



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

ESTUDIO DE CASO

**“ NEONATO DE 37.3 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA,
CON DÉFICIT EN EL APORTE SUFICIENTE DE
ALIMENTO, SECUNDARIO A LA ALTERACIÓN DE LA
MECÁNICA SUCCIÓN-DEGLUCIÓN. ”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL NEONATO**

PRESENTA:

L.E.O. CRISTINA GISELLE SOLIS HIDALGO.

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. DULCE MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA.



CIUDAD DE MÉXICO, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA**

ESTUDIO DE CASO

**“ NEONATO DE 37.3 SEMANAS DE EDAD CORREGIDA,
CON DÉFICIT EN EL APORTE SUFICIENTE DE
ALIMENTO, SECUNDARIO A LA ALTERACIÓN DE LA
MECÁNICA SUCCIÓN-DEGLUCIÓN. ”**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA DEL NEONATO**

PRESENTA:

L.E.O. CRISTINA GISELLE SOLIS HIDALGO.

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.N. DULCE MARÍA JIMÉNEZ GARCÍA.



CIUDAD DE MÉXICO, 2019.

Agradecimientos

- Al Instituto Nacional de Perinatología, por abrirme las puertas al aprendizaje.
- Al personal de enfermería y médicos que laboran en esta institución por compartir sus conocimientos y experiencia.
- A mi asesora, por el tiempo invertido, por la disposición, por la paciencia para explicarme y la dedicación e interés que puso en la realización de este estudio de caso.
- A mi familia, por el apoyo durante este proceso de formación académica, por animarme a seguir adelante a pesar de las dificultades y el cansancio.
- A mis compañeras de posgrado, por compartir esta experiencia y por el apoyo durante el desarrollo de este estudio de caso.

Dedicatoria.

- A mi persona de cuidado H.A.R. y su padres, por permitirme ser parte de su cuidado y por su apertura en el proceso de aprendizaje.

Contenido

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. OBJETIVOS.....	8
2.1 GENERAL.....	8
2.2 ESPECÍFICOS.....	8
III. FUNDAMENTACIÓN.....	9
IV. MARCO TEÓRICO.....	11
4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.....	11
4.2. PARADIGMAS.....	13
4.3. TEORÍA DE ENFERMERÍA: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	14
4.4. PROCESO DE ENFERMERÍA.....	20
4.5. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	30
4.6. RIESGOS Y DAÑOS A LA SALUD: ALTERACIÓN DE LA MECÁNICA DE LA SUCCIÓN - DEGLUCIÓN. ...	39
V. METODOLOGÍA.....	53
5.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: GRÁFICA DE GANTT.....	54
VI. ELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN GENÉRICA DEL CASO.....	55
6.1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.....	55
6.2. MOTIVO DE CONSULTA.....	55
6.3. DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	55
6.4. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES.....	56
6.5. REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.....	57
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	60
7.1. EXPLORACIÓN FÍSICA.....	60
7.2. VALORACIÓN POR REQUISITOS UNIVERSALES.....	61
7.4. ANÁLISIS Y JERARQUIZACIÓN DE REQUISITOS AFECTADOS.....	67
7.5. VALORACIONES FOCALIZADAS.....	68
7.6. PRESCRIPCIÓN DEL CUIDADO.....	76
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
X. ANEXOS.....	88

I. Introducción.

La elaboración del estudio de caso mediante Enfermería Basada en Evidencia es parte importante y fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje durante el posgrado de Enfermería Neonatal del Plan Único de Especialización de la ENEO, el cual permite desarrollar habilidades cognitivas y realizar un plan de cuidados adecuados y especializados al recién nacido con la finalidad de impactar en nuestra sociedad actual y permitir el crecimiento profesional de la Enfermería Neonatal.

El presente estudio de caso se realizó en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes”, en el servicio de TIMiN (Terapia Intermedia de Mínima Invasión Neonatal), y se encuentra enfocado en una recién nacida H.A.R. de 37.3 semanas de edad gestacional, documentando todo su proceso evolutivo, previa autorización de sus padres. La recién nacida H.A.R. presentaba un déficit en el aporte suficiente de alimento secundario a una alteración de la mecánica de succión-deglución.

Para la realización de este estudio de caso, se aplicó la valoración de acuerdo a la teoría de Dorothea E. Orem; para su estructuración los diagnósticos se realizaron con el formato PES y se realizó un plan de cuidados individualizados utilizando lenguaje estandarizado de la teoría del déficit de autocuidado.

