



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

ESTUDIO DE CASO

**“RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO CON ICTERICIA NEONATAL
SECUNDARIO ADÉFICIT EN EL MANTENIMIENTO DE UN
APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO.”**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ENFERMERA ESPECIALISTA NEONATAL.**

P R E S E N T A:

L.E.O. JESSICA JOHANNA CRUZ BAUTISTA.

ASESOR ACADEMICO:

E. E. N. DULCE MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA.



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

- A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi máxima casa de estudios por mi desarrollo profesional y permitir desenvolverme como profesionista responsable, con sólidas bases éticas, humanísticas, técnicas y científicas en la atención del cuidado neonatal.
- A la E.E.N. Dulce María Jiménez García de manera especial, por ser parte de mi enseñanza y aprendizaje, asesora de este estudio de caso, agradecida por su disposición para enseñar, su amabilidad y paciencia.
- A la coordinadora de la especialidad, E.E.N. Adaí Ramírez Guzmán por guiarme en mis estudios de posgrado, por siempre mostrar interés, compromiso, apoyo y dedicación para transmitir su conocimiento.
- Al Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, sede de la especialidad por permitir desarrollarme profesionalmente y a todo el personal médico y de enfermería que tuvieron la disposición para transmitir el conocimiento.
- Por último a la señora Jiménez Vicens W. por permitirme elegir a su hija como mi persona de cuidado para la realización de este estudio de caso y por su colaboración para la recolección de datos.

Dedicatoria

- A mis padres Alfonso Cruz y Juana Bautista por estar en todo momento a mi lado, educarme y guiarme con su amor, gracias por su comprensión y apoyo incondicional en cada decisión tomada, por ser mi pilar e impulsarme a crecer y lograr todo lo que me proponga, por ser mi mayor inspiración hago suyo este éxito profesional.
- A mi familia materna de sangre por creer en mí con el resguardo y protección que siempre me han brindado.

Contenido

1. Introducción	1
2. Objetivos.....	2
2.1. Objetivo general	2
2.2. Objetivos específicos	2
3. CAPITULO I. Fundamentación	3
4. CAPITULO II. Marco teórico	5
4.1. Conceptualización de enfermería.....	5
4.2. Paradigmas	6
4.2.1. Paradigma de categorización	6
4.2.2. Paradigma de integración.....	7
4.2.3. Paradigma de la transformación.....	8
4.3. Teoría de enfermería.....	9
4.3.1. Teoría del autocuidado.....	13
4.3.2. Teoría del déficit de autocuidado	16
4.3.3. Teoría de los sistemas	17
4.4. Proceso de enfermería	21
4.5. Consideraciones éticas	24
4.6. Riesgos y daños a la salud.....	35
5. CAPITULO III. Metodología.	45
5.1. Estrategias de investigación: Estudio de caso	45
5.2. Selección del caso y fuentes de información.....	45
5.3. Cronograma de actividades.....	47
6. CAPITULO IV. Elección y descripción genérica del caso.	48
6.1. Ficha de identificación	48

6.2. Motivo de consulta	48
6.3. Descripción del caso	49
6.4. Factores Básicos Condicionantes	49
6.5. Requisitos de desarrollo	52
6.6. Requisitos de desviación de la salud	53
7. CAPITULO V. Aplicación del proceso de atención de enfermería	54
7.1 Exploración física	54
7.2. Valoración por requisitos universales	55
7.3. Esquema metodológico	62
7.4. Jerarquización de requisitos afectados	63
7.5. Prescripción del cuidado	64
7.6. Valoración focalizada	70
8. CAPITULO VI. Plan de alta de cuidados.	72
9. CAPITULO VII. Conclusiones y recomendaciones.	74
9.1. Conclusiones.....	74
9.2. Recomendaciones.....	75
10. Referencias.....	76
11. Anexos.....	82
12. Apéndices.	101
Apéndice I	101
Apéndice II	102
Apéndice III	104

1. Introducción

El estudio de caso, se considera como una valiosa herramienta de investigación, es el método apropiado para describir la realidad de una situación, en la que se requiere explicar relaciones causales complejas, realizar descripciones de perfil detallado, aceptar posturas teóricas exploratorias o explicativas, analizar procesos de cambio longitudinales y estudiar un fenómeno que sea esencialmente ambiguo, complejo e incierto.

El estudio de caso de enfermería se llevó a cabo con base en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem a un recién nacido de término de 38.1 SEG con el diagnóstico real de ictericia neonatal, el cual se encuentra en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" en la sala de Alojamiento Conjunto 4º piso, teniendo alterado el requisito de autocuidado universal de mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos y prevención de peligros para la vida, bienestar y funcionamiento humano; se hace uso del formato PES describiendo las operaciones de diagnóstico enfermero dando pauta a brindar la prescripción del cuidado de manera especializada, esto permite al alumno desarrollar destrezas y habilidades así como formar un pensamiento crítico para detectar riesgos, capacidades y limitaciones en el neonato y entorno familiar.

La ictericia neonatal es uno de los principales motivos de estancia hospitalaria en la atención neonatal. Existen diversos factores de riesgo que ayudan a identificar a los recién nacidos que podrían presentar algún grado de ictericia o hiperbilirrubinemia, o en su caso complicaciones asociadas como la encefalopatía bilirrubínica.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

- Realizar un estudio de caso a un neonato en el área de hospitalización de Alojamiento Conjunto con ictericia fisiológica secundario al déficit en el aporte suficiente de alimentos, aplicando el proceso de atención de enfermería fundamentado en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar una valoración integral en el recién nacido con el lenguaje y bases teóricas de Dorothea E. Orem obteniendo datos de manera directa e indirecta.
- Identificar y jerarquizar los requisitos universales de autocuidado alterados, elaborar diagnósticos de enfermería y realizar una planeación del cuidado especializado neonatal.
- Llevar a cabo un tratamiento regulador y un control de casos para la persona de cuidado.
- Diseñar un plan de alta de cuidados en casa para un recién nacido que pueda llevar a cabo la agencia de cuidado dependiente.

3. CAPITULO I. Fundamentación

Durante la realización de este trabajo fue necesaria la búsqueda y revisión de 52 artículos previamente publicados en relación al tema y que dieron dirección a la realización del presente estudio.

En el artículo de revisión Hiperbilirrubinemia neonatal, encefalopatía bilirrubínica aguda y Kernicterus: La secuencia sigue vigente en el siglo XXI de Mesquita-Mirta, Casartelli-Marco de 2017 nos dice que “la ictericia es un síntoma muy común que afecta aproximadamente al 60% de los neonatos sanos y no requiere tratamiento alguno. Sin embargo entre el 8 al 11% de los neonatos ictericos, preferentemente aquellos con edad gestacional entre las 34 a 37 semanas, pueden desarrollar hiperbilirrubinemia severa, con el consecuente riesgo de afectación neurológica, debido al potencial de neurotoxicidad de la bilirrubina libre.

La evaluación del recién nacido icterico fue objeto de varios estudios y se han elaborado guías de manejo en varios países. En todas ellas se incluye la búsqueda y reconocimiento de los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia severa, búsqueda de ictericia durante la estadía hospitalaria y a las 48 horas del alta e incentivo de la lactancia materna para asegurar una adecuada hidratación y alimentación.

La AAP en las guías de manejo publicada en 2004, sugirió como medida preventiva, el control de los niveles de bilirrubina a todos los recién nacidos al alta y utilizar el nomograma propuesto por Bhutani y cols, que predice el riesgo (bajo, intermedio, alto) de tener hiperbilirrubinemia severa. Sin embargo, no se encontró suficiente evidencias para recomendar el screening universal de bilirrubina como un medio de evitar daño neurológico por la bilirrubina.”¹

Con respecto a la clínica Manalled-A en su artículo Ictericia neonatal de 2011 menciona y hace hincapié que la ictericia se observa en primer lugar en cara y luego progresa de forma caudal hacia el tronco y las extremidades. “La progresión céfalo-caudal puede ser útil para la valoración del grado de ictericia, aunque la valoración es aproximada aún para al observador experimentado. El tinte icterico no sólo está presente en la piel y

conjuntivas, sino que también puede apreciarse en el LCR, lágrimas y saliva, especialmente en los casos patológicos. Es conveniente valorar la presencia de coluria y acolia, ya que son datos de gran valor diagnóstico en la patología obstructiva. La presencia de hepatomegalia precoz es sugestiva de infección prenatal o de enfermedad hemolítica por incompatibilidad Rh; cuando la hepatomegalia es dura y de aparición más tardía, hará pensar en la posibilidad de afectación hepática primitiva (hepatitis, atresia). La esplenomegalia hará sospechar que actúa como un foco hematopoyético extramedular o bien que el recién nacido padece una infección prenatal con manifestaciones clínicas. Por la frecuencia con que se presenta a partir del tercer día de vida una hiperbilirrubinemia secundaria a la reabsorción de hematomas, se deberán buscar colecciones de sangre extravasada (cefalohematoma, hematoma suprarrenal). Asimismo buscar microcefalia, onfalitis y demás signos de hipotiroidismo.”²

Así como datos estadísticos en que situaciones se presentan más estos casos nos menciona Galíndez-González AL con su artículo Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal de 2017 que se encontró que “el 87% de los neonatos fueron alimentados exclusivamente con lactancia materna, donde el 93,34% de los pacientes recibieron lactancia materna exclusiva, factor de riesgo conocido para presentar hiperbilirrubinemia pero con mayores beneficios que posibles daños y un mecanismo de asociación aún no bien entendido, aunque se sugiere puede deberse a ingesta reducida, inhibición de la excreción hepática de bilirrubina por inhibición de la enzima UDPGT, secundaria a la presencia de varias sustancias en la leche materna como pregnane 3, 20 β -diol, ácidos grasos libres, lipasas, iones metálicos, esteroides y nucleótidos, aumento en la reabsorción de bilirrubinas a nivel intestinal, disminución de la eliminación de meconio y alteraciones en el metabolismo de los ácidos biliares; cabe aclarar que en un porcentaje no despreciable de los pacientes mencionados en el presente estudio, existían condiciones concomitantes además de la lactancia materna exclusiva, la incompatibilidad de grupo o Rh, infecciones, prematuridad, entre otras.”³

4. CAPITULO II. Marco teórico

4.1. Conceptualización de enfermería

El cuidado profesional de la salud se define como las acciones que implican un sentimiento emocional o de bienestar de otra persona que van impregnadas del componente científico, esto es, aquellos saberes y acciones de reconocida eficiencia utilizados en la asistencia a individuos y comunidades. En consecuencia, el cuidado profesional que da la enfermera es un acto de vida y al mismo tiempo es recíproco con la persona que desea recobrar su salud.

La apreciación que tienen las enfermeras sobre el significado del cuidado de la salud, permite evidenciar que éste es un acto que se debe realizar durante toda la vida, bajo el acompañamiento de la enfermera como parte de un equipo de salud, con el apoyo de la familia. Los cuidados tienen una dimensión ética y moral, que se fundamentan en los principios y valores, que permiten analizar las situaciones para decidir qué es lo correcto. Se da dentro de una interacción dialéctica, que se construye a través de la confianza y progresa con el respeto y el afecto; en dicha interacción se tienen en cuenta los valores de las personas involucradas.

Respecto a quienes cuidan la salud, se puede mencionar que cuidar es en primer lugar, una tarea con una dimensión social que está determinada por la interacción con otros profesionales en el ámbito hospitalario, con las personas de cuidado. En segundo lugar, es una actividad dirigida al ser humano, que es finito, lábil y sensible, y que requiere, en mayor o menor medida de una atención solícita de otro. Cuidar que el paciente mantenga y recobre la salud es el objetivo de enfermería, por ser el profesional que está en contacto directo con él en todo momento. Para ello, enfermería tiene un cuerpo propio de saberes, que se manifiesta en los cuidados profesionales que otorga.⁴

4.2. Paradigmas

De manera epistemológica un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia. Los paradigmas tienen origen en el siglo XIX y principios del siglo XX, el cual se cubrió de epistemología y del pensamiento filosófico. En la medida que la formación del hombre dependía del desarrollo de la razón y de las matemáticas, estas actuarían como una nueva lógica de la enseñanza, ocupando el lugar que tenía la gramática en el humanismo clásico, ya que la relación causal la sacaba de las ciencias experimentales.⁵

Según Kuhn los paradigmas de una disciplina científica preparan al personal básicamente para la práctica con el objeto de definirla y guiarla, por lo que las teorías ayudan a la práctica, mediante bases teóricas, filosóficas y modelos conceptuales. La filosofía de la ciencia Kuhn favorece para comprender la evolución de la teoría de Enfermería, mediante modelos paradigmáticos de la ciencia, que ha hecho no sea ajena a los momentos histórico-sociales y culturales al generarse dichos paradigmas.⁶

Se conocen tres tipos de paradigmas:

4.2.1. Paradigma de categorización

Según el paradigma de la categorización (1850- 1950), los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. En el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud pública y enfermedad.

Se asocia con el inicio de la profesionalización enfermera, que a su vez se corresponde con la corriente de pensamiento del positivismo y su característica de dividir y clasificar para definir y entender.⁷

El método a usar por la investigación enfermera será el hipotético-deductivo, método de proposiciones generales, hipotéticas, que deben ser contrastantes a través de la observación y el experimento. Esta modalidad de validar hipótesis será el criterio de demarcación entre el conocimiento científico y el resto de saberes que se consideran no científicos.⁸

- 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 persona es un todo complementándose de una forma independiente.
- El entorno está separado de la persona.

4.2.2. Paradigma de integración

Según el paradigma de integración (1950-1975), va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona. Se asocia a la corriente del positivismo y a la teoría crítica, que sitúa al ser humano como eje y centro del cuidado.⁷

Los atributos del cuidado van más allá de las “respuestas humanas” y es imprescindible incluir los contextos donde se desarrollan los comportamientos humanos, los valores y las creencias subjetivas que son las verdaderas fuentes del conocimiento enfermero. El carácter objetivo de la sociedad y de la salud, por tanto, no es una realidad independiente a la que están sujetos. Por el contrario, la sociedad posee cierto grado de objetividad gracias a que los actores sociales, en el proceso de interpretación de su mundo social, la exteriorizan y objetivan.⁸

El cuidado se dirige a mantener la salud de la persona en toda su dimensión: física, psíquica y sociocultural, respondiendo a sus necesidades.

La salud y la enfermedad, son diferentes conceptos pero coexisten y se encuentran en interacción dinámica.

El entorno se compone por diversos contextos: económico, social y político.

La persona interactúa con el entorno de manera que sus respuestas son con base en un proceso de adaptación a lo que le rodea.

4.2.3. Paradigma de la transformación

Según el paradigma de la transformación (1975-siglo XX), donde cada fenómeno es único e irrepetible.

De acuerdo a Merton, el paradigma de la transformación cumple cinco funciones:

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

Por lo que se reafirma que los cuidados no son empíricos ni consecuencia de necesidades, más bien están basados en un conocimiento científico, que permite las intervenciones en escenarios naturales de manera lógica y con mayor calidad en el cuidado y proceso salud-enfermedad con un desarrollo y avance profesional.

La persona comienza a considerarse como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.

La salud se concibe como una experiencia que engloba la unidad ser humano entorno y se integra en la vida misma del individuo, la familia y el grupo social. Asimismo, la salud es un valor, una experiencia individual.

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

El cuidado se dirige hacia el bienestar, creando posibilidades de desarrollar su potencial, lo que beneficia también al profesional.⁸

4.3. Teoría de enfermería

Dorothea E. Orem, una de las enfermeras americanas más destacadas, nació en Baltimore, Maryland, en 1914. Inició su carrera enfermera en la Providence Hospital School of Nursing en Washington, DC, donde recibió un diplomado en enfermería a principios de la década de 1930. Orem recibió un Bachelor of Sciences en Nursing Education de la Catholic University of America (CUA) en 1939 y en 1946, obtuvo un Master of Sciences in Nurse Education de la misma universidad.

Las primeras experiencias enfermeras de Orem incluyeron actividades de enfermería quirúrgica, enfermería de servicio privado, servicios como personal hospitalario en universidades médicas pediátricas y de adultos, supervisora de noche en urgencias y profesora de ciencias biológicas. Orem ostentó el cargo de directora de la escuela de enfermería y del Departamento de Enfermería en el Providence Hospital, Detroit, paso 8 años (1949-1957) en Indiana trabajando en la Division of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health. Su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado. Durante este tiempo, Orem desarrolló su definición de la práctica de enfermería. De 1958 a 1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. Ese proyecto despertó en ella la necesidad de responder a la pregunta: ¿Cuál es el tema principal de la enfermería? Como respuesta a esta pregunta, en 1959 se publicó *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. Más tarde, ese mismo año, Orem inició su labor como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA. El primer libro publicado de Orem fue *Nursing: Concepts of Practice* (1971). Mientras preparaba y revisaba *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*. En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing Science and Scholarship. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

La Georgetown University le confirmó a Orem el título honorario de Doctor of Science en 1976. Recibió el premio Alumni Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word Collage, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University, en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991. Y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing, en 1922. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998.

Dorothea Orem murió el viernes 22 de Junio de 2007 en su casa de Skidaway Island (Georgia).⁸

Fuentes teóricas:

Orem (2001) estableció que: “la Enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria”. Como otros servicios sanitarios directos, la enfermería tiene funciones sociales e interpersonales que caracterizan a las relaciones de ayuda entre quienes necesitan la asistencia y quienes la prestan. Lo que diferencia estos servicios sanitarios de otros es el servicio de ayuda que ofrece. La teoría enfermera del déficit de autocuidado de Orem ofrece una conceptualización del servicio de ayuda característico que presta la enfermería.

Antes, Orem reconoció que si la enfermería tenía que avanzar como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, se necesita un cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Desde mediados de la década de 1950, cuando propuso por primera vez una definición de enfermería, hasta poco antes de su muerte en 2007, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizador para este cuerpo de conocimientos.

La principal fuente de ideas sobre enfermería para Orem fueron sus experiencias en enfermería. A través de la reflexión sobre situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objeto o foco real de la enfermería. La pregunta que guio el pensamiento de Orem fue: “¿En qué estado esta una persona cuando se decide que una enfermera intervenga en la situación?”. El estado que indica la necesidad de asistencia

enfermera es “la capacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal”. Es el objeto o foco real el que determina el dominio y los límites de la enfermería, como un campo de conocimiento y como un campo de práctica. La especificación del objeto real de la enfermería marca el inicio del trabajo teórico de Orem. La teoría del déficit de autocuidado está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general, “una que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas”. Orem identificó “cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros”. Son la visión de: persona, agente, usuario de símbolos, organismo y objeto.

La idea de persona como agente es básica. El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma de acción deliberada. “acción deliberada se refiere a las acciones realizadas por seres humanos individuales que tienen intenciones y son conscientes de sus intenciones de llevar a cabo, a través de sus acciones, condiciones o estados de cuestiones que no existen por el momento”.

La teoría del déficit de autocuidado representa la obra de Orem en cuanto a la esencia de la enfermería como un campo de conocimiento y de práctica. Orem también propuso una postura respecto a la forma de la enfermería como una ciencia, identificándola como una ciencia práctica.

Orem etiquetó su teoría de Déficit de Autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres subteorías relacionadas:⁸

- La teoría de autocuidado, que describe por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría del Déficit de Autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.⁹

Teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem.

Teoría del autocuidado

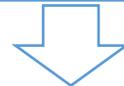


SISTEMAS DE AUTOCUIDADO:
+Actividad de una persona para otra
+Apoyar procesos vitales y funcionamiento
+Mantener el desarrollo
+Prevenir y controlar enfermedades
+Prevenir incapacidades
+Promocionar el bienestar

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO:
+Universal
+Del desarrollo
+De desviación de la salud

**FACTORES BASICOS
CONDICIONANTES:**
+Descriptivos de la persona
+Del patrón de vida
+Del estado y sistemas de salud
+Del estado del desarrollo

Teoría del déficit de autocuidado



**DEMANDA DE
AUTOCUIDADO
TERAPEUTICO:**
+Cálculo de la demanda
+Diseño de la demanda
+Variación de la demanda

AGENCIAS:
+Agencia de autocuidado
+Agencia de cuidado dependiente
+Agencia de enfermería

**DEFICIT DE
AUTOCUIDADO:**
+Agencia de cuidado

Teoría de los sistemas de cuidado de enfermería



**SISTEMAS DE
ENFERMERIA:**
+Totalmente compensatoria
+Parcialmente compensatoria
+Apoyo-educación

METODOS ENFERMEROS:
+Apoyo por otro
+Enseñar a otro
+Cuidar a otro
+Apoyar a otro
+Proporcionar un entorno que fomente el desarrollo

Cuadro 1. Teoría de enfermería del Déficit y Autocuidado de Dorothea E. Orem.
Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista
Cita: Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 6th ed. Madrid: Elsevier; 2007.

4.3.1. Teoría del autocuidado

El autocuidado es una función autoreguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de las personas que podrían beneficiarse de la enfermería.¹²

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

- Cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.
- Requisitos de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos: el factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales. La naturaleza de la acción requerida.

