ponderal: \_\_\_\_\_ RCEU

Tipo: \_\_\_\_\_ Presenta algún defecto congénito

\_\_\_\_\_ Cráneo: Normocéfalo

Macrocéfalo  Microcéfalo  Caput succedaneum  Cefalohematoma

Hemorragia subgaleal  Amoldamiento  Craneosinostosis

Observaciones: \_\_\_\_\_

Cabello normal  Escaso  Abundante  Hipersensibilidad del cuero cabelludo

Cara: Simétrica  Asimétrica  Cuadrado de la barba

Tumorações de la piel  Movimientos faciales

Observaciones: \_\_\_\_\_

Mamas y axilas: Simetría  Coloración: \_\_\_\_\_ Presencia de masas

Pezones: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Higiene: Baño artesa  Inmersión  Esponja  Frecuencia: \_\_\_\_\_ Aseo de cavidades

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Reflejos primarios Moro  Babinsky  Marcha  Tónico del cuello

Preñión  Observaciones: \_\_\_\_\_

Grupo social actual al que pertenece: \_\_\_\_\_

Cuidador primario posterior al alta: \_\_\_\_\_

Se proporciona educación para la salud en domicilio acerca:

➤ 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  \_\_\_\_\_

**ANEXO III**

**TEST DE CAPURRO**

Edad gestacional

A	S	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola	Pezón bien definido. Areola 0.75 cm	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm	Areola sobresaliente, 0.75 cm	
			0	5	10	15	
B	S	Textura de la piel	Muy fina. Gelatinosa	Fina y lisa	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial	Gruesa y apergaminada
			0	5	10	18	22
S	o	Forma de la oreja	Plana y sin forma	Inicio engrosamiento del borde	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior	Engrosada e incurvada totalmente	
			0	5	10	24	
m	a	Tamaño del tejido mamario	No palpable	Diámetro 0.5 cm	Diámetro 0.5-1.0 cm	Diámetro > 1.0 cm	
			0	5	10	15	
S	o	Pliegues plantares	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior	Surcos sobre mitad anterior	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior
			0	5	10	15	20
o	m	Signo: de la bufanda					
			0	6	12	18	
y	N	Signo: cabeza en gota					
			0	4	8	12	

Disponible en: <http://bit.ly/2j0HoOZ>

## ANEXO IV

### BALLARD MODIFICADO

		0	1	2	3	4	5																						
Madurez neuromuscular	Postura																												
	Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°																							
	Ángulo del codo	180°		100°  180°	90°  100°	<30 degrees"/> <30°																							
	Ángulo popliteo	180°	160°	130°	110°	90°	90° o menos																						
	Signo de la bufanda																												
	Talón oreja																												
		0	1	2	3	4	5																						
Madurez física	Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Ligeramente rosada venas visibles	Descamación superficial pocas venas	Descamación áreas pálidas, venas raras	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa, rugosa																						
	Lanugo escaso	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso																							
	Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transverso único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta	Escala de madurez																						
	Mamas	Ligeramente perceptibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm de pezón	Areola completa 5-10 mm																							
	Oído	Aplanado permanente doblado	Borde ligeramente curvo, suave, Recup. Lenta	Borde curvo suave de fácil recuperación	Formado Firme recuperación instantánea	Cartilago grueso, firme																							
	Genitales masculinos	Escroto vacío, sin arrugas		Testiculos descendidos, pocas rugosidades	Testiculos descendidos, muchas rugosidades	Testiculos en péndulo Rugosidades completas																							
	Genitales femeninos	Clitoris y labios menores prominentes		Labios menores y mayores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos																							
								<table border="1"> <thead> <tr> <th>CALIFICACIÓN</th> <th>SEMANAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>5</td><td>26</td></tr> <tr><td>10</td><td>28</td></tr> <tr><td>15</td><td>30</td></tr> <tr><td>20</td><td>32</td></tr> <tr><td>25</td><td>34</td></tr> <tr><td>30</td><td>36</td></tr> <tr><td>35</td><td>38</td></tr> <tr><td>40</td><td>40</td></tr> <tr><td>45</td><td>42</td></tr> <tr><td>50</td><td>44</td></tr> </tbody> </table>	CALIFICACIÓN	SEMANAS	5	26	10	28	15	30	20	32	25	34	30	36	35	38	40	40	45	42	50
CALIFICACIÓN	SEMANAS																												
5	26																												
10	28																												
15	30																												
20	32																												
25	34																												
30	36																												
35	38																												
40	40																												
45	42																												
50	44																												

Disponible en: <https://bit.ly/1SCy9ht>

**ANEXO V**

**VALORACIÓN DE APGAR**

	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	Ausente	< 100 lpm	> 100 lpm
ESFUERZO RESPIRATORIO	Ausente	Irregular, lento	Llanto vigoroso
TONO MUSCULAR	Flácido	Ligera flexión	Movimientos activos
RESPUESTA A ESTÍMULOS	Sin respuesta	Muecas	Llanto
COLORACIÓN	Cianosis o palidez	Acrocianosis	Rosáceo

Paro cardíaco	0 puntos
Depresión grave	1-3 puntos
Depresión moderada	4-6 puntos
Normal	7-10 puntos

Elaborado por: L.E.O Montero Yáñez Nallely

**ANEXO VI**

**EVALUACIÓN DE SILVERMAN ANDERSEN**

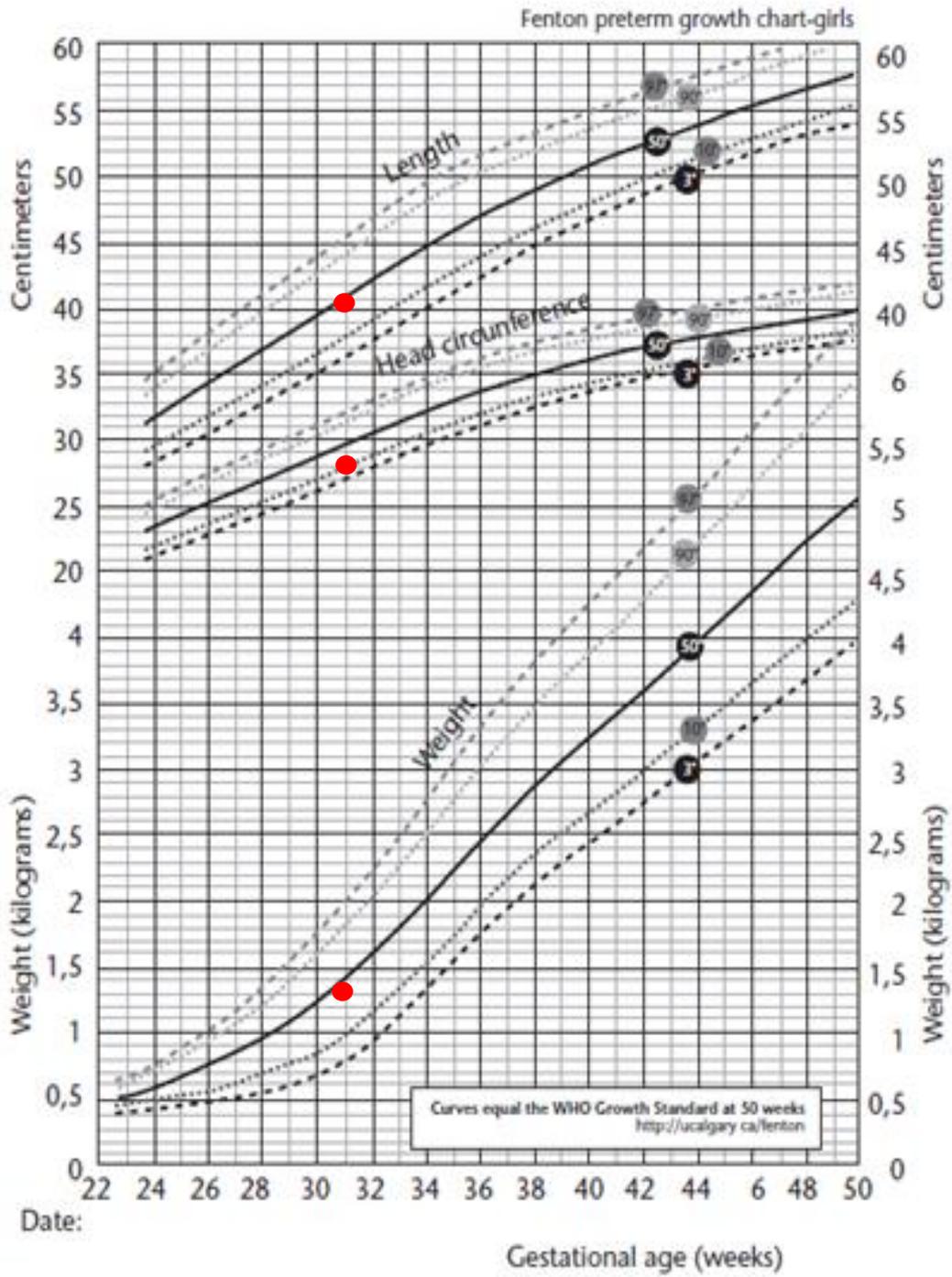
Signos clínicos	0 punto	1 punto	2 puntos
Aleteo nasal	 Ausente	 Mínima	 Marcada
Quejido espiratorio	 Ausente	 Audible con el estetoscopio	 Audible
Tiraje intercostal	 Ausente	 Apenas visible	 Marcada
Retracción esternal	 Sin retracción	 Apenas visibles	 Marcada
Disociación toracoabdominal	 Sincronizado	 Retraso en inspiración	 Barboleo

<b>SILVERMAN ANDERSEN</b>	<b>DIICULTAD RESPIRATORIA</b>
1-2	Dificultad respiratoria leve
3-4	Dificultad respiratoria moderada
> 5	Dificultad respiratoria grave

Disponible en: <http://bit.ly/2Cyny6e>

**ANEXO VII**

**PERCENTILES AL NACIMIENTO**



Disponible en: <https://bit.ly/2qbfAvW>

## **ANEXO VIII**

### **APGAR FAMILIAR**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>CASI NUNCA</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>SIEMPRE</b>
¿Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					●
¿Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas?				●	
¿Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades?					●
Me satisface como compartimos en mi familia: 1. El tiempo para estar juntos 2. Los espacios en la casa 3. El dinero					●
¿Usted tiene un(a) amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?				●	
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)				●	
<b>TOTAL</b>	<b>21 PUNTOS</b>				

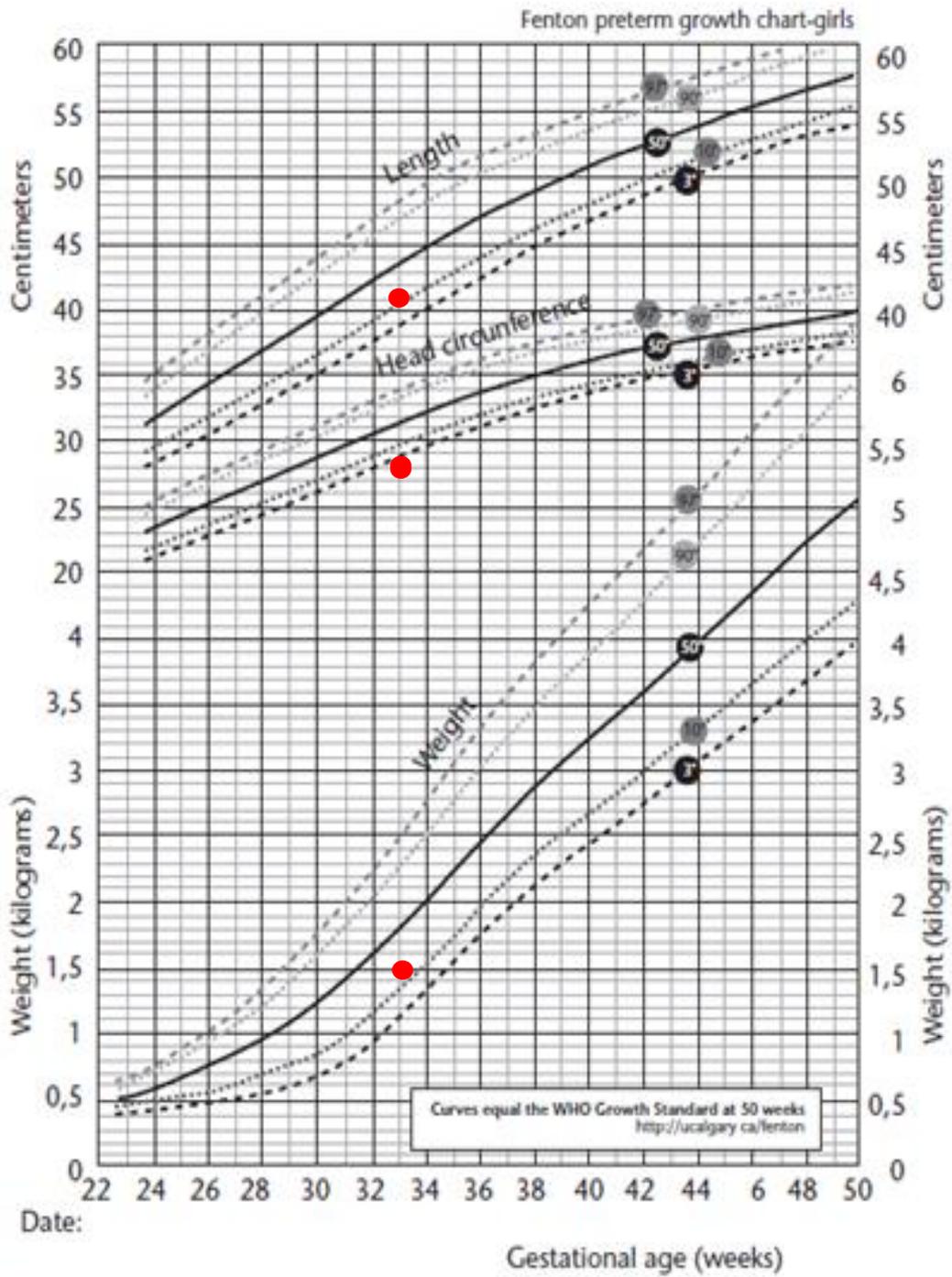
Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va de 0-4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: Nunca=0, Casi nunca= 1, Algunas veces=2, Casi siempre=3, Siempre=4.

<b>INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE</b>	
Normal	17 o más puntos
Disfunción leve	16-13 puntos
Disfunción moderada	12-10 puntos
Disfunción severa	Menor o igual a 9

Disponible en: <https://bit.ly/2eF3w04>

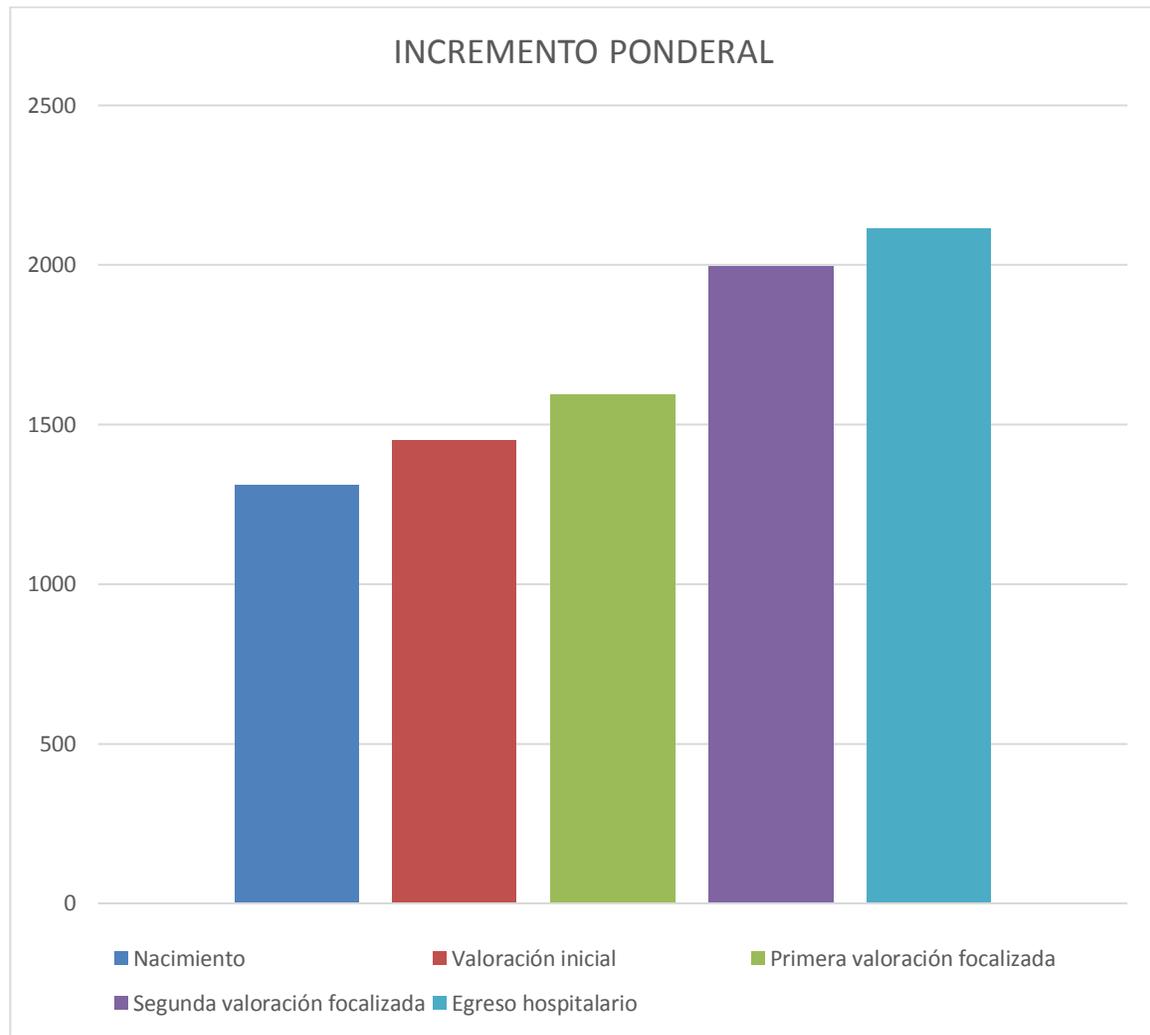
**ANEXO IX**

**PERCENTILES VALORACIÓN INICIAL**



Disponible en: <https://bit.ly/2qbfAww>

## **ANEXO X**



Elaborado por: L.E.O Montero Yáñez Nallely

## ANEXO XI

### REFLEJOS PRIMARIOS EN EL RECIÉN NACIDO

REFLEJOS PRIMARIOS			
REFLEJO	ESTIMULACIÓN	REACCIÓN DEL BEBE	DESAPARICIÓN
Moro	Ruido fuerte o soltar al bebe	Agita los brazos, arquea la espalda y busca protección	3-6 meses
Búsqueda	Se toca mejilla	Gira cabeza buscando el pezón	3-9 meses
Babinski	Tocar planta del pie de talón a dedo gordo	Despliega dedos y después encoje pie	6 meses a 2 años
Marcha	Sostiene al bebe y pies apoyados en superficie	Móv. coordinados como de marcha	2-3 meses
Pensión	Tocar la palma o planta	Cierra palma o dedos planta pie	6-9 meses
Tónico asimétrico	Posición supino y giro de la cabeza	"posición de esgrimista"	4-9 meses



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

## **ANEXO XII**

### **ESCALA BRAZELTON**

<i>EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO NEONATAL</i>	
<b>ESTADOS</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
<b>Estado 1</b>	Sueño profundo. Respiración regular, ojos cerrados, sin actividad espontánea excepto sacudidas o movimientos espasmódicos. No hay movimientos de los ojos
<b>Estado 2</b>	Sueño ligero. Respiración irregular. Ojos cerrados. Nivel bajo de actividad. Movimientos rápidos de los ojos bajo los párpados cerrados
<b>Estado 3</b>	Soñoliento. Ojos abiertos pero fluctuantes. Mirada apagada. Párpados pesados o cerrados. Nivel de actividad variable
<b>Estado 4</b>	Alerta. Mirada brillante. Dedicar toda su atención a la fuente de estimulación. Actividad motora mínima
<b>Estado 5</b>	Irritabilidad. Ojos abiertos. Considerable actividad motora. Breves vocalizaciones de excitación
<b>Estado 6</b>	Llanto. Nivel de actividad motora alto.

Disponible

en: <https://bit.ly/2JrnWbJ>

## **ANEXO XIII**

### **ESTADÍOS EVOLUTIVOS DE LA SUCCIÓN**

**PATRÓN INICIAL:**

Movimientos de la boca sin succión eficaz

**PATRÓN INMADURO:**

Series de 4 a 7 succiones de 1-15 s sin deglución

**PATRÓN MADURO:**

series de 30 a 40 succiones a razón de 2 s cada serie, asociadas con ondas propulsonras en esófago

---

Fuente: Normas de Neonatología INPer <sup>(38)</sup>, Elaborado por: L.E.O Montero Yáñez Nallely

## ANEXO XIV

### TÉCNICA DE LAVADO DE MANOS

# ¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

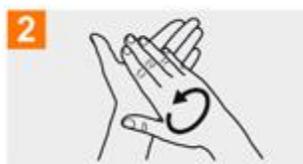
 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



**0** Mójese las manos con agua;



**1** Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



**2** Frótese las palmas de las manos entre sí;



**3** Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



**4** Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



**5** Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



**6** Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



**7** Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



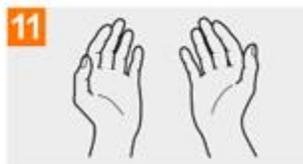
**8** Enjuáguese las manos con agua;



**9** Séquese con una toalla desechable;



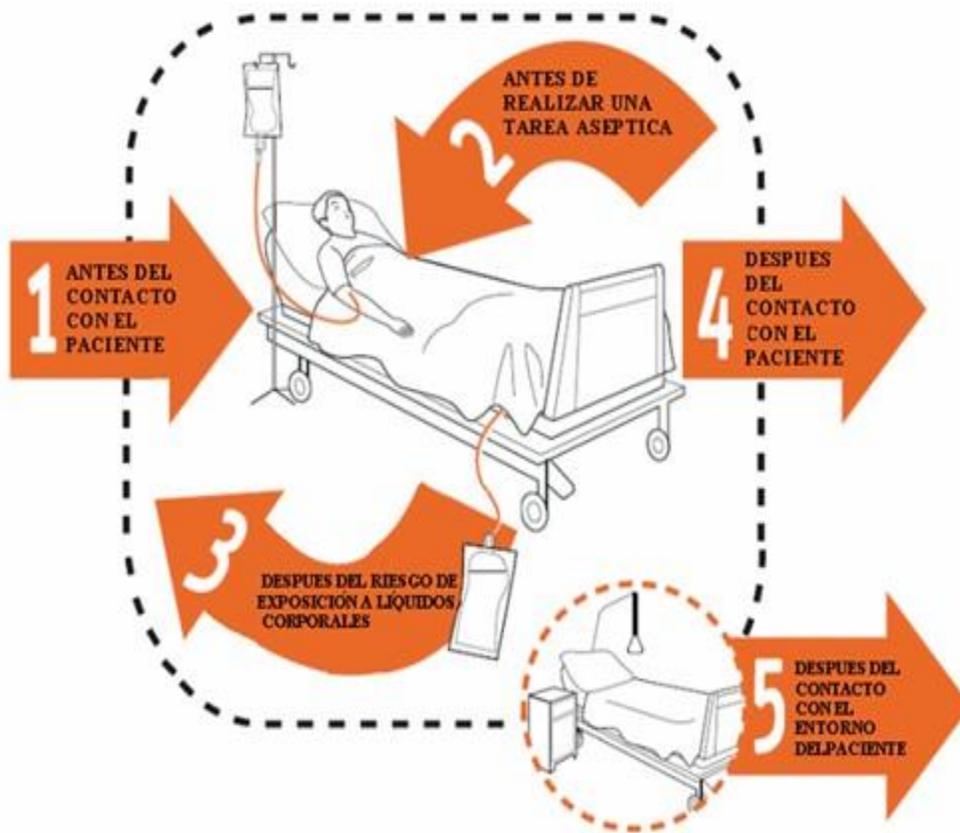
**10** Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



**11** Sus manos son seguras.

Disponible en: <https://bit.ly/2uND1kb>

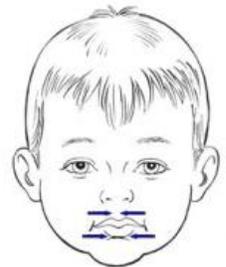
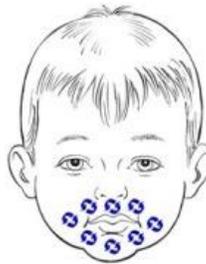
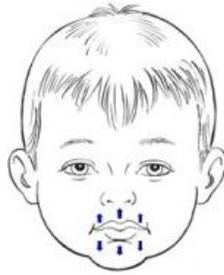
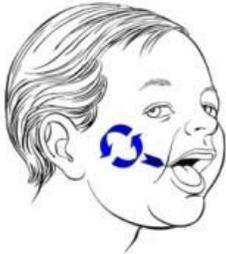
## MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS



Disponible en: <https://bit.ly/2lxvEzy>

**ANEXO XV**

**EJERCICIOS OROMOTORES EN EL RECIÉN NACIDO**



Disponible en: <https://bit.ly/2EpH9eM>

**ANEXO XVI**

**LATCH DE LA LACTANCIA MATERNA**

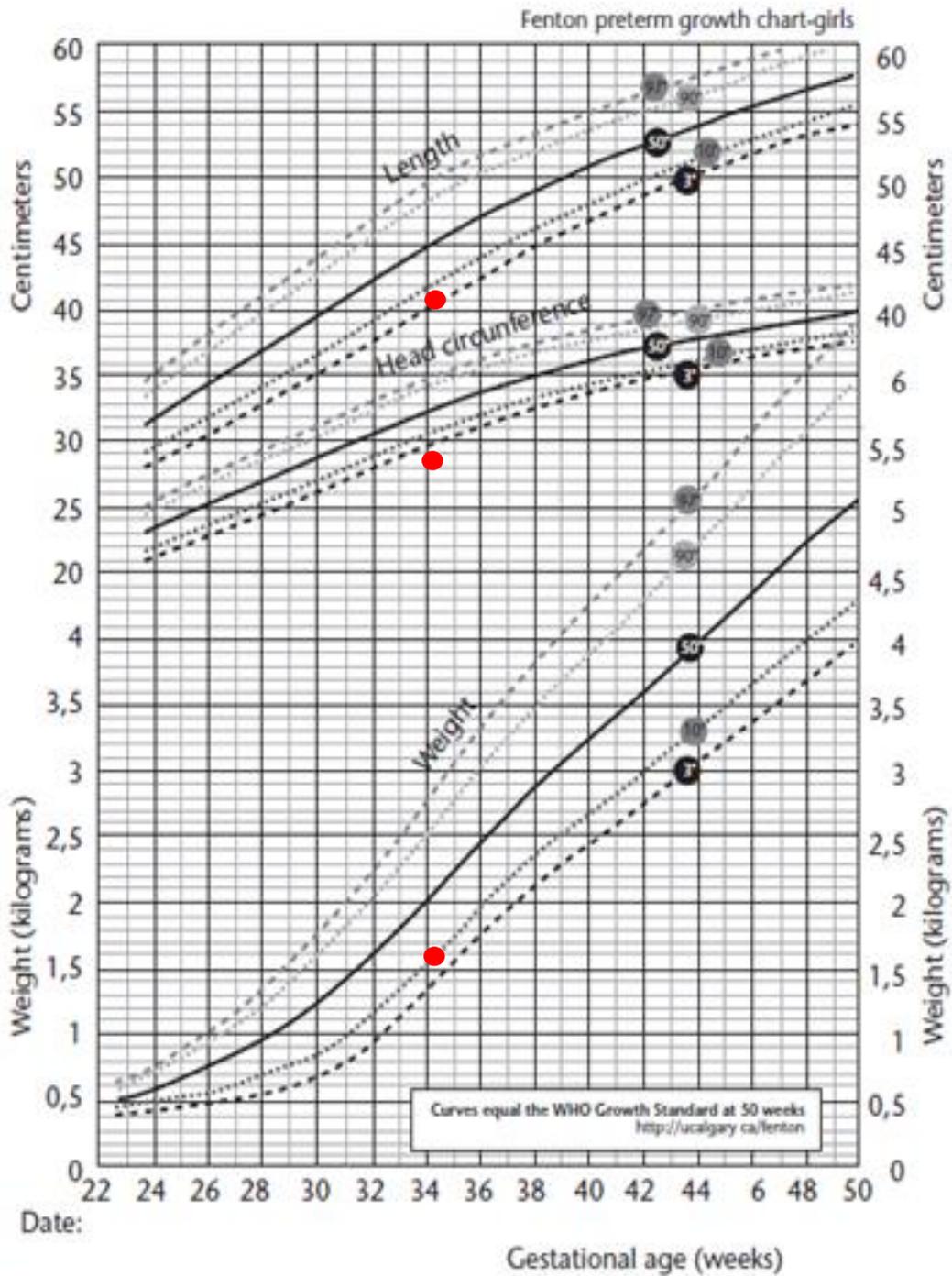
LATCH (Jensen, Wallace y Kelsay, 1994): adaptación al castellano

	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 ajustan - Succión rítmica
A. Audible swallowing. Deglución audible	- Ninguna	- Un poco si se le estimula.	- Espontáneo e intermitente si menor 24 h. de vida - Espontáneo y frecuente si más 24 h. de vida
T Type of Nipple. Tipo de pezón	- Invertidos	- Planos	- Evertidos tras estimulación
C. Comfort Comodidad, confort (pecho/pezón)	- Ingurgitadas - Grietas con sangrado, ampollas o magulladuras importantes - Discomfort, dolor severo	- Mamas llenas(cargadas) - Pezón enrojecido, pequeñas ampollas o rozaduras - Discomfort, dolor medio o moderado	- Mamas blandas - No dolor
H: Hold (positioning) Mantener colocado al pecho	-Ayuda total (el personal mantiene al niño colocado al pecho)	- Mínima ayuda (colocar una almohada) - Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro - El personal lo coloca y luego la madre sigue.	-No es necesaria ayuda del personal - La madre es capaz de mantener al niño colocado al pecho.

Disponible en: <https://bit.ly/2JrBOOI>

**ANEXO XVII**

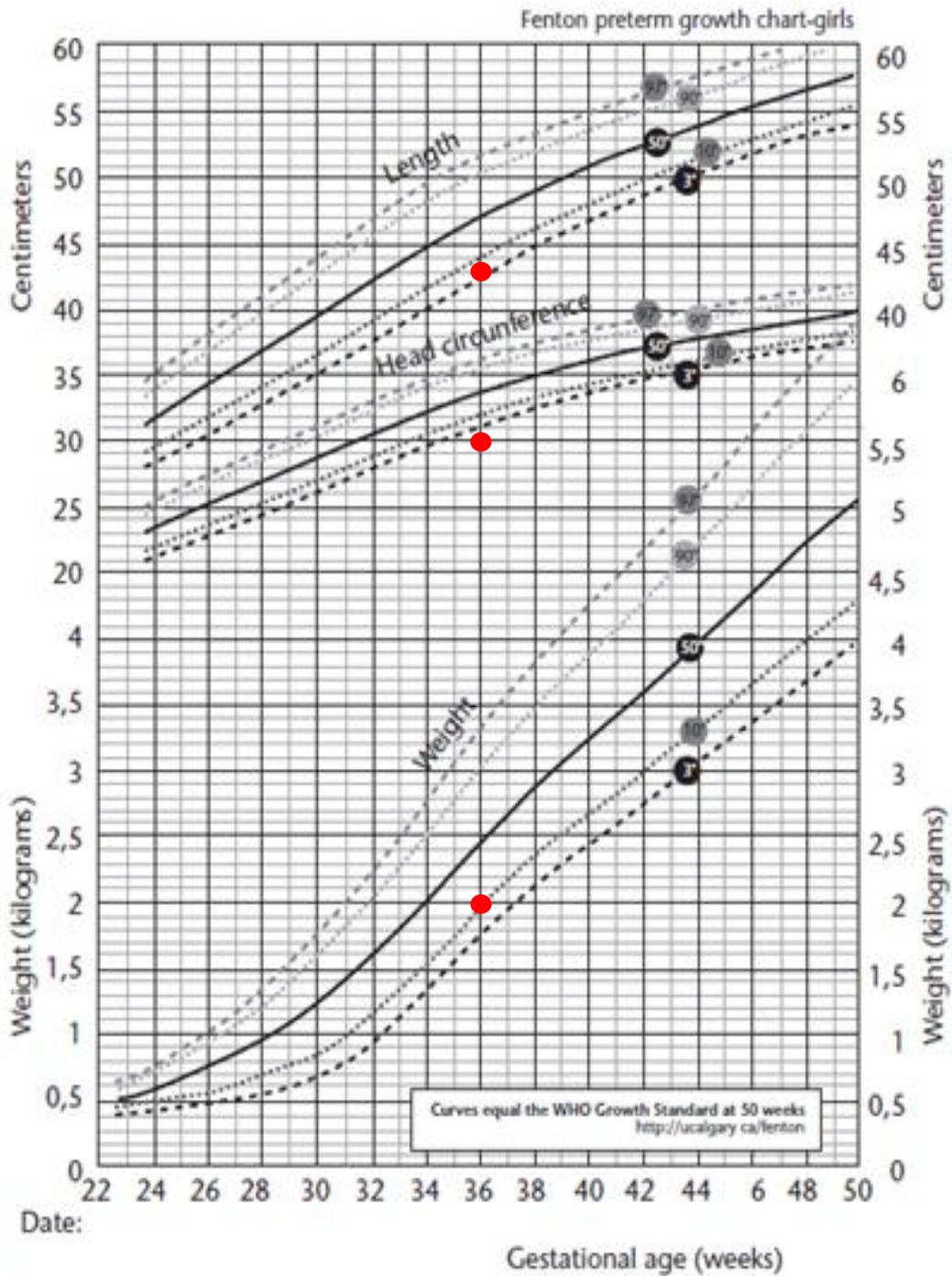
**PERCENTILES PRIMERA VALORACIÓN FOCALIZADA**



Disponible en: <https://bit.ly/2qbfAWW>

**ANEXO XVIII**

**PERCENTILES SEGUNDA VALORACIÓN FOCALIZADA**



Disponible en: <https://bit.ly/2qbfAvW>

**ANEXO XIX**

**MASAJE Y ESTIMULACIÓN EN EL RECIÉN NACIDO**

*Movimientos del Masaje Infantil de IAIM*



**Educador/a:**

**International Association of Infant Massage**

**\*\*\* \*\* Las siguientes páginas sobre los movimientos de masaje pueden ser fotocopiadas y distribuidas a los padres como material de clase. \*\***



## Piernas y Pies



1. Vaciado Hindu



4. Ligera torsión de los dedos del pie.



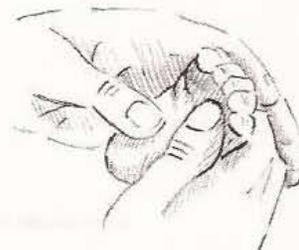
2. Abrazar y deslizar



5. Presión en las almohadillas del pie



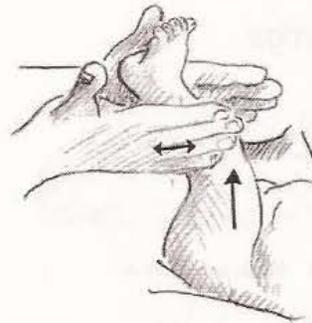
3. Pulgar tras pulgar



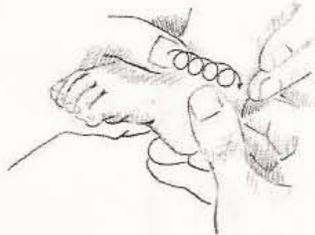
6. Presiones con los pulgares



7. Parte superior del pie



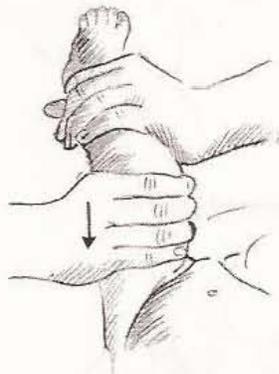
10. Rodamientos



8. Circulos en el tobillo



11. Relajar las Nalgas en medio de la nalga



9. Vaciado Sueco para tonificar

12. Integración



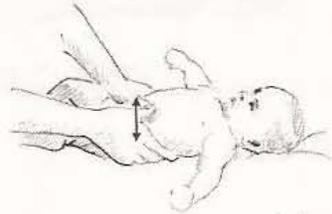
# Barriga



1. Rueda hidráulica A



a. Rueda hidráulica B



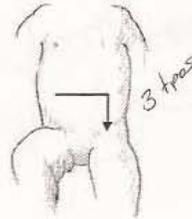
2. Abrir un libro Si hay onfalocelisis no dar este masaje



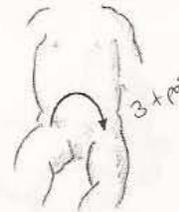
3. Sol y Luna *mano izquierda despegar mano derecha golpear*



3 + pas



3 + pas



3 + pas

4. Te quiero (I Love You)



5. Caminar los dedos sobre el abdomen a la altura del ombligo

Copyright - Sólo para fines educativos

-4-  
Integrar abdomen y piernas para fomentar propriocepción aplicar aceite



## Pecho



para eliminar la tristeza  
**1. Abrir un libro**

hacia arriba, lado, centro



**2. Mariposa**

**3. Integración**

Pecho, abdomen, Piernas

## Brazos y manos



1 Axilas *frotar*



2 Vaciado Hindú



3. Abrazar y deslizar



4. Palma de la mano y Rodamiento de los dedos



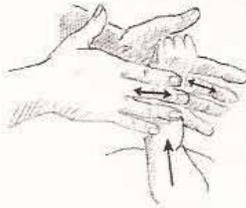
5. Dorso de la Mano



6. Círculos en la muñeca



7. Vaciado Sueco *de distal a proximal*



8. Rodamientos en ambas brazos

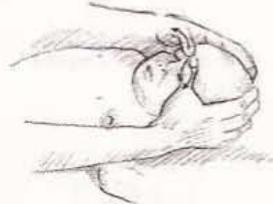
9. Integración *Los brazos brazos torax abdomen piernas*



## Cara



1. Abrir un libro



2 Relaja tus cejas.



3. Hacia el puente nasal, bajo los pómulos.



4. a. Sonrisa encima del labio superior



4. b. Sonrisa debajo del labio inferior



5. Círculos en la mandíbula



6. Detrás de las orejas y debajo de la barbilla

Integración



## Espalda Desnuda completo



1. Vaivén y ven



4. Círculos en la espalda



2. Barrido desde el cuello hasta las nalgas



5. Peinado de la frente hacia las pompes.



3. Barrido desde el cuello hasta los pies

Integración

¡Gracias!



## Masaje para aliviar cólicos/Gases

Esta secuencia de masaje puede utilizarse cuando existan problemas como dolor de barriga, gases, estreñimiento o cólicos. Repite esta secuencia tres veces, 2-3 veces al día, durante como mínimo dos semanas. Este masaje necesita 5-10 minutos. Algunas técnicas, que también pueden ayudar son: Manos que reposan, Toques de relajación, y Contención.



### 1. Manos que reposan

Empieza realizando varias respiraciones profundas para relajarte, coloca tus manos en la barriga del bebé.

### 2. Rueda Hidráulica

Se realiza seis veces cada mano. Haz el masaje alternando las manos desde las costillas a las piernas.

### 3. Rodillas Arriba

Coloca las rodillas juntas y presiónalas suavemente hacia la barriga. Mantén la posición mientras cuentas lentamente hasta 6. Utiliza los Toques de relajación, balancea suavemente las piernas



### 4. Sol y Luna

Se realiza seis veces cada mano. Una mano dibuja el círculo completo en la dirección de las agujas del reloj. La otra dibuja un círculo parcial en esa misma dirección (aproximadamente desde las 10 hasta las 5)

### 5. Rodillas Arriba

Coloca las rodillas juntas y presiónalas suavemente hacia la barriga. Mantén la posición mientras cuentas lentamente hasta 6. Utiliza los Toques de relajación, balancea suavemente las piernas.

Para más información ver el capítulo sobre cólicos en el libro de Vimala McClure *Masaje Infantil. Guía práctica para el padre y la madre*.

\*\*\* Esta página puede ser fotocopiada y distribuida a los padres como material de clase. \*\*\*

## FASE 1

### ::Ejercicios de Bobath::

- 1- Tomar al niño en posición de acunamiento. Se mece de 10-15 segundos con el cuerpo flexionado y cerca del cuerpo de la madre.



- 2- Se acuesta al niño boca arriba sobre una manta. Se toma la cabeza de la parte superior de la nuca y se pone la otra mano sobre el pecho para evitar un desplazamiento o lastimar al bebé. Y con la mano que se encuentra en la cabeza hacer un movimiento de la cabeza hacia adelante a manera de que la barbilla del bebé toque su pecho y hacia atrás. También se toma la frente con una mano y se gira la cabeza hacia los lados, hasta lograr que la barbilla toque el hombro de cada lado. Hacer 10 repeticiones.



- 3- Con ambas manos tomar al bebé de los hombros y dejar sus brazos pegados a su cuerpo y con los dedos dar soporte a la espalda, si es necesario se dará apoyo con un dedo en la cabeza. Llevar al bebé hacia arriba como queriéndolo sentar, teniendo cuidado de que no se apoye el peso del cuerpo sobre su columna. Hacer 10 repeticiones.



- 4- Con ambas manos tomar al bebé de los hombros el bebé debe de estar acostado boca arriba, pero a diferencia del ejercicio anterior solo alzar un hombro como queriendo hacer que el niño de una media vuelta. Hacer 10 repeticiones.



- 5- Estando el bebé acostado se deberán tomar sus manos, teniendo la precaución de extender el codo, se llevarán ambos brazos simultáneamente hacia adelante para permitir que el bebé se abraze, debe tocar un hombro cada vez de forma alternada

6- Tomar las muñecas del bebé y con el codo extendido elevar el brazo arriba de su cabeza mientras el otro brazo se encuentre pegado al cuerpo del bebé también con el codo extendido y regresar ese brazo a su posición inicial mientras se eleva el brazo contrario de la misma forma. Realizar 10 repeticiones.



7- Partiendo de la postura anterior, girar simultáneamente ambos brazos, sin flexionar el codo y lo más ampliamente posible. Hacer 10 repeticiones en ambas direcciones (hacia adelante y hacia atrás).

8- Con los brazos del bebé extendidos hacia los lados, se flexiona el hombro hacia adelante, llevando las palmas del bebé hacia el frente, como si este aplaudiera, con el cuidado de no flexionar el codo, se realizan 10 repeticiones hacia adelante y atrás.

9- Con el bebé acostado boca arriba con los brazos lo más cercano al cuerpo y las palmas del bebé hacia arriba, flexionar el codo y extenderlo. Mientras un brazo está arriba doblado, el otro está abajo estirado y después hacer el movimiento contrario (de forma alterna). 10 repeticiones de cada brazo.



10- Tomar la mano del bebé y moverle la muñeca hacia adelante y hacia atrás, hacia un lado y al otro, como jugando "Tengo manita no tengo manita" y hacerle giros. 10 repeticiones en cada muñeca.



11- El bebé debe mantener los dos brazos extendidos, tomándolo de las manos, se hace un poco de tracción (jalarlo) sin lastimarlo, de forma alterna ambos brazos, para estimular la propiocepción.

12-Tomar al bebé de ambos tobillos, flexionar una rodilla y elevarla hasta tocar el abdomen mientras la otra pierna se encuentra con la rodilla completamente extendida, se extiende posteriormente esa pierna y se flexiona la otra de forma alternada (haciendo bicicleta) . Se realizan 10 repeticiones para cada pierna.



13-Con ambas piernas flexionadas, se unen y se separan ampliamente ambas rodillas, se realizan 10 repeticiones, partiendo de esa posición, se realizan giros de la cadera, llevando las rodillas hacia adentro y arriba, realizarlos lo más ampliamente posible, también 10 repeticiones.

14-Sostener con una mano el muslo del bebé y con la otra mano el tobillo, elevar la pierna a una altura donde pueda doblar la rodilla mientras la otra pierna se encuentre estirada y ahí llevar el tobillo queriendo tocar la nalga y regresar a estirar la rodilla. 10 repeticiones para cada pierna.



15-Manteniendo la pierna extendida y apoyada en el colchón, colocar una mano sobre la rodilla y la otra sosteniendo el pie del bebe, realizar flexión y extensión del tobillo, manteniendo los dedos del pie extendidos. Realizar 10 repeticiones.

16- Acostar al bebé boca abajo, colocar una mano en la frente del bebé y la otra en la espalda para fijar algún desplazamiento, llevar la cabeza del bebé hacia atrás (en este caso hacia arriba) queriendo enderezarle la cabeza para que pueda respirar mejor. 10 repeticiones.



17- El bebé acostado boca abajo doblar una rodilla a 90° y elevar la pierna tomándola del tobillo a manera de que el muslo se despegue del colchón. Colocar la otra mano sobre la pompi contraria para mantener la cadera sobre el colchón. 10 repeticiones para cada pierna.



18- Con el bebé boca abajo doblar una rodilla hasta tocar la pompi y regresarla a que quede estirada, para esto poner una mano bajo la rodilla, hacer 10 veces con cada rodilla.



19-Doblar a 90° grados una rodilla y tomar el pie del bebé (posición neutra) y flexionar y extender el tobillo, como si los dedos quisieran tocar la espinilla y llevar la punta del pie hacia el techo, también hacer 10 repeticiones con cada pie.



20- Con una pelota grande acostar al bebé boca abajo y balancearlo hacia adelante y hacia atrás, de un lado hacia el otro, giros y movimientos hacia arriba y hacia abajo, sosteniéndolo solamente de la espalda, dejando libres los brazos, piernas y cabeza. Varias veces, si el niño se mantiene tranquilo



21-Acostar al niño boca arriba sobre la manta y elevar la manta para mecerlo y lograr que gire unas cuantas veces solito.



22-Colocando al bebe sobre la manta, se deberá mecer como si fuera una hamaca en diferentes direcciones, como se hizo sobre la pelota.

## **ANEXO XX LACTANCIA MATERNA**

### **¿Cada cuando debo alimentar a mi bebé y por cuánto tiempo?**

- Debe comer de 8 a 12 veces por día (tan seguido como el bebé lo deseé)
- Permitir que el bebé succione el tiempo necesario para vaciar primero un pecho antes de pasar al siguiente
- NO dejar pasar más de tres horas sin comer, aún por la noche (despertarlo si es necesario)



### **¿Debe eructar el bebé?**

Puede o no hacerlo

Si no lo hace después de 15 minutos con una técnica adecuada (colocarlo en el hombro y dar palmaditas en la espalda), significa que durante la lactancia no tragó aire

### **¿Cómo se que el bebé tiene hambre?**

- Movimientos de succión
- Se mete la mano a la boca
- Suspira
- Lloro o está irritable
- Realiza sonidos de succión

### **CUIDADO DE LOS PEZONES**

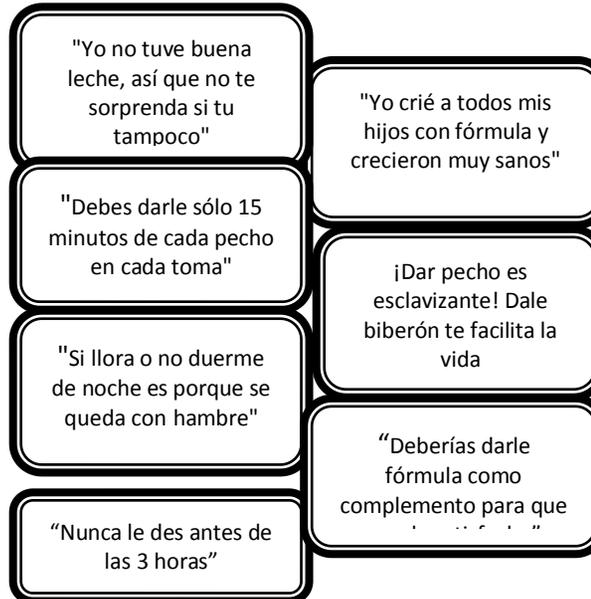
- No es necesario limpiar el pezón ni antes ni después de amamantar, ya que sobre

las areolas existen unas glándulas encargadas de mantener limpio y humectado el pezón

- Si es posible exponer los senos al aire o al sol durante 5 minutos diariamente
- No untar crema ni ninguna otras sustancia en la areola

### **MITOS ACERCA DE LA LACTANCIA**

Es muy común que en ocasiones te encuentres confundida por todos los comentarios u opiniones que tus seres queridos, amigas, vecinas o pediatra hagan tales como:



**¡NO OLVIDES!**

Sólo tú puedes darle lo mejor de ti a tu bebé y ofrecerle una mejor calidad de vida.

*La decisión es tuya*

## **LACTANCIA MATERNA**

### **GARANTIZA CALIDAD DE VIDA**



**AMAMANTAR ES DAR AMOR**

ELABORÓ: LEO MONTERO YÁÑEZ NALLELY

La leche humana es el mejor alimento que puede recibir un recién nacido.

¿Por qué?

#### BENEFICIOS PARA EL BEBÉ

- ✓ La cantidad de nutrientes y agua son exactamente las necesarias.
- ✓ Protege al bebé de infecciones respiratorias, intestinales y otitis aguda
- ✓ Brinda inmunidad natural
- ✓ Disminuye considerablemente el riesgo de padecer alergias
- ✓ Previene la obesidad
- ✓ Favorece el desarrollo cerebral del bebé
- ✓ Mejora el desarrollo de cara y boca
- ✓ Fácil digestión
- ✓ Disminuye la posibilidad de padecer Diabetes
- ✓ Reduce el riesgo de muerte súbita en el recién nacido (muerte de cuna)
- ✓ Favorece el vínculo madre-hijo
- ✓ Disminuye el riesgo de leucemia

#### BENEFICIOS PARA LA MADRE

- ✓ Ayuda a que el útero regrese a su tamaño y forma normal
- ✓ Disminuye las hemorragias posparto
- ✓ Reduce el riesgo de cáncer de mama u ovario
- ✓ Reduce la posibilidad de padecer osteoporosis
- ✓ Disminuye la depresión posparto
- ✓ Ahorra tiempo

- ✓ Es portátil, estéril y tibia
- ✓ Disponible a cualquier hora y en cualquier lugar



#### VENTAJAS PARA PAPÁ Y MAMÁ

- Ahorro de dinero (mamilas, gas, fórmulas, agua)

#### TIPOS DE LECHE MATERNA

**CALOSTRO:** es la primera leche que producimos al nacer nuestro bebé, es de color amarillo y dura de 5 a 7 días.

**TRANSICIÓN:** de los 7 a 10 días de vida de nuestro bebé

**MADURA:** a partir del día 15 en adelante

**RECUERDA:** cada tipo de leche contiene la cantidad y los nutrientes necesarios para cada etapa de vida de tu hijo.



#### PREGUNTAS FRECUENTES

¿Cómo debo colocar a mi bebé para lograr lactar de una manera adecuada?

1. Colocar a su bebé de frente a usted a la altura de su pecho
  2. El estómago del bebé, frente al de su madre
  3. Estimular el reflejo de búsqueda (rosando sus labios con el pezón o los dedos)
  4. Boca del bebé muy abierta (como si estuviera bostezando)
  5. Labios evertidos (como de pecesito)
- Nariz, mejillas y barbilla tocando el pecho



**ANEXO XXI**

**CARTILLA DE VACUNACIÓN**

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
BCG	TUBERCULOSIS	ÚNICA	AL NACER	
HEPATITIS B	HEPATITIS B	PRIMERA	AL NACER	
		SEGUNDA	2 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
PENTAVALENTE ACELULAR DPaT + VPI + Hib	DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, POLIOMIELITIS E INFECCIONES POR <i>H. influenzae b</i>	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	
		CUARTA	18 MESES	
DPT	DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS	REFUERZO	4 AÑOS	
ROTAVIRUS	DIARREA POR ROTAVIRUS	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		TERCERA	6 MESES	

ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
NEUMOCÓCICA CONJUGADA	INFECCIONES POR NEUMOCOCO	PRIMERA	2 MESES	
		SEGUNDA	4 MESES	
		REFUERZO	12 MESES	
INFLUENZA	INFLUENZA	PRIMERA	6 MESES	
		SEGUNDA	7 MESES	
		REVACUNACIÓN	ANUAL HASTA LOS 59 MESES	
SRP	SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS	PRIMERA	1 AÑO	
		REFUERZO	6 AÑOS	
SABIN	POLIOMIELITIS		ADICIONALES	
SR	SARAMPIÓN Y RUBÉOLA		ADICIONALES	
OTRAS VACUNAS				

Disponible en: <http://bit.ly/2C7wnbD>

## ANEXO XXII

### SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO

***Si su hija presenta cualquiera de éstos signos, acudir inmediatamente al médico Pediatra***

- ✓ Dificultad para respirar
- ✓ Sonidos extraños al respirar
- ✓ Cianosis (coloración azulada en labios o uñas de manos o pies)
- ✓ Palidez marcada o piel marmórea
- ✓ Aumento o disminución de la temperatura corporal
- ✓ Fontanela abombada
- ✓ Convulsiones (movimientos corporales anormales)
- ✓ Coloración amarilla de la piel
- ✓ No quiere comer
- ✓ Diarrea y/o vómito
- ✓ Sangre en las evacuaciones
- ✓ Ausencia de micciones o evacuaciones
- ✓



**ANEXO XXIII**

**GALERIA FOTOGRÁFICA**



Foto 4 <sup>(4)</sup>



Foto 5 <sup>(4)</sup>



Foto 6 <sup>(4)</sup>



Foto 7 <sup>(4)</sup>



Foto 8 <sup>(5)</sup>



Foto 9 <sup>(5)</sup>



Foto 10 <sup>(6)</sup>



Foto 11 <sup>(7)</sup>



Foto 12 <sup>(8)</sup>



Foto 13 <sup>(9)</sup>



Foto 14 <sup>(10)</sup>



Foto 15 <sup>(11)</sup>



Foto 16 <sup>(12)</sup>



Foto 17 <sup>(13)</sup>



Foto 18 <sup>(14)</sup>



Foto 19 <sup>(15)</sup>



Foto 20 <sup>(16)</sup>



Foto 21 <sup>(17)</sup>