La nutrición en los neonatos juega un papel importante para su neurodesarrollo y su salud durante las siguientes etapas de la vida. Como personal de enfermería debemos estar capacitados para proporcionar cuidados libres de riesgos y eventos adversos, por lo tanto conocer las distintas formas de alimentación, los patrones de succión y las fases de la deglución son relevantes para brindar cuidados especializados.

Durante dos semanas se brindaron cuidados específicos y especializados a una persona de cuidado documentando todo su proceso evolutivo llevando a cabo un control de caso corroborando el cumplimiento de los objetivos, previa autorización de sus padres.

Al término de este estudio caso, no se observaron mejorías significativas en la mecánica de succión-deglución, se logra disminuir el aporte de oxígeno, pero no retirarlo por completo. Se solicitan citas para estudios de resonancia magnética, en búsqueda de alguna patología neurológica, quedando pendientes de realizarse.

II. Objetivos

2.1 General.

- ❖ Fundamentar y elaborar un estudio de caso de un recién nacido con alteración de la mecánica de succión – deglución durante la práctica clínica especializada en un Instituto de alta especialidad, mediante la metodología del Proceso de Atención de Enfermería fundamentado en la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, con fines académicos y de titulación.

2.2 Específicos.

- ❖ Realizar una valoración integral mediante un instrumento de valoración neonatal basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, identificando las capacidades y limitaciones del recién nacido y su agencia de autocuidado dependiente.
- ❖ Identificar los requisitos de autocuidado universales alterados, jerarquizar los problemas reales y potenciales mediante una adecuada valoración de enfermería.
- ❖ Elaborar y realizar la prescripción y tratamiento regulador integral, oportuno y especializado en el neonato.
- ❖ Evaluar la eficacia del tratamiento regulador mediante un control de caso para identificar la evolución o la necesidad de un tratamiento alternativo según sea la respuesta del neonato.

III. Fundamentación.

En diferentes trabajos se documenta que resulta eficaz la utilización de la teoría de Orem como base para la práctica clínica. Los resultados demuestran que el personal de enfermería se siente con mayor libertad y seguridad para opinar sobre las necesidades de cuidado y, con mayor posibilidad para participar en ellos activamente. Sobre la base del modelo de Orem se han diseñado diferentes instrumentos para medir la actividad de autocuidado y la capacidad percibida por la persona para cuidar de si misma. Se han desarrollado criterios para valorar la necesidad de cuidados en enfermería entorno a los requisitos de autocuidado universal y los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, junto con los instrumentos y procedimientos para medir las repercusiones y la calidad de los cuidados de enfermería. (1)

En proyectos de investigación se ha incorporado la teoría del déficit de autocuidado de Orem, tanto con relación al estudio de elementos conceptuales contenidos en la teoría como las repercusiones de su aplicación en la práctica clínica. El marco teórico del modelo de Orem considera a la enfermería una ciencia práctica que brinda la identidad de su elección como marco de referencia, para el cuidado de diferentes grupos de personas: enseñar a cuidarse, desarrollar la capacidad de superar las dificultades que se encuentran para el autocuidado, dan validez como estructura teórica y como modelo conceptual para su aplicación en todos los campos de la práctica. (1)

Tomar como referencia para la práctica un modelo conceptual significa aplicar su teoría con una metodología deductiva. Se trata de identificar en la estructura todos los elementos conceptuales para desarrollar un proceso de atención de enfermería. En el modelo se encuentran todas las explicaciones y términos a utilizar para valorar las necesidades de cuidados de salud de la persona de cuidado, enjuiciar los problemas y desarrollar un plan de cuidados, planificar acciones enfermeras y llevarlas acabo, comprobar los resultados alcanzados y el desarrollo completo del proceso. (2)

Adoptar el modelo de Orem como referente teórica para guiar la práctica clínica nos da un alto nivel de desarrollo, permite encontrar las explicaciones a los fenómenos que tienen lugar en situaciones específicas para su análisis e intervención. Ofrece una concepción del campo de intervención enfermero. Un modelo teórico de enfermería puede ser aplicado en diferentes campos: práctica asistencial, práctica clínica, docencia, gestión e investigación, porque ofrece los elementos explicativos a las situaciones que se producen en ellos. (2)

Para el presente estudio de caso se realizó una investigación documental sobre estudios de caso, en la base de datos de la biblioteca digital de la UNAM. No se encontraron otros trabajos de enfermería que describieran esta problemática. Sin embargo si existen algunos artículos científicos, y libros que abordan la problemática.

IV. Marco teórico.

4.1 Conceptualización de enfermería.

Orem define a la enfermería como: una forma particular de conocimiento sobre los aspectos que intervienen en la salud de la persona, un arte particular que cualifica la capacidad para diseñar y producir sistemas de cuidados enfermeros apropiados para cada situación en un campo que se desarrolla profesionalmente. (3)

La disciplina enfermera se caracteriza por la forma particular que tiene de tratar los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno. Las relaciones que entre ellos se establecen representan los fenómenos nucleares que orientan las construcciones teóricas sobre la enfermería. (3)

- ❖ Cuidado: el cuidado es una necesidad que contribuye a la salud, bienestar y desarrollo. Los cuidados son actividades necesarias para la supervivencia de las personas. Son acciones que regulan el funcionamiento y pueden verse afectados por los factores básicos condicionantes: el nivel de madurez, cultura, experiencias, conocimientos sobre salud y el papel dentro del grupo familiar.

Orem define 3 formas de cuidado: Autocuidado, es el que es dado por uno mismo, para uno mismo. Cuidados dependientes, son los que se dan de una persona a otra. Cuidados de enfermería, son los cuidados profesionales ofrecidos por las enfermeras. Las prácticas de autocuidado tienden a convertirse en hábitos o rutinas. Puede precisar de orientación de expertos.

Se define 3 niveles de prevención dentro de los cuidados: primaria, antes de la alteración de la salud, prevención de enfermedades específicas. Prevención secundaria: cuando se produce una enfermedad con la finalidad de prevenir las complicaciones y secuelas. Prevención terciaria, cuando se padece una incapacidad, se establece la rehabilitación de la persona. (3)

- ❖ Persona: es la que tiene la capacidad para cuidarse o cuidar de otros, desarrollando capacidades o habilidades para cubrir necesidades utilizando

recursos del entorno. Es un todo integrado biológicamente, simbólica y socialmente. La persona tiene la capacidad de adaptarse, de actuar deliberadamente, depende de su nivel de desarrollo, madurez y autonomía. Cuando la persona no puede asumir sus propios cuidados reconoce la necesidad de personas especializadas que ofrecen el servicio de proporcionar cuidado, la enfermería es la responsable de ofrecerlo, hasta que la persona pueda hacerlo por sí mismo. La capacidad para cuidarse se denomina agencia de autocuidado. El entorno puede influir en la salud de la persona. (3)

- ❖ Entorno: conjunto de elementos del medio, que pueden ser utilizados para la realización de cuidados. Serie de factores o elementos físicos, químicos, biológicos, y sociales que originan requisitos de autocuidado. Se distinguen características ambientales, socioeconómicas y culturales (por ejemplo: condiciones atmosféricas, meteorológicas, rol de la familia, relaciones dentro de ella, valores culturales, costumbres, tradiciones, creencias, tipo de población, recursos de la comunidad, accesibilidad, servicios de salud y financiación). (3)

- ❖ Salud: estado de la persona que condiciona su necesidad de cuidado. Es un estado que cambia, conjugado con mecanismos psicológicos, fisiológicos y estructurales. Se define como el buen estado de las estructuras humanas y el funcionamiento corporal y mental. El bienestar en sentido perceptivo incluye experiencias de satisfacción y manifestaciones de contento, placer, felicidad, plenitud y auto realización. (3)

4.2. Paradigmas.

4.2.1. Paradigma de la categorización.

Concibe los fenómenos como divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos que pueden aislarse o manifestaciones que pueden simplificarse. Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

4.2.2. Paradigma de Integración.

Es una prolongación del paradigma anterior, reconoce los elementos y las manifestaciones de un fenómeno y lo integra al contexto específico en que se sitúa el fenómeno. Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona. Esta orientación se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica.

4.2.3. Paradigma de transformación.

Presenta un cambio de mentalidad, según este paradigma un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo y ha inspirado nuevas concepciones de la disciplina enfermera. (Ver cuadro 1)

4.3. Teoría de Enfermería: déficit de autocuidado.

Tiene como propósito que sirva en la práctica para desarrollar y validar conocimiento enfermero. Cumple una serie de funciones: explica la visión de enfermería, describe su finalidad y establece límites, ofrece un lenguaje propio, permitiendo categorizar para hacer inferencias y análisis particular, ayudando a crear un estilo enfermero de actuar, que sirve como nexo de unión entre grupos enfermeros. (3)

En la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado se definen tres estructuras teóricas: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría del sistema de enfermería. (Ver cuadro 2)

❖ Teoría del autocuidado.

Las personas llevan a cabo acciones de autocuidado o de cuidado dependiente. Son acciones deliberadas y aprendidas. Habilidades intelectuales, motivacionales y prácticas condicionadas por valores culturales del grupo de referencia. Es un proceso intelectual que implica la utilización de recursos y energía. Es una conducta para con uno mismo o un derecho y responsabilidad de cada persona. Es una función reguladora, independiente y continua para mantener la vida, salud y el bienestar.

El cuidado dependiente es la práctica de actividades que personas responsables y maduras o en proceso de maduración ejecutan para beneficio de personas socialmente dependientes por ejemplo: personas que no hayan completado su proceso de maduración como lactantes, niños, o se encuentren en situaciones de incapacidad, como: ancianos, enfermos, o incapacitados que requieren cuidados completos o ayuda en las actividades de autocuidado. (Ver cuadro 3)

El autocuidado está influenciado por los factores básicos condicionantes. Comprende conocimientos concretos, propias formas de valorar, costumbres, capacidad de comprender, necesidad de aprender nuevas maneras de cuidado y adquirir habilidades específicas. El autocuidado como acción aprendida incluye acciones internas y externas.

El autocuidado como acción intencionada es siempre autónoma y controlada, requiere de operaciones estimativas y transicionales. Esto incluye los conocimientos sobre sí mismo y sobre el entorno. Las operaciones de producción son la toma de decisiones y esfuerzos para satisfacer las demandas de cuidado. Las personas son capaces de incorporar prácticas nuevas pero a largo plazo pueden ser incapaces de mantenerlas. (4)

Requisitos de autocuidado.

Son 3: Universales, para el desarrollo y de desviación de la salud.

- Requisitos de autocuidado universales.
 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y excremento.
 5. Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo.
 6. Mantenimiento de un equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
 7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano. (4)

En la estructura teórica se desarrollan las acciones generales para satisfacer estos requisitos de autocuidado universal.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo.
 1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, desde los estados intrauterinos de la vida, la etapa neonatal, la infancia, la adolescencia, la edad adulta, la vejez y el embarazo.
 2. Provisión de cuidados que pueden afectar adversamente el desarrollo humano, para prevenir efectos negativos, para mitigar o superar los

efectos negativos. Cuando se cubren los requisitos de autocuidado del desarrollo contribuyen a la prevención primaria, sin embargo cuando existe una situación que afecta al desarrollo o una alteración de la salud adquiere significado de autocuidado de prevención secundaria y terciaria.

(4)

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

Cuando la persona sufre una lesión o enfermedad, demandas de autocuidado terapéutico, acciones preventivas, reguladoras que controlen la enfermedad y mitiguen sus efectos.

1. Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada y específica para cada caso.
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos.
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
4. Regular los efectos de las medidas de cuidados que producen malestar o deterioro.
5. Modificar el autoconcepto y al autoimagen para captarse uno mismo como ser humano en un estado de salud particular.
6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento. (4)

Los factores básicos condicionantes.

Son condiciones internas y externas de las personas que afectan la calidad y cantidad de cuidados que requiere la persona. Se identifican los siguientes:

1. Descriptivos de la persona: edad, sexo, la residencia y sus características, sistema familiar, socioculturales y socioeconómicos.
2. Del patrón de vida: medidas de autocuidado, ocupaciones, responsabilidades, reacciones y patrón de vida.
3. Del estado y sistema de salud: condiciones de salud, características de salud, características del sistema de salud.

4. Del estado de desarrollo: capacidad de autogobierno y potencial de desarrollo. (4)

La teoría del autocuidado determina cuando es necesaria la enfermería.

❖ Teoría del déficit de autocuidado.

Es el núcleo central del modelo de Orem, establece que las personas están sujeta a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que les incapacita para el autocuidado continuo, cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

La relación entre las capacidades puede ser: equilibrio ente la capacidad y la demanda, mayor la capacidad que la demanda, o menor la capacidad que la demanda. La enfermería es necesaria cuando la capacidad de autocuidado es menor que la demanda de autocuidado, es entonces cuando la persona esta en un estado de dependencia. (4)

- La demanda de autocuidado.

Se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesarios en un momento específico; se determinan de la siguiente manera: las que son esenciales para el mantenimiento de los procesos vitales, las que previenen las complicaciones de la enfermedad, las que van dirigidas a mantener la salud y las que tiene como finalidad el bienestar en las circunstancias en las que se encuentra la persona. Para calcularla se requiere un proceso hipotético deductivo donde se identifican los requisitos y las condiciones humanas y se determina los métodos, tecnologías que se usaran. Para diseñarla se establecen las relaciones entre los cuidados en un marco de 24 horas, el cual debe actualizarse ante cualquier cambio, requiere una valoración continua por parte de la enfermera.

(Ver cuadro 4)

- Agencia de autocuidado.

Esta ligado al concepto de autocuidado. Es la habilidad de la persona madura para conocer y satisfacer sus requerimientos.

- Agencia de cuidado dependiente.

Supone identificar factores que deben ser controlados o tratados para regular el funcionamiento y desarrollo de personas dependientes de ella. Realizar algo de otro y para el otro. Puede colaborar con los profesionales de la salud, recibiendo apoyo y asesoría de las enfermeras.

Se debe considerar lo siguiente: habilidad para mantener la atención, energía disponible y suficiente, controlar la posición del cuerpo y sus partes, habilidad para razonar, motivación para orientar, toma de decisiones, habilidad para adquirir conocimientos.

Se distinguen 5 categorías:

1. Sin desarrollar.
2. En vías de desarrollo.
3. Desarrollada pero no estabilizada.
4. Desarrollada y estabilizada.
5. Desarrollada pero en decadencia. (4)

- Limitaciones de autocuidado.

De conocimiento, para hacer juicios y tomar decisiones, para ocuparse del logro de resultados. Estas aparecen en las 3 fases de desarrollo: fase de toma de incidencia, fase de toma de decisiones, fase de realización. (4)

- Déficit de autocuidado.

Se identifican diferentes condiciones: falta de ocupación, nivel de conciencia, incapacidad para recordar, limitaciones para el juicio, acontecimientos de funcionamiento alterado, necesidades de la persona. (4)

- Agencia de enfermería.

Las capacidades desarrolladas por las personas educadas como enfermeras que las facultan para presentarse a sí mismas como enfermeras. Mantienen competencias y habilidades especializadas. Representan cualidades complejas. Tiene características profesionales y tecnológicas propias.

Los cuidados se orientan de acuerdo a los cambios derivados del ciclo de vida, recuperación de la enfermedad, superación o compensación de sus efectos, enfermedad o trastorno de origen indeterminado, efectos genéticos o del desarrollo o estado biológico del niño de bajo peso al nacer, regulación de tratamiento de enfermedad, trastorno o lesión indeterminados, restauración, estabilización o regulación del funcionamiento integrado, y procesos que han interrumpido el funcionamiento humano integrado. (Ver cuadro 5).

❖ Teoría del sistema de cuidados enfermeros.

Sistemas de enfermería: series y secuencia de acciones de las enfermeras realizadas en un momento determinado en coordinación con los enfermos y sus demandas para proteger y regular el ejercicio de la agencia de autocuidado. Se identifican 3 tipos: sistemas de enfermería totalmente compensadores, sistemas parcialmente compensadores, sistemas de apoyo educación. Todos ellos con la finalidad de satisfacer requisitos de autocuidado. (Ver cuadro 6).

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores.

El enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus cuidados. Para personas con incapacidad para realizar cualquier acción intencionada; para personas que estando conscientes y con capacidad para tomar decisiones no puede, no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones; para personas con incapacidad para tomar decisiones sobre sus cuidados pero que pueden ser capaces de realizar medidas de autocuidado. (5)

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores.

Tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación depende de las limitaciones de la persona.

La enfermera ejecuta algunas medidas de cuidado, compensa las limitaciones, regula la agencia de autocuidado. El paciente realiza algunas medidas de autocuidado, regula su agencia, y acepta los cuidados y asistencia de la enfermera. (5)

- Sistemas de apoyo educación.

Adecuado para las situaciones en las que el paciente es capaz, puede o debería aprender acciones y medidas de autocuidado. El paciente realiza y ejecuta el autocuidado, la enfermera regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. Los métodos de ayuda son: actuar para otra persona o hacer algo por ella, guiar a otro, ayudar a otro, enseñar a otro, proporcionar un entorno que fomente el desarrollo

4.4. Proceso de Enfermería.

Conjunto de acciones continuadas que se realizan de manera definida para conseguir una meta. Son las operaciones profesionales tecnológicas de la practica de enfermