



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA

Y OBSTETRICIA

“Recién nacido pretérmino con déficit en un
mantenimiento suficiente de alimento, fundamentado
en la Teoría General de Autocuidado”

ESTUDIO DE CASO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

P R E S E N T A:

LIC. ANA LILIA OLIVARES RODRÍGUEZ.

TUTOR:

E.E.N. LUIS ALBERTO CONTRERAS URIBE

CIUDAD DE MÉXICO, 2019





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Regional De Alta especialidad de Zumpango por permitirme ser parte de su primera generación de egresados de dicha especialidad.

Sobre todo a la UNAM máxima casa de estudios, de la cual estoy orgullosa de pertenecer.

DEDICATORIA

Primero a Dios, por permitirme llegar a esta etapa, brindándome salud y guiando mi camino.

A mi esposo, mi principal apoyo, el aceptar acompañarme en esta etapa, el ser padre y madre en todo este tiempo, el darme palabras de aliento cuando estuve a punto de claudicar, gracias amor.

A mis hijas por comprender mis ausencias, y estar ahí con palabras de apoyo en los momentos difíciles, por interesarse en mis avances, por escuchar en ocasiones mis ponencias, mil gracias hijas las amo.

A mi hijo y nieto, gracias por comprender mis ausencias.

A mi madre, por darme la vida, e interesarse en mis logros.

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVO ESPECIFICO.....	3
CAPITULO I.....	4
1.- FUNDAMENTACIÓN	4
1.1.- ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS).....	4
CAPITULO II.....	9
MARCO CONCEPTUAL	9
2.1.-CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.	9
2.2.-PARADIGMA.....	10
2.3.-TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	11
2.4.-TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM. ...	14
2.5.-PROCESO DE ENFERMERÍA	19
CAPITULO III.....	24
METODOLOGÍA	25
3.1.- SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	25
3.1.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	25
3.1.2 SELECCIÓN DEL CASO.....	26
3.2.- MARCO TEÓRICO	26
3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	33
3.4 MARCO LEGAL	35
CAPITULO IV	41
4.1 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	41
4.1.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
4.2 VALORACIÓN	42
4.2.1 EXPLORACION FISICA	42

4.3 VALORACIÓN FOCALIZADA	43
4.4 VALORACIÓN FOCALIZADA POR DÍA	46
4.5 . ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO	49
4.6 ESQUEMA METODOLÓGICO	51
4.7 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS	53
4.8 PLAN DE CUIDADOS	55
CAPITULO V	62
CONCLUSIONES.....	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	66

INTRODUCCIÓN

Dorothea Orem menciona que el principio de enfermería desde sus inicios ha sido el de cuidar, el de ayudar a las personas cuando estas no tienen la capacidad suficiente para cuidar de sí mismas o de las personas que dependen de ella.

Su teoría General de Autocuidado se basa en tres subteorías las cuales se relacionan entre sí, menciona que el autocuidado es una actividad aprendida del ser humano, es la manera de responder a situaciones concretas de la vida, en cómo la persona las resuelve sobre sí mismas, pero en ocasiones presenta limitaciones ya sea edad, salud o desconocimiento, lo que le impide regular los factores que están afectando su desarrollo y funcionamiento por lo que requiere la intervención de enfermería.

En el área de especialización de enfermería del neonato, sabemos que el paciente es totalmente dependiente de los cuidados, por lo que para satisfacer los requisitos universales integramos al cuidador principal.

Existen documentos científicos donde mencionan que los recién nacidos prematuros tardíos son aquellos nacidos a una edad gestacional entre la semana 34 y 36.6 de gestación. Estos niños tienen tasas de morbilidad más altas que los recién nacidos a término por su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, lo que conlleva una estancia hospitalaria prolongada y un aumento del coste económico.⁽¹⁾

Debido a la inmadurez y al retraso en el desarrollo de las vías de conjugación de bilirrubina, los prematuros tardíos tienen el doble de riesgo de sufrir concentraciones elevadas de bilirrubina indirecta a los cinco días de vida. Las dificultades de alimentación también pueden conducir a un retraso en la recirculación enterohepática de la bilirrubina. Así, las concentraciones de

bilirrubina sérica van a ser más altas, su duración más prolongada y el pico suele ser más tardío, entre el quinto y el séptimo día de vida.

Silvia Romero-Maldonado, Leyla María Arroyo-Cabrales mencionan que “Los prematuros tardíos tienen una mayor incidencia en la ictericia fisiológica prolongada y por lo tanto son más vulnerables al daño secundario a la ictericia que los recién nacidos a término, debido a que en los tardíos la vida media de los eritrocitos es menor que en los neonatos a término de 70 y 90 días, respectivamente, aunado a su inmadurez hepática y que se debe de evaluar el riesgo a desarrollar hiperbilirrubinemia severa y darle un seguimiento apropiado, egresando al prematuro hasta que esté fuera de riesgo de hiperbilirrubinemia”⁽²⁾

Que para valorar su egreso primero se debe de comprobar que tenga una adecuada coordinación de succión y deglución mientras está respirando. Al menos 24 horas de éxito en la alimentación con seno materno, con adecuada tolerancia.

Se debe evaluar de manera formal la alimentación al seno materno, incluyendo la observación de la posición, la fuerza de succión, de la forma del pezón, y la cantidad de la producción de leche, recomiendan la valoración de LATCH.²

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar las etapas del proceso enfermero basado en la Teoría General de Autocuidado, para permitir el análisis, la planeación y la evaluación de las intervenciones, con la finalidad de brindar cuidado especializado en un neonato hospitalizado en el servicio de alojamiento conjunto en un Hospital de Alta Especialidad.

OBJETIVO ESPECIFICO

-Recolectar, validar y organizar todos los datos obtenidos durante la valoración, a un neonato que se encuentra en alojamiento conjunto, cursando su primer día de vida.

-Elaborar diagnósticos de enfermería reales y potenciales, en base a los déficits identificados, con el fin de atender la demanda de cuidado.

-Planear intervenciones conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería, integrando al cuidador dependiente.

-Ejecutar las intervenciones planeadas, identificando que sistema de enfermería se requiere.

-Evaluar las intervenciones realizadas, de manera dinámica hasta restablecer los requisitos universales.

CAPITULO I

1.- FUNDAMENTACIÓN

1.1.- ANTECEDENTES (ESTUDIOS RELACIONADOS)

Se realizó una búsqueda sistematizada que sustentaran el estudio de caso, para ello se incluyeron los siguientes artículos en los que se relaciona la hiperbilirrubinemia con la edad de gestacional y la lactancia materna.

La búsqueda de datos se realizó de manera exhaustiva a través de revistas indexadas como Scielo, Redalyc, Fundasamin, Medigraphic. Revistas consultadas en la base de datos de Pubmed, Ebsco y biblioteca digital UNAM.

Las palabras clave empleadas para la búsqueda de datos fueron:

- Hiperbilirrubinemia
- Prematuro tardío
- Lactancia materna

Gallegos-Dávila, Rodríguez-Balderrama I, Rodríguez R- mencionan en su artículo titulado “Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario” que este trastorno, es una de las dos entidades clínicas más frecuentes en la edad neonatal (junto con la dificultad respiratoria) y una de las diez primeras causas de morbilidad neonatal en las unidades de cuidados intermedios; 60% a 70% de los neonatos maduros y 80% o más de los neonatos inmaduros llegan a padecer algún grado de ictericia.

Su incidencia varía ampliamente entre diversas instituciones y en Norteamérica es aún la causa más común de readmisiones a las unidades de cuidados neonatales. En México es también la primera causa de readmisiones.⁽³⁾

Las causas son varias, y se han relacionado diversos factores de riesgo con el desarrollo de ictericia neonatal: maternos, como el tipo de sangre, mala técnica de amamantamiento, uso de ciertos fármacos, diabetes gestacional; neonatales, como el trauma obstétrico, la mala alimentación, policitemia, prematuridad, género masculino, hermano con historia de hiperbilirrubinemia; y de ambos tipos de factores como las infecciones del grupo TORCH, sólo por mencionar algunos.

A pesar de los recientes avances en el tratamiento de este problema, la toxicidad en el sistema nervioso causada por la bilirrubina es aún una importante amenaza, y tanto el kernicterus (ictericia nuclear) como las alteraciones auditivas son secuelas graves, y muchas veces incapacitantes, que aún se siguen observando.⁽³⁾

La Asociación Española de Pediatría en un documento titulado "Recomendaciones para la prevención, la detección y manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional" menciona que los niños amamantados tienen mayor riesgo de desarrollar hiperbilirrubinemia que los alimentados con fórmula artificial. Sin embargo, los riesgos conocidos de desarrollar una encefalopatía aguda por bilirrubina son muy pequeños cuando se sopesan con los beneficios de la Lactancia Materna (LM). El primer abordaje para mitigar la hiperbilirrubinemia asociada a la LM es asegurar que esta se realice satisfactoriamente. Un aporte calórico pobre y/o deshidratación asociada a una lactancia inadecuada puede contribuir al desarrollo de hiperbilirrubinemia por aumento de la circulación entero hepática de bilirrubina.⁽⁴⁾

La ictericia neonatal precoz es generalmente debida a hiperbilirrubinemia no conjugada. La existencia de hiperbilirrubinemia significativa o prolongada obliga a investigar su etiología.

En relación al estudio de caso, menciona que todo Recién Nacido (RN) con ictericia en las primeras 24h de vida se debe medir la Bilirrubinas Totales

Séricas (BTS) en un plazo máximo de 2h. En el caso de no alcanzar el umbral para tratamiento, se recomienda continuar midiendo el nivel de bilirrubina cada 6h, hasta que el nivel esté por debajo de dicho umbral de forma estable o en descenso.(4)

Todo nivel de bilirrubina debe ser interpretado de acuerdo con la edad del neonato en horas.

De acuerdo a la guía NICE Neonatal Jaundice encuentra evidencia en 4 factores de riesgo:

- Edad Gestacional <38 semanas.
- Hermano previo con ictericia que requirió Fototerapia.
- Leche Materna mal establecida.
- Ictericia en las primeras 24h de vida.⁽⁴⁾

El agente de cuidado en estudio presenta tres factores de riesgo de acuerdo a dichas guías.

El Dr. Eduardo Mazzi Gonzales de Prada en un documento titulado "Hiperbilirrubinemia neonatal" menciona que aproximadamente el 50-60% de neonatos presentan hiperbilirrubinemia y la mayoría de los recién nacidos desarrollan ictericia clínica luego del segundo día de vida como expresión de una condición fisiológica. La ictericia en la mayoría de los casos es benigna, pero por su potencial de neurotoxicidad, debe ser monitorizada muy de cerca para identificar neonatos que pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa y alteraciones neurológicas inducidas por la bilirrubina.

Es importante recordar que existen parámetros para reconocer una ictericia patológica los cuales son:

- Ictericia presente las primeras 24 horas de vida
- Ictericia presente por más de 7 días en el neonato a término o más de 14 días en el prematuro.

- Incremento de la bilirrubina sérica más de 5 mg/dL/día.
- Bilirrubina directa mayor a 2 mg/dL o más del 20% de la bilirrubina sérica total
- Bilirrubina total mayor de 15mg/dL en el neonato a término.⁽⁵⁾

En un estudio relacionado con enfermería, la Lic. Chattas G. menciona en un artículo de la revista FUNDASAMIN que se clasifica de la siguiente manera la ictericia neonatal en los recién nacidos amamantados. Se describen dos fases de la ictericia en relación con la lactancia materna:

a) Fase temprana de la ictericia: Ocurre en la primera semana de vida y está relacionada con recién nacidos alimentados a pecho con una mala técnica. Si no hay buena ingesta, disminuye el tránsito intestinal y aumenta la reabsorción de bilirrubina a través del circuito entero-hepático. La ingesta inadecuada de calorías o la deshidratación asociada a la lactancia inadecuada pueden contribuir al desarrollo de hiperbilirrubinemia.⁽⁶⁾

Por lo tanto es esencial estimular, luego del parto, el contacto precoz y piel a piel del recién nacido con su madre, a fin de favorecer el vínculo y la lactancia.

Brindar soporte apropiado para las madres acerca de la lactancia durante los primeros días de vida del recién nacido permite instalar la lactancia y disminuir la ictericia al disminuir el circuito enterohepático. Promover la lactancia frecuente, de 8 a 12 veces en el día.

b) Fase tardía de la ictericia: Tiene lugar a partir de la segunda semana de vida. Los niños alimentados a pecho presentan hiperbilirrubinemia indirecta más prolongada, pero no más elevadas que aquellos que son alimentados con leche de fórmula. Probablemente existe un factor no definido de la leche humana que desconjuga la bilirrubina intestinal y que, por lo tanto, favorece la reabsorción de la bilirrubina indirecta.

No obstante, las recomendaciones actuales desaconsejan interrumpir la lactancia durante 12-24 horas para comprobar si la ictericia es debida a la leche materna. ⁽⁶⁾

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1.-CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

La Enfermería se define como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos.

Es una ciencia que se basa en un amplio sistema de teorías que se aplican a la práctica en el Proceso de Atención de Enfermería, que proporcionan el mecanismo a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad. Roger en 1967 planteó: *“Sin la ciencia de la Enfermería no puede existir la práctica profesional”*.⁽⁷⁾

Es una práctica científica requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones que se realizan.

Es importante recalcar que es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosofico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional.

La investigación permite a la enfermería contar con un sistema de conocimientos, que abarca leyes, teorías e hipótesis y que se encuentra en un proceso continuo de desarrollo, lo que significa que esta perfecciona

continuamente su propio marco teórico y le permite describir, abordar, tratar y hasta predecir los fenómenos que discurren en la práctica.

El cuidado sigue siendo la razón de ser de la profesión y constituye su objeto de estudio, por lo que se hace necesario convertirlo en el centro de interés de la investigación en la enfermería. Ello permitirá consolidar científicamente su cuerpo de conocimientos, así como los fundamentos y principios en los que se basan la educación, la gestión y la asistencia de enfermería. ⁽⁷⁾

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) 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.⁽⁸⁾

2.2.-PARADIGMA

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”⁽⁹⁾

De acuerdo al diccionario de la real academia Española da como definición de paradigma -Teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento.⁽¹⁰⁾

El cuerpo de conocimientos de enfermería, parte de varios paradigmas y teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios, que le dan a la profesión la categoría de independiente.

2.3.-TEORÍA DE ENFERMERÍA

Las teorías comprenden un conjunto de conceptos y propuestas, relacionados entre sí, abarcando el campo de la práctica, de la enseñanza y de la investigación. Las teorías de enfermería traen conceptos y proposiciones relacionadas con la enfermería y ligados a una visión del mundo

Es importante saber que contribuciones ofrece una teoría, cuando en el campo de enfermería las utilizamos, independientemente del paradigma.

- Describe y clasifica fenómenos.
- Establece significados
- Proporciona mediciones
- Relaciona conceptos: permite el análisis.
- Relaciona conceptos con las mediciones.
- Proporciona una base sobre porque las afirmaciones teóricas están relacionadas: añaden plausibilidad (Aquello que es plausible es, de algún modo, ejemplar para el entorno social, de allí que se invoque el aplauso como imagen simbólica de aprobación.)
- Proporciona una base sobre cómo están relacionadas las variables de medición: permiten la comprobación.
- Elimina solapamientos.
- Elimina inconsistencias⁽¹¹⁾

Todas las teorías enfermeras pueden explicarse de manera general a través de cuatro conceptos fundamentales: persona, entorno, salud y cuidado. Sus significados son asumidos por todas las teóricas conocidas, pero cada una de ellas introduce especificidades en estos conceptos que les hacen a la vez diferentes y complementarios. A esto es a lo que llamamos el Meta paradigma enfermero, que nos ofrece una visión panorámica de la disciplina.

PARADIGMA DE CATEGORIZACIÓN

Tiene como eje central la teoría de Florence Nightingale, este paradigma ha inspirado dos orientaciones: Salud Pública y Enfermedad.

El rol de la enfermera es poner a la persona sana o enferma en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre ella.

La Salud se concibe como la ausencia de enfermedad

El Cuidado, se orienta a las incapacidades de las personas, consecuencia de los problemas físicos. La intervención enfermera es “hacer para” y la persona no participa en sus cuidados.

La Persona, es un todo formado por la suma de sus partes que se contemplan de forma independiente.

El Entorno está separado de la persona.

PARADIGMA DE LA INTEGRACIÓN

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)

La Escuela de la Promoción de la Salud (Moyra Allen)

La orientación es hacia la Persona

El cuidado de Enfermería se dirige a mantener la salud de la persona en toda su dimensión; física, psíquica y sociocultural, e intervenir significa “actuar con” la persona y responder a sus necesidades.

La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica.

La orientación hacia la persona se caracteriza por el reconocimiento de la disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

PARADIGMA DE LA TRANSFORMACIÓN.

Se destaca la Escuela del Ser Humano Unitario (Martha Rogers y Rosemarie R. Parse), y la Escuela del Caring (Jean Watson y Madeleine Leininger).

Los fenómenos son únicos, definidos por una estructura compleja en interacción con el mundo global. Concepto de Globalización.

La persona como un ser único, entendiendo que sus múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser entero y único es indisociable de su universo y es mayor y diferente que la suma de sus partes.

El Entorno, es todo el universo que forma parte de la persona, estando en constante cambio.

Se orienta hacia la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define. Cuidar a la persona implica reconocer sus valores culturales, sus creencias y sus prácticas de salud.⁽¹²⁾

2.4.-TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM.

Dorotea E Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, 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 dependiente.

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. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto 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.

Aunque no lo define entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

En base a su meta paradigma se analiza su teoría.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de

autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.⁽¹³⁾

La teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, menciona que el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipo de requisitos:

- **Requisito de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisito de autocuidado del desarrollo:** promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano desde el embarazo, vida intrauterina, neonato de termino o pre- término, lactancia, niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- **Requisito de autocuidado de desviación de la salud:** en estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir

cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia. Esto con el fin de mitigar o superar los efectos negativos reales o potenciales⁽¹³⁾

- Pero existen factores internos o externos en los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan **factores condicionantes básicos**, los cuales Orem identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; y estos los podemos seleccionar para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.⁽¹³⁾

La 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.

Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras.⁽¹⁴⁾

Orem describe las agencias de la siguiente manera:

La agencia de autocuidado o actividad de autocuidado: es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado, pero pueden existir limitaciones y estas se presentan cuando la persona carece de conocimientos suficientes para el autocuidado y quizá no tenga deseos de adquirirlos, puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento para pedir ayuda. Por tal razón se presentaría un déficit en el autocuidado.

Agencia de cuidado dependiente: se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no pueden realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal y de bienestar. Y es en este caso la persona encargada del cuidado la que debe de tomar conciencia que es ella la que deberá de presentar un pensamiento racional, tener un juicio claro sobre el deseo y compromiso de continuar con el plan de cuidados.

Agencia de enfermería o de cuidado terapéutico: son los enfermeros quienes establecen que requisitos son los demandados por los pacientes, seleccionan la forma adecuadas de cubrirlos y determina el curso apropiado de las acciones, evaluá las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Esas agencias de autocuidado para la teorista, son quienes contribuyen con acciones positivas a mantener la vida y a restaurar la salud y el bienestar.⁽¹⁴⁾

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Esta teoría señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee.

Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación.

Los sistemas de enfermería que se proponen son:

- **Sistemas de enfermería totalmente compensadores:** La enfermera sule al individuo.
- **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:** El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.
- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "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"⁽¹⁵⁾

2.5.-PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. En esta metodología se distinguen 5 etapas:

Valoración: Proceso organizado y metódico, que permite generar una base de datos obtenida de diversas fuentes, verificar, analizar y comunicar datos sistemáticamente, a fin de identificar la respuesta humana de la persona o grupos. Para la recolección de datos se requiere de un proceso sistematizado y el empleo de métodos y técnicas, entre los cuales se encuentran la entrevista, la observación así como la exploración física que a su vez se apoya de las técnicas de auscultación, palpación, percusión e inspección.

Diagnóstico de Enfermería: Fase que comprende un proceso de análisis – síntesis para emitir un juicio y/o conclusión sobre el estado de salud de la persona ante necesidades o problemas de salud reales o potenciales, una vez identificado, se realiza la formulación del diagnóstico considerando para ello la estructura PES (Problema, Etiología y Signos/Síntomas).

Planeación: Tercera etapa, en la cual se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Cuando se ha identificado más de un diagnóstico de enfermería, es necesario establecer un orden de prioridad entre ellos, para orientar las intervenciones; para establecer prioridad podemos recurrir al modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (AREA), el cual sugiere que la

enfermera considere simultáneamente las relaciones existentes entre diagnósticos, intervenciones y resultados, poniendo atención en la evidencia que se utiliza para emitir los juicios. AREA requiere que sean considerados un conjunto de problemas al mismo tiempo y que, de entre ellos, se discierna que problema o cuestión es la más importante, en base a la percepción del paciente y a la tarea de interpretación del mismo por parte de enfermería.

Ejecución: Constituye la cuarta etapa del proceso de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados, esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos disponibles del hospital o área física. Se pueden identificar tres fases:

- **Preparación:** en donde se revisan las intervenciones a implementar, reconocen tipos de habilidades requeridas para la ejecución, reconocen complicaciones potenciales, recursos necesarios y proporcionar entornos adecuados.
- **Intervención:** constituye el conjunto de actividades diseñadas para cubrir las necesidades de las personas.
- **Documentación:** la documentación se realiza en todas las etapas anteriores del proceso de enfermería, los cuales deben realizarse de manera completa y exacta, ya que los registros forman parte de una prueba documental de que se han llevado a cabo los tratamientos.

Evaluación: es la quinta etapa del proceso de enfermería, la cual se define como la como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, tiene como propósito fundamental determinar el progreso de las personas o grupos para mejorar su situación de salud.⁽¹⁶⁾

PROCESO DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LA TEORÍA GENERAL DE AUTOCUIDADO

Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría

Contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales se explicara de manera breve cada una de ellas:

OPERACIONES INTERPERSONALES Y SOCIALES

Orem mencioan que es importante desarrollar un estilo social, un proceso comunicativo donde nos permita intercambiar informacion y mantener una buena comunicación, para lograr esto es importante que enfermeria inicie y mantenga una relacion afectiva con el paciente y su familia.

OPERACIONES TECNICO-PROFESIONALES

Estas a su vez son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

La realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores.

DIAGNOSTICAS: El diagnóstico determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del proceso de enfermería.

LAS OPERACIONES PRESCRIPTIVAS son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos. Abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. En esta operación se unen los

procesos interpersonales y sociales de enfermería con los papeles tecnológicos-profesionales.

LAS OPERACIONES REGULADORAS O DE TRATAMIENTO son las actividades prácticas, lo que se planeó anteriormente.

LAS OPERACIONES DE CUIDADO DE CASOS se relacionan con la evaluación, control, dirección y evaluación de cada una de las operaciones diagnósticas, de tratamiento y reguladoras específicas del individuo. Estas operaciones son importantes dado que integra todos los aspectos de la actividad de enfermería, asegurando que hay un proceso dinámico y que en el paciente se produce una respuesta a los cambios. Asegura que se utilizan correctamente los recursos, y que se minimiza cualquier estrés psicológico o físico que pueda sufrir la persona mientras recibe o busca cuidado

Se elaboró un cuadro comparativo del Proceso Enfermero y el Proceso enfermero desde la perspectiva de Dorothea Orem

Para Orem antes de la etapa de valoración existe una información previa que es importante tomarla en cuenta para iniciar nuestro proceso.

INFORMACIÓN PREVIA:	
-Evaluar las influencias biológica, social, psicológica y cultural en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.	
- Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.	
- Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.	
-Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.	
- Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.	

Proceso de enfermería	Teoría de Dorothea Orem
Valoración: - identificar la respuesta humana de la persona ante la alteración presentada. -evaluar la situación física del paciente a través de la auscultación, palpación, percusión e inspección. -Obtener información necesaria sobre el	-Realizar una valoración completa y sistemática del paciente. -Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida. - Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación. -Apreciar el impacto de los factores

<p>estado de salud de la persona a través de la recopilación de datos ya sea de manera directa o indirecta.</p>	<p>biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de desarrollo del paciente y su familia. - Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente. -A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutico del paciente. -Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia. - Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia. -Desarrollar los objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados.
<p>Diagnóstico de Enfermería:</p> <p>-Analizar la situación del paciente, y emitir un juicio sobre el estado de salud de la persona, una vez identificado el problema, formular el diagnóstico considerando para ello la estructura PES (Problema, Etiología y Signos/Síntomas).</p>	<p>Para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente, sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.</p>
<p>Planeación:</p> <p>- Se seleccionan las intervenciones de enfermería, una vez que se han analizado los datos de la valoración y se ha llegado al diagnóstico de enfermería. Se trata de establecer intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado. - Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. -Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados. - Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar el déficit de autocuidado del paciente. - Proporcionar los recursos apropiados requeridos por el cuidado del paciente, incluyendo equipo y personal.

<p>Ejecución:</p> <p>-Constituye la cuarta etapa del proceso de enfermería, en la cual se pone en marcha el plan de cuidados, esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados, ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido. - Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado. - Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado. - Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado. - Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes
<p>Evaluación:</p> <p>-Es la quinta etapa del proceso de enfermería, la cual se define como la como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado. - Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos. -Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería. -Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados.

ELABORADO POR: LIC. ANA LILIA OLIVARES RODRÍGUEZ, ESTUDIANTE DE POSGRADO DE ENFERMERÍA DEL NEONATO

CAPITULO III METODOLOGÍA

3.1.- SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL CASO FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE	R.R RECIÉN NACIDO
SEXO	HOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	14 DE OCTUBRE 2018 HORA: 15:47
LUGAR DE NACIMIENTO	HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD ZUMPANGO
EXPEDIENTE	ID50089
SERVICIO	ALOJAMIENTO CONJUNTO
FECHA DE VALORACIÓN	16 DE OCTUBRE 2018
FUENTE DE INFORMACIÓN	VALORACIÓN DIRECTA INTERROGATORIO DIRECTO A LA MADRE CONSULTA AL EXPEDIENTE ELECTRÓNICO MEDSUIT

3.1.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un recién nacido pre término tardío del sexo masculino, de un día de vida, se encuentra en alojamiento conjunto, rubicundo, con una temperatura en su límite inferior de 36.5, como antecedente del nacimiento reportan que se dejó en observación por una hora y se inició la estimulación enteral con 22ml de fórmula de inicio con el fin de mantener niveles de glicemia en sus cifras normales, le registran una glicemia de 57 al nacimiento, y a la valoración de la madre se observó escasa lactopoyesis y presencia de pezón plano.

La madre desconoce técnica correcta de amamantamiento, así como ejercicios para la formación del pezón, la madre se encuentra preocupada, con sentimiento de culpa por la falta de producción láctea y el mal agarre del recién nacido.

3.1.2 SELECCIÓN DEL CASO

El estudio de caso fue por asignación, en el servicio de alojamiento conjunto, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango del 15 al 18 de Octubre 2018, en un horario de 8 a 14hrs.

Fue un caso por asignación, y la decisión de su elección fue por la relación tan estrecha que tiene la edad gestacional con el establecimiento de una lactancia materna eficaz.

3.2.- MARCO TEÓRICO

HIPERBILIRRUBINEMIA

La hiperbilirrubinemia puede ser inofensiva o perjudicial, lo que depende de su causa y del grado de aumento. Algunas causas de ictericia son intrínsecamente peligrosas cualquiera que sea la concentración de bilirrubina. Pero la hiperbilirrubinemia de cualquier etiología plantea preocupación una vez que el nivel es suficientemente alto. El umbral de preocupación varía según

- Edad.
- Grado de prematurez.
- Estado de salud.

En recién nacidos de término sanos, suele considerarse que el umbral es una concentración $> 18 \text{ mg/dL}$ ($> 308 \text{ } \mu\text{mol/L}$) Sin embargo, los bebés que son prematuro, pequeños para la edad gestacional, y/o se encuentran en estado crítico (p. ej., con sepsis, hipotermia o hipoxia) tienen un riesgo mucho mayor. En estos lactantes, aunque el riesgo aumenta con la mayor hiperbilirrubinemia, no hay un nivel de hiperbilirrubinemia que se considera seguro; el tratamiento se administra según la edad y los factores clínicos. En

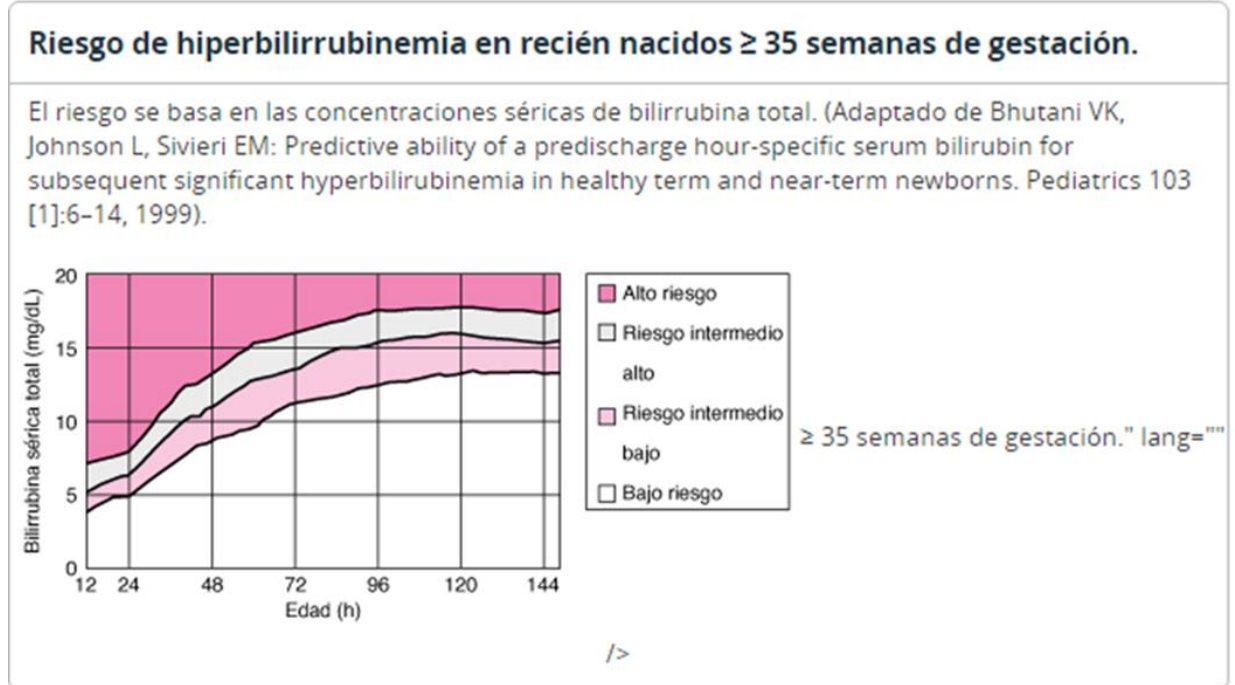
la actualidad, se sugieren umbrales operativos para iniciar la fototerapia basada en la edad gestacional.⁽¹⁷⁾

La neurotoxicidad es la consecuencia principal de la hiperbilirrubinemia neonatal. Una encefalopatía aguda puede dejar una variedad de trastornos neurológicos, incluyendo parálisis cerebral y déficits sensorio motores; la cognición por lo general no se afecta. La encefalopatía icterica es la forma más grave de la neurotoxicidad. Si bien en la actualidad es raro, todavía se produce kernícterus, que casi siempre puede ser prevenido. Este cuadro consiste en lesión encefálica causada por depósito de bilirrubina no conjugada en los ganglios basales y los núcleos del tronco encefálico, provocado por hiperbilirrubinemia aguda o crónica. Normalmente, la bilirrubina unida a albúmina sérica permanece en el espacio intravascular. Sin embargo, la bilirrubina puede atravesar la barrera hematoencefálica y causar kernícterus en ciertas situaciones: Cuando la concentración sérica de bilirrubina es marcadamente alta y cuando la concentración sérica de albúmina es marcadamente baja (p. ej., en recién nacidos pre término)

Cuando la bilirrubina es desplazada de la albúmina por sustancias competitivas

Las sustancias competitivas son fármacos (p. ej., sulfisoxazol, ceftriaxona, aspirina) y ácidos grasos libres y iones hidrógeno (p. ej., en recién nacidos en ayunas, sépticos o acidóticos).

CUADRO 2



TOMADO DE Hiperbilirrubinemia neonatal (Ictericia en recién nacidos) Por Alan Lantzy, MD, Neonatologist, West Penn Hospital, Pittsburgh <https://bit.ly/2hw6fOp>

FISIOLOGÍA DE LA BILIRRUBINA

La mayoría de la bilirrubina deriva de la hemoglobina liberada por la destrucción del eritrocito. El factor hemo por la acción de la enzima hemo oxigenasa se transforma en biliverdina, produciéndose además monóxido de carbono que se elimina por los pulmones y hierro libre que pueda ser reutilizado en la síntesis de hemoglobina. La biliverdina se convierte en bilirrubina por acción posterior de la biliverdina reductasa (NADPH). Esta bilirrubina se denomina indirecta o no conjugada y es un anión liposoluble y tóxico en su estado libre. Un gramo de hemoglobina produce 35 mg de bilirrubina y aproximadamente se forman 8-10 mg de bilirrubina al día por cada kilogramo de peso corporal. La albúmina capta dos moléculas de bilirrubina indirecta ⁽⁵⁾

La primera se une fuertemente a la bilirrubina, pero la segunda tiene una unión lábil y puede liberarse fácilmente en presencia de factores clínicos (deshidratación, hipoxemia, acidosis), agentes terapéuticos (ácidos grasos por alimentación parenteral) y algunas drogas (estreptomina, cloranfenicol, alcohol benzílico, sulfisoxazole, ibuprofeno), que compiten con esta unión y liberan bilirrubina en forma libre a la circulación. Un gramo de albúmina puede unir hasta 8, 2 mg de bilirrubina. La bilirrubina indirecta libre penetra fácilmente al tejido nervioso causando encefalopatía bilirrubínica.

Al llegar la bilirrubina al hepatocito se desprende de la albúmina y es captada en sitios específicos por las proteínas Y-Z (ligandinas), cuyos niveles son bajos los primeros 3-5 días de vida, las cuales transportan la bilirrubina indirecta al interior del hepatocito hacia el retículo endoplásmico liso, donde se lleva a cabo la conjugación, siendo la enzima más importante la uridildifosfoglucuronil transferasa-UDPGT y el producto final un compuesto hidrosoluble, la bilirrubina directa o glucuronato de bilirrubina.⁽⁵⁾

La bilirrubina directa o conjugada es excretada activamente hacia los canalículos biliares, la vesícula biliar y luego al intestino, donde la acción de las bacterias la transforman en urobilinogeno. La ausencia o escasa flora bacteriana, el inadecuado tránsito intestinal y la enzima beta glucuronidasa produce desconjugación de la bilirrubina que es reabsorbida por el intestino, incrementando la circulación entero hepática ⁽⁵⁾

IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA

Eyla G. Boies, Yvonne E. Vaucher y la Academy of Breastfeeding Medicine mencionan en un documento que: El establecimiento de la lactancia materna en el prematuro tardío suele ser más difícil que en el lactante a término nacido con 39 semanas o más de gestación. Debido a su inmadurez, los prematuros tardíos están menos alerta, muestran menos vigor y tienen mayor

dificultad para aferrarse, succionar y tragar que los nacidos a término. La somnolencia y la incapacidad de succionar enérgicamente pueden malinterpretarse como sepsis, lo que conlleva una separación, investigación y tratamiento innecesario, así como una nutrición deficiente.

Por el contrario, algunos lactantes parecen engañosamente enérgicos y, con frecuencia, se considera erróneamente que recién nacidos prematuros de gran tamaño (p. ej., de madres diabéticas) son más maduros desde el punto de vista del desarrollo que lo que corresponde a su edad gestacional real. En consecuencia, es posible que estos lactantes reciban menos atención de la que necesitan. Aunque algunos lactantes parecen tener un buen agarre, succión y deglución, a menudo no transfieren un volumen suficiente de leche materna al comprobarlo con los pesos medidos.

Los prematuros tardíos corren un mayor riesgo de padecer diversas enfermedades de transición y relacionadas con la lactancia materna.

Los prematuros tardíos son separados a menudo de sus madres para su evaluación y tratamiento y reciben el alta domiciliaria antes de que esté completamente establecida la activación secretora.

A menudo, los problemas con el agarre y la transferencia de leche no se identifican o no se abordan debidamente.

El manejo de la lactancia materna de los prematuros tardíos y algunos lactantes a término precoces requiere un cambio de paradigma respecto al aplicado con los lactantes a término, en los que un agarre, succión y deglución eficaces constituyen la piedra angular de una lactancia y nutrición satisfactorias del lactante. Siendo conscientes de que una succión eficaz suele tardar un tiempo en establecerse, el manejo debe garantizar que el lactante esté debidamente nutrido y de que se desarrolle y proteja el suministro de leche materna.⁽¹⁸⁾

En dicho documento, se mencionan recomendaciones muy importantes enfocadas a la lactancia materna, las cuales están relacionadas al estudio de caso:

- Fomentar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día, con períodos prolongados y frecuentes de contacto piel con piel.
- Permitir el acceso libre a la mamá, animando al inicio de la lactancia materna en la hora siguiente al nacimiento.
- En caso de separación de la madre y el lactante, la madre debe comenzar la expresión de calostro en la primera hora de vida y a intervalos de 3 horas aproximadamente. Algunos estudios, aunque no todos, demuestran que la extracción manual es tan buena o mejor que la extracción mecánica de la mama para establecer el suministro de leche inmediatamente después del nacimiento. Aunque la madre y el lactante no estén separados, muchos de estos lactantes no succionarán eficazmente cuando se les ofrezca la mama por primera vez, por lo que ha de contemplarse la extracción manual y la alimentación del lactante con calostro extraído mediante una cuchara, un cuentagotas u otro dispositivo tras intentar primero dar el pecho.
- Fomentar la lactancia materna a voluntad y a demanda.
- Puede ser necesario despertar al lactante si no indica señales de hambre al cabo de 4 horas de la toma anterior, algo no inusual en el prematuro tardío.
- El lactante debe ser amamantado (o alimentado con leche materna) 8-12 veces por cada período de 24 horas. Hay que enseñar y ayudar a iniciar la extracción de la leche con sacaleches o de forma manual en las madres con lactantes más pequeños, más somnolientos o incapaces de agarrarse con éxito en las primeras 24 horas.
- . Mostrar a la madre técnicas para facilitar un agarre eficaz, con especial atención al apoyo correcto de la mandíbula y la cabeza

Dentro de la asistencia continúa menciona:

- Evaluar la lactancia materna, preferiblemente en las 24 horas siguientes al nacimiento, por parte de un especialista en lactancia u otro profesional sanitario con experiencia en el manejo de la lactancia en lactantes prematuros tardíos y a término.
- Evaluar y documentar la lactancia materna al menos dos veces al día por parte de dos profesionales sanitarios diferentes, utilizando preferiblemente un instrumento normalizado (p. ej., puntuación LATCH,)
- Informar a la madre sobre la lactancia materna de su prematuro tardío (p. ej., posición, agarre, duración de las tomas, señales iniciales de alimentación, compresiones mamarias, etc.)
- En caso de indicios de una transferencia ineficaz de leche, pueden resultar útiles las compresas mamarias.
- Los prematuros tardíos inmaduros con retardo en el crecimiento intrauterino (RCIU) más pequeños pueden no tener períodos regulares de sueño/vigilia. En estos lactantes ha de considerarse la posibilidad de ofrecer leche materna extraída (en biberón, taza, etc.) cuando se muestren somnolientos y dar el pecho cuando se encuentren más despiertos. Cuando el lactante no tome el pecho en absoluto, la madre debe extraerse la leche al menos 8 veces cada 24 horas.
- La producción de leche puede aumentar con un masaje manual de las mamas durante el bombeo.
- Evaluar las mamas de la madre en cuanto a forma del pezón, dolor, traumatismos, congestión y mastitis.
- Hay que tener en cuenta el estado emocional de la madre y su grado de cansancio, especialmente al contemplar rutinas de alimentación suplementarias.
- Siempre que sea posible, debe observarse al bebé tomando el pecho, con evaluación del agarre, succión y deglución.

- Revisar los objetivos y expectativas de la madre en relación con la lactancia materna del lactante prematuro tardío o a término precoz. Es posible que necesite ánimos y educación en relación con el proceso de transición desde la extracción de leche y administración de tomas suplementarias a la lactancia materna exclusiva.
- La ictericia e hiperbilirrubinemia son más frecuentes en los lactantes prematuros tardíos y a término precoces. Aunque se deben considerar todos los factores de riesgo, si el principal factor causal es la falta de leche, el tratamiento primario consiste en proporcionar más leche al lactante, preferiblemente mediante una mejora de la lactancia materna⁽¹⁸⁾

Es importante que se considere que el inicio precoz de la lactancia materna y las tetadas frecuentes en los primeros días (más de 8 en 24 horas) han demostrado que disminuyen los niveles de bilirrubina y deben ser considerados en las prácticas adecuadas de lactancia.

3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La enfermería ocupa un lugar preponderante dentro de los servicios de salud. Su importancia recae en el cuidado de la salud del individuo y de la sociedad, por las cualidades y virtudes morales del que la ejerce y por el carácter sagrado de la vida humana que se pone en sus manos.

Las investigaciones científicas han producido grandes beneficios para la humanidad. Sin embargo, también han planteado muchos dilemas éticos a lo largo de la historia por los abusos cometidos con los participantes en estos experimentos. La mayoría de los autores sitúan como hitos básicos de la historia de la ética en la investigación el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont.

La investigación en Enfermería surge de la necesidad de profundizar en el cuerpo propio de los conocimientos de forma continua. Ello permite mejorar la calidad de la asistencia prestada por los profesionales y potenciar el desarrollo de la enfermería. Constituye una parte fundamental para una correcta atención a los enfermos, por lo tanto la acción de investigar debe estar al alcance de todo enfermero.

En el ámbito de la enfermería, la Ética estudia las razones de los comportamientos en la práctica de la profesión y valores que regulan dichas conductas.

Antes de iniciar una investigación, el profesional de Enfermería debe plantearse la conveniencia y la corrección tanto de los objetivos que pretende conseguir, como de los medios que piensa emplear para llevarlo a cabo. Esta consideración de objetivos y acciones es el objeto de la Ética.

La investigación en enfermería valora tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, la nueva visión de la enfermería basada en la evidencia (EBE) donde se complementan la investigación cuantitativa y cualitativa, entrega evidencias que son utilizadas en las diferentes instancias, siendo el que aporte el apoyo científico necesario a la experiencia profesional. Para poder realizar la practica en la evidencia, se hacen necesarios los registros de enfermería.

Para la participación en proyectos de investigación enfermera es imprescindible el Consentimiento Informado por parte de los participantes, así como la intervención de los Comités de Éticos de Investigación encargados de velar por la protección de los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos que participen y de ofrecer garantía publica al respecto. ⁽¹⁹⁾

En el estudio de caso que se desarrolló se respetó dicho principio, se proporcionó al cuidador dependiente un consentimiento informado para el desarrollo de dicha investigación, previa explicación del documento, se

respetaron los principios éticos de enfermería para la investigación: Respeto a las personas, Beneficencia, Justicia, Confidencialidad y Autonomía.

3.4 MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Artículo 1°

- Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas

Artículo 4o.

- El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.
- Toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará.
- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.
- Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar. El Estado garantizará el respeto a este derecho. El daño y deterioro ambiental generará responsabilidad para quien lo provoque en términos de lo dispuesto por la ley.
- En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de

sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.

- Los ascendientes, tutores y custodios tienen la obligación de preservar y exigir el cumplimiento de estos derechos y principios. (20)

De acuerdo a los artículos anteriores el estudio de caso se sustentó de la siguiente manera; no se discriminó por edad, género o condición de salud, se protegió la organización y desarrollo de la familia, se respetó el derecho de la alimentación que esta fuera nutritiva, suficiente y de calidad, que el medio donde se encontraba proporcionara un ambiente sano para su desarrollo y bienestar.

Que los padres participarán en el cumplimiento de sus derechos, y esto fue a través del apoyo, educación y orientación que le proporcionamos.

Por la Ley General de Salud se fundamenta en los siguientes artículos:

ARTÍCULO 6o.

I. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas.

V. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

VI. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud.

ARTÍCULO 23.

Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

ARTÍCULO 25.

Conforme a las prioridades del Sistema Nacional de Salud, se garantizará la extensión cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, preferentemente a los grupos vulnerables.

ARTÍCULO 32.

Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

ARTÍCULO 33.

Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

ARTÍCULO 51.

Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

ARTÍCULO 61.

La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna y su salud visual;
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.
- IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento, y
- V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.⁽²¹⁾

En base a la Ley de salud nuestras acciones fueron encaminadas a proporcionar calidad en la atención, detectar problemas prioritarios que pusieran en riesgo su salud, dando mayor importancia a la prevención. La atención de salud que se proporcionó fue de calidad profesional, con un trato respetuoso y digno, por parte de un profesional de salud. La atención del niño es considerado prioritario, en relación a su desarrollo y crecimiento, incluyendo la promoción de la vacunación.

OBJETIVOS SUSTENTABLES

Estos objetivos se estipularon el 25 de septiembre 2015, y surgen a raíz de un pacto universal que busca poner fin a la pobreza en el mundo, proteger al planeta, garantizar que todas las personas vivan en paz y de forma prospera.⁽²²⁾

En base a estos objetivos el estudio de caso se sustenta en el objetivo de promover la salud y el bienestar, lo cual se realizó a través de la educación del cuidador dependiente, garantizando que a su alta el agente de cuidado cuente con un cuidador capaz de proporcionar ese bienestar, y con ello garantizamos su salud.

DECÁLOGO DEL CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMEROS Y ENFERMERAS EN MÉXICO

En base al decálogo, para la realización de estudio de caso se respetó y cuidó la vida de la persona, manteniendo una conducta honesta y leal durante su cuidado.

Se protegió la integridad del agente de cuidado dependiente, como de su cuidador dependiente, proporcionando cuidados libres de riesgos.

Se mantuvo una relación estrictamente profesional.

Se enfocaron los cuidados hacia la conservación de la salud y la prevención del daño.⁽²³⁾

DERECHOS DE LOS PREMATUROS

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

-El recién nacido prematuro tiene derecho a recibir atención adecuada a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales. Cada paso en su tratamiento debe ser dado con visión de futuro.

- Los recién nacidos de parto prematuro tienen derecho a recibir cuidados de enfermería de alta calidad, orientados a proteger su desarrollo y centrados en la familia.

- Los bebés nacidos de parto prematuro tienen derecho a ser alimentados con leche materna.
- 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.
- El recién nacido prematuro tiene derecho a ser acompañado por su familia todo el tiempo. ⁽²⁴⁾

En el estudio de caso se respetaron los derechos de los prematuros antes mencionados y esto se describe de la siguiente manera:

Se dio una atención de calidad en un lugar adecuado, se proporcionó una atención de enfermería de calidad, considerando sus semanas de gestación, sus características individuales y sus necesidades siempre protegiendo su desarrollo y bienestar. Durante su estancia se tomó siempre en cuenta a su familia, la importancia de su permanencia las 24 horas, favorecer el contacto piel a piel, el establecer una lactancia materna eficaz. Todo cuidado fue informado a la familia.

CAPITULO IV

4.1 APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

4.1.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DEL 15 AL 18 DE OCTUBRE 2018 DE 8 A 14 HRS

ACTIVIDADES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES
Eleccion de paciente				
Presentacion con cuidador dependiente				
Solicitud de aprobacion para elaboracion de estudio				
Llenado de cedula de valoracion y firma de consentimiento informado				
Inicio de elaboracion de estudio de caso				
Entrega de plan de alta previamente firmado				

Se trabajo con el neonato durante su estancia hospitalaria la cual fue de 5 dias apartir de su dia de nacimiento.no se da continuidad en consulta externa, ya que por ser un Hospital de Alta Especiliadidad derivaron su seguimineto al centro de salud mas cercano a su domicilio.

4.2 VALORACIÓN

4.2.1 EXPLORACION FISICA

HABITUS EXTERIOR	Neonato 1 ^{er} día de vida, en alojamiento conjunto, rubicundo, irritable, con reflejo de búsqueda presente, no se consuela con la madre. Se encuentra en un ambiente muy iluminado y constantes ruidos.
PIEL	Hidratada, de coloración rubicunda.
CABEZA Y CARA	Se palpa fontanela anterior normotensa, suturas alineadas, sin malformaciones Escaso cabello. Cara simétrica
OJOS	Simétricos, alineados.
OIDOS	Bien formados y alineados Implantación de pabellón auricular normal. La cual se verifico trazando una línea imaginaria desde el canto externo del ojo a la prominencia del occipucio: el borde superior del pabellón auricular debe pasar más arriba de esta línea.
NARIZ	Simétrica, narinas permeables
BOCA	Simétrica, labios y paladar duro íntegros
CUELLO Y HOMBROS	Cuello cilíndrico, clavículas íntegras.
TORAX	Inspección.-Torax en forma de barril, pezones simétricos Patrón respiratorio normal, se ausculta murmullo vesicular presente
CARDIOVASCULAR	Coloración de la piel rubicunda, llenado capilar de menos de 3 segs, se ausculta ritmo cardíaco normal región apical
ABDOMEN	Se palpa abdomen blando depresible. Cordón umbilical en proceso de momificación sin datos de infección. Se auscultan suaves movidos intestinales.
DORSO Y COLUMNA VERTEBRAL	Dorso íntegro Columna vertebral sin malformaciones Valoración de Galant.-positivo

EXTREMIDADES	Sin datos de malformación
CADERA	Sin datos de luxación, Ortolani y Barlow negativo
ESTADO NEUROLOGICO	Activo, reactivo a estímulos externos. Llanto vigoroso Se consuela a los pocos minutos Esto nos permite evaluar el estado de alerta

4.3 VALORACIÓN FOCALIZADA

Se realizó una cedula de valoración, basada en los 8 requisitos universales de la Teoría General de Autocuidado de Dorothea Orem, lo cual es descrito de la siguiente manera:

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	Recién nacido con una frecuencia respiratoria de 40 por minuto, frecuencia cardiaca de 149 latidos por minuto, se observa rubicunda, irritable, llanto vigoroso. A la valoración se observa nariz simétrica, narinas permeables, cuello cilíndrico. Clavículas integrales. Movimientos respiratorios toraco-abdominales, una respiración eupneica. A la auscultación campos pulmonares ventilados, murmullo vesicular presente.
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO	A la exploración física se observa boca, simétrica, labios íntegros, paladar íntegro, con permeabilidad esofágica, abdomen blando, depresible, peristaltismo presente, reflejos de búsqueda, succión y deglución presentes y coordinados. Alimentación al seno materno a libre demanda y se requiere complementar con 22 ml de fórmula para prematuro., esto fue indicado por médico pediatra al valorar en la madre producción láctea y anatomía de pezón. Perímetro abdominal de 28 cm pre y post prandial. Glicemia pre de 52 y pos de 56mg/dl
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA	Fontanela anterior normo tensa de 2cm y posterior 1cm, suturas alineadas. Mucosas orales hidratadas
PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE	Genitales masculinos meato urinario visible, prepucio parcialmente retráctil, testículos

ELIMINACIÓN	descendidos, escroto rugoso y ligeramente pigmentado. Ano permeable. Orina clara, aproximadamente 30 ml por turno, 3.7 ml por hora se realizan tres cambios de pañal. Evacuaciones espontaneas de meconio en ocasiones 2 veces por turno, de 5 gr aproximadamente.
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y DESCANSO	Al inicio se encontraba en alojamiento conjunto, donde se observó irritabilidad por no poder tener un buen agarre durante la alimentación al seno materno, se realizan ejercicios de succión y se observa que presenta un buen reflejo, se proporciona alimentación artificial como estaba indicada a través de un suplementador para ayudar a la formación del pezón y la producción láctea. Se duerme durante tres horas en la cama, se coloca nido de contención, se observa tranquilo. El ambiente del área se observa iluminado y con una temperatura óptima.
MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA SOLEDAD	Ojos simétricos, coloración esclerótica clara. Párpados alineados. Pupilas con apertura y cierre ocular normal, movimientos oculares no. Orejas simétricas, pabellón formado, implantación normal, piel integra. Recibe visitas del papá y tíos. Duración de la visita 20 min. La madre permanece 24 horas con el neonato. Al llanto se consuela rápidamente con la madre. Se mantiene atento al medio extremo. Responde a estímulos visuales, táctiles y auditivos. Contacto piel a piel. Proviene de una familia extensa, es un hijo no planeado pero si deseado.
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO	El neonato presenta identificación en el pecho y dos brazaletes uno en miembro superior derecho y el otro en miembro inferior izquierdo. La piel se observa hidratada. De acuerdo a la escala de evaluación de

	<p>riesgo de la piel neonatal e-NSRAS, se obtuvo un puntaje de 20, lo que de acuerdo a la escala nos indica un riesgo bajo de úlceras por presión.</p> <p>Estructuras óseas se encuentran íntegras, no presenta luxación de cadera.</p> <p>El muñón umbilical se encuentra en proceso de momificación, limpio sin datos de infección. Se realiza cambio de pañal 4 veces por turno, previo aseo genital con agua tibia.</p> <p>Se orientó a la madre sobre la condición de salud del neonato, sobre la importancia del lavado de manos, antes y después del manejo del neonato, sobre los cuidados que debe tener tanto en el hospital como en el hogar, datos de alarma que debe vigilar, la importancia de la lactancia materna y de mejorar la técnica. Para lograr una lactancia materna eficaz. Se cuenta con una madre muy cooperadora e interesada en el bienestar de su hijo, pregunta sus dudas y menciona como fueron sus actividades en el resto del día cuando me he retirado.</p>
<p>PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLOS 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.</p>	<p>De acuerdo a su peso al nacimiento se clasifica en un recién nacido con peso de acuerdo a su edad gestacional con un percentil >10 de acuerdo a las tablas de Jurado García.</p> <p>No presenta ningún defecto congénito, el cráneo se encuentra normo céfalo, el cabello normal, la cara es simétrica, el tórax y axilas simétricas, pezones simétricos.</p> <p>Se valoran reflejos primarios como son: moro, Babinsky, marcha, tónico de cuello y presión.</p> <p>El entorno del agente de cuidado es favorable, ya que la madre es cooperadora, participativa, pregunta dudas sobre el neonato, y cuidados en el hogar.</p> <p>Pertenece a un nivel socioeconómico bajo, el cuidador principal posterior al alta será la madre, y a su egreso será cuidado en su domicilio.</p>

4.4 VALORACIÓN FOCALIZADA POR DÍA

15 al 18 de octubre 2018

7 a 15 horas

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	15 AL 18 DE OCTUBRE 2018 Se recibió neonato con un adecuado patrón respiratorio, se recibe en alojamiento conjunto posteriormente pasa área de pediatría SP02 90% aire ambiente
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO	15 OCTUBRE 2018 Se recibe neonato irritable, se valora reflejo de succión, deglución y respiración el cual está presente y es coordinado. Se realiza valoración de producción láctea en la madre, la cual es escasa y se observa pezón plano. Se valora técnica de amamantamiento la cual es deficiente e incorrecta por desconocimiento. 16 OCTUBRE 2018 Se continua fortaleciendo la técnica de lactancia materna, se ha mejorado el agarre no se continúan con sucedáneos Peso al nacimiento de 2540, peso actual al tercer día de vida 2240, con pérdida de 300gr. De acuerdo a la literatura consultada, la primera semana de vida posnatal se caracteriza típicamente por la pérdida de peso en los neonatos, siendo esta universal. Los recién nacidos de término pierden aproximadamente entre un 5% y 10% de su peso corporal, constituyendo un hecho fisiológico normal, lo cual es fisiológico en nuestro agente de autocuidado 17 OCTUBRE 2018 Se ha establecido de manera

	<p>correcta la lactancia materna de manera eficaz, se incrementa la producción láctea. 18 DE OCTUBRE 2018 Se da de alta con una lactancia materna eficaz.</p>
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA	<p>Su piel es turgente e hidratada. De acuerdo al balance de líquidos que se realizó durante el turno mantuvo un balance +3.5</p>
PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN	<p>15 de OCTUBRE 2018 Se palpa abdomen blando, se ausculta peristaltismo presente. 16 OCTUBRE 2018 Presento evacuación espontanea de 2 gr aproximadamente de características de acuerdo a la escala de Bristol tipo 4 17 ,18 OCTUBRE 2018 Han reportado evacuaciones en otros turnos, se desconocen características, se palpa abdomen blando.</p>
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y DESCANSO	<p>15 DE OCTUBRE 2018 Se encuentra irritable por no poder tener un agarre correcto durante la alimentación, el área de alojamiento se encuentra con luz intensa y trafico continuo de personas, lo que dificulta el descanso. La temperatura es la adecuada. 16 OCTUBRE 2018 Se coloca nido de contención para favorecer el descanso y el sueño. La madre permanece 24 horas con el neonato para su alimentación. 17 OCTUBRE 2018 Continúa en fototerapia, el tiempo de sueño es de más de dos a tres horas. 18 OCTUBRE 2018 Se recibe sin fototerapia, se da de alta.</p>

MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA SOLEDAD

15 OCTUBRE 2018
Se favorece el contacto piel a piel, al llanto se consuela rápidamente con la madre.
16 OCTUBRE 2018
Se coloca nido de contención en cuna radiante.
17 Y 18 DE OCTUBRE 2018
Continúa con el consuelo y atención de su madre las 24 horas.

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

15 OCTUBRE 2018
Se registra 37 °C de temperatura se observa rubicundo.
Indican proporcionar 22ml de sucedáneos cada 3 horas, el cual se realiza con suplementador durante mi turno, para mantener niveles de glicemia por arriba de 50mg/dl.
Toman laboratorios para niveles de bilirrubina.

LABORATORIOS

15 OCTUBRE 2018
Albumina 2.80g/dl
Bilirrubina total 7mg/dl
Bilirrubina Indirecta: 6.78 mg/dl
Bilirrubina directa: .25 mg/dl

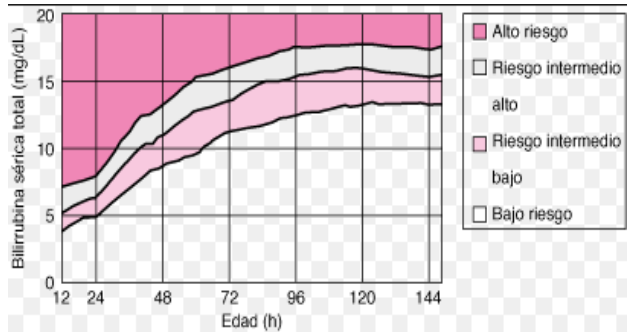
RIESGO INTERMEDIO BAJO

16 DE OCTUBRE 2018
Se recibe en una cuna radiante con fototerapia por resultados de laboratorios los cuales fueron de:

Albumina: 2.50 g/dl
Bilirrubina Indirecta: 8.71 mg/dl
Bilirrubina Total 9.4 mg/dl
Bilirrubina directa : .32 mg/dl

RIESGO INTERMEDIO BAJO

17 OCTUBRE 2018
Bilirrubina total 9.5 mg/dl
Bilirrubina Indirecta .36 mg/dl
BAJO RIESGO



<p>PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLOS 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</p>	<p>15 OCTUBRE 2018 Madre cooperadora para la realización del aseo parcial. Participa el cuidador dependiente en sus cuidados.</p> <p>16 OCTUBRE 2018 Se orienta a la madre sobre los cuidados en fototerapia, la manera correcta de continuar la alimentación al seno materno aún bajo ese tratamiento.</p> <p>17 y 18 OCTUBRE 2018 Madre interesada sobre la evolución del neonato.</p>
--	---

4.5. ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO

15 OCTUBRE 2018

Albumina 2.80 g/dl

Bilirrubina total 7 mg/dl

Bilirrubina Indirecta: 6.78 mg/dl

Bilirrubina directa: .25 mg/dl

16 DE OCTUBRE 2018

Se recibe en una cuna radiante con fototerapia por resultados de laboratorios los cuales fueron de:

Albumina: 2.50 g/dl

Bilirrubina Indirecta: 8.71 mg/dl

Bilirrubina Total: 9.4 mg/dl

Bilirrubina directa: .32 mg/dl

17 OCTUBRE 2018

Bilirrubina total 9.5 mg/dl

Bilirrubina Indirecta .36 mg/dl

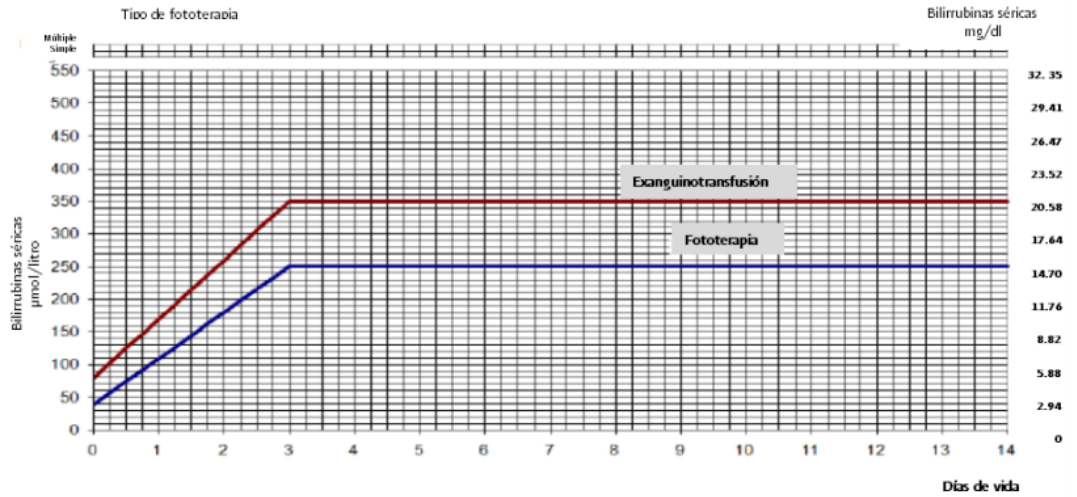
Suspenden fototerapia.

De acuerdo a la guía de práctica clínica “Detección y Oportuna, diagnóstico Tratamiento de la Hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida Extrauterina” ⁽¹⁷⁾ menciona que la ictericia se detecta en la inspección del recién nacido generalmente cuando la bilirrubina sérica total excede los 5mg/dl, en mi agente de estudio no presento coloración amarilla, se observaba rubicundo. Dentro de la guía menciona factores de riesgo para hiperbilirrubinemia, de los cuales el que se relacionan con mi agente de cuidado, es: lactancia materna no exitosa y la edad gestacional.

La guía menciona que los neonatos con factores de riesgo, se determine toma de bilirrubinas. Los resultados se compararan en el nomograma en forma secuencial de acuerdo a las horas de vida extrauterina.

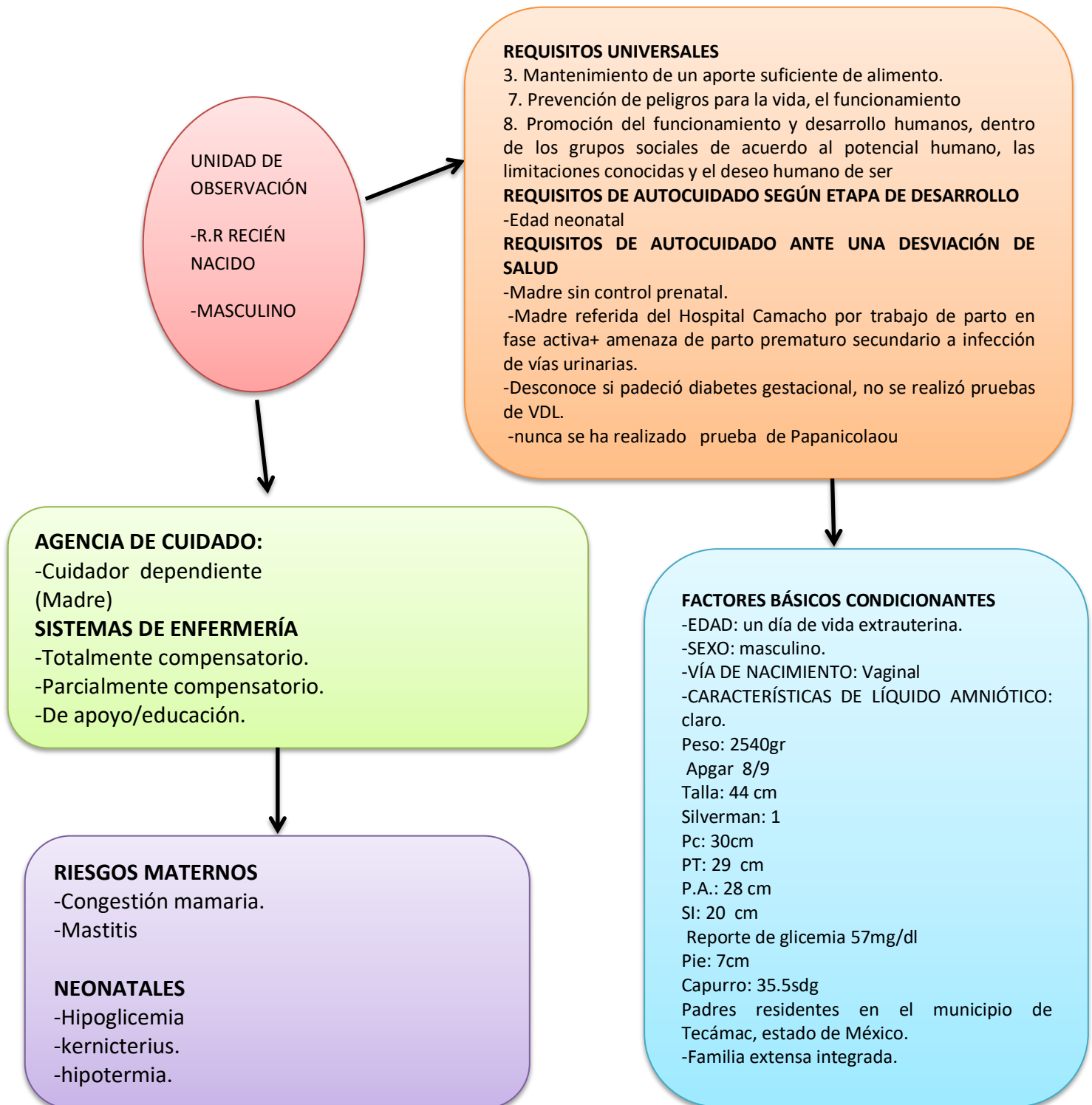
La evaluación a través del nomograma también permite si existen criterios para iniciar fototerapia en forma inmediata, este instrumento permite que la evaluación sea de acuerdo a la edad postnatal en horas. Lo anterior fundamenta el tratamiento de mi agente de cuidado, ya que se puede observar que la bilirrubina total del día 17 de Octubre se encontraba elevada en relación a los días anteriores, sin embargo, ese día se suspendió el tratamiento de fototerapia, esto se base en relación al nomograma correspondiente a las semanas de gestación y a las horas de vida.

Nombre del recién nacido _____ Cuna _____
 Fecha de nacimiento _____ Horas de vida _____ Coombs directo _____ Semanas de gestación **35**



En el agente de cuidado el tratamiento estuvo en estrecha relación con la lactancia materna, ya que no se había establecido de manera eficaz, ya que esta es fundamental para la eliminación de la bilirrubina.

4.6 ESQUEMA METODOLÓGICO



Elaborado por: Lic. Ana Lilia Olivares Rodríguez. En base a la Teoría de Autocuidado. (2019)

4.7 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS

REQUISITOS	SIN DÉFICIT	CON DÉFICIT	NIVEL DE PRIORIDAD	FECHA
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE	PATRÓN RESPIRATORIO NORMAL FRECUENCIA RESPIRATORIA DE 40X ¹ , NIVEL DE SATURACIÓN DE 90%. COLORACION RUBICUNDA.		8	DEL 15 AL 18 DE OCTUBRE 2018
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO		PRESENTA DIFICULTAD PARA EL AGARRE	1	15 DE OCTUBRE 2018
		CONTINÚA CON DIFICULTAD PARA EL AGARRE.	1	16 DE OCTUBRE 2018
	MEJORA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO. SE ESTABLECIÓ UNA LACTANCIA MATERNA EFICAZ		3	17 DE OCTUBRE 2018
			5	18 DE OCTUBRE 2018
MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA	HIDRATADO, SE CALCULA UNA DIURESIS HORARIA DE 1 A 2.5 APROXIMADAMENTE		6	15 AL 18 DE OCTUBRE 2018
PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN	ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, PERÍMETRO ABDOMINAL SE MANTIENE EN 28 CM.		7	15 al 18 DE OCTUBRE 2018
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y DESCANSO		SE MUESTRA IRRITABLE, NO SE CONSUELA CON LA MADRE.	4	15 OCTUBRE 2018
	MEJORA EL PATRÓN DEL SUEÑO. PERMANECE DURANTE MÁS TIEMPO DORMIDO		6	16 DE OCTUBRE 2018
	SU PATRÓN DEL SUEÑO VA DE ACUERDO A SU EDAD, EN LOS TIEMPO DE VIGILIA SE MUESTRA TRANQUILO.		7	17 DE OCTUBRE 2018
				18 DE OCTUBRE 2018
MANTENIMIENTO DE UN EQUILIBRIO ENTRE LA INTERACCIÓN SOCIAL Y LA SOLEDAD		NO SE CONSUELA FÁCILMENTE CON SU MADRE.	4	15 DE OCTUBRE 2018
	CONTINUA EL CONTACTO CON LA MADRE DURANTE LAS 24 HRS.		6	17 Y 18 DE OCTUBRE 2018
PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.	MANTIENE NIVELES DE GLICEMIA POR ARRIBA DE 50mg/dl		2	15 AL 17 oct 18 15 OCT 2018
		NIVELES DE BILIRRUBINA TOTAL 7mg/dl	3	16 OCT 2018
		NIVELES DE BT.-9.4mg/dl	3	17 oct 2018
	NORMOTERMIA	NIVELES DE BT: 9.5mg/dl	4	16 Y 17 OCT 18

<p>PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLOS 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</p>	<p>El cuidador dependiente participativo en el tratamiento del neonato.</p> <p>Se orienta a la madre sobre los cuidados en fototerapia, la manera correcta de continuar la alimentación al seno materno aún bajo ese tratamiento</p>		<p>7</p> <p>7</p>	<p>15 al 18 oct 2018</p>
---	--	--	-------------------	--------------------------

4.8 PLAN DE CUIDADOS

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
FOCALIZADA	15 OCTUBRE 2018	8:00	Alojamiento conjunto
REQUISITO ALTERADO	Agencia de cuidado	SISTEMA DE ENFERMERÍA	
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Terapéutico.	Compensatorio.	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit en un aporte suficiente de alimento r/c dificultad para el agarre e iniciar una succión eficaz m/p irritabilidad y reflejo de búsqueda constante.			
OBJETIVO: Durante su estancia hospitalaria mejorar el agarre durante el amamantamiento, para garantizar un aporte suficiente de alimento.			
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	
Monitorización nutricional	-Evaluar reflejo de succión, deglución y respiración. -Identificar anomalías de la cavidad oral. -colocación de suplementador los dos primeros días.	La succión nutritiva, coordinada de forma refleja con la deglución a partir de las 32 SG, madura progresivamente entre la 32 y la 40 SG, y es la que permite la alimentación del lactante ⁽²⁵⁾ Se conoce que la succión nutritiva está integrada por tres fases: expresión/ succión, deglución y respiración. La coordinación de las dos primeras permite obtener un volumen adecuado de alimento y dirigirlo a la vía digestiva, sin el riesgo de que pase a las vías aéreas.	
Asesoramiento en la lactancia	-observar la presencia de nauseas o vomito. -Determinar el deseo de la madre respecto a la lactancia. -Corregir conceptos equivocados. -Apoyo constante a la madre	En condiciones normales la succión nutritiva es un proceso aeróbico que se logra con los movimientos mandibulares y de la lengua, los cuales son capaces de generar las presiones necesarias de extracción y succión de la leche de un reservorio. De esta forma, la falta de coordinación de estas fases explica los cambios en el ritmo de la succión, así como la aparición de signos clínicos anormales, como el bajo consumo del alimento, el atragantamiento, la regurgitación, el vómito o algunas alteraciones respiratorias ⁽²⁶⁾	
EVALUACIÓN: el neonato presento un reflejo de succión, deglución y respiración coordinadas, la dificultad se prestaba en el agarre, se requirió el apoyo del suplementador para garantizar un aporte suficiente de alimento y favorecer la formación del pezón a través de la succión. Se logró al tercer día un buen agarre.			

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
FOCALIZADA	15 OCTUBRE 2018	8:00	Alojamiento conjunto
REQUISITO ALTERADO Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	AGENCIA DE CUIDADO Terapéutico	SISTEMA DE ENFERMERÍA Totalmente Compensatorio.	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo en la disminución de los niveles de glicemia r/c dificultad en el agarre durante el amamantamiento.			
OBJETIVO: Durante el establecimiento de una lactancia materna eficaz, se vigilaran los niveles de glicemia, la cual se mantendrá por arriba de 50mg/dl			
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	
Vigilancia. Identificación de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> -Determinar la presencia de elementos de alerta: alteración en los signos vitales, niveles de saturación, estado de alerta, temperatura. -monitorizar al paciente. -controlar estado nutricional. -establecer prioridad de las acciones en función del estado del paciente. <ul style="list-style-type: none"> -Revisar antecedentes al nacimiento y evaluar los riesgos. -Determinar el cumplimiento del tratamiento médico y de enfermería. -Fijar objetivos. -Planificar y aplicar las actividades de reducción de riesgos. 	<p>La hipoglucemia neonatal transitoria la que ocurre dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento, como consecuencia de los cambios metabólicos que ocurren en la transición de la vida fetal a la extrauterina.</p> <p>En los recién nacidos la hipotermia persistente puede provocar hipoglucemia grave y acidosis metabólica.</p> <p>La hipoglucemia en los recién nacidos puede ser sintomática o asintomática. En los recién nacidos no existe una correlación clara entre los niveles de glucosa sanguínea y las manifestaciones clínicas de hipoglucemia.</p> <p>Las manifestaciones clínicas de hipoglucemia son consecuencia del bajo nivel de glucosa en el cerebro. Los signos son: Irritabilidad, Palpitaciones, Ansiedad, sudoración, hambre, letargo, convulsiones y coma.⁽²⁷⁾</p>	
EVALUACIÓN: desde su nacimiento mantuvo niveles de glicemia por arriba de 50mg/dl. Se midió niveles de glicemia las primeras 48 horas.			

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
FOCALIZADA	15 DE OCTUBRE 2108	9:00	ALOJAMIENTO CONJUNTO
REQUISITO ALTERADO Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Agencia de cuidado Terapéutico		SISTEMA DE ENFERMERÍA De apoyo y educativo
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit en la técnica de amamantamiento r/c desconocimiento de la técnica y anomalía de la anatomía mamaria m/p escasa secreción láctea			
OBJETIVO: Valorar a través de la escala de LATCH la técnica de amamantamiento incrementar su resultado y garantizar una lactancia materna eficaz a su egreso. Apoyo constante a la madre durante su estancia.			
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	
Asesoramiento en la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> -valorar características de los pezones. -informar sobre los beneficios psicológicos y fisiológicos de la lactancia materna. -determinar el deseo y motivación de la madre respecto a la lactancia materna. -corregir conceptos equivocados. -evaluar la capacidad del lactante para mamar. -explicar a la madre sobre los cuidados del pezón. -explicar las técnicas para evitar la congestión mamaria y las molestias asociadas. -explicar las opciones para la extracción de leche, ya sea manual o con bomba eléctrica. -Explicar el modo correcto de manipular la leche extraída. -Enseñar sobre los ejercicios de Hoffman para la formación 	<p>La leche humana tiene propiedades inmunológicas, hormonales y nutricionales únicas; es un tejido vivo delicadamente ajustado a cada etapa de la vida del menor.</p> <p>La sólida evidencia científica disponible documenta los múltiples beneficios en la salud física y emocional de la diada madre e hijo cuando se amamanta.</p> <p>A la madre la lactancia la protege contra enfermedades de corto y largo plazos como hipertensión, obesidad, diabetes, depresión y cáncer de mama y ovario.</p> <p>En el hijo la lactancia materna potencializa el desarrollo cognoscitivo, reduce el riesgo de morbimortalidad en edades tempranas y refuerza el sistema inmunitario.⁽²⁸⁾</p> <p>Las maniobras de Hoffman son las</p>	

<p>Disminución de la ansiedad</p>	<p>del pezón. -asegurar que el agente de cuidado dependiente se sujete bien a la mama. -instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia. -Mostrar la forma de amamantar, utilizar el dedo limpio para estimular el reflejo de succión y enganche al pezón.</p> <p>-utilizar un enfoque sereno que de seguridad. -proporcionar información objetiva. -Proporcionar objetivos que simbolicen seguridad.</p>	<p>siguientes: 1- Poniendo un dedo a cada lado del pezón estirando laaréola hacia fuera, se rota en sucesivos movimientos hasta cubrir los 360°. 2- Lubricando el índice y pulgar con una gota de calostro, sujetar la base del pezón rotando los dedos como dando cuerda a un reloj. 3- El masaje se completa estirando el pezón y traccionando hacia fuera.</p>
-----------------------------------	--	--

EVALUACIÓN: se valoró una escala de LATCH de 4, la madre se muestra muy cooperativa en mejorar la técnica de amamantamiento. Se da de alta con una valoración de LATCH de 8

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
FOCALIZADA	16 Octubre 2018	8:00	Pediatría
REQUISITO ALTERADO Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Agencia de cuidado Terapéutico	SISTEMA DE ENFERMERÍA Parcialmente compensatorio	
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Elevación de los niveles de bilirrubina sérica total r/c edad y un patrón de alimentación mal establecido m/p bilirrubina sérica total de 7 mg/dl el primer día de vida, 9.4mg/dl, el segundo día y 9.5 mg/dl			
OBJETIVO: monitorizar niveles de bilirrubina de acuerdo a nomograma, vigilar estado neurológico.			
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	
Fototerapia.	<ul style="list-style-type: none"> -revisar antecedentes maternos y del lactante para determinar los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia. -Explicar a la familia los procedimientos y cuidados de la fototerapia. -colocar protección ocular, evitando ejercer demasiada presión. -retirar la protección ocular cada 4 horas o cuando se apaguen las luces para el contacto con la madre durante la alimentación. -cambiar de posición cada 4 horas. -evaluar estado neurológico cada 4 horas. -Observar si hay signos de deshidratación. -Peso diario. -Ingesta de 8 tomas al día en caso de requerir sucedáneos, seno materno a libre demanda. 	<p>Los nomogramas son muy útiles considerando siempre horas de vida del niño como potencial de riesgo, unido siempre al adecuado juicio clínico.</p> <p>Si la protección ocular se encuentra demasiado ajustada puede producir irritación, abrasión de la córnea, y bloquear los conductos lagrimales. Si no se realiza remoción del antifaz e higiene ocular se puede producir una conjuntivitis.</p> <p>Mantener una adecuada hidratación y un buen volumen urinario aumenta la eficacia de la fototerapia.</p> <p>Debe alentarse a la madre para que amamante a su bebé a libre demanda.⁽²⁹⁾</p>	
EVALUACIÓN: mantuvo durante el tratamiento normotérmico, un adecuado estado de hidratación, se continuo con la lactancia materna, la cual mejoro. Se suspende fototerapia de acuerdo a nomograma.			

TIPO DE VALORACIÓN	FECHA	HORA	SERVICIO
FOCALIZADA	17 Octubre 2018	9:00	Pediatría
REQUISITO ALTERADO Promoción del funcionamiento y desarrollos 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	Agencia de cuidado Terapéutico		SISTEMA DE ENFERMERÍA De apoyo y educativo.
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disposición para mejorar la lactancia materna m/p la madre expresa satisfacción en el proceso del amamantamiento.			
OBJETIVO: Mantener el apoyo educativo durante su estancia hospitalaria para lograr una lactancia materna eficaz a su egreso.			
INTERVENCIONES	ACCIONES	FUNDAMENTACIÓN	
Asesoramiento en la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> -ayudar a asegurar que el neonato se sujete bien a la mama. -instruir sobre las distintas posiciones para la lactancia. -evaluar la capacidad del lactante para mamar. -enseñar a la madre a dejar que el neonato termine con la primera mama antes de ofrecer la segunda. -instruir sobre el modo de interrumpir la succión del neonato, si es necesario. -explicar a la madre los cuidados del pezón. -comentar las necesidades de la idoneidad del reposo, 	<p>La madre es quien tiene que decidir cómo quiere alimentar a su bebé, pero el/la profesional debe asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome con una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.⁽³⁰⁾</p> <p>Las madres recientes necesitan apoyo y orientación de los profesionales que las atienden durante los primeros días de vida del bebé, tanto en el hospital como en el centro de salud.</p>	

<p>ELOGIO:</p>	<p>hidratación y dieta equilibrada. -enseñar los patrones de evacuación urinaria e intestinal del niño. -ofrecer instrucciones para el alta y organizar los cuidados de seguimientos adaptados a las necesidades específicas del neonato.</p> <p>-Alentar y apoyar el aprendizaje. -Proporcionar una retroalimentación positiva para alentar y apoyar la nueva conducta. -felicitar al individuo por conseguir un mejor resultado.</p>	<p>Dos factores son cruciales para que la lactancia al pecho materno tenga éxito: la motivación de la madre de amamantar a su hijo y la provisión de leche. Si la madre no está suficientemente motivada, no intentará dar el pecho a su hijo o si lo hace iniciará el destete rápidamente. Si la mujer no tiene suficiente leche, pronto se desanimará de lactar o sustituirá la alimentación al pecho por el biberón</p> <p>(31)</p>
<p>EVALUACIÓN: se mantuvo el apoyo educativo durante toda su estancia hospitalaria, fue incrementando el resultado en la escala LATCH, quedando en 8 a su egreso.</p>		

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El desarrollar el trabajo con base a los requisitos universales alterados del neonato en estudio, lo cual facilito la recopilación de los datos necesarios para el desarrollo de este.

La metodología aplicada constituye una herramienta eficaz en la identificación y jerarquización de los requisitos alterados, establecer los diagnósticos enfermeros, planear las acciones que permitan proporcionar los cuidados que el agente de autocuidado dependiente necesita de una manera precisa, oportuna y con un sustento científico, esto con el fin de cubrir los déficit que presenta, contribuyendo así a recuperar la salud o atenuar las complicaciones.

Una acción esencial para el establecimiento de una lactancia materna eficaz es el apoyo que le brindemos a la madre.

Como profesional de la salud la realización del estudio de caso genero evidencia del resultado de una buena ejecución de intervenciones, de la importancia de la evaluación y dar testimonio de cómo desarrollar lo aprendido.

Las investigaciones consultadas, así como la evidencia clínica demuestran que el establecimiento de la lactancia materna de una manera eficaz es fundamental para favorecer la eliminación de la bilirrubina cuando esta está relacionada con un deficiente aporte suficiente de leche materna. Enfermería no debe olvidar que la insuficiencia de leche es una de las razones más frecuentes para iniciar el destete prematuro, no olvidar que existen factores que influyen en la lactancia materna y que son múltiples, que tienen una interacción compleja; por consiguiente, es necesario analizarlos detenidamente cuando se lleven a cabo acciones para promover la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: El gran olvidado. *Pediatría de Atención Primaria*. 2012.
2. Romero-Maldonado S, Arroyo-Cabrales L, Rocely Reyna-Ríos E. Consenso prematuro tardío. *Perinatol y Reprod Humana*. 2010;
3. Gallegos-Dávila JA, Rodríguez-Balderrama I, Rodríguez-Bonito R, Abrego Moya V, Gabrirl R-C. Prevalencia y factores de riesgo para hiperbilirrubinemia indirecta neonatal en un hospital universitario. *Medicina Universitaria*. 2009;
4. Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel MD, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Pérez Muñuzuri A, Rite Gracia S, Ruiz Campillo CW, et al. Recomendaciones para la prevención, la detección y el manejo de la hiperbilirrubinemia en los recién nacidos con 35 o más semanas de edad gestacional. *Anales de Pediatría*. 2017.
5. Mazzi Gonzales de Prada E .A. Hiperbilirrubinemia neonatal Neonatal hyperbilirubinemia. *Rev Soc Bol Ped*. 2017.
6. Cifuentes Recondo J. Ictericia en el recién nacido. *Medwave*. 2012;
7. Román CAL. Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Rev Cubana Enferm*. 2006;
8. WHO, Organization WH. ENFERMERIA /OMS. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
9. Araya-Cloutier JO-SA. "Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma"*. *Psychoneuroendocrinology*. 2015.
10. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Espanola. *The Modern Language Journal*. 2014.
11. Melo M, De MO, Fernandes C, Lima T, Enfermagem E. TEORÍAS DE ENFERMERÍA: IMPORTANCIA DE LA CORRECTA APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS TEORIAS DE ENFERMAGEM: IMPORTANCIA DA CORRETA APLICAQÃO DOS CONCEITOS. *Enfermería Global*. 2009.

12. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y Teorías en Enfermería 7ª Edición. En: Modelos y Teorías de Enfermería. 2011.
13. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención The theory Deficit of selfcare: Dorothea Orem, starting-point for quality in health care. Rev Maest ISABEL/REFERENCIAS TESIS/MARCO Ref Médica Electrónica. 2014;
14. Naranjo Hernández Ydalsys , C, Pacheco AC, L, Larreynaga R. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017.
15. Berbiglia VA, Banfield B. Unidad III: Modelos enfermeros. Dorothea E. Orem. Teoría del déficit de autocuidado. Raile Alligood M, Marriner Tomey A.. Modelos y teorías en enfermería. 2011.
16. Trejo García C, Maldonado Muñiz G, Nolasco López B, Camacho y López S, Rodríguez Valdez J. Proceso de Enfermería. XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan. 2018.
17. Gonzalez J. Diagnostico Hiperbilirrubinemia. Guía Pract Clínica [Internet]. 2010; Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/...Hiperbilirrubinemia/GRR_IMSS_262_10.p
18. Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the Late Preterm (34–36 6/7 Weeks of Gestation) and Early Term Infants (37–38 6/7 Weeks of Gestation), Second Revision 2016. Breastfeed Med. 2016;
19. Lorda PS, Gutiérrez JJ. Consentimiento informado. Med Clin (Barc). 2001;
20. Congreso de la Unión. Constitución Política Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la federación. 2018.
21. Ley 202. Ley General de Salud, artículo 287. D Of la Fed [Internet]. 2018;119. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/>
22. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS. Onu. 2015;
23. CODIGO_ETICA.pdf.
24. Ci P. PREMATURIDAD Y RETOS Porque ustedes nos han demostrado siempre que : ¡ CON AMOR VENCEREMOS !

25. La Orden Izquierdo E, Salcedo Lobato E, Cuadrado Pérez I, Herráez Sánchez MS, Cabanillas Vilaplana L. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. *Nutr Hosp.* 2012;
26. Rendón Macías ME, Serrano Meneses G. Fisiología de la succión nutricia en recién nacidos y lactantes. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2011;
27. JRF Lorenzo, Couce Pico M, Fraga Bermúdez JM. Protocolos de Neonatología: 18. Hipoglucemia neonatal. *Asoc Española Pediatría.* 2008;
28. De Cosío-Martínez TG, Hernández-Cordero S, Rivera-Dommarco J, Hernández-Ávila M, Cuevas AA, Casas RA, et al. Recomendaciones para una política nacional de promoción de la lactancia materna en México: Postura de la Academia Nacional de Medicina. *Salud Publica Mex.* 2017;
29. Torres A.O, Guillermina L. REVISANDO TÉCNICAS : Cuidados al recién nacido en luminoterapia. :34–6.
30. Rioja C de S del G de La. Guía de lactancia materna para profesionales.
31. BV M. [Promotion of breastfeeding through an educational program for pregnant women] TT - Promocion de la lactancia materna mediante una accion educativa dirigida a mujeres embarazadas. *Bol LA Of Sanit Panam.* 1988;

ANEXOS



ESCALA LATCH

@enfermeromurciano



Parámetros	0	1	2
Coger	Demasiado dormido. No se coge al pecho.	Repetidos intentos de cogerse. Mantiene el pezón en la boca. Llega a succionar.	Agarra el pecho. Labios que ajustan. Lengua debajo. Succión rítmica.
Deglución audible	Ninguna.	Un poco si se le estimula.	Espontáneo e intermitente si < 24 horas. Espontáneo y frecuente si > 24 horas.
Tipo de pezón	Invertidos.	Planos	Evertidos tras estimulación
Comodidad / Confort (pecho, pezón)	Mamas ingurgitadas. Grietas. Dolor severo.	Mamas llenas. Pezón lesionado. Daño medio.	Mamas blandas. No hay dolor.
Mantener colocado al pecho	Ayuda total (el personal mantiene colocado al niño al pecho).	Mínima ayuda. Si se le enseña de un lado, la madre lo coloca al otro. El personal lo coloca y luego la madre sigue.	No necesita ayuda. La madre es capaz de mantener al niño colocado.

Iconos utilizados: <https://www.flaticon.com/packs/medical-elements> y <https://es.pngtree.com> Gráficos de pngtree.com



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



Sede: Hospital Regional de Alta Especialidad de Zumpango

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo Georgina Kibeth Romero Reveles
 Doy mi consentimiento para que el licenciado en enfermería
Ana Lilia Olivares Rodriguez

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: Georgina Kibeth Romero Reveles
 Firma: [Firma]

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

Alumno de Posgrado: Lic Ana Lilia Olivares Rodriguez
 Firma: [Firma]

TESTIGO

Nombre: Daniela García O.
 Firma: [Firma]

Zumpango Edo. de Méx. a 16 del mes de Octubre del año 18

PLAN DE ALTA A DOMICILIO

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE: R. R. Recien Nacido

SERVICIO: Lactantes/Pediatría

DIAGNOSTICO DE EGRESO: RN pretérmino 35.1 SDG + hiperbilirrubinemia multifactorial

FECHA DE ALTA: 18 Oct 2018 TURNO: Matutino

Albumina 2.5mg/dl
Gpo 4 Rh materno y fetal 0+

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Rehabilitación respiratoria	Oxigenoterapia, limpieza nasal con agua con sal, aspiración de secreciones con una perilla, medicamentos inhalados fisioterapia.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	Alimentación	Seno materno a libre demanda, técnica, beneficios, frecuencia, formula en caso de ser necesario. No dar té, agua o medicamentos sin prescripción médica.
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua		
Provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación	Eliminación	Número de cambios de pañal total en 24 horas. Características de micciones y evacuaciones. Prevención de dermatitis de pañal
Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso	Actividad y reposo	Dejar dormir en horas que no corresponde a la alimentación, no sobre arropar, evitar almohadas y peluches.
Mantenimiento de un equilibrio entre la sociedad y la interacción social	Fortalecimiento del vínculo familiar	Aconsejar que continúa con la lactancia materna, beneficios del rebozo, utilizar música relajante, dar seguimiento a la terapia de estimulación temprana. Realizar masajes de estimulación táctil, auditiva y visual.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	Cuidados en el hogar	Higiene corporal y lubricación de la piel, cuidados de las uñas, riesgo de caídas, fauna, fumadores o enfermos de vías respiratorias
	Signos de alarma	Coloración de piel pálida-azul, amarilla, fiebre, vomito, rechazo al alimento, llanto sin lágrimas, fontanela hundida, distensión abdominal, intolerancia a la vía oral, movimientos anormales, respiración rápida, dificultad respiratoria, presencia de sangrado en cualquier parte del cuerpo.
Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, las limitaciones y el deseo.	Cuidados específicos	Cita a consulta externa de pediatría para seguimiento del niño sano. Cita es estimulación temprana. Cita a medicina preventiva para vacunas y toma de tamiz metabólico.

NOMBRE Y FIRMA DEL FAMILIAR: Georgina Kabeth Romero Reveles

AGENCIA DE AUTOCUIDADO: Madre