- Requisitos de autocuidado universales. Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el cuidado o el cuidado dependiente tienen sus

orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validados sobre la integridad estructural y funcional humano en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 3. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
 5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
 6. El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
 7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.
- Requisitos de autocuidado de desarrollo. Se han identificado tres conjuntos:
 - 1) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
 - 2) Implicación en el autodesarrollo.
 - 3) Prevenir o vencer los efectos de las condiciones o situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.
 - Requisitos de autocuidado en casa de desviación de salud. Estos requisitos existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de cómo), los poderes desarrollados o en desarrollo de las personas se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados a normales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de autocuidado cuando falla a la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado pendiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertos en plazos de tiempo determinados.

- Necesidades de autocuidado terapéutico. Están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para: controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y alimento). Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión).

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento: describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

- Actividad de autocuidado. Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus

necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano.

- Actividad de cuidado dependiente. Se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad del cuidado dependiente.⁹

4.3.2. Teoría del déficit de autocuidado

La idea central es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.¹² Es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existen o proyectada.

- Actividad enfermera. Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representadas como enfermeras y,

dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas, en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado. Y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado.

- **Diseño enfermero.** Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción e al enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería.⁹

4.3.3. Teoría de los sistemas

- **Sistema de enfermería totalmente compensatoria:** cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad/limitación.
- **Sistemas parcialmente compensadores:** es cuando tanto la persona como la enfermera participan en el autocuidado.
- **Sistemas de apoyo/educación:** la persona es capaz de realizar medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente pero no puede hacerlas sin ayuda.

Señala que la enfermería es una acción humana, son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud. En el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada que abarcan las intenciones y las actividades del diagnóstico la prescripción

y la regulación. Pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado por componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.¹⁰

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes.

- Métodos de ayuda. Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que si se lleva a cabo, resolverá a compensar las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud: actuar o hacer por cuenta de otro. Guiar y dirigir. Ofrecer apoyo físico o psicológico. Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal. Enseñar.
- Factores condicionantes básicos. Hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado ciertos factores: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, modelo de vida, factores del sistema sanitario, del sistema familiar, socioculturales, disponibilidad de recursos, factores externos del entorno.

Los principales supuestos.

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica las 5 premisas subyacentes en la teoría general de la enfermería:

- Los seres humanos requieren estímulos, continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
- La actividad humana el poder de actuar de manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
- Los seres humanos maduros experimentan privaciones informa de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
- La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para todos.
- Los grupos de seres humanos son relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.^{9,10}

Metaparadigma

- 1) Persona: Orem la define como el paciente (receptor del cuidado enfermero) un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Es un individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para auto conocerse, que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas. Es un individuo

que puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si por alguna razón la persona no puede aprender las medidas de autocuidado, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

- 2) Entorno: consta de factores ambientales, elementos ambientales, condiciones ambientales, y ambiente de desarrollo (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas; incluye la formación o el cambio de actitudes y valores, creatividad, autoconcepto y desarrollo físico. Puede afectar, de forma positiva o negativa, a las capacidades de una persona para promover su autocuidado.
- 3) Salud: Orem la describe como un estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal; la enfermedad es lo contrario. Consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales; según Orem estos aspectos son inseparables. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud. El tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.
- 4) Enfermería: Orem la considera como un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de otros. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesitada para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado. Finalmente, promueve al paciente como agente de autocuidado. Tienen varios componentes: arte enfermero, prudencia enfermera, servicio enfermero, teoría del rol y tecnologías especiales. Considera el arte enfermero como la base teórica de la enfermería y de otras disciplinas, como las ciencias, las artes y las humanidades. Describe la prudencia enfermera como la cualidad que permite a la enfermera buscar consejo en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos, decidir actuar de un modo particular y para actuar. Contempla el servicio enfermero como un servicio de ayuda; Orem describe la capacidad de la enfermera como la agencia de enfermería. Define la teoría del rol como las conductas esperadas de la enfermera y del paciente en

una situación específica; los roles de la enfermera y del paciente son complementarios, trabajando juntos para alcanzar el autocuidado. Utiliza tecnologías especiales, entre ellas tecnologías sociales e interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupo, establecimiento y mantenimiento de relaciones terapéuticas, y prestación de asistencia) y tecnologías reguladoras (mantenimiento y promoción de los procesos de vida regulación de las formas psicológicas de funcionamiento, y promoción del crecimiento y el desarrollo). Utiliza uno o más de los sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo-educativo) designado por una enfermera en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado el paciente. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería (actuar por o hacer para otro; guiar, apoyar o enseñar a otro; y proporcionar un entorno que fomente el desarrollo personal para satisfacer las demandas actuales o futuras). Consta de tres pasos: determinar porque le paciente necesita cuidados; designar un sistema de enfermería y planificar la administración de los cuidados; e iniciar, condicionar y controlar las acciones enfermeras.¹¹

4.4. Proceso de enfermería

Los elementos descritos por Orem en su modelo se utilizan como parte importante del lenguaje enfermero y su aplicación en el proceso de atención de enfermería, el método está constituido por cinco etapas en su estructura metodológica.

1) Valoración

La valoración del proceso de atención de enfermería es el primer paso para determinar el estado de salud de la persona. Desde la perspectiva del modelo de Orem, determinar el estado de salud consiste en enjuiciar el estado de satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico de la persona o del grupo. En esta fase se debe reunir, interpretar agrupar y reinterpretar toda la

información sobre la persona y su entorno: la situación de salud y necesidades de cuidados que permitan determinar la relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y las capacidades/limitaciones de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente para poder satisfacer los requerimientos de autocuidados. La información necesaria para llevar a cabo la valoración, en relación con cada uno de los requisitos de autocuidado, se obtiene a través de entrevistas con persona y/o su familia o allegados, exploraciones, observaciones, historia clínica e información de otros profesionales y/o colegas. Todo ello basado y contrastado con los conocimientos enfermeros y/o fuentes documentales a las que se considere necesario recurrir y consultar. El modelo de cuidados nos ofrece la guía para recoger, agrupar, organizar e interpretar los datos.

Relación con los elementos de la teoría: factores básicos condicionantes signos y síntomas sobre los requisitos de autocuidados y las funciones que se relacionan.

La agencia de autocuidado cubre la demanda de autocuidado terapéutico.

2) Diagnostico

En esta fase del proceso se trata de determinar la existencia de problemas que requieren tratamiento enfermero. Partiendo de los datos identificados en la valoración (signos y síntomas), se está en condiciones de establecer los grupos de acciones que deben realizarse para satisfacer el requisito y determinar la relación entre demanda de autocuidado terapéutico y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente.

Al construir el enunciado diagnóstico: la primera parte, el déficit de autocuidado, representa el problema a eliminar, y los objetivos de la fase de planificación irán encaminados a conseguir la desaparición de este problema.

La etiología del problema es la limitación que presenta la persona, ya sea esta en la fase de toma de conciencia, en la de toma de decisiones o en la de realización de las acciones. Aquí tienen su origen las acciones enfermeras, previstas en la fase de planificación y que se realizan en la fase de ejecución.

Relación con los elementos de la teoría: déficit de autocuidado universal, del

desarrollo, de desviación de la salud. Etiología: limitación de conocimiento, de motivación, de habilidades.

3) Planificación

En esta etapa del proceso se inicia el plan de cuidados, priorizando los diagnósticos, estableciendo objetivos y organizando las acciones enfermeras necesarias.

El priorizar los diagnósticos identificados en función del significado que las demandas de autocuidado terapéutico tienen para el funcionamiento y bienestar de la persona con el orden siguiente: las que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales. Las que previenen las complicaciones de la enfermedad o lesión. Las que van dirigidas a mantener la salud y promover el funcionamiento humano. Las que van dirigidas a proporcionar bienestar en la persona.

Se enuncia un objetivo general y los objetivos específicos que se consideren necesarios. Se diseña el plan de cuidados con la totalidad de medidas a realizar para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado.

Relación con elementos de la teoría: totalmente y parcialmente compensatorio, apoyo y educación. Objetivos: desarrollar la agencia de autocuidado, cubrir la demanda de autocuidado terapéutico.

4) Ejecución

En esta fase se pone en práctica el plan de cuidados, realizando las intervenciones necesarias y potenciando la implicación de la persona o su agencia de cuidado dependiente.

Es necesario coordinar la ejecución de las acciones de autocuidado preparando a la persona y su entorno, realizando las acciones, protegiendo a la persona, previniendo complicaciones y comprobando que las acciones se realizan adecuadamente. Se llevan a cabo las acciones enfermeras según los métodos de ayuda diseñados y se hacen los juicios pertinentes sobre la eficacia de los

cuidados, la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado y los cuidados enfermeros, y se hacen los ajustes necesarios a los sistemas de cuidados a través de una adecuación de los roles.

Relación con elementos de la teoría: métodos de enfermería actuar por, guiar, apoyar, proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, enseñar.

5) Evaluación

Se trata de comprobar si el proceso y el plan de cuidados han sido eficaces, si se han resuelto los déficits de autocuidado diagnosticados o si es necesario hacer algún cambio en el plan de cuidados. Comprobar la evolución de los signos/síntomas. Valorar la relación entre las demandas de autocuidado y la agencia de autocuidado. Aplicar las medidas correctoras que fuesen necesarias. Comprobar que se han llevado a cabo los cuidados enfermeros. La existencia de un nuevo déficit de autocuidado significa la existencia de un nuevo diagnóstico enfermero y la necesidad de iniciar un nuevo plan de cuidados.

Relación con elementos de la teoría: la agencia de autocuidado cubre las demandas de autocuidado.¹²

4.5. Consideraciones éticas

Desde los tiempos de la antigüedad griega, con Aristóteles, (384-322 a. n. e.) en el plano de la reflexión teórica acerca de la conducta humana, se ha intentado, ante todo, definir qué es el bien y qué es el mal, puesto que a partir de esa definición podría saberse qué hacer. Pero esto no ha resultado fácil, pues cada una de las teorías éticas ha asumido diferentes posiciones frente a esta definición. Mientras para unos el bien está vinculado a la felicidad o bienestar de los hombres, para otros está relacionado con el grado de utilidad, o con el poder, o el placer.¹³

A partir del siglo XV, con el Renacimiento, generador de una revolución en el pensamiento humano, este enfoque cambió. La medicina, ya constituida como saber

científico, desarrolló cada vez con más fuerza su paradigma biomédico. A partir de entonces las enfermedades fueron liberadas de la categorización de fenómenos sobrenaturales; pero junto a ello se comenzó a considerar, por separado, las enfermedades físicas de las enfermedades de la mente, e incluso se vislumbraba ya la posibilidad de considerar la enfermedad al margen de la propia persona que la sufre y de su propio contexto social. Este criterio se consolidó algunos siglos después.

El profesional de enfermería ocupa un lugar destacado en la prestación de servicios sanitarios como facilitador, asesor, promotor y evaluador de la salud de la colectividad, ya que en sus diferentes modos de actuación profesional, permanecen más tiempo al lado del paciente que el resto de los profesionales que conforman el equipo básico de trabajo. Mediante sus observaciones, interpretaciones, y acciones de forma organizada y eficiente, siempre debe poner en práctica los principios de la bioética.¹⁴

- 1) Principio de Beneficencia: este principio tiene como base el no dañar, hacer el bien, pero fundamentalmente los valores éticos están dados en el comprender, significa buscar el bien del paciente en términos terapéuticos.
- 2) Principio de la No - Maleficencia: en la praxis significa evitar hacer daño, evitar la impedancia, la imprudencia, la negligencia. Este se refiere a la inocuidad de la medicina y procede de la ética médica hipocrática.
- 3) Principio de la Justicia: este significa atender primero al más necesitado de los posibles a atender, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad, jerarquizar adecuadamente las acciones a realizar, hacer uso racional de los recursos materiales para evitar que falte cuando más se necesite.
- 4) Principio de Autonomía: refleja que la prioridad en la toma de decisiones relacionado con la enfermedad es del paciente, el cual decide lo que es

conveniente para él durante el proceso de salud enfermedad. La toma de decisiones es un derecho que requiere de información adecuada, conocida esta práctica como el consentimiento informado.

Decálogo del Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México.

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.¹⁵

Marco legal

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- ARTÍCULO 4o. (Primer párrafo derogado)
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 decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. 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. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar.
- ARTÍCULO 20. La Nación Mexicana es única e indivisible.
III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil.
- ARTÍCULO 18. Sólo por delito que merezca pena privativa de libertad habrá lugar a prisión preventiva. El sitio de ésta será distinto del que se destinare para la extinción de las penas y estarán completamente separados. El sistema penitenciario se organizará sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para él prevé la ley.

- ARTÍCULO 123. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo, conforme a la ley. V. Las mujeres durante el embarazo no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación; gozarán forzosamente de un descanso de seis semanas anteriores a la fecha fijada aproximadamente para el parto y seis semanas posteriores al mismo, debiendo percibir su salario íntegro y conservar su empleo y los derechos que hubieren adquirido por la relación de trabajo. En el periodo de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno para alimentar a sus hijos.¹⁶

Ley General de Salud

- ARTÍCULO 1o. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.
- ARTÍCULO 2o. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: I. El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud; V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y

tecnológica para la salud.

- ARTÍCULO 6o. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:
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; IV. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez.
- ARTÍCULO 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: I. La educación para la salud, la promoción del saneamiento básico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias del ambiente; 11 II. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias; IV. La atención materno-infantil; V. La planificación familiar.
- 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; 25II. 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. 26IV. La detección temprana de la sordera y su tratamiento, en todos sus grados, desde los primeros días del nacimiento, y 25 V. Acciones para diagnosticar y ayudar a resolver el problema de salud visual y auditiva de los niños en las escuelas públicas y privadas.¹⁷

Objetivos de desarrollo sustentable

Este año, los líderes mundiales tienen la oportunidad sin precedentes de poner el mundo en la senda del desarrollo incluyente, sostenible y resiliente", Helen Clark, Administradora del PNUD, enero de 2015.

En la Cumbre para el Desarrollo Sostenible, que se llevó a cabo en septiembre de 2015, los Estados Miembros de la ONU aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático.

1. Fin de la pobreza: poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Hambre cero: poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3. Salud y bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.
4. Educación de calidad: garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5. Igualdad de género: lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Agua limpia y saneamiento: garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
7. Energía asequible y no contaminante: garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
8. Trabajo decente y crecimiento económico: promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Industria, innovación, infraestructura: construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir inequidades: reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Ciudades y comunidades sostenibles: conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.

12. Consumo responsable y producción: Garantizar modalidades de consumo y protección sostenibles.
13. Acción climática: adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Vida submarina: conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Vida de ecosistemas terrestres: proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de diversidad biológica.
16. Paz, justicia e instituciones fuertes: promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Alianzas para lograr los objetivos: fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.¹⁸

Consentimiento informado

El objetivo primario del proceso, para obtener el consentimiento informado del paciente, es tranquilizar al paciente o sus familiares, para ello debemos brindar información clara y suficiente para explicarle qué le vamos a hacer, el motivo del procedimiento, los riesgos inherentes al mismo, las complicaciones que se pueden presentar, las posibilidades de éxito, y otras alternativas para tratar su enfermedad, para que juntos, médico y paciente, con toda la información comprendida, tomen la mejor decisión; muy diferente resulta cuando se lee una carta de riesgos, de posibles complicaciones y con la sentencia, como afirman algunos que debe ser, de: “y se puede morir”. Cuando hacemos esto, no estamos cumpliendo con el objetivo primario del consentimiento que es tranquilizar al paciente dándole información comprensible. Queda claro que no debemos someter a nuestros pacientes a riesgos innecesarios o a riesgos que sean superiores a los beneficios que se pudieran obtener, pero además, el objetivo también es mejorar la comunicación médico-paciente; el sentarse a dialogar, al comunicarse con

el paciente mejora esta relación y naturalmente ayuda a tomar decisiones. Informarle al paciente sobre los riesgos generales como: sangrado, infección, descompensación de alguna enfermedad, alergias, lesión a otro órgano, molestias o incapacidades posteriores, deberán tomarse en cuenta para informarlo al paciente o su familiar. El objetivo secundario del consentimiento informado es dar cumplimiento a la NOM en la materia y tener un atenuante legal en caso de una demanda sin evidencia de mala práctica. El consentimiento informado puede ser expreso, la doctrina que lo sustenta informa que es válido el consentimiento expresado verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología o por signos inequívocos, es decir por cualquier forma de expresión, pero hay que anotar la forma en que se dio el consentimiento. Así también encontramos el consentimiento presunto, que tiene su fuente en el segundo párrafo del artículo 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y se aplica, por razón de orden público, a los casos de urgencia: “Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico”. El consentimiento tácito, que encuentra su sustento en el artículo 324 de la Ley General de Salud, que establece: “Habrá consentimiento tácito del donante, cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de alguna de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada...” La carta del consentimiento bajo información, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-004-SSA3-2012 se define como el documento escrito, signado por el paciente o su representante legal, mediante el cual se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios; es revocable mientras no inicie el procedimiento, y no obligará al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado

hacia el paciente. Si durante la intervención tenemos que realizar algún procedimiento para el cual no se había solicitado el consentimiento, y si es para beneficio del paciente, el médico está obligado y autorizado a hacerlo.¹⁹

Normas Oficiales Mexicanas

NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios.²⁰

NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente;

además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.²¹

NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

Se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer.²²

PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.

Esta norma establece los lineamientos que, conforme a la evidencia científica, coadyuvan a mejorar las condiciones de salud y neurodesarrollo de los menores de diez años en el país, de una manera integral para el cumplimiento de todos sus derechos, por lo que es un instrumento que tiende a disminuir la brecha social entre los grupos menos favorecidos al señalar los aspectos que deben ser atendidos por las instituciones públicas, privadas y sociales que conforman el Sistema Nacional de Salud durante la atención médica tanto en consulta de la niña y el niño sano como en caso de enfermedad.²³

4.6. Riesgos y daños a la salud

Ictericia neonatal

Introducción

La ictericia es frecuente en los recién nacidos. En la mayoría de los casos es una entidad benigna, pero por el riesgo potencial de la toxicidad de la bilirrubina los recién nacidos deben ser monitorizados para identificar quienes pueden desarrollar una hiperbilirrubinemia aguda o menos frecuente, una encefalopatía bilirrubínica o kernicterus. Cuando la concentración de bilirrubina en sangre se eleva, se deposita en la piel y en el tejido subcutáneo de los recién nacidos produciendo como manifestación clínica la coloración amarilla de la piel o ictericia. Este es el síndrome más frecuente, que sucede en el periodo neonatal. Entre el 50 y 60% de los recién nacidos de término, y más del 80% de los recién nacidos pretérmino lo presentan en los primeros días de vida. Se manifiesta cuando los niveles de bilirrubina son superiores a 5-7 mg/dl. Más del 90% de los recién nacidos presentan niveles superiores a 2 mg /dl en la primera semana de vida. La ictericia neonatal es responsable del 75% de las hospitalizaciones de los recién nacidos durante la primera semana de vida. El conocimiento de los mecanismos de producción de la bilirrubina, la identificación de los pacientes de riesgo y la prevención primaria de la ictericia traen implicancias en el cuidado de enfermería.²⁴

Concepto

La ictericia es un concepto clínico que se aplica a la coloración amarillenta de piel y mucosas ocasionada por el depósito de bilirrubina. Clínicamente se observa en el recién nacido cuando la bilirrubinemia sobrepasa la cifra de 5 mg/dl.²⁵

Etiología

La fuente principal de producción de bilirrubina es el grupo hem de la hemoglobina circulante, procedente de la hemólisis o ruptura de los glóbulos rojos. Hay una pequeña proporción que proviene de la eritropoyesis ineficaz y de la destrucción de precursores eritrocitarios inmaduros de la médula ósea. Esta biomolécula se forma cuando el glóbulo rojo finaliza su vida útil. Su membrana celular se rompe y la hemoglobina

liberada es fagocitada por los macrófagos tisulares del organismo, sobre todo los macrófagos del bazo, hígado y médula ósea. En esta degradación de la hemoglobina se separa: por un lado la molécula de globina y por otro, el grupo hemo. El recién nacido produce entre 8 a 10 mg/kg/día de bilirrubina, dos a tres veces más que el adulto. El incremento de la producción de bilirrubina está dado por un mayor volumen de glóbulos rojos circulantes por kilogramo, la disminución de la vida media de los glóbulos rojos (80 a 100 días en el recién nacido de término, 60 a 80 en el recién nacido de pretérmino, y 35 a 50 días en el recién nacido de extremado bajo peso, contra 120 días en el adulto), el incremento de las formas inmaduras y el aumento de la bilirrubina temprana. En el recién nacido, la proporción de bilirrubina proveniente de estas últimas fuentes está aumentada, ya que el tejido eritropoyético fetal se destruye luego del nacimiento. El incremento de bilirrubina en el recién nacido también es causado por alteraciones en la conjugación o excreción, la alimentación inadecuada, el incremento del circuito enterohepático, deficiencias hormonales y desórdenes en el metabolismo de la bilirrubina.²⁴

Metabolismo de la bilirrubina

La producción de bilirrubina disminuye rápidamente durante los 2 primeros días después del parto. Varios factores pueden explicar este aumento de la producción en el recién nacido. La duración de vida circulante de los glóbulos rojos se acorta de 70 a 90 días. El aumento de la degradación de hem surge del aumento del tejido hematopoyético, esencial para el bienestar intrauterino, pero deja de funcionar poco después del nacimiento. Un factor adicional, posiblemente, puede incluir un aumento de la cifra de volumen de los citocromos. Otro importante contribuyente al aumento de bilirrubina en el recién nacido es un incremento de la bilirrubina absorbido desde el intestino como parte de la circulación enterohepática. Este mecanismo resulta de la reforma de bilirrubina no conjugada de bilirrubina conjugada en el intestino y una mayor absorción de bilirrubina no conjugada por la mucosa intestinal.

La bilirrubina no conjugada es casi insoluble y cuando se libera en la circulación por las células reticuloendoteliales, rápidamente está ligada a la albumina. Cada molécula de

albumina es capaz de enlazar al menos dos moléculas de bilirrubina; la primera molécula está más estrechamente vinculada a la segunda.

La bilirrubina se disocia de la albumina en la circulación antes de entrar a la célula hepática. En el citoplasma de las células hepáticas, la bilirrubina no conjugada se une a glutatión-S-transferasa A, también conocida como ligandina o con B-ligandina (proteína Y). Estas son las principales proteínas de transporte intracelular y su capacidad de unión de bilirrubina ayuda a mantener la porción potencialmente toxica baja no unida. La proteína Z, otra portadora citoplasmática hepática, también se une a la bilirrubina, pero con una menor afinidad. El equilibrio entre las tasas de entrada de la bilirrubina en circulación, incluyendo la captación de la bilirrubina de célula hepática, la conjugación de la bilirrubina y su excreción, por otra, determina las concentraciones de bilirrubina total en cualquier momento específico.

Una reducción en la capacidad de captación hepática neta de la bilirrubina no conjugada se ha implicado en el desarrollo de la ictericia fisiológica.

A fin de que la bilirrubina se excrete en la bilis, la bilirrubina no conjugada no polar, insolubles en agua se debe convertir a una sustancia más polar, soluble en agua. La bilirrubina se presume que es transportada por ligandina hepática desde la membrana plasmática de la célula de hígado al retículo endoplasmático, en el cual la enzima de conjugación, UGT1A1, está situada. El proceso de conjugación comprende un proceso enzimático en dos etapas, en el que cada molécula de bilirrubina se conjuga con dos moléculas de ácido glucurónico.

Los conjugados son excretados en función de un gradiente de concentración y en consecuencia, de las vías biliares de bilirrubina.

La bilirrubina no conjugada revertida puede ahora ser fácilmente absorbida a través de la mucosa intestinal, lo que contribuye, a través de la circulación enterohepática, a la agrupación de bilirrubina no conjugada en circulación. Es de importancia en el mecanismo de la circulación enterohepática la encima beta-glucuronidasa de la mucosa entérica presente en altas concentraciones. Condiciones alcalinas suaves presentes en el duodeno y el yeyuno contribuyen al proceso de conjugación.²⁶

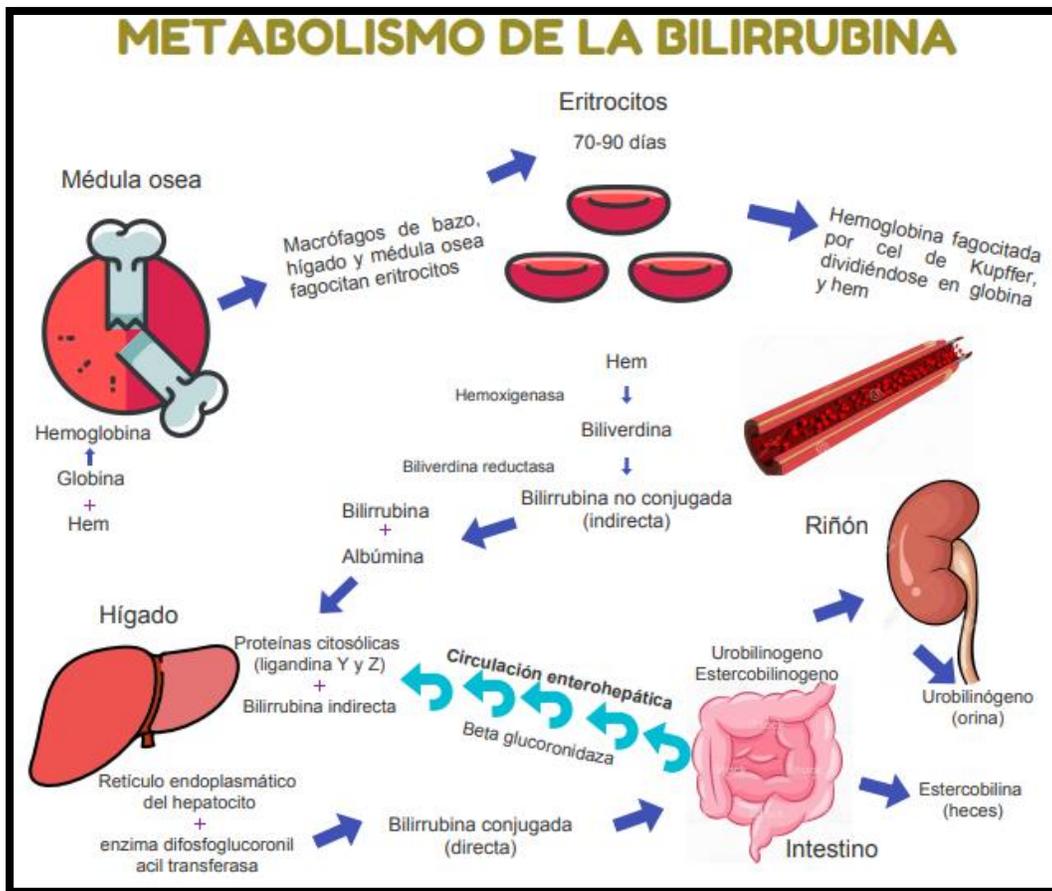


Imagen 1. Metabolismo de la bilirrubina. Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista
Cita: Medicina Neonatal y Perinatal de Martín y Fanaroff 2017; 2: 1620.

Clasificación

1) Fisiológica

La mayoría de los recién nacidos tienen valores de bilirrubina en el plasma mayores, en especial durante la primera semana de vida, esta hiperbilirrubinemia transitoria se denomina ictericia fisiológica.

Se acepta que un recién nacido tendrá ictericia fisiológica cuando:

- La ictericia no aparece en el primer día de vida.
- La bilirrubina no aumentada más de 5 mg/dL.
- La bilirrubina conjugada (directa) no es mayor de 2.5 mg/dL.
- Los valores superiores de bilirrubina en recién nacido de término no son mayores de 16 mg/dL.
- La duración de la ictericia (con valores elevados de bilirrubina) no es mayor de 7 a 10 días en los recién nacidos de término.

La asociación más fuerte con valores de bilirrubina elevados se observó con la alimentación al seno materno y con un mayor porcentaje de descenso del peso.

Ictericia relacionada con la lactancia.

Los neonatos alimentados al seno materno presentan regularmente y con alta frecuencia (dos tercios o más) hiperbilirrubinemia no conjugada que puede extenderse hasta la segunda y tercera semanas de vida y en ocasiones hasta las semanas 8-12. Aproximadamente la mitad de los lactantes alimentados al seno materno pueden presentar ictericia leve a moderada desde la segunda semana de vida. Esta prolongación de la ictericia fisiológica debida a la alimentación al seno materno se conoce como "ictericia relacionada con la lactancia". Al paso del tiempo, la ictericia y la elevación de la bilirrubina sérica no conjugada disminuyen y regresan a los valores normales del adulto aun cuando la lactancia continúe. La tasa de disminución es muy variable de neonato a neonato.

Una pobre lactancia aunada a una ingesta calórica inadecuada durante los primeros días de vida incrementa la absorción intestinal de bilirrubina debido a una inanición relativa. La pobre ingesta también retrasa la salida de meconio, un reservorio considerable de bilirrubina no conjugada, y aumenta la transferencia de bilirrubina desde el meconio hacia la circulación del neonato. Esto aumenta el "pool" de bilirrubina circulante en el neonato, reflejado como una concentración de bilirrubina sérica no conjugada mayor de lo normal. Con la aparición de leche madura al final de la primera semana de vida, el factor que aumenta la absorción intestinal de bilirrubina regresará mayores cantidades de bilirrubina que las normales otra vez hacia la circulación del bebé. Esto resulta en un incremento en la concentración de bilirrubina sérica no conjugada en la segunda y tercera semanas de vida, e incluso por más tiempo, lo cual potencialmente puede ser tóxico. La atención hacia la optimización en el manejo de la lactancia puede mitigar el desarrollo de concentraciones exageradas de bilirrubina.

No todos los neonatos alimentados al seno materno reciben una ingesta óptima de leche durante los primeros días de vida; hasta 10-18% de los recién nacidos con alimentación exclusiva al seno materno. En recién nacidos, la reducción en la ingesta calórica por debajo de la ingesta óptima para la edad, incluso sin llegar a inanición

absoluta, resulta en mayores incrementos en la concentración de bilirrubina sérica no conjugada, debido a las limitaciones normales en el desarrollo del recién nacido en el metabolismo y transporte de la bilirrubina.²⁷

La ictericia fisiológica asociada a la alimentación al seno materno tiene dos momentos de aparición:

- a) Fase temprana de la ictericia: ocurre en la primera semana de vida y está relacionada con recién nacidos alimentados al seno materno 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. 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 neonatos alimentados al seno materno presentan hiperbilirrubinemias indirectas más prolongadas, 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.²⁴

2) Patológica

Cuando aparece en el primer día de vida o después de una semana. Cuando estamos en presencia de un recién nacido icterico que no se encuadra dentro de la definición de ictericia fisiológica, es importante en primer lugar definir cuál puede ser el origen de la

ictericia. Las causas más frecuentes son: aumento patológico de la oferta de la bilirrubina como enfermedad hemolítica, hematomas y hemorragias, incrementación en la reabsorción intestinal; disminución patológica de la eliminación de la bilirrubina como defectos enzimáticos congénitos e ictericia acolúrica familiar transitoria.²⁵

- La ictericia aparece en las primeras 24 horas, después de la primera semana de vida o persiste > 2 semanas.
- La bilirrubina total sérica (BTS) aumenta > 5 mg/dL por día y es > 18 mg/dL.
- El recién nacido muestra signos o síntomas de una enfermedad grave.

Factores de riesgo

1) Maternos:²⁸

- Falta de experiencia previa en lactancia
- Madre primípara
- Pezones planos o invertidos
- Dolor, grietas en los pezones
- Congestión excesiva, prolongada o permanente
- Complicaciones perinatales
- Periodo intergenésico prolongado
- Parto por cesárea

2) Recién nacidos:²⁸

- Separación de la madre en las primeras horas de vida y falta de vigilancia posterior de la técnica de lactancia
- Anomalías orales (fisura labial/ platina, micrognatia, macroglosia, anquiloglosia)
- Problemas neurológicos o neuromotores (síndrome Down, disfunción de la succión)
- Variaciones de la succión (no sostenida, no nutritiva, desorganizada, débil)
- Dificultad en el agarre de uno o ambos pezones
- Recién nacido somnoliento o con señales sutiles de hambre

- Irritabilidad, apariencia de hambre después de alimentarse
- Pérdida de peso de más de 5 % diario
- Deposiciones infrecuentes o meconio persistente por más de cuatro días
- Orina menor a 5-6 veces al día, presencia de cristales de uratos en el pañal "orina rojiza".
- Exceso de abrigo especialmente con ropa de material polar.
- Productos múltiples.

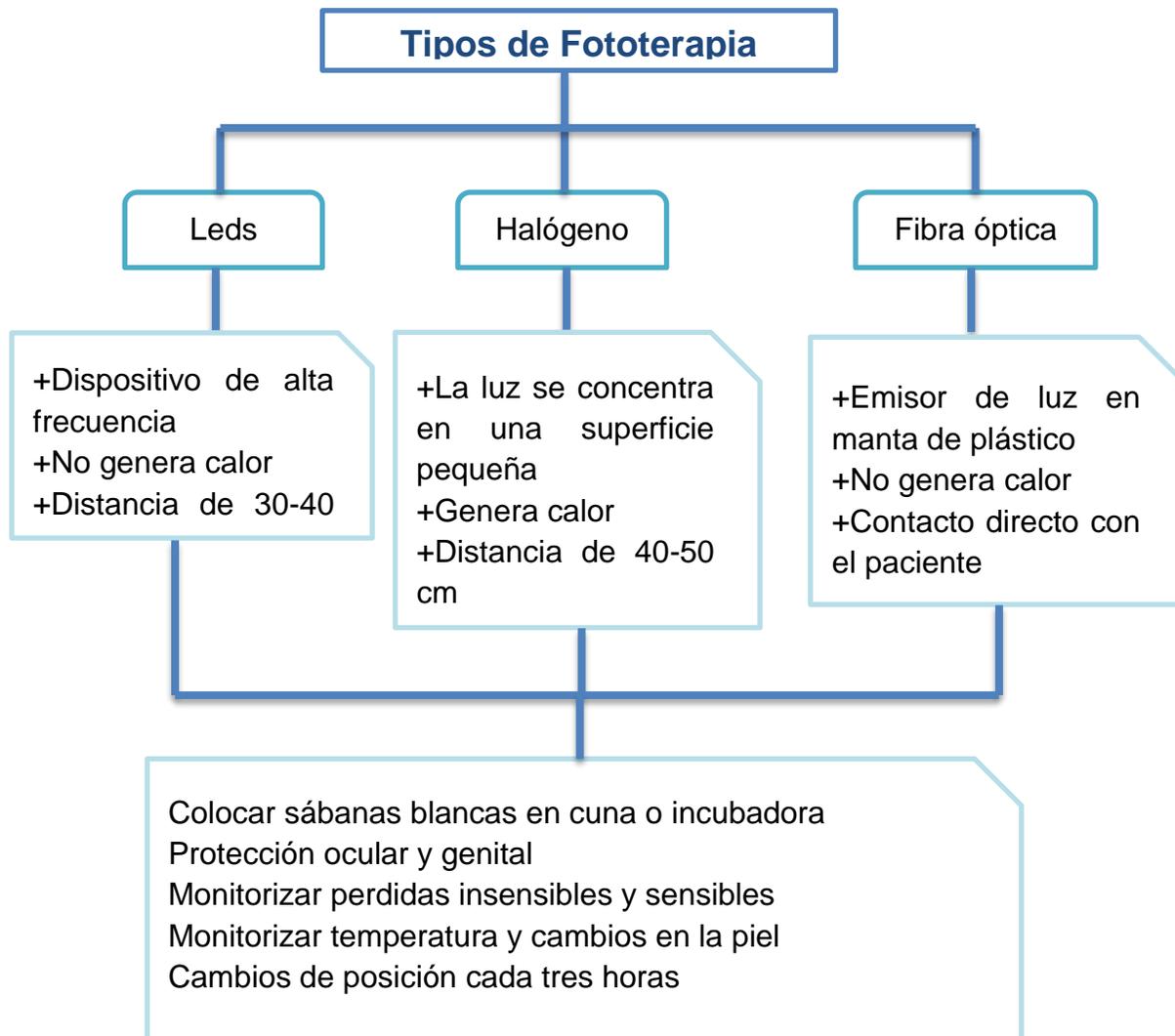
Diagnóstico:

- 1) Valoración clínica: escala de KRAMER puede ser valorada mediante el examen de la piel con presión digital. La valoración debe ser realizada en un ambiente luminoso, preferentemente con luz natural, cerca de una ventana. La bilirrubina frecuentemente se observa primero en la cara, y progresa en sentido cefalocaudal hacia el tronco y las extremidades.
- 2) Historia clínica: La detección de la ictericia comienza antes de realizar el examen físico del recién nacido. Es esencial realizar una correcta recolección de datos de la Historia Clínica materna y del recién nacido.
- 3) Laboratorios:
 - El test de Coombs directo se utiliza para medir la presencia de anticuerpos en la superficie de los glóbulos rojos.¹
 - Hemograma completo, reticulocitos, morfología eritrocitaria, bilirrubina directa, enzimas hepáticas, albúmina, ecografía abdominal, actividad G-6-PD, estudio metabólico.²⁹

Tratamiento

- a) Iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva:
 - Iniciar la lactancia lo más tempranamente posible, de preferencia en la primera hora de vida. Esto aplica también incluso cuando los neonatos nacieron por cesárea.

- Los recién nacidos alimentados al seno materno no deben recibir suplementos con agua, solución glucosada o fórmula. El uso de suplementos con leche materna extraída, leche proveniente de un banco de leche humana o fórmula debe limitarse a recién nacidos que tengan al menos una de las siguientes condiciones: una indicación clara de ingesta inadecuada, definida como pérdida de peso por arriba del 10% después de haber intentado corregir los problemas para la lactancia. Insuficiencia en la producción o transferencia de leche ajustada a la duración de la lactancia y documentada con los pesos pre y postalimentación, después de haber intentado incrementar la producción y transferencia de leche. Evidencia de deshidratación definida por alteraciones significativas en los electrolitos séricos, especialmente hipernatremia y/o evidencia clínica de deshidratación significativa (pérdida de la turgencia de la piel, fontanelas hundidas, boca seca, etc.).
 - Optimizar el manejo de la lactancia desde el inicio: asegurar una posición ideal y acoplamiento por medio de la evaluación por personal de salud capacitado para el manejo de la lactancia.
 - Educación sobre las señales tempranas de hambre: enseñar a la madre cómo responder a las señales tempranas de hambre del bebé, incluyendo sacar la lengua, mover las manos hacia la boca, agitación, chasquidos. Los neonatos deben ser amamantados antes del inicio del llanto. El llanto es una señal tardía de hambre y frecuentemente deriva en un inicio pobre de la lactancia.^{24,30}
- b) Fototerapia: espectro de luz irradiada entre 430-490 nm. Luz blanca, de halógeno y azul. Las radiaciones lumínicas provocan fotoisomerización de la bilirrubina, con formación de fotobilirrubina o lumibilirrubina más hidrosoluble.²⁹
- c) Inmunoglobulinas intravenosas: reduce el grado de hemólisis.
- d) Exosanguinotransfusión: cuando los niveles de bilirrubina son muy altos.³¹



Clasificación

Simple

Uso de pañal, apso para baño y alimentación con periodos de discontinuidad de 20 minutos cada 4 horas. 1 a 2 lámparas.

Intensiva

Retirar pañal, no se debe interrumpir durante alimentación, cubrir con aluminio o con ropa blanca la cuna. 2 a 3 lámparas.

Cuadro 2. Tipos de Fototerapia

Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista
Cita: Durán M, García JA, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. 2015;12(1):41-5.

5. CAPITULO III. Metodología.

5.1. Estrategias de investigación: Estudio de caso

El Estudio de Caso consta de una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas donde cada una depende de la anterior y la condiciona, teniendo un sustento conceptual, así mismo es una herramienta valiosa de investigación.

Su mayor fortaleza radica en que mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado desde múltiples perspectivas.

De un estudio de casos se espera que abarque la complejidad de un caso particular, estudiamos un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo. Buscamos el detalle de la interacción con sus contextos.

El estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes.³²

5.2. Selección del caso y fuentes de información

El Estudio de Caso se realizó durante la rotación de las prácticas clínicas de la especialidad de enfermería del neonato en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", en la sala de Alojamiento conjunto 4º piso con la base fundamental de la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem cuya finalidad es mantener la funcionalidad vital de la persona mediante el cuidado de sí misma en este caso de la agencia de cuidado dependiente, implementando el Proceso de Atención de Enfermería.

Se seleccionó a la persona de cuidado el día 05 de Noviembre de 2018 el cual es un neonato femenino con el diagnóstico actual Recién Nacido de Término de 38.1 SDG por FUM, peso bajo para la edad gestacional, peso adecuado al nacimiento con ictericia neonatal, con el antecedente materno de placenta previa total, posterior de una histerectomía total la cual se complicó, desencadenándola separación y el desapego que del binomio aunadas la complicaciones de este. Dicha situación dio oportunidad a

la realización y aplicación del estudio de caso. De primera instancia se detecta el Requisito Universal mantenimiento en el aporte suficiente de alimento alterado.

Para la recolección de datos se comenzó con la obtención de información con fuentes directas (anamnesis a la madre a quien se le dio entrega del consentimiento informado, la realización de una valoración céfalo-caudal en base a la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem) e indirectas (del expediente clínico digital e impreso donde se encuentra la historia clínica, notas de evolución, estudios de gabinete).

Concluyendo con la obtención de información sobre la persona de cuidado, se identificaron los requisitos de autocuidado universales dando pauta a la formulación y jerarquizaron los diagnósticos enfermeros los cuales son: cuatro diagnósticos reales y un diagnóstico de bienestar, posteriormente elaborar la prescripción del cuidado y el tratamiento regulador para así satisfacer las demandas de autocuidado y establecer una agencia de cuidado dependiente desarrollada y estabilizada. Al egreso de la persona de cuidado se logró establecer una técnica de lactancia materna eficaz dando como resultado una transferencia eficaz de leche.

Como fuentes de información se utilizaron libros impresos y electrónicos, artículos de revista de los años 2001-2017 en español, idioma en el cual se encontraron los artículos, búsqueda en bases de datos LILACS, Scielo, PubMed, CINAHL, Bidi-UNAM, Tesis-UNAM. Palabras clave: ictericia, lactancia materna, deshidratación, recién nacido, fototerapia.

5.3. Cronograma de actividades

Grafica de Gantt

Actividades	5-11 Noviembre	12-18 Noviembre	19-25 Noviembre	26 Noviembre - 02 Diciembre	03-16 Diciembre
Elección de la persona de cuidado					
Consentimiento informado					
Recolección de datos					
Elaboración de valoración céfalo-caudal y focalizada					
Elaboración de la prescripción del cuidado, tratamiento regulador y control de casos					
Marco teórico					
Fundamentación, metodología, elección y descripción del caso					
Conclusiones y sugerencias					

6. CAPITULO IV. Elección y descripción genérica del caso.

6.1. Ficha de identificación

Persona de cuidado: RN Jiménez Vicens

Unidad hospitalaria: INPer	Servicio: Alojamiento conjunto 4to piso
Registro: 316915	Fecha de valoración: 05 de Noviembre de 2018.
Fecha de nacimiento y hora: 01 de Noviembre de 2018, 08:53h	Fecha de ingreso: 04 de Noviembre de 2018.
Género: femenino	Peso al nacer: 2,508 gr
Edad gestacional: 38.1	Peso actual: 2,440 gr
Tipo de parto: único	Vía de nacimiento: abdominal
Días de vida: 4 días de vida extrauterina	Grupo y Rh: O positivo
Fecha de ingreso: 04 de Noviembre de 2018.	Días de estancia: 2
Fuente de información: directa (anamnesis a la madre) e indirecta (expediente clínico).	Maniobras de reanimación: básicas y avanzadas.

6.2. Motivo de consulta

Mujer de 37 años de edad, gesta 2, embarazo de 37.4 SDG acude por primera vez al Instituto Nacional de Perinatología el día 29 de Octubre de 2018 para dar seguimiento a su embarazo ya que en una clínica particular le diagnostican placenta previa total. Para la resolución de la patología se programa cesárea para el día 01 de Noviembre de 2018.

6.3. Descripción del caso

Recién nacido de término de 38.1 SDG por FUM, peso bajo para la edad gestacional, peso adecuado al nacimiento con ictericia neonatal.

La señora Jiménez Vicens W. al ser diagnosticada con placenta previa total en una clínica particular el día 29 de Octubre de 2018 decide acudir al Instituto Nacional de Perinatología, por lo que se programa cesárea de urgencia para el día 01 de Noviembre de 2018.

Por cuestiones de salud materna es referida a la sala de TIMIN por custodia materna. El día 04 de Noviembre pasa junto a su madre en Alojamiento Conjunto 4º piso, donde presenta ictericia neonatal.

6.4. Factores Básicos Condicionantes

Factores descriptivos de la persona

Recién nacido Jiménez Vicens femenino de 38.1 SDG, nacido en el Instituto Nacional de Perinatología el día 01 de Noviembre de 2018 a las 08:53 horas con un peso de 2,508 gr, Grupo y RH O positivo, tipo de nacimiento abdominal, persona única viva, vigorosa. Se le brindan maniobras básicas de reanimación, presenta saturación de oxígeno por debajo de valores normales por lo que se emplea oxígeno indirecto, a los 5 minutos se obtiene saturación de oxígeno óptima. Es trasladada a la unidad de TIMN por resguardo materno. El día 04 de Noviembre de 2018 ingresa a alojamiento conjunto 4º piso, al ambiente 411 junto a su madre.

Dicha valoración se realiza el día 05 de Noviembre de 2018 por L.E.O Cruz Bautista Jessica Johanna mediante fuentes de información: directa anamnesis a la madre e indirecta del expediente clínico.

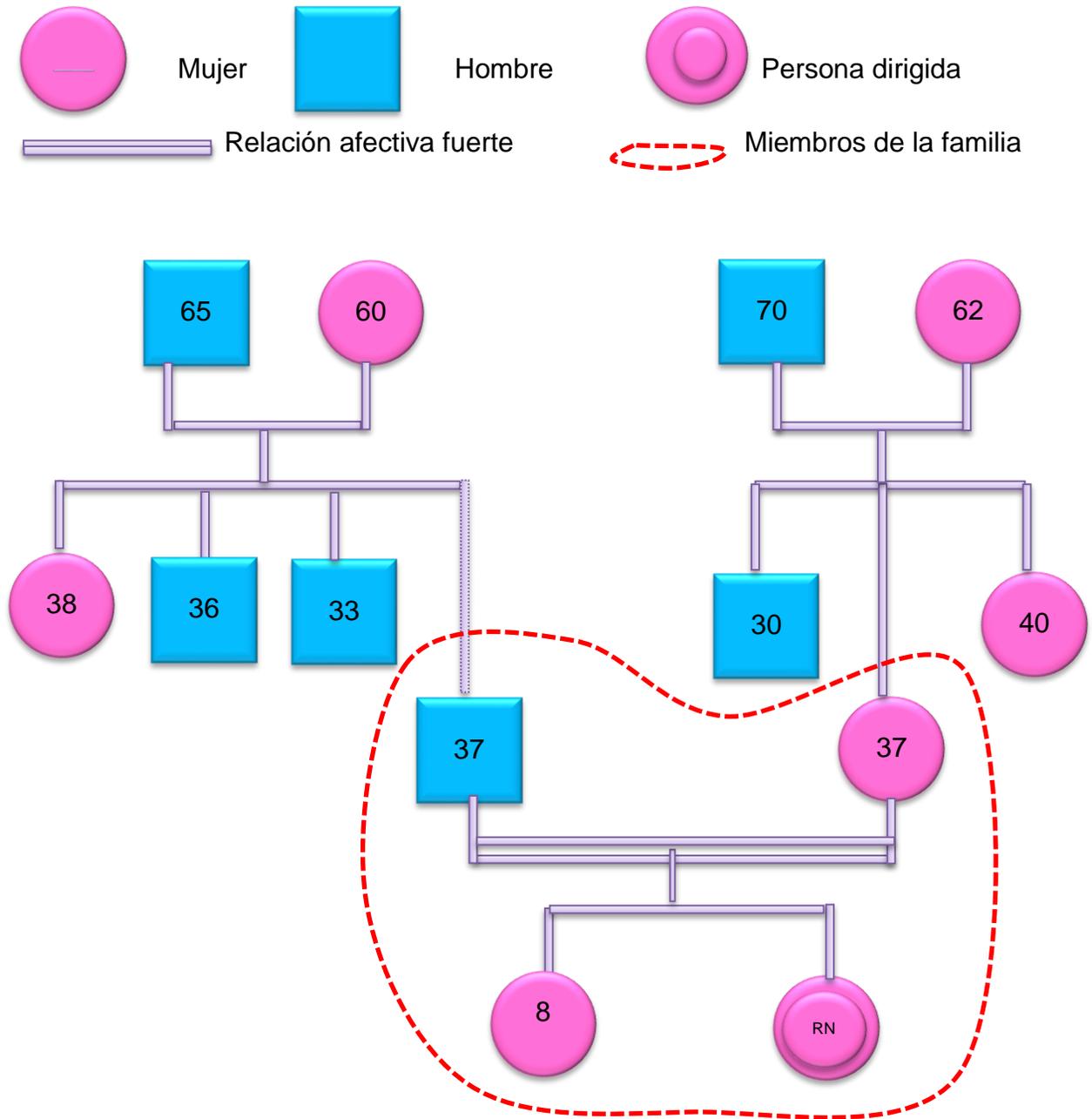
Estado de salud

Neonato con pronóstico favorable para la vida y función.

Factores del sistema familiar

Es un embarazo planeado y deseado, siendo integrante de una familia con adecuada relación afectiva, integrada y nuclear.

Familiograma



Factores socioculturales y económicos, patrón de vida

Madre del neonato, Jiménez Vicens W. de 37 años de edad, que mide 1.47 m y pesa 46 kg. Lugar de residencia CDMX, ocupación estilista, estado civil unión libre, religión católica, escolaridad técnico completo. Niega toxicomanías, considera su alimentación con calidad y cantidad adecuada. Cambio de ropa y aseo personal diario, refiere esquema de vacunación completo.

Padre del neonato, Lab Pérez L.F. de 37 años de edad. Lugar de residencia CDMX, ocupación mecánico, estado civil unión libre, religión católica, escolaridad preparatoria completa.

Disponibilidad y adecuación de los recursos, factores ambientales

Habitan en vivienda rentada, de concreto, paredes de tabique, piso de cemento, ventilación e iluminación adecuada, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios agua, luz, drenaje, alumbrado público, pavimentación, etc., son 3 los habitantes. Está ubicada en área urbana de la Ciudad de México. Cuenta con una mascota, un perro con esquema de vacunación.

Factores de sistema de salud

Cuenta con seguro popular.

6.5. Requisitos de desarrollo

Antecedentes del neonato

Fecha de nacimiento: 01 de Noviembre de 2018

Hora: 08:53 h

Peso: 2,508 gr

Sl: 19cm

Talla: 48cm	Pie: 8cm
PC: 35cm	Apgar: 8/9
PT: 31.5cm	Capurro: 39.5 SDG
PA: 28.5cm	Silverman: 2
PB: 9.5cm	Medicamentos: Cloranfenicol 2gts por ojo, vitamina K 1mg I.M.
SS: 29cm	IP: 2.26, patrón de crecimiento normal.

Se obtiene producto único, femenino, vía abdominal, líquido amniótico claro, presentación cefálica. Se obtiene femenino vigorosa, pasa a cuna radiante, se dan pasos iniciales de reanimación neonatal, APGAR al primer minuto y al quinto minuto 8/9, Silverman/Anderson de 2 a expensas de aleteo nasal y tiraje intercostal discreto, Capurro de 38.1 SDG.

Maniobras de oxigenación, ventilación o reanimación: oxígeno indirecto por saturación de oxígeno subóptima de 54%, se suspende aporte de oxígeno por saturación adecuada de 92%.

No se realiza contacto precoz piel con piel por complicaciones maternas durante el acto quirúrgico. Pasa a TIMN por indicación materna.

Diagnóstico: Recién Nacido de Término de 38.1 SDG por FUM con Peso Bajo para Edad Gestacional y Adecuado al Nacimiento.

6.6. Requisitos de desviación de la salud

Antecedentes perinatales

G: 2

P: 1

C: 0

A: 0

O: 0

G1: en enero del 2010, vía vaginal, eutócico. Recién nacido femenino de término de 40 SDG, peso 2,500 gr.

G2: actual, con FUM confiable del 07 de Febrero de 2018.

Refiere seis USG de los cuales solo tres fueron realizados en el INPer, el último con fecha del 30 de Octubre de 2018 diagnóstico placenta lateralizada a la derecha con trayecto placentario que cubre el orificio cervical interno.

Con un total de nueve consultas recibidas, seis particulares y tres en el INPer, ingesta de multivitamínicos, ácido fólico y sulfato ferroso desde el segundo mes del embarazo, sin inmunizaciones. Resolución de embarazo, cesárea programada.

APNP: IVU tratada con cefalotina. Placenta previa total detectada en el 3er trimestre no controlada.

Factor de riesgo perinatal

Con un peso de 46 kg al principio del embarazo y con un peso de 58 kg al finalizar el embarazo, talla 1.47 cm, IMC 26.8. Grupo y RH O positiva.

Antecedentes heredofamiliares: abuelo con hipertensión. Por parte del padre no refiere antecedentes.

7. CAPITULO V. Aplicación del proceso de atención de enfermería.

7.1 Exploración física

- Apariencia y piel: neonato Jiménez Vicens femenino con un estadio VI en la escala de Brazelton, irritable. Tegumentos de coloración icterica con escala de Kramer II, turgente, hidratada, normotérmico. Se encuentra en decúbito lateral izquierdo con buen tono flexor.
- Cara y cuello: normocéfalo con PC de 33cm, se palpan suturas amplias, fontanela anterior de 2X1.5 cm, fontanela posterior de 0.4mm ambas normotensas y pulsátiles. Cabello con implantación normal. Facies simétricas al llanto. Ojos simétricos, pupilas centrales, reflejo fotomotor presente. Adecuada implantación del pabellón auricular, simétrico, conducto auditivo permeable. Narinas simétricas con coanas permeables. Boca simétrica y alineada, mucosas orales hidratadas, frenillo normal, lengua de aspecto normal, encías integra, paladar blando y duro integro. Reflejo de succión/deglución presentes con patrón de succión en transición. Permeabilidad esofágica.
- Cuello y hombros: cuello simétrico y cilíndrico sin adenomegalias, se palpan clavículas integra y simétricas.
- Tórax y cardiovascular: tórax y patrón de respiración simétricos, se ausculta murmullo vesicular bilateral simétrico, movimientos respiratorios con amplitud simétrica, ritmo y profundidad regular. Frecuencia respiratoria de 48rx'. Focos cardiacos de buena intensidad y tono, rítmicos. Frecuencia cardiaca de 142lx', pulsos homocrotos, sincrónicos con buena intensidad y ritmo. Llenado capilar de 3".

- Abdomen: peristalsis presente y audible. Abdomen simétrico, blando y depresible a la palpación. Cordón umbilical momificado sin datos de infección, sin sangrado.
- Genitourinario: genitales fenotípicamente femeninos, íntegros acorde a edad. Labios mayores cubren a los menores con secreción blanquecina, meato urinario central y visible. Eritema en regiones glúteas, genitales y zona inguinal. Micciones espontáneas dos veces por turno de color amarillo concentrada. Evacuación espontánea una vez por turno de coloración amarillenta y grumosa. Ano permeable.
- Musculo, esquelético: extremidades superiores e inferiores íntegras y simétricas en longitud y desarrollo. Columna simétrica, íntegra y alineada. En cadera maniobras de Ortolani y Barlow negativas. Mancha mongólica en región sacra de 5X4 cm.
- Estado neurológico: responde a estímulos, reflejos primarios de búsqueda, succión/deglución, marcha, moro, Galant, tónico del cuello, presión palmar/plantar, Babinski presentes. Tono pasivo ángulos abductores, talón-oreja, ángulo poplíteo, dorsiflexión del pie, bufanda, ventana cuadrada, rotación de cabeza y tono activo sostén cefálico presentes.

7.2. Valoración por requisitos universales

Fecha: 05 de Noviembre del 2018

Hora: 09:00 h

Lugar: Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" en la sala de Alojamiento Conto 4to piso.

Signos vitales

Frecuencia cardiaca	142lpx´
Frecuencia respiratoria	48rx´
Temperatura	36.8°C

1.- Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

Neonato femenino de 7 días de vida extrauterina que se encuentra en cuna bacinete. Narinas simétricas y coanas permeables. Cuello simétrico sin adenomegalias, clavículas integra y simétricas. Sin aporte de oxígeno suplementario, tórax simétrico se ausculta murmullo vesicular pulmonar bilateral simétrico, movimientos respiratorios normales con ritmo regular. Focos cardiacos de ritmo, intensidad y tono regular, se palpan pulsos homóclotos y sincrónicos en las cuatro extremidades con adecuada amplitud e intensidad.

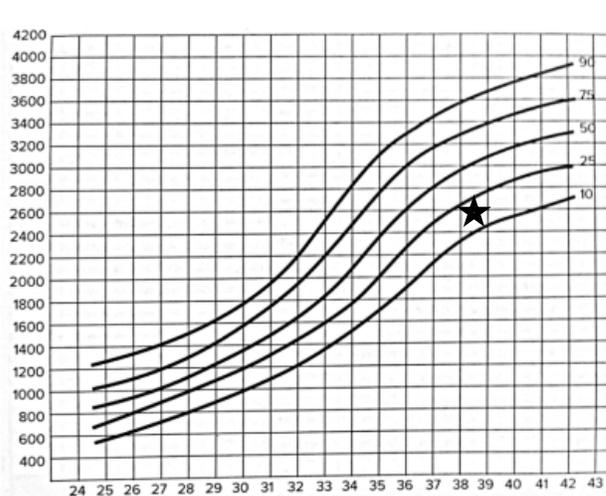
2.- Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

Coloración icterica con escala de Kramer II y mucosas hidratadas, turgentes. Se palpa fontanela anterior de 2X1.5 cm y fontanela posterior de 0.4mm ambas normotensas y pulsátiles. Es alimentado del seno materno exclusivo a libre demanda, el cual es deficiente por condiciones maternas.

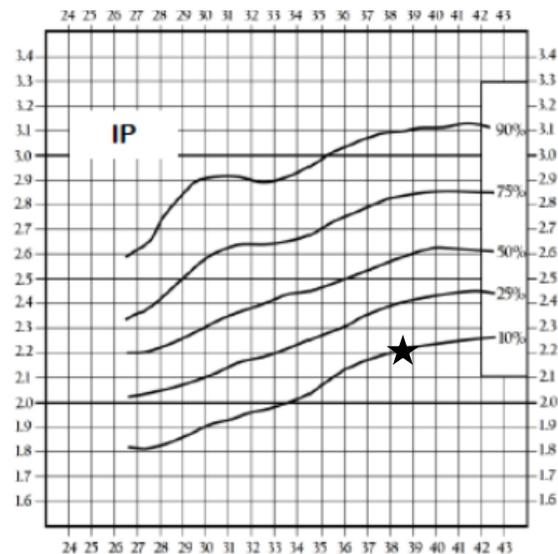
3.- Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:

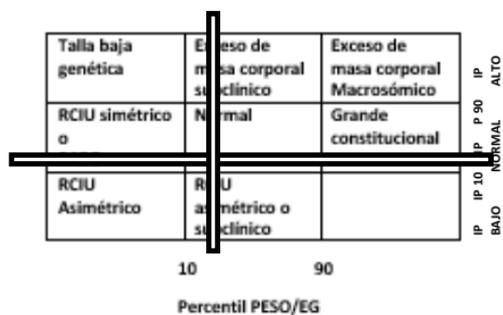
Peso actual de 2,440 gr, talla 48 cm, IP 2.2, se encuentra entre P 10-90, con patrón normal de crecimiento.

$$IP = \frac{2,440 \times 100}{(48)^3} = \frac{244,000}{110,592} = 2.2$$



CURVA PESO AL NACIMIENTO DE LUBCHENCO





Boca simétrica con mucosa oral hidratada, paladar blando y duro íntegro, reflejo de succión/deglución presentes con patrón de succión en transición, permeabilidad esofágica valorada al nacimiento. Peristalsis audible, abdomen simétrico, blando y depresible a la palpación con perímetro abdominal de 29 cm. Es alimentado del seno materno exclusivo a libre demanda con una transferencia ineficaz de leche por lo que se otorga un LATCH de 6 ya que se valoró varios intentos de agarre, mantiene pezón en boca y llega a succionar, deglución audible a la estimulación, pezones evertidos, mamas blandas no dolorosas con ayuda total para mantener al recién nacido colocado al seno materno.

Escala de LATCH

Aspecto/puntaje	0	1	2
L.- Latch Coger	Demasiado dormido o no coge el pecho	Repetidos intentos de coger o mantiene el pezón en la boca o llega a succionar	Agarra el pecho Lengua debajo Labios se ajusta Succión rítmica
A.- Audible swallowing Deglución audible	Ninguna	Un poco si se le estimula	Espontáneo e intermitente si <24 h Espontáneo y frecuente si >24 h
T.- Type of nipple Tipo de pezón	Invertidos	Planos	Evertidos tras estimulación
C.- Confort Comodidad, confort del pecho	Mamas ingurgitadas Grietas con sangrado Disconfort, dolor severo	Mamas llenas Pezón lesionado Dolor moderado	Mamas blandas No dolor
H.- Hold (positioning) Mantener colocado el pecho	Ayuda total	Mínima ayuda	No es necesario ayuda

Cuadro 3. Escala de LATCH

Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista

Cita: Báez León Carmen, Blasco Contreras Rosario, Martín Sequeros Esperanza, Pozo Ayuso M^a Luisa del, Sánchez Conde Ana Isabel, Vargas Hormigos Concepción. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. Análisis de fiabilidad. Index Enferm. 2008; 17 (3): 205-209.

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

Genitales fenotípicamente femeninos, labios mayores cubriendo labios menores, meato urinario visible y central, ano permeable sin lesiones. Con eritema en regiones glúteas, genitales y zona inguinal. Micciones de color amarillo concentrada dos veces en el turno. Evacuaciones de coloración amarillenta y consistencia grumosa una vez por turno.

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

Neonato se encuentra en cuna bacinete con estadio VI en la escala de Brazelton. Se encuentra en decúbito lateral izquierdo en tono flexor, responde a estímulos. Extremidades integra y simétricas. Columna simétrica, integra y alineada. Cadera simétrica. Se valoran reflejos primarios presentes de búsqueda, succión/deglución, marcha, moro, Galant, tónico del cuello, presión palmar/plantar, Babinski. Tono pasivo ángulos, abductores, talón-oreja, ángulo poplíteo, dorsiflexión del pie, bufanda, ventana cuadrada, rotación de la cabeza; tono activo sostén cefálico.

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

Neonato Jiménez Vicens se encuentra en cuna bacinete con ficha de identificación, dos brazaletes uno en extremidad superior derecha y otro en extremidad inferior izquierdo. El cual es llamado por los apellidos maternos tanto por el personal médico como por el personal de enfermería, ya que aún sus padres no deciden un nombre propio para su hija.

Se encuentra en Alojamiento Conjunto, existe contacto piel con piel favoreciendo el vínculo afectivo del binomio al alimentarlo del seno materno. Es un embarazo planeado y aceptado, siendo la segunda integrante de una familia con adecuada relación familiar y nuclear.

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

Se encuentra en ambiente adecuado para mantener una termorregulación eficaz y normal, a la exploración se percibe normotérmico con una T° de 36.8 °C. Cubierto con sabana y cobertor.

Se proporciona cambio de pañal de manera constante, se detecta limpieza inadecuada por déficit de conocimiento por la agencia de cuidado dependiente, observándose lesiones dérmicas en área de pañal.

Riesgo medio de acuerdo a la escala de macdemms.

Escala de Macdemms

Variables		Puntaje
Edad	Recién nacido	2
	Lactante menor	2
	Lactante mayor	3
	Pre-escolar	3
	Escolar	1
Antecedentes de caídas previas	Si	1
	No	0
Antecedentes	Hiperactividad	1
	Problemas neuromusculares	1
	Síndrome convulsivo	1
	Daño orgánico cerebral	1
	Otros	1
	Sin antecedentes	0
Compromiso de conciencia	Si	1
	No	0
Equipo	Incubadora cerrada	0
	Cuna de calor radiante	1
	Incubadora de traslado	1
	Bacinete	2
Medicamentos	Relajantes	0
	Otros	0
	Ninguno	1
	Toma de peso	1
Intervenciones	Cambio de ropa	1
	Traslado a estudios	1
	Traslado a otra área	1
	Inhaloterapia	1
	Interconsultas	1
	Procedimientos invasivos	1
	Familia	1
	Baño	2
	Riesgo alto: 14 a 21	
		Riesgo bajo: 0 a 7

Cuadro 4. Escala de Macdemms

Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista

Cita: Barrientos-Sánchez J., Hernández-Cantoral A., Hernández-Zavala M.. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Enferm. univ.* 2013; 10(4): 114-119.

Laboratorios del día 05 de Noviembre del 2018

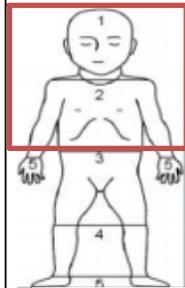
Grupo y RH: O positivo

Coombs directo:	Negativo
-----------------	----------

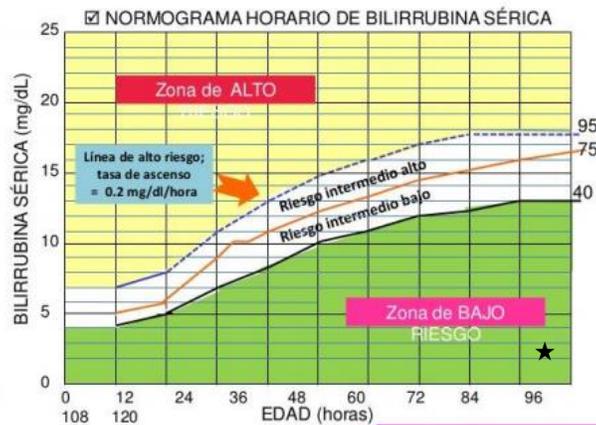
Laboratorios del día 05 de Noviembre del 2018

	Resultado	Rango	Interpretación
Bilirrubina total	11.2 mg/dl		
Hemoglobina	14.9 mg/dl	14.5-22.5	Normal
Hematocrito	45.1%	45-64	Normal
Reticulocitos	4.7%	2-5	Normal
Eritrocitos	4.36 mill/mm ³	4-5.6	Normal
Plaquetas	385 miles/mm ³	100-470	Normal
Leucocitos	11.5 miles/mm ³	8-30	Normal
Vol. globular medio	103.5 fL	98-118	Normal
Hb. Globular media	34.1 pg	31-37	Normal

ESCALA DE KRAMER		
ZONAS DE FIJACIÓN DE KRAMER	CONCENTRACIÓN PROMEDIO DE BILIRUBINAS SÉRICAS (MG/DL O MMOL/L)	LABORATORIOS
ZONA 1	5.8 (100)	COOMBS
ZONA 2	8.7 (150)	
ZONA 3	11.6 (200)	GRUPO Y RH
ZONA 4	14.6(250)	
ZONA 5	>14.5 (>250)	



NOMOGRAMA DE BHUTANI



8.- Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales y el deseo humano de ser normal:

El neonato tiene una transición favorable. Peso actual 2,470 gr, normocéfalo, fontanela anterior y posterior normotensas, cabello abundante con adecuada implantación. facies simétricas al llanto, ojos simétricos, adecuada implantación del pabellón auricular, coanas permeables, boca simétrica, mucosa oral hidratada, patrón de succión en transición, cuello normal sin adenomegalias, se palpan clavículas integra, tórax simétrico, se ausculta murmullo vesicular bilateral, movimientos respiratorios con amplitud simétrica, llenado capilar de 3 segundos, focos cardiacos de buena intensidad y tono, rítmicos, pulsos homócrotos, sincrónicos con buena intensidad y ritmo, abdomen blando y depresible, perístalsis presente, genitales fenotípicamente femeninos con meato central. Columna vertebral alineada. Extremidades simétricas y armónicas. Ortolani y barlow negativo.

03-Noviembre-2018 Inmunizaciones BCG y Hepatitis B

04-Noviembre-2018 Tamiz metabólico neonatal

7.3. Esquema metodológico

Etapa de desarrollo:
Neonatal

Requisitos de autocuidado ante una desviación de salud.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo
3. Llevar a cabo efectivamente las medias diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
4. Tiene conciencia y presta atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico.
5. Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse uno mismo como ser humano con un estado particular de salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y tratamiento médico.

La madre acude a la institución por el diagnostico en un particular. Se encuentra consiente sobre su padecimiento así como los riesgo que implica.

A pesar de su estado físico cuenta con la disponibilidad de adquirir conocimientos para así poder brindar mejores cuidados a su hija los cuales puedan asegurar un adecuado desarrollo.

Requisitos de Autocuidado Universales.

1. Aporte suficiente de aire
2. Aporte suficiente de agua
3. **Aporte suficiente de alimentos**
4. **Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.**
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana
7. **Prevención de Peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**
8. **Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.**

Unidad de Observación	
Recién Nacido de Término / Peso Bajo para Edad Gestacional / Ictericia neonatal	
Factores básicos condicionantes	
Edad	4 días de vida extrauterina / edad de la madre 37 años.
Escolaridad	Madre de 37 años técnico completo. Padre de 37 años preparatoria completa.
Residencia	Habitan en una casa rentada, tres cuartos, la cual cuenta con todos los servicios básicos y necesarios.
Sistema familiar	Es la segunda hija de una familia integrada y nuclear. Padres aparentemente sanos.
Factores socioculturales	Madre y padre católicos.
Factores socioeconómicos	Nivel socioeconómico bajo.
Patrón de vida	Pero al nacimiento 2,508 gr, talla 48 cm, hemotipo O positivo, se encuentra en Alojamiento Conjunto 4to piso, INPer. Expediente 316915. Madre: peso 58 kg, talla 147 cm, hemotipo O positivo, se encuentra en Alojamiento Conjunto.
Estado de salud	Neonato con pronóstico favorable para la vida y función.
Sistema de salud	Ambos se encuentran afiliados al Seguro Popular.

***AGENCIA DE AUTOCUIDADO**

***AGENCIA DE CUIDADO DEPENDIENTE:**
Jiménez Vicens W.
Desarrollada pero no estabilizada, necesita desarrollo continuo.

***AGENCIA DE ENFERMERÍA:**
L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista

***SISTEMA DE ENFERMERÍA:**
Apoyo/Educación

Exposición a Riesgos:

+Hipotermia
+Deshidratación
+Hiperbilirrubinemia
+Desnutrición

7.4. Jerarquización de requisitos afectados

Requisito	Diagnóstico	Fecha de identificación
Requisito 3: Aporte suficiente de alimentos.	Déficit en la transferencia eficaz de la leche materna R/C estado de salud materna M/P señales tardías de hambre, LATCH 6 (varios intentos de agarre, mantiene pezón en boca y llega a succionar, deglución audible a la estimulación, pezones evertidos, mamas blandas no dolorosas con ayuda total para mantener al recién nacido colocado al seno materno) y patrón de succión en transición.	5 de Noviembre de 2018
Requisito 7: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.	Alteración en la conjugación y eliminación de la bilirrubina R/C aumento de la circulación enterohepática M/P ictericia hasta región umbilical (Kramer II), bilirrubina total de 11.2mg/dl con riesgo bajo de acuerdo a la Asociación Panamericana de Pediatría.	5 de Noviembre de 2018
Requisito 3: Aporte suficiente de alimentos.	Deshidratación neonatal R/C déficit en la transferencia eficaz de leche materna M/P disminución en el número de micciones (dos veces por turno de color amarillo concentrado) y evacuaciones (una vez por turno de color amarillenta grumosa), irritabilidad, llenado capilar de 3".	5 de Noviembre de 2018
Requisito 4: Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.	Lesión dérmica en área de pañal R/C déficit del conocimiento de la agencia del cuidado dependiente M/P eritema en W (en regiones glúteas, genitales y zona inguinal).	5 de Noviembre de 2018

7.5. Prescripción del cuidado

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Requisito 3: aporte suficiente de alimentos.		
OPERACIONES DE DIAGNOSTICO	Déficit en la transferencia eficaz de la leche materna R/C estado de salud materna M/P señales tardías de hambre, LATCH 6 (varios intentos de agarre, mantiene pezón en boca y llega a succionar 1, deglución audible a la estimulación 1, pezones evertidos 2, mamas blandas no dolorosas 2 con ayuda total para mantener al recién nacido colocado al seno materno 0) y patrón de succión en transición.		
OBJETIVO	Mejorar la técnica de lactancia materna, mediante apoyo educación a la agencia de cuidado dependiente.		
SISTEMA DE ENFERMERÍA	Apoyo-educación	METODO DE AYUDA	Enseñar a otro
PRESCRIPCION DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR		
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el vínculo efectivo madre-hijo. • Asesoramiento sobre una lactancia materna eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promocionar y orientar para una lactancia adecuada. • Desarrollo del apego: favorecer el contacto piel con piel. • Informar sobre los beneficios de la lactancia materna: tanto maternos como neonatales. • Informar que hasta los 2 años se alimenta al neonato del seno materno, y de forma exclusiva hasta los 6 meses. • Enseñar técnica correcta de lactancia materna. • Explicar cuáles son las señales de hambre: tempranas se agita, abre boca y busca pecho, lleva mano a boca; tardía finalmente llora. • Explicar cuáles son las posiciones correctas de la madre: sentada, acostada, sostén de pecho en C. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación oromotora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Posición adecuada del recién nacido durante el amamantamiento: tipos nacido tradicional, sentado, acostado, balón, alineación correcta del lactante. • Mencionar las características de un buen agarre: boca bien abierta cubriendo pezón y areola, labios evertidos, mentón y nariz roza pecho de la madre. • Verificar succión y deglución: mejillas redondas, deglución audible, succión lenta y rítmica. • Verificar que en intervalos de cambio de mama el neonato eructe. • Optimizar el aporte de leche: vaciado completo de mamas, ofrecer ambas mamas.³³ • Ejercicios periorales: <ol style="list-style-type: none"> 1.-Barrido en carrillos desde ATM (articulación temporomandibular) hacia comisura. 2.-Con el dedo índice, trazar círculos alrededor de la musculatura labial con presión media. 3.-Entre los dedos índice y pulgar, protruir el labio inferior y el superior alternando de forma rápida pero suave. 4.-Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior. • Ejercicios intraorales: <ol style="list-style-type: none"> 1.-Sobre paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia otro. En línea media sobre lengua colocar el dedo índice y activar reflejo de succión con movimientos de extensión y retracción del dedo. 2.-Masajear suavemente sobre lengua hacia un lado y hacia otro. Con dedo índice masajear suavemente carrillos hacia fuera.³⁴
<p>CONTROL DE CASOS: Mejora la técnica de lactancia materna, se valora un patrón de succión maduro y un LATCH de 8 (Agarre del seno lengua debajo labios se ajusta con succión rítmica 2, deglución audible si se le estimula 1, pezones evertidos 2, mamas blandas no dolorosas 2 con ayuda mínima para mantener al recién nacido colocado al seno materno 1.</p>	

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Requisito 7: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar.		
OPERACIONES DE DIAGNOSTICO	Alteración en la conjugación y eliminación de la bilirrubina R/C aumento de la circulación enterohepática M/P ictericia hasta región umbilical (Kramer II), bilirrubina total de 11.2mg/dl con riesgo bajo de acuerdo a la Asociación Panamericana de Pediatría.		
OBJETIVO	Disminuir el grado de ictericia en el neonato, fortaleciendo las capacidades de cuidado de la madre para con su hija.		
SISTEMA DE ENFERMERÍA	Apoyo-educación	METODO DE AYUDA	Enseñar a otro
PRESCRIPCION DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR		
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y evitar complicaciones en la lactancia materna. • Favorecer una transferencia eficaz de leche materna. • Estado de hidratación. • Implementación de la helioterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir técnica de lactancia materna. • Monitorizar la presencia de dolor en el pezón y de alteración de la integridad cutánea de los pezones.³⁵ • Explicar técnicas para evitar o minimizar la congestión mamaria y molestias asociadas: masaje, compresas calientes, buena hidratación. • Señales de hambre, postura de la madre, posición del neonato, agarre, succión.^{35,36} • Evaluar pérdida de peso, pulso, tensión arterial, llenado capilar, fontanelas, tono ocular, lágrimas durante el llanto, mucosa oral, sed, turgencia de la piel, estado neurológico, gasto urinario, temperatura, patrón respiratorio.³⁶ • Brindar helioterapia al recién nacido: sesiones de 15 a 20 minutos, barrera protectora (ventana), protección ocular y de genitales, en horarios antes entre 11-12pm y 4-5pm.³⁷ 		

<ul style="list-style-type: none">• Coloración de tegumentos.	Valoración de la escala de Kramer.
CONTROL DE CASOS: Se proporciona suficiente información a la madre, resolviendo dudas. Se sigue valorando coloración de piel por medio de la escala de Kramer manteniéndose en estadio II.	

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Requisito 3: Aporte suficiente de alimentos		
OPERACIONES DE DIAGNOSTICO	Deshidratación neonatal R/C déficit en la transferencia eficaz de leche materna M/P disminución en el número de micciones (dos veces por turno de color amarillo concentrado) y evacuaciones (una vez por turno de color amarillenta grumosa), irritabilidad, llenado capilar de 3”.		
OBJETIVO	Enseñar a identificar a la madre datos de deshidratación en su recién nacido y orientar sobre la lactancia materna.		
SISTEMA DE ENFERMERÍA	Apoyo-educación	METODO DE AYUDA	Enseñar a otro
PRESCRIPCION DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR		
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de nutrición. • Verificar las características de micciones y evacuaciones. • Estado de hidratación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar una adecuada alimentación del recién nacido. 8-12 tetadas en 24 horas. • Enseñanza y/o corrección de la técnica de lactancia materna.³⁸ • Llevar un control de egresos: número de cambios de pañal. • Aspecto de evacuación y orina: color, consistencia, cantidad en relación a la ingesta de líquidos.³⁹ • Evaluar pérdida de peso, pulso, tensión arterial, llenado capilar, fontanelas, tono ocular, lágrimas durante el llanto, mucosa oral, sed, turgencia de la piel, estado neurológico, gasto urinario, temperatura, patrón respiratorio.³⁹ 		
CONTROL DE CASOS: La madre es más observadora en los comportamientos de su recién nacido, específicamente con la lactancia materna, por lo que el recién nacido presenta mejoría en cuanto a micciones más frecuentes y se observan mucosas hidratadas.			

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Requisito 4: Provisión de cuidados asociados de eliminación y excrementos.		
OPERACIONES DE DIAGNOSTICO	Lesión dérmica en área de pañal R/C déficit del conocimiento de la agencia del cuidado dependiente M/P eritema en W (en regiones glúteas, genitales y zona inguinal).		
OBJETIVO	Enseñar y orientar a la madre para la realización de un adecuado aseo perianal así como cuidados a la piel de su recién nacido en el hogar.		
SISTEMA DE ENFERMERÍA	Apoyo-educación	METODO DE AYUDA	Enseñar a otro
PRESCRIPCION DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR		
<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar cómo y evitar la dermatitis del pañal • Reforzar las conductas del cuidador. • Cuidados de la piel 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar colocar el pañal muy ajustado. • Se coloca óxido de zinc posterior a la higiene de genitales. • Se realiza revisión del pañal antes de cada tetada. • Se realiza limpieza de genitales con toallas húmedas. • Se retiran restos de excretas con agua tibia. • Se mantienen los genitales secos en la mayor parte posible.⁴⁰ 		
CONTROL DE CASOS: La madre comprende la información proporcionada, mejorando el aseo perianal y los cuidados a la piel de su recién nacido.			

7.6. Valoración focalizada

Lugar: Alojamiento Conjunto 4to piso

Fecha: 06 de Noviembre de 2018

Requisito alterado	Valoración
Requisito 8: Promoción del funcionamiento y el bienestar humano.	<p>Peso actual de 2,440 gr, FC 146lpm, FR 44rpm, T° 36.9°C.</p> <p>La prescripción del cuidado es centrada en el plan de alta hospitalario, donde se abarcan los siguientes aspectos: los cuidados al recién nacido en casa, datos de alarma, lactancia materna exclusiva, helioterapia, continuar con esquema de inmunizaciones. Dar seguimiento a los resultados de tamiz metabólico y brindar la información del objetivo del mismo.</p> <p>Se comentaron y aclararon dudas a los padres. Con el propósito de que identifiquen algún tipo de alteración en su recién nacido</p>

03-Noviembre-2018 Inmunizaciones BCG y Hepatitis B (2da dosis en 2 meses)

04-Noviembre-2018 Tamiz metabólico neonatal (resultados 30 días)

16-Enero-2019 Tamiz auditivo (pendiente)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL	Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales y el deseo humano de ser normal.		
OPERACIONES DE DIAGNOSTICO	Disposición de la agencia de cuidado dependiente para adoptar una conducta generadora de salud M/P cuidado adecuado de su recién nacida.		
OBJETIVO	Aprender e identificar medidas preventivas para un buen desarrollo del neonato por parte de la madre.		
SISTEMA DE ENFERMERÍA	Apoyo-educación	METODO DE AYUDA	Enseñar a otro
PRESCRIPCION DEL CUIDADO	TRATAMIENTO REGULADOR		
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados generales al recién nacido en el hogar. • Manejo de inmunización. • Manejo de tamiz metabólico y auditivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer el plan de alta: lactancia materna, higiene, datos de alarma. • Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado necesario para el neonato. • Explicar su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y efectos secundarios.⁴¹ • Mencionar cita para segunda dosis de vacuna Hepatitis B. • Explicar el procedimiento, para qué es y porque es de suma importancia para el neonato. • Explicar el procedimiento, para qué es y porque es de importancia la toma del tamiz metabólico, explicando las enfermedades que podría detectar y que puede ocasionar daños graves irreversibles.⁴² • Mencionar el proceso a seguir para la entrega de resultados. 		
CONTROL DE CASOS: la madre identifica y verbaliza las indicaciones de prevención, disminuyendo los riesgos y generando conductas de seguridad al cuidado del recién nacido.			

8. CAPITULO VI. Plan de alta de cuidados.

Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none">• Alimentación del seno materno hasta los dos años, exclusivo hasta los 6 meses.• A libre demanda cada que el recién nacido lo pida.• Reconocer señales de hambre.• Técnica correcta de lactancia materna.⁴³
Higiene	<ul style="list-style-type: none">• Baño diario, jabón neutro, de preferencia a la misma hora. En un espacio sin corrientes de aire. Lubricar piel con crema para bebé.• Muñón umbilical, asear con agua y jabón, secar perfectamente, colocar pañal por debajo de él. No colocar nada encima. Mantenerlo limpio y seco durante el día.⁴⁴
Datos de alarma	<ul style="list-style-type: none">• Que no coma, duerma más tiempo que de costumbre.• Coloración de piel: pálido, morado (cianosis), amarillo (ictericia).• Vómito, diarrea.• Dificultad respiratoria (respira rápido, se hunde el pecho, se marcan las costillas).• Movimientos anormales.• Fiebre (temperatura mayor a 38°C)• Llanto inconsolable.• Cambiar el pañal como mínimo de 6 pañales en 24 horas.• Micciones: debe haber 6 a 8 micciones al día; 6 o más horas sin orinar puede indicar deshidratación.• Evacuaciones. Dependiendo del tipo de alimentación

	<p>serán las evacuaciones; cuando son exclusivamente amamantados son semilíquidas, amarillo mostaza con grumos blancos después de cada tetada. En caso de alimentación con fórmula pueden ser 1 o 2 al día, café o verde, pastosas. Es normal el pujo para evacuar.</p> <p>En caso de presentar alguno dato de alarma acudir al hospital más cercano a su domicilio.⁴⁵</p>
Cuidados generales	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar ropa de algodón, lavar con jabón de pasta sin suavizantes, detergentes ni blanqueadores. • Baños de sol 15 minutos dos veces al día, antes de las 12 de la mañana y después de las 4 de la tarde. • Evitar arroparlos excesivamente. • Hábitos de dormir: la recomendación actual es dormir en decúbito dorsal, sin colchón demasiado blando, sin cubrir la cara y nunca compartiendo la cama con los padres.⁴⁴
Seguimiento preventivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tamiz metabólico: recoger resultados, con número de folio y hoja de alumbramiento. • Inmunizaciones: hepatitis 2da dosis en dos meses. • Tamiz auditivo cita 16 de Enero de 2019: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Acudir con nota de egreso del recién nacido. ✓ Presentarse en el área de seguimiento pediátrico puntual a la cita. ✓ Recién nacido dormido y previamente alimentado.⁴²

9. CAPITULO VII. Conclusiones y recomendaciones.

9.1. Conclusiones

Se logró obtener toda la información necesaria para abordar de una forma especializada a la persona de cuidado, estableciendo y ejecutando intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica y con la base teórica de Dorothe E. Orem.

Con lo cual se logró mejorar el estado de salud del recién nacido ya que con el seguimiento que se le realizó durante su estancia hospitalaria se optimizó una intervención de calidad y eficaz mediante la observación, la formulación de diagnósticos enfermeros, la prescripción del cuidado, el tratamiento regulador y el control de casos.

Se pudo intervenir de una manera exitosa a la agencia de cuidado ya que presentó interés para continuar con un cuidado adecuado y específico, oportuno e individualizado para mejorar y mantener de manera óptima el estado de salud de su hija.

Este estudio de caso se estableció el ejercicio diario de la agencia de enfermería brindando cuidados de calidad e integrales que ayudaron a establecer una agencia de cuidado dependiente desarrollada y estabilizada principalmente mediante un sistema de enfermería apoyo-educación, de tal manera el alumno de posgrado en el área de enfermería neonatal forma un pensamiento crítico que favorece el cuidado de todo aquel recién nacido de bajo y alto riesgo para brindar un bienestar en la estancia hospitalaria.

9.2. Recomendaciones

El realizar el estudio de caso permite al futuro especialista llevar a cabo la prescripción del cuidado de manera adecuada, sin embargo resultaría más gratificante el poder llevar mayor seguimiento en el área hospitalaria a la persona de cuidado que ha sido elegida para dicho estudio.

Se identificó la necesidad de una visita domiciliaria para así poder evaluar la veracidad de las condiciones en las que se llevaran a cabo las intervenciones y así evitar una complicación a largo o corto plazo en el recién nacido.

De acuerdo a lo anterior se podrán mejorar los cuidados específicos que a su vez nos ayudara a presenciar el progreso de la persona de manera continua.

10. Referencias bibliográficas.

1. Mesquita M, Casartelli M. Hiperbilirrubinemia neonatal, encefalopatía bilirrubínica aguda y Kernicterus: La secuencia sigue vigente en el siglo XXI. 2017;44(2):153–158.
2. Menalled A. Ictericia Neonatal. *Pediatría Práctica*. 2011;2(1–2):60–67.
3. Galíndez-González AL, Carrera-Benavides SR, Díaz-Jiménez AA, Martínez-Burbano MB. Factores predisponentes para ictericia neonatal en los pacientes egresados de la UCI neonatal. 2017;19(3):352-358.
4. García M de L, Arana B, Cárdenas L, Monroy A. Cuidados de la salud: paradigma del personal de enfermeros en México. La reconstrucción del camino. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(2):287–96.
5. Fernández ML. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Open course ware. 2011;II(Iv):12.
6. L, Olvera G, González L. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería Palabras clave. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2011;19(2):105-8.
7. Mórán L, Guillén R. Paradigmas que subyacen en la investigación de enfermería. Universidad Nacional Autónoma de México. México; 2015.
8. Olivé MC, Isla MP. El modelo de Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Revista Rol Enfermería*. 2015;38(2):123–8.
9. Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 6th ed. Madrid: Elsevier; 2007.
10. Cavanagh S. Modelo de Orem aplicación práctica. 7th ed. Barcelona: Científicas

y Técnicas; 2000.

11. Wesley R. Teorías y Modelos de enfermería. 2nd ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
12. Prado Solar LA, González Reguera M. La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad de la atención. Rev Med. 2014; 36(6):835-8.
13. Amaro M.C. ¿Por qué la bioética hoy? Prof. Aux. de historia de la Medicina. Universidad Virtual de Salud de Cuba. Enero, 2005. 6.
14. Bacallao Gallestey J. La presencia de la dimensión ética en el trabajo científico. Rev. Habanera de Ciencias Médicas. La Habana, 2002.
15. CÓDIGO DE ÉTICA PARA LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS EN MÉXICO. Distrito Federal; 2001.
16. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS [Internet]. 2014 [cited 8 November 2018].
17. Ley General de Salud [Internet]. Salud.gob.mx. 2018 [cited 8 November 2018].
18. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. El PNUD en México. 2018 [cited 17 November 2018].
19. Cano F, García M de la L, Lozano J. El Consentimiento Válidamente Informado en la Práctica Médica. Rev CONAMED. 2004;9.
20. NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

21. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
22. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
23. PROY-NOM-031-SSA2-2014, Para la atención a la salud de la infancia.
24. Chattas G. Ictericia en el recién nacido. Rev Enfermería Fundasamin. 2014;20:4–8.
25. Ceriani J, Fustiña C, Mariani G. Neonatología Práctica. 4th ed. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana; 2009.
26. Moro M, Vento M. De guardia en neonatología. 3rd ed. Madrid: Médica Panamericana; 2016.
27. Mary Ann Liebert I. Protocolo Clínico de la ABM # 22 : Guía para el Manejo de Ictericia en el Lactante Alimentado al Seno Materno, de 35 o Más Semanas de Gestación. Med Lact Matern. 2010;5(2):87–93.
28. Banda Jara Beatriz, Saunero Nava Roxana. DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA Y LACTANCIA MATERNA INADECUADA. Rev. Méd. La Paz. 2012; 18(2): 46-51.
29. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica. Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina. 2013. México.
30. González García L, Carrera García L, Arias Llorente RP, Costa Romero M, Suárez Rodríguez M, Ibáñez Fernández A, et al. Deshidratación hipernatrémica

asociada a la alimentación con lactancia materna en el periodo neonatal. Acta Pediatr Esp. 2016;74(10):261–5.

31. Omeña Teres F, González Gallardo M. Ictericia neonatal. Pediatría Integral. 2008;367–74.

32. Stake RE. Investigación con estudios de casos. segunda. Morata, editor. 1999.

33. González García L, Carrera García L, Arias Llorente RP, Costa Romero M, Suárez Rodríguez M, Ibáñez Fernández A. Deshidratación hipernatrémica asociada a la alimentación con lactancia materna en el periodo neonatal. Acta Pediátrica Española. 2016;74(10):261–5

34. Caravaca Pérez M, De santos Moreno G. Terapia Orofacial en el síndrome de Down y otras cromosopatías. Revista Española Salud Pública. 2006;23:114–9.

35. De Antonio Ferrer L. Lactancia materna: Ventajas, técnica y problemas. Pediatría Integral. 2015;19(4):243–50.

36. Rodríguez-García R, Rodríguez-Silva R. Prevención de Hiperbilirrubinemia Neonatal y los Rayos Solares. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2016;33(1):32–7.

37. Biedma López E. Aproximación al estudio de la Helioterapia. Revisión histórica. Med Natur. 2007;2:86–100.

38. Banda Jara Beatriz, Saunero Nava Roxana. Deshidratación hipernatrémica y lactancia materna inadecuada. Rev. Méd. La Paz. 2012; 18(2): 46-51.

39. Botas Soto I, Ferreiro Marín A, Soria Garibay B. Deshidratación en niños. Asociación Médica. 2011;56:146–55.

40. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la dermatitis del área del pañal en el primer y segundo nivel de atención. Resumen de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud; CENETEC, 2015.
41. Leal Quevedo F. Vacunas en Pediatría. 4th ed. Bogotá: Médica Panamericana; 2003.
42. Roberto J, Evia B. Tamiz neonatal: Una estrategia en la medicina preventiva. MG Rev Mex Patol Clin. 2004;51(3):130–44.
43. López Candiani C. Cuidados del recién nacido saludable. Acta Pediatr Mex. 2014;35:513–7.
44. UNICEF. Bienvenido bebe: Guía completa para el cuidado del recién nacido 0 a 3 meses. 2005. p. 1–60.
45. Doménech E, Rodríguez Alarcón J, Gonzalez N. Cuidados generales del recién nacido sano. Asoc Española Pediatr. 2008;19–28.
46. Pérez García RÁ, Prieto Armendáriz D. Consejos para una lactancia materna exitosa. Secretaria Salud en México. 2017;1–45.
47. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, 2017. Guías de Práctica Clínica en el SNS.
48. Rodríguez González L. USO DE LOS EJERCICIOS OROMOTORES POR LOS PATÓLOGOS DEL HABLA- LENGUAJE. Programa Patol del Habla Univ del Turabo. 2013;1–61.

49. Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica. Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento de la hiperbilirrubinemia en niños mayores de 35 semanas de gestación hasta las 2 semanas de vida extrauterina. 2013. México.
50. Torpy J, Lynn C, Glass R. Hiperbilirrubinemia neonatal. La Revista de la American Medical Association 2012;307(20):1–2.
51. Madrigal Quirós C. Ictericia Neonatal. Revista Médica Costa Rica y Centroamerica LXXI [Internet]. 2014;(613):759–63
52. Omeña Teres F, González Gallardo M. Ictericia neonatal. Pediatr Integr. 2008;367–74.

11. Anexos.

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

1.1 FACTORES DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA

ELABORADO POR	
UNIDAD HOSPITALARIA	FECHA DE ELABORACIÓN
NOMBRE DEL RN	SEXO (F) (M) HORA DE NACIMIENTO:
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO PESO AL NACER
EDAD GESTACIONAL	TIPO DE PARTO EMBAZARO UNICO () MULTIPLE () NO DE GEMELO ()
FECHA DE INGRESO	MANIOBRAS DE REANIMACION BASICAS (SI) (NO) AVANZADAS (SI) (NO)
DIAS ESTANCIA	GRUPO Y RH
FUENTE DE INFORMACIÓN	

1.2 . ESTADO DE SALUD SANO () ENFERMO ()

1.3 FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

TIPO DE FAMILIA: INTEGRADA () DESINTEGRADA () NUCLEAR () EXTENSA ()

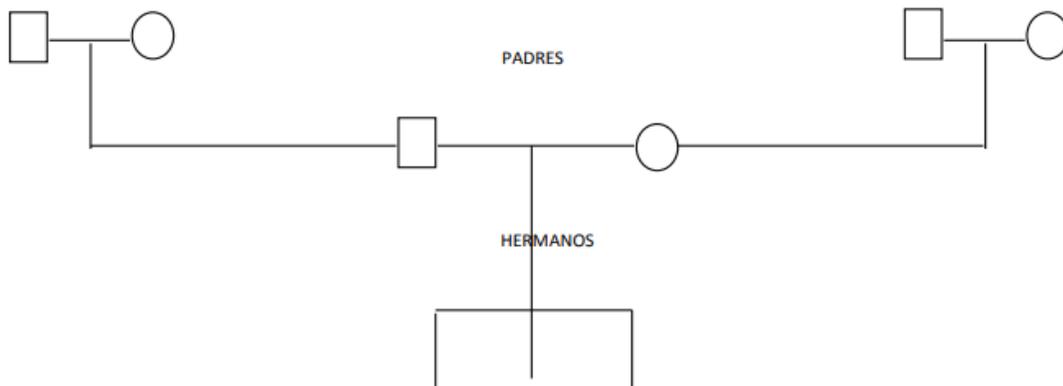
NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: _____

NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

FAMILIOGRAMA

ABUELOS PATERNOS

ABUELOS MATERNOS





1.4 FACTORES SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS

NOMBRE DE LA MADRE		
EDAD	TALLA	LUGAR DE RESIDENCIA
PESO		
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN
ESCOLARIDAD		
NOMBRE DEL PADRE		
EDAD	TALLA	
PESO		
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD		

1.5 PATRON DE VIDA

CARGA GENÉTICA: HIPERTENSIÓN () DIABETES () CANCER () OTROS ()
 QUIEN LO PADECE:
 TABAQUISMO () ALCOHOLISMO () TOXICOMANIAS ()
 ALIMENTACIÓN: CALIDAD () CANTIDAD ()
 BAÑO () ASEO DENTAL () ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO () DESCONOCE ()
 OBSERVACIONES:

1.6 DISPONIBILIDAD Y ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA: TECHO LÁMINA () CARTÓN () CONCRETO () OTROS:
 PAREDES: TABIQUE () MADERA () OTROS
 PISO: CEMENTO () TIERRA () OTROS:
 No. HABITANTES: _____
 VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN: BUENA () REGULAR () DEFICIENTE ()
 SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS: AGUA () LUZ () DRENAJE () ALUMBRADO PUBLICO ()
 PAVIMENTACIÓN () CUENTA CON JARDÍN ()

1.7 FACTORES AMBIENTALES

ÀREA GEOGRÀFICA: URBANA () SUBURBANA () RURAL ()
 FAUNA NOCIVA: PERROS: () No. () VACUNADOS () GATOS: () No. () VACUNADOS ()
) AVES: () No. () OTROS

GASOMETRÍA DE NACIMIENTO						
	PH	PACO2	HCO3	BE	PAO2	SO
CORDÓN						
CAPILAR						
ARTERIAL						
VENOSA						

PESO	
TALLA	
PC	
PT	
PA	
PB	
S.S	
PIE	

APENDICE NORMATIVO E



METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZOS RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR E HIPO-VENTILACION	BUENO, LLANTO FUERTE
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LA EXTREMIDADES	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA FLEXION
IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SON ROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SON ROSADO

- SIN DEPRESIÓN: 7 A 10 PUNTOS
- DEPRESIÓN MODERADA: 4 A 6 PUNTOS
- DEPRESIÓN SEVERA: 3 PUNTOS O MENOS

3. EXPLORACION FISICA

SIGNOS VITALES

SOMATOMETRIA

APARIENCIA	CARA Y CUELLO	TORAX	ABDOMEN	EXTREMIDADES Y COLUMNA	PIEL
CONDUCTA/BRAZELTON I. SUEÑO PROFUNDO II. SUEÑO LIGERO III. SOMNOLIENTO IV. VIGILIA TRANQUILA V. VIGILA ACTIVA VI. LLANTO	FASCIES SIMETRIA AL LLANTO	ESTÁTICA (FORMA) SIMETRICO DISMORFIAS EN QUILLA PECTUS EXCAVATUM TELETELIA	OBSERVACIÓN SIMÉTRICO ASIMÉTRICO DISTENDIDO TRAZO DE ASAS ALTERACIÓN ESTRUCTURAL	EXTREMIDADES SUPERIORES PARALISIS DE ERB PARALISIS DE KLUMPKE POLIDACTILIA SINDACTILIA CAMPODACTILIA CLINODACTILIA BRAQUIDACTILIA	VERNIX MILIARIA ERITEMA TOXICO MILIUM EQUIMOSIS PETEQUIAS AMPOLLAS DE SUCCIÓN MANCHAS DE SALMON (TELEANGIECTASIAS) NEVO FLAMMEUS (ANCHA DE VINO OPORTO) HEMANGIOMA MANCHA CAFÉ CON LECHE MANCHA MONGOLICA NEVO MELANOCITICO CONGÉNITO DERMATITIS IRRITATIVA DE PAÑAL: ERITEMA EN W ERITEMA CONFLUYENTE DERMATITIS EROSIVA DE PAÑAL
COLOR ROSADO PADIDO MARMOREO/RETICULADO TERROSO ARLEQUIN CIANOSIS ICTERICIA PLETORA RUBICUNDO	OJOS REFLEJO ROJO REFLEJO FOTOMOTOR REFLEJO COCLEOPALPEBRAL	RUIDOS RESPIRATORIO MURMULLO VESICULAR ESTERTORES CREPITANTES RONCUS SIBILANCIAS ATELECTASIAS	CORDON UMBILICAL 2 ARTERIAS 1 VENA C. CUTÁNEO C. AMNIOTICO C.NORMAL ONFALITIS	EXTREMIDADES INFERIORES PIE EQUINOVARO PIE EQUINOVALGO PIE GENUVALGO PIE GENUVARO SIRENOMELIA POLIDACTILIA SINDACTILIA CAMPODACTILIA CLINODACTILIA BRAQUIDACTILIA	ERITEMA EN W ERITEMA CONFLUYENTE DERMATITIS EROSIVA DE PAÑAL
PATRON RESPIRATORIO (DINÁMICA) SILVERMAN: SIMETRIA RESPIRATORIA ASIMETRIA RESPIRATORIA	NARIZ COANAS PERMEABLES MILIA	MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS AMPLITUD: PROFUNDIDAD DE LA RESPIRACIÓN SUPERFICIAL. NORMAL. PROFUNDO.	PALPACIÓN HÍGADO BAZO POLO RENAK	EXTREMIDADES INFERIORES PIE EQUINOVARO PIE EQUINOVALGO PIE GENUVALGO PIE GENUVARO SIRENOMELIA POLIDACTILIA SINDACTILIA CAMPODACTILIA CLINODACTILIA BRAQUIDACTILIA	NEUROLÓGICO REFLEJOS PRIMARIOS SUCCIÓN Y BUSQUEDA PRENSIÓN PALMAR PRENSION PLANTAR BABINSKI MORO MARCHA AUTOMATICA GALANT REFLEJO DEL TONO ASIMÉTRICO DEL CUELLO
POSTURA/TONO P. NEUTRA TONO FLEXOR HIPOTÓNIA HIPERTONIA	BOCA DIENTES NATALES PERLAS DE EPSTEIN QUISTES PALADAR BLANDO Y DURO INTEGRO PALADAR OJIVAL	RITMO REGULAR IRREGULAR LLENADO CAPILAR <2 SEGUNDOS	AUSCULTACIÓN PERISTALSIS AUDIBLE AUMENTADA DISMINUIDA	CADERA SIGNO DE GALEAZZI ORTOLANI NEG ORTOLANI POS BARLOW NEG BARLOW POS	NEUROLÓGICO REFLEJOS PRIMARIOS SUCCIÓN Y BUSQUEDA PRENSIÓN PALMAR PRENSION PLANTAR BABINSKI MORO MARCHA AUTOMATICA GALANT REFLEJO DEL TONO ASIMÉTRICO DEL CUELLO
CABEZA FORMA NORMAL ANORMAL: OXICEFALIA PLAGIOCEFALIA DOLICOCEFALIA TRIGONOCEFALIA	OIDOS IMPLANTACIÓN NORMAL FOSETAS APÉNDICES MICRONIA ANOTIA	CARDIOVASCULAR FOCOS CARDIACOS INTENSIDAD Y TONO: ES LA FUERZA CON QUE LO PERCIBIMOS: DISMINUIDO AUMENTADO RITMO: REGULAR O IRREGULAR (ARRITMIA)	GENITALES MASCULINOS MEATO CENTRAL TESTICULOS DESENDIDOS ESCROTO HIPERPIGMENTADO MALFORMACIÓN ANORECTAL FIMOSIS	CADERA SIGNO DE GALEAZZI ORTOLANI NEG ORTOLANI POS BARLOW NEG BARLOW POS	NEUROLÓGICO REFLEJOS PRIMARIOS SUCCIÓN Y BUSQUEDA PRENSIÓN PALMAR PRENSION PLANTAR BABINSKI MORO MARCHA AUTOMATICA GALANT REFLEJO DEL TONO ASIMÉTRICO DEL CUELLO
SUTURAS CABALGADAS AMPLIAS CRANEOTABES	CUELLO Y CLAVICULAS SIN ADENOMEGALIAS CLAVICULAS INTEGRAS Y SIMÉTRICAS	PUSOS HOMÓCROTOS SINCRONICOS AMPLITUD: NORMAL FUERTE (INTENSO) SUAVE (LIGERO) RITMO: NORMAL, REGULAR IRREGULAR	FEMENINOS MEATO CENTRAL LABIOS MAYORES CUBREN MENORES LABIOS HIPERPIGMENTADOS PSEUDOMENSTRUACION LEUCORREA MALFORMACIÓN ANORECTAL	COLUMNA SIMETRICA FOSETAS MECHON DE PELO	TONO PASIVO ANGULOS ABDUCTORES TALON OREJA ANGULO POPLITEO DORSIFLEXION DEL PIE BUFANDA VENTANA CUADRADA ROTACIÓN DE LA CABEZA
FONTANELAS POSTERIOR CM: ANTERIOR CM: AMPLIAS DEPRIMIDAS	LAVN CEFALOHEMATOMA CAPUT HEMORRAGIA SUBGALEAL FRACTURA	DTN: ANENCEFALIA ENCEFALOCELE ALTERACIONES ESTRUCTURALES CONGENITAS: HIDROCEFALIA MICROCEFALIA	INCONTINENCIA URINARIA INCONTINENCIA FECAL VEJIGA NEURÓGENA	DTN: MIELOMENINGOCELE MENINGOCELE ESPINABÍFIDA OCULTA	TONO ACTIVO SOSTEN CEFÁLICO (CABEZA EN GOTA)

OBSERVACIONES:

3. VALORACION POR REQUISITOS UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

SIGNOS VITALES	TAMIZ CARDIOLÓGICO
FC: _____	SATURACIÓN PREDUCTAL
FR: _____ LPM	_____ %
T/A: _____ MMHG	SATURACIÓN POSDUCTAL
TAMAÑO DEL CUFF: _____ CM	_____ %
T/A MEDIA: _____ MMHG	
TEMPERATURA: _____ °C	
LLENADO CAPILAR	

¿EL NEONATO PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR? (SI) (NO)

SILVERMAN ANDERSEN

Silverman-Anderson grado de dificultad

1-2 Leve
3-4 Moderada
>5 Severa

FASE I	
FECHA DE INICIO _____	PUNTAS NASALES
FLUJO _____ FIO2 _____	CASCO CEFÁLICO
HUMEDAD _____	
TEMPERATURA _____	
TAMAÑO DE PN: _____	
FASE II	
FECHA DE INICIO _____	SIPAP
FLUJO _____ FIO2 _____	CPAPN
PEEP _____ PIP _____	BIFÁSICO
RPM _____	BIFASICO + APNEA
TI _____ REL I/E: _____	BIBASICO+TR
HUMEDAD _____	CPAP
TEMPERATURA _____	
FASE III	
DÍAS DE INTUBACIÓN: _____	CMV
N. DE CÁNULA _____ FIJACIÓN: _____	A/C
FLUJO _____ FIO2 _____	SIIMV
PIP _____ PEEP _____	IMV
PMVA _____ CICLADO _____	PSV
TI _____ REL I:E _____	VG
HUMEDAD _____ TEMPERATURA _____	
FASE IV	
VAFO	ONI
AMPLITUD _____ HZ _____	PPM: _____
PAW _____ FIO2: _____ TI _____	NO2: _____
	O2: _____
CAMPOS PULMONARES	
MURMULLO VESICULAR BILATERAL Y SIMÉTRICO	SECRECIONES
ESTRIDOR	NASALES
	ORALES

SIBILANCIAS ESTERTORES CREPITACIONES ATELECTASIAS	OROFARINGEAS COLOR HIALINA BLANCA AMARILLA VERDOSO HEMÁTICO
CONSISTENCIA FLUIDAS ESPESAS	CANTIDAD ABUNDANTES MODERADAS ESCASAS

TORAX	
ESTÁTICA (FORMA) SIMETRICO DISMORFIAS EN QUILLA PECTUS EXCAVATUM	CARDIOVASCULAR FOCOS CARDIACOS INTENSIDAD Y TONO: ES LA FUERZA CON QUE LO PERCIBIMOS: DISMINUIDO AUMENTADO RITMO: REGULAR O IRREGULAR (ARRITMIA)
MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS AMPLITUD: PROFUNDIDAD DE LA RESPIRACIÓN SUPERFICIAL. NORMAL. PROFUNDO. RITMO REGULAR IRREGULAR	PUSOS HOMÓCROTOS SINCRONICOS AMPLITUD: NORMAL FUERTE (INTENSO) SUAVE (LIGERO) RITMO: NORMAL REGULAR IRREGULAR

GASOMETRÍA DE NACIMIENTO						
	PH	PACO2	HCO3	BE	PAO2	SO
CORDÓN						
CAPILAR						
ARTERIAL						
VENOSA						

HALLAZGOZ RADIOLÓGICOS

2. MANTENIMIENTO DE UN APORTE DE AGUA Y ALIMENTO

PESO ACTUAL: _____ CENTIL: _____

EDEMA: GENERALIZADO LEVE MODERADO SEVERO **BOCA:** SIMÉTRICA
 ALINEADA LABIOS ÍNTEGROS COMISURA LABIAL DESVIADA

MUCOSA ORAL: HIDRATADA SECA SECRECIÓN SALIVAL **LENGUA:** MICROGNATIA
 MACROGLOSIA OBSERVACIONES: _____

DIENTES NATALES PERLAS DE EPSTEIN PALADAR ÍNTEGRO SIALORREA
 PERMEABILIDAD ESOFÁGICA

ABDOMEN: CILÍNDRICO EXCAVADO MASAS DISTENDIDO GLOBOSO BLANDO
 DEPRESIBLE RESISTENTE DIBUJO DE ASAS INTESTINALES RED VENOSA

PERISTALSIS: AUDIBLE DISMINUIDA AUMENTADA

RESIDUO GÁSTRICO: CANTIDAD _____
 CARACTERÍSTICAS _____

REFLEJOS: SUCCIÓN DEGLUCIÓN PRESENTE AUSENTE TIRA LECHE

PATRÓN DE SUCCIÓN: INMADURO EN TRANSICIÓN MADURO

TIPO ALIMENTACIÓN ACTUAL: ENTERAL PARENTERAL APORTE: _____
 AYUNO NO. DE DÍAS ____ **TIPO DE LECHE:** HUMANA FORMULA DE INICIO LEPO
 OTRA _____

FORTIFICADA CONCENTRACIÓN: _____ **TÉCNICA:** SMLD VASO
 ALIMENTADOR SOGO OTROS _____ CANTIDAD: ____ ML

FRECUENCIA: ____

PERÍMETRO ABDOMINAL: PREPRANDIAL: ____ CM POSTPRANDIAL: ____ CM

TOLERANCIA A LA ALIMENTACIÓN NÁUSEAS VÓMITO REFLUJO REGURGITACIÓN
 RESIDUO GÁSTRICO AEROFAGIA OBSERVACIONES: _____

PIEL: HIDRATADA SECA ESCAMOSA OTROS: _____

FONTANELAS: BREGMÁTICA ____ CM LAMBOIDEA ____ CM PULSÁTIL
 NORMOTENSAS DEPRIMIDAS OBSERVACIONES: _____

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL **SOLUCIONES PREPARENTERALES**
SOLUCIÓN PARA PREMATURO OTRA: _____

PLACA ABDOMEN O USG
 OBSERVACIONES: _____

GLICEMIA CAPILAR: HORA _____ _____ MG/DL

NUTRICIÓN PARENTERAL			
VOLUMEN TOTAL		VELOCIDAD DE INF	
OSMOLARIDAD:		GKM:	

SOLUCION PREPARENTERAL			
COMPONENTE	CANTIDAD	COMPONENTE	CANTIDAD
DEXTROSA 50%		CON. DE SODIO 17.7%	
SOL GLUCOSADA 5%		CLORURO POTASIO	
SOL GLUCOSADA 10%		MVI PEDIÁTRICO	
GLUC. DE CALCIO 10%		OLIGOELEMENTOS	
SULF. DE MAGNESIO 20%		ABD	
VOLUMEN TOTAL		VELOCIDAD DE INF	
OSMOLARIDAD:		GKM:	

SOLUCION DE PREMATURO	
COMPONENTE	CANTIDAD
DEXTROSA 50%	
AMINOÁCIDOS	
ABD	
GLUC. DE CALCIO 10%	
VOL TOTAL	VEL INF
OSMOLARIDAD:	GKM:

TRANFUSIÓN DE HEMODERIVADOS					
TIPO DE HEMODERIVADO					
VOLUMEN TOTAL	TIEMPO DE INFUSION		VELOCIDAD DE INFUSION		
TIPO DE CATETER					
HORA DE INICIO					
SIGNOS VITALES	T/A	FC	FR	TEMP	SATO ₂
HORA DE TERMINO	TIEMPO TOTAL:				
SIGNOS VITALES	T/A	FC	FR	TEMP	SATO ₂
OBSERVACIONES Y/O REACCIONES					

3. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y ECRETAS

MASCULINOS

PREPUICIO	MEATO	TESTÍCULOS	ESCROTO	SECRECIÓN
RETRÁCTIL	CENTRAL	RETRÁCTIL	LISO	BLANQUECINA
FIMOSIS FISIOLÓGICA	HIPOSPADIA	CRIPTORQUIDIA	POCO RUGOSO	AMARILLA
	EPISTADIAS	DESCENDIDOS	ARRUGAS PRESENTES	SANGUINOLENTA
		HIDROCELE	PIGMENTADO Y RUGOSO	VERDOSA

FEMENINO

CLÍTORIS	LABIOS	MEATO	SECRECIÓN
PROMINENTE	MENORES PEQUEÑOS	CENTRAL	BLANQUECINA
CUBIERTO	MENORES AUMENTADOS	FISTULA	AMARILLA
	MAYORES CUBRIENDO A LOS MENORES	CLOACA PERSISTENTE	PSEUDOMENSTRUACIÓN
			VERDOSA

ORINA

VECES/ MICCIONES POR TURNO _____

COLOR	AMARILLA	CAFÉ	ROJIZO	COLIURIA	VEJIGA NEURÓGENA
ASPECTO	CLARA	TURBIA	CONCENTRADA	ESPUMOSA	INCONTINENCIA URINARIA

EVACUACIONES

ANO PERMEABLE	SI	NO
ATRESIA RECTAL	SI	NO
FISTULA ANAL	SI	NO

COLORACIÓN	AMARILLENTO	VERDOSA	ESTRÍAS DE SANGRE	ACOLIA	MECONIO	INCONTINENCIA INTESTINAL
CONSISTENCIA	LIQUIDA	PASTOSA	GRUMOSA	SOLIDA		

PÉRDIDAS INSENSIBLES: PESO X .7 X HRS DEL TURNO**LABSTIX (ORINA/EVACUACIÓN)**

PH	GLUCOSA	PROTEÍNAS	PROTEÍNAS	CETONAS	BILIRRUBINAS	SANGRE

EGO

PH	5-6.5
DENSIDAD	1.005-1.010G/L
GLUCOSA	0
CUERPOS CETÓNICOS	NEGATIVO
SANGRE	NEGATIVO
BILIRRUBINA	NEGATIVO
UROBILINOGENO	1MG/DL
PROTEÍNAS	NEGATIVO
NITRITOS	NEGATIVOS

BALANCE

	INGRESOS		EGRESOS	
	POR HORA	POR TURNO	POR HORA	POR TURNO
VÍA ORAL			DIURESIS	
NPT			EVACUACIONES	
SOLUCIÓN			EMESIS	
HEMO COMPONENTE			SONDAS	
			SISTEMA VAC	
			MIELOMENINGOCELE	
MEDICAMENTOS			DRENAJES	
CARGAS			MUESTRAS LAB.	
REPOSICIONES			OTROS	
TOTAL POR TURNO			TOTAL POR TURNO	
BALANCE 24HR			BALANCE 24HR	

4. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

CONDUCTA/BRAZELTON		AMBIENTE	
I. SUEÑO PROFUNDO II. SUEÑO LIGERO III. SOMNOLIENTO	IV. VIGILIA TRANQUILA V. VIGILA ACTIVA VI. LLANTO	INCUBADORA CUNA RADIANTE CUNA BACINETE AMBIENTE TÉRMICO NEUTRO	
POSICIÓN		TONO MUSCULAR	
UNION A LINEA MEDIA LIBRE/NEUTRA SUPINA ADITAMENTOS PARA POSICIONAMIENTO: NIDO DE CONTENCIÓN	PRONA DECUBITO LATERAL IZQ DECUBITO LATERAL DER CONTENCIÓN	HIPERTONIA HIPOTONIA TONO FLEXOR	
REFLEJOS PRIMARIOS		ESTIMULOS	
BUSQUEDA SUCCIÓN/DEGLUCIÓN MARCHA MORO	GALANT TÓNICO DEL CUELLO PALMAN PLANTAR BABINKSY	MANEJO MINIMO HORAS CONTACTO PROTECCIÓN OCULAR AISLAMIENTO OTOACUSTICO HORA PENUMBRA	
DISPLASIA CONGÉNITA DE LA CADERA		LESION DEL PLEXO	FRACTURAS
ORTONALI BARLOW GALEAZZI		KLUMPKE ERB DUCHENE	FEMUR CLAVICULA CRANEO
TONO ACTIVO SOSTEN CEFÁLICO (CABEZA EN GOTA)		TONO PASIVO ANGULOS ABDUCTORES TALON OREJA ANGULO POPLITEO	DORSIFLEXION DEL PIE BUFANDA VENTANA CUADRADA ROTACIÓN DE LA CABEZA
OBSERVACIONES			

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

<p>ALOJAMIENTO CONJUNTO: SI NO SEPARACIÓN DEL BINOMIO: SI NO MOTIVO: _____</p> <p>RESPONDE A ESTÍMULOS: VISUALES: SI NO TÁCTILES: SI NO AUDITIVOS: SI NO RECIBE VISTA?: SI NO QUIÉN VISITA? _____ DURACIÓN: _____</p> <p>ES LLAMADO POR SU NOMBRE?: SI NO MOTIVO: _____</p> <p>PLAN CANGURO: SI NO HORAS CONTACTO: SI NO ES CARGADO POR: MAMÁ SI NO PAPÁ SI NO ES HIJO DESEADO: SI NO ES HIJO PLANEADO SI NO</p>

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

EXISTE ALGUN FACTOR QUE PONGA EN PELIGRO LA VIDA DEL NEONATO)	
SI	NO POR QUÉ?
LA MADRE TIENE CONOCIMIENTO PREVIO SOBRE LOS CUIDADOS DEL NEONATO	
SI	NO POR QUÉ?
SEGURIDAD Y PROTECCIÓN:	

LABORATORIOS

ELEMENTO	VALORES NORMALES	RESULTADO
PLAQUETAS	150000-300000/MM ³	
HEMOGLOBINA	12-14 G/DL	
HEMATOCRITO	35-45%	
RETICULOCITOS	<7 %	
ERITROCITOS:	4.4 10U/MM ³	
LEUCOCITOS:	10000-	
CALCIO	7 A 11 MG/DL	
CALCIO IONIZADO	1.1-1.35 MMOL/L	
MAGNESIO	8 A 11 MG/ DL	
SODIO	135-145 MEQ/L	
POTASIO	3.5 A 5.5 MEQ/L	
PCR	10 A 15 MG/L	
PCT	0-6 HRS 2.0 NG/ML 6-12 HRS 8.9 NG/ML 12-18HRS 15 NG/ML 18-30 HRS 21.0 NG/ML 30-36 HRS 15 NG/ML 36-42 HRS 8.0 NG/ML 42-48 RS 2NG/ML	

TIPO DE CATETER	CALIBRE	DATOS COMPLETOS	COMPLICACIONES	SITIO
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> CENTRAL	<input type="checkbox"/> 3.5 F	<input type="checkbox"/> FECHA DE INSTALACIÓN:	<input type="checkbox"/> SIGNOS DE INFECCIÓN	<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES SUPERIORES
<input type="checkbox"/> PERIFERICO	<input type="checkbox"/> 5 FR		<input type="checkbox"/> SECRESIÓN	<input type="checkbox"/> IZQUIERDA
<input type="checkbox"/> PICC	<input type="checkbox"/> 2FR		<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> DERECHA
<input type="checkbox"/> UMBILICAL	<input type="checkbox"/> 24 G	<input type="checkbox"/> FECHA DE CURACIÓN:	<input type="checkbox"/> ERITEMA	<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES INFERIORES
<input type="checkbox"/> VENOSO	<input type="checkbox"/> OTRO: _____		<input type="checkbox"/> FLEBITIS	<input type="checkbox"/> IZQUIERDA
<input type="checkbox"/> ARTERIAL	_____		<input type="checkbox"/> EXTRAVASACIÓN	<input type="checkbox"/> DERECHA
		<input type="checkbox"/> DÍAS DE INSTALACIÓN:	<input type="checkbox"/> INFLTRACIÓN	<input type="checkbox"/> UMBILICAL
			<input type="checkbox"/> EQUIMOSIS	<input type="checkbox"/> OTRO:
			<input type="checkbox"/> OBSTRUIDO	
			<input type="checkbox"/> RETIRO NO PROGRAMADO	
			<input type="checkbox"/> FRACTURA DE CATETER	
			<input type="checkbox"/> PERFORACIÓN	
			<input type="checkbox"/> INDURACIÓN	
			<input type="checkbox"/> CORDÓN VENOSO	

HIGIENE:
 INMERSIÓN PARCIAL ASEO DE CAVIDADES DENTRO DE INCUBADORA

RIESGO DE INFECCIÓN: SI NO

OBSERVACIONES:

ESCALA DE MACDEMS MODIFICADA Y COMPLEMENTADA DEL INSTRUMENTO DEL HOSPITAL GENERAL MANUEL GEA GONZALEZ

VARIABLES		PUNTUAJE
EDAD	RECIÉN NACIDO	2
	LACTANTE MENOR	2
	LACTANTE MAYOR	3
	PRE-ESCOLAR	3
	ESCOLAR	1
ANTECEDENTES DE CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
ANTECEDENTES	HIPERACTIVIDAD	1
	PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	1
	SINDROME CONVULSIVO	1
	DAÑO ORGANICO CEREBRAL	1
	OTROS	1
	SIN ANTECEDENTES	0
COMPROMISO DE CONCIENCIA	SI	1
	NO	0
EQUIPO	INCUBADORA CERRADA	0
	CUNA DE CALOR RADIANTE	1
	INCUBADORA TRASLADO	1
	BACINETE	2
MEDICAMENTOS	RELAJANTES	0
	OTROS	0
	NINGUNO	1

INTERVENCIONES	TOMA DE PESO	1
	CAMBIO DE ROPA	1
	TRASLADO A ESTUDIOS	1
	TRASLADO A OTRA AREA	1
	INHALOTERAPIA	1
	INTERCONSULTAS	1
	PROCEDIMIENTOS INVASIVOS	1
	FAMILIA	1
	BAÑO	2

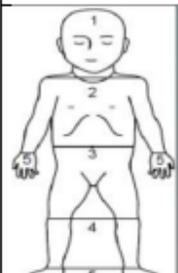
RIESGO ALTO: 14 A 21 RIESGO MEDIO: 7 A 14 RIESGO BAJO: 0 A 7

VALORACIÓN DEL DOLOR

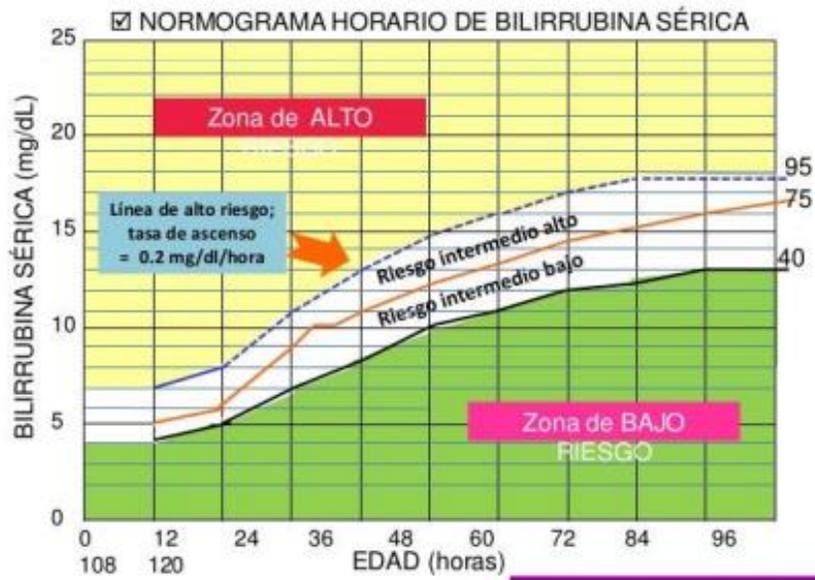
ESCALA PIPP				
INDICADOR	0	1	2	3
GESTACIÓN	>/= 36 SEMANAS	32 A <36	28 A <32	</=28 SEMANAS
COMPORTAMIENTO *(15SEG)	DESPIERTO Y ACTIVO OJOS ABIERTOS CON MOVIMIENTOS FACIALES	DESPIERTO E INACTIVO OJOS ABIERTOS SIN MOVIMIENTOS FACIALES	DORMIDO Y ACTIVO OJOS CERRADOS CON MOVIMIENTOS FACIALES	DORMIDO E INACTIVO OJOS CERRADOS SIN MOVIMIENTOS FACIALES
AUMENTO DE FC ** (30SEG)	0-4 LPM	5-14 LPM	15-24 LPM	>/= 25LPM
DISMINUCIÓN SAT O2 ** (30SEG)	0-2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 74 %	>/= 7.5%
ENTRECEJO FRUNCIDO** (30SEG)	0-3 SEG	3-12 SEG	>12-21SEG	>21SEG
OJOS APRETADOS** (30SEG)	0-3SEG	3 – 12 SEG	>12-21SEG	>21SEG
SURCO NASOLABIAL ** (30SEG)	0-3SEG	3 – 12 SEG	>12-21SEG	>21SEG
*COMPARAR COMPORTAMIENTO BASAL Y 15 SEG DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DOLOROSO				
**COMPARAR SITUACIÓN BASAL Y 30SEG DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DOLOROSO				
INTERPRETACION: DOLOR LEVE O NO DOLOR 6, DOLOR MODERADO 12, DOLOR INTENSO >12.				

ICTERICIA NEONATAL

ESCALA DE KRAMER		
ZONAS DE FIJACIÓN DE KRAMER	CONCENTRACIÓN PROMEDIO DE BILLIRUBINAS SÉRICAS (MG/DL O MMOL/L)	LABORATORIOS
ZONA 1	5.8 (100)	COOMBS
ZONA 2	8.7 (150)	
ZONA 3	11.6 (200)	GRUPO Y RH
ZONA 4	14.6(250)	
ZONA 5	>14.5 (>250)	

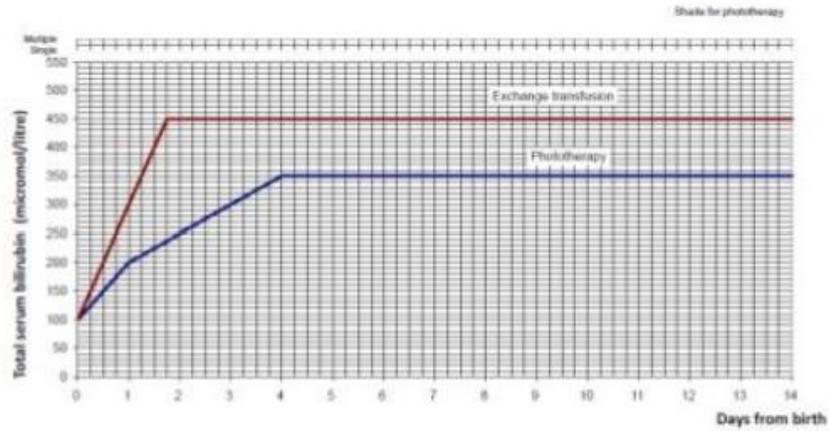


NOMOGRAMA DE BHUTANI



ESCALA NICE

Baby's name _____ Date of birth _____
 Hospital number _____ Time of birth _____ Direct Antiglobulin Test _____ **>=36 weeks gestation**



Medicamento	Dosis	Vía

8.PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES Y EL DESEO DE SER NORMAL

EL NEONATO A TENIDO UNA TRANSICIÓN FAVORABLE? SI NO

POR QUÉ?

DE 0 A 7 MESES		SI	NO
Motor grueso	Hipertonía flexora fisiológica		
	En prono: postura fetal (rodillas debajo del abdomen) al mes de vida levanta momentáneamente la cabeza		
	En supino: posición asimétrica (reflejo tónico asimétrico del cuello)		
	Mueve todas las extremidades		
	En tracción asentado incapaz de sostener la cabeza por si solo		
	Reflejo de presión		
	Reflejo del moro		
Lenguaje	Gemidos		
	Reacciona al sonido		
Motor fino-oculomotor	Manos cerradas a menudo con los pulgares aducidos		
	Es capaz de fijar la mirada en la cara pero la visión es confusa (al mes la fija en la cara y la sigue)		
Socialización	Responde a la cara y voz de los padres		
	Cuando llora se calma al hablarle o al cogerlo		
	Pseudosonrisa (la sonrisa social aparece entre las 4 y 6 semanas)		
Signos de alerta	Falta de succion en los primeros 3 días de vida		
Preguntas a los padres	¿Gime?		
	¿Reacciona al sonido?		
	¿Fija su mirada en la cara de la madre de vez en cuando con mirada confusa?		
	¿Responde a la cara y voz de los padres?		
	¿Cuándo llora se calma al hablarle o cogerlo?		
	¿Sonríe sin dirección? ¿Succiona bien?		

VACUNACIÓN: _____ TAMIZ NEONATAL: _____

CITA: _____ TAMIZ AUDITIVO: _____

CITA A NEUROCIENCIAS: _____ SEGUIMIENTO PEDIÁTRICO: _____

ANEXOS

TEST SILVERMAN ANDERSEN

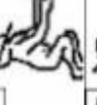
Signo	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

Silverman-Anderson grado de dificultad

1-2 Leve

3-4 Moderada

>5 Severa

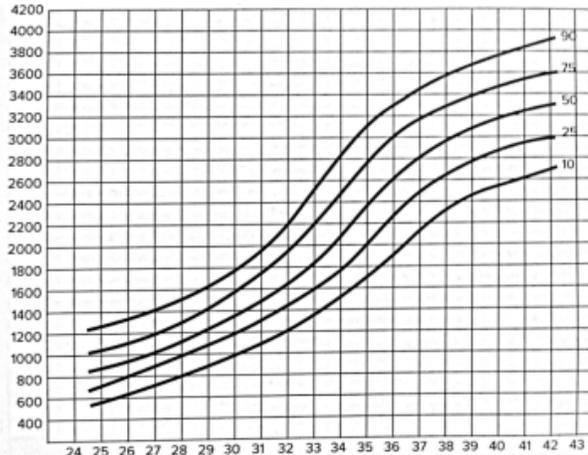
S o m á t i c o y N e u r o l ó g i c o	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola	Pezón bien definido Areola 0.75 cm	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm	Areola sobresaliente, 0.75 cm		
			0	5	10	15		
	B	Textura de la piel	Muy fina. Gelatinosa	Fina y lisa	Lisa y moderadamente gruesa Descamación superficial	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial	Gruesa y apergamada	
			0	5	10	18	22	
	C	Forma de la oreja	Plana y sin forma	Inicio engrosamiento del borde	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior	Engrosada e incurvada totalmente		
		0	5	10	24			
K=204 días	D	Tamaño del tejido mamario	No palpable	Díámetro 0.5 cm	Díámetro 0.5-1.0 cm	Díámetro > 1.0 cm		
			0	5	10	15		
	E	Pliegues plantares	Ausentes	Pequeños surcos rojos en mitad anterior	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior	Surcos sobre mitad anterior	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior	
		0	5	10	15	20		
K=200 días	F	Signo: de la bufanda						
			0	6	12	18		
	G	Signo: cabeza en gota						
			0	4	8	12		

PRETÉRMINO: RECIÉN NACIDA/O QUE SUME MENOS DE 260 DÍAS DE GESTACIÓN

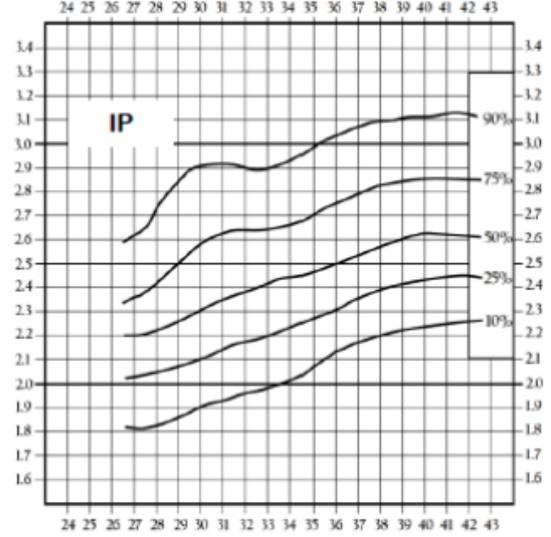
A TÉRMINO: RECIÉN NACIDA/O QUE SUME DE 260 A 294 DÍAS DE GESTACIÓN

POSTÉRMINO: RECIÉN NACIDA/O QUE TENGA 295 DÍAS O MÁS DE GESTACIÓN

PATRONES DE CRECIMIENTO



CURVA PESO AL NACIMIENTO DE LUBCHENCO



Talla baja genética	Exceso de masa corporal subclínico	Exceso de masa corporal Macrosómico
RCIU simétrico o PAEG	Normal	Grande Constitucional
RCIU Asimétrico	RCIU asimétrico subclínico	

10 90

Percentil PESO/EG

IP
IP: 10 IP: 90 IP
BAJO NORMAL ALTO

12. Apéndices.

Apéndice I

Técnica de lactancia materna^{46,47}

Señales de hambre



Postura de la madre y del recién nacido



Agarre



Succión



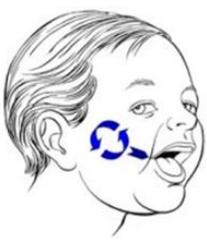
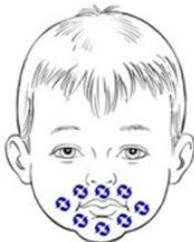
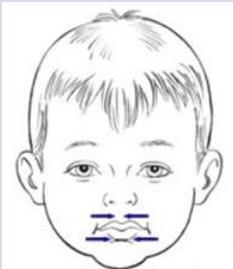
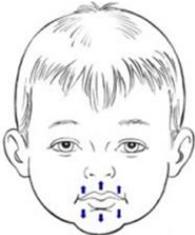
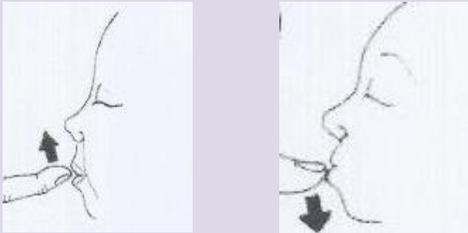
Cuadro 5. Técnica de lactancia materna

Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista

Cita: Pérez García RÁ, Prieto Armendáriz D. Consejos para una lactancia materna exitosa. Secretaría Salud en México. 2017;1-45.

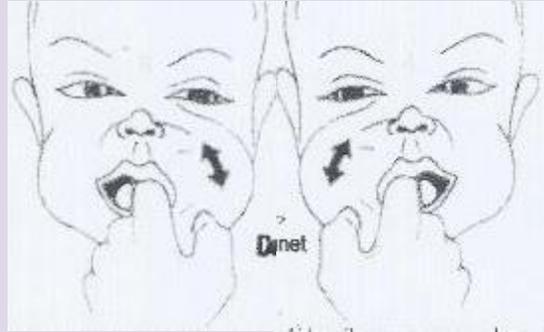
Apéndice II

Estimulación oromotora⁴⁸

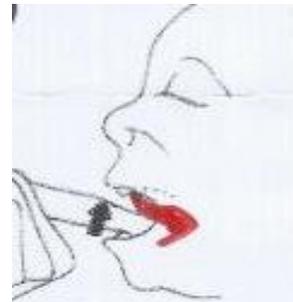
Ejercicios periorales	
<ul style="list-style-type: none">Masaje en C: Barrido en carrillos desde ATM (articulación temporomandibular) hacia comisura.<ul style="list-style-type: none">4 a cada lado	
<ul style="list-style-type: none">Bigotes circulares: Con dedos índice y pulgar, ejercer presión media de manera circular en zona de carrillos. Con el dedo índice, trazar círculos alrededor de la musculatura labial con presión media.<ul style="list-style-type: none">4 superiores4 inferiores	
<ul style="list-style-type: none">Barrido horizontal: Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior (como cepillando los dientes).<ul style="list-style-type: none">2 superiores2 inferiores	
<ul style="list-style-type: none">Barrido vertical: Entre los dedos índice y pulgar, protruir el labio inferior y el superior alternando (como pellizquitos) de forma rápida pero suave.<ul style="list-style-type: none">2 superiores2 inferiores	
<ul style="list-style-type: none">Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior.<ul style="list-style-type: none">2 superior2 inferior	

Ejercicios intraorales

- Masajear suavemente sobre lengua hacia un lado y hacia otro. Con dedo índice masajear suavemente carrillos hacia fuera.
 - 2 a cada lado



- En línea media sobre lengua colocar el dedo índice y activar reflejo de succión con movimientos de extensión y retracción del dedo. Sobre paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia otro.
 - 4 veces



Cuadro 6. Estimulación oromotora

Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista

Cita: Rodríguez González L. USO DE LOS EJERCICIOS OROMOTORES POR LOS PATÓLOGOS DEL HABLA- LENGUAJE. Programa Patol del Habl la Univ del Turabo. 2013;1-61.

¿Qué es?

Es un signo clínico que hace referencia a la coloración amarillenta de la piel y mucosas, ocasionada por la impregnación de la piel por la bilirrubina. Niveles elevados de bilirrubina no conjugada pueden producir neurotoxicidad.⁵²

Diagnóstico

+ Exploración física: cefalocaudal, no es un indicador fiable de los niveles de bilirrubina. Implementar escala de Kramer. Existencia de masas abdominales o hepatoesplenomegalia. Signos de onfalitis. Signos de hipotiroidismo.
 + Laboratorios: bilirrubina sérica total, grupo sanguíneo, BH, Grupo sanguíneo.
 + Independientemente del grupo y Rh materno, hacer siempre grupo, Rh y Coombs directo al neonato. Si el Coombs directo es negativo, pero la sospecha diagnóstica de aloinmunización es alta, solicitar Coombs indirecto.^{49,51,52}

Prevención y seguimiento

-Orientar a la familia a identificar: datos de alarma, factores de riesgo.
 - Promover lactancia materna exclusiva: evaluación de una adecuada ingesta (exitosa) de 8 a 12 tetadas al día. Numero de pañales húmedos de 4 a 6 en 24 horas. Cambios en las características de la evacuación entre el tercer y el cuarto día de vida postnatal
 - Escala de Kramer: en un cuarto iluminado, inspección y dígito presión.⁴⁹

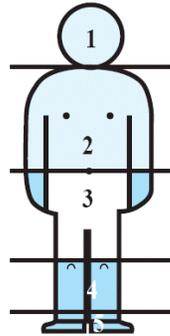
Apéndice III ICTERICIA NEONATAL

Bilirrubina total sérica

Bilirrubina no conjugada o indirecta: unida a proteínas de la sangre principalmente de la albumina. Puede atravesar la barrera hematoencefálica.⁴⁹

Bilirrubina conjugada o directa: cuando ya no está unida a la albumina y es catalizada en el hígado.

Escala de Kramer⁵¹



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

Complicaciones

* Hiperbilirrubinemia se entiende la elevación de bilirrubina por encima de 5 mg/dl⁴
 * La encefalopatía crónica (kernicterus) se caracteriza por: déficit intelectual, sordera neurosensorial, alteración de la mirada vertical hacia arriba y alteraciones dentales, entre otras.⁵¹

Tratamiento

+ Fototerapia: espectro de luz irradiada entre 430-490 nm. Luz blanca, de halógeno y azul.
 + Inmunoglobulinas intravenosas: reduce el grado de hemólisis.
 + Exosanguinotransfusión: cuando niveles de bilirrubina son muy altos^{49,52}
 ,52

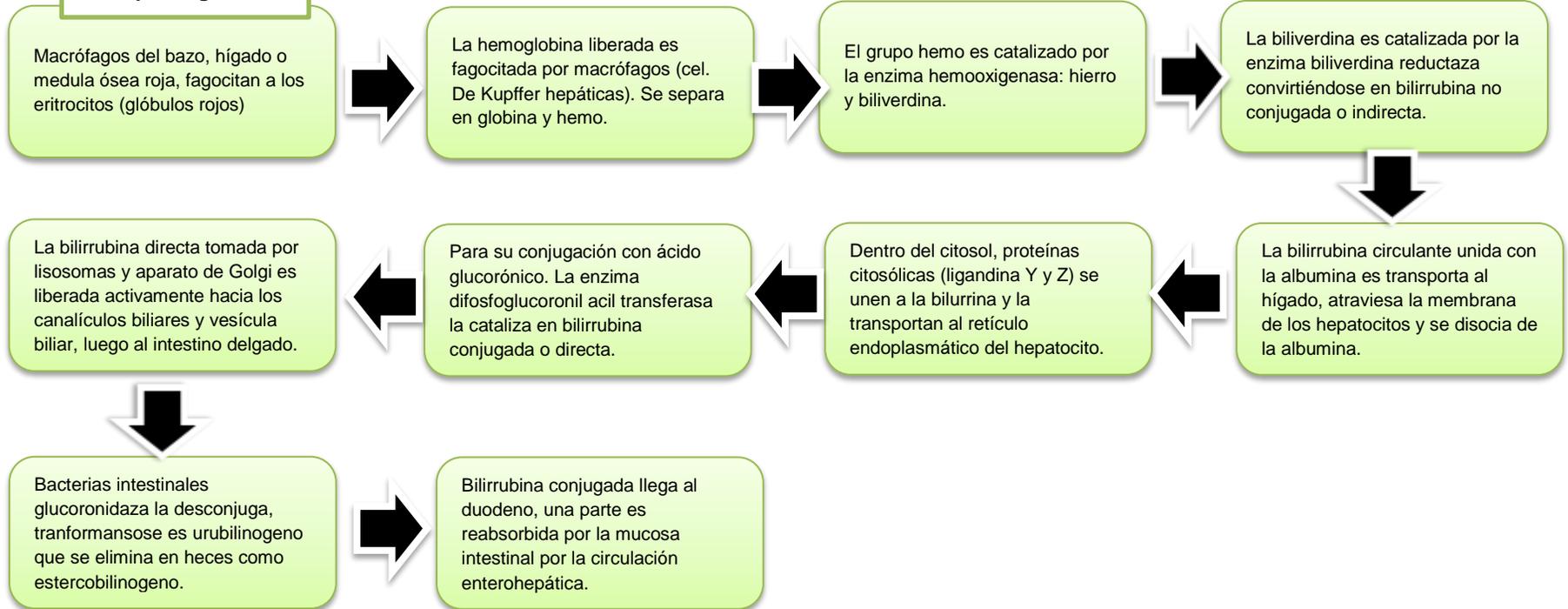
Factores de riesgo

- Hermano previo con ictericia
- Edad gestacional: 35-37 semanas
- Isoinmunización.
- Ictericia en primeras 24 horas
- Niveles de bilirrubina previos al alta en zona de riesgo
- Sangre extravasada, como: cefalohematoma, caput, hematomas, fractura de clavícula
- Lactancia materna, especialmente si es inadecuada o hay pérdida de peso, o esta pérdida es excesiva
- Incompatibilidad RH.
- Enfermedad hemolítica ABO.
- Aumento en la hemólisis, como deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa.
- Otros: pérdida de peso elevada, hematocrito mayor de 60%, asiáticos, macrosómicos, hijos de madre diabética^{49,50,52}

Clasificación⁵²

Parámetros	Ictericia fisiológica	Ictericia patológica
Aparición	Después de 24 horas	Primer día de vida o después de una semana
Intensidad	Moderada-leve	Elevada
Cifras de bilirrubina total (BT)(mg/dl)	BT ≤ 13 si lactancia artificial BT ≤ 15 si pretérmino y lactancia artificial	BT > 13 si lactancia artificial BT > 15 si pretérmino y lactancia artificial
Predominio	Siempre indirecta	Predominio directa
Velocidad de incremento	<0,5 mg/dl/hora	>0,5 mg/dl/hora
Desaparición	Hacia el 8º día (14º día si prematuro)	Más de una semana o aumenta
Otros síntomas	Raro	Frecuente
Circunstancias asociadas	No	Raro

Fisiopatología^{50,51,52}



Cuadro 7. Ictericia neonatal

Elaborado por: L.E.O. Jessica Johanna Cruz Bautista

Cita: Madrigal Quirós C. Ictericia Neonatal. Revista Médica Costa Rica y Centroamerica LXXI [Internet]. 2014;(613):759-63



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



SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO DE CASO

Por medio de la presente yo _____
 doy mi consentimiento para que el Licenciado en Enfermería _____

_____ 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 o condición actual en la que me encuentro, 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 solicitar mi retiro de este estudio de caso en cualquier momento que lo desee, sin que esto afecte o se me negada la atención médica para el tratamiento en esta Institución. Autorizo para obtener fotografías, videos o registros médicos y de enfermería durante mi hospitalización, así como difundir resultados en revistas y/o ámbitos científicos y académicos, NO para otros fines.

AUTORIZO

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

FIRMA: _____

RESPONSABLE DEL ESTUDIO DE CASO

ALUMNO DE POSGRADO: _____

FIRMA: _____

México, Ciudad de México, a _____ del mes de _____ del año.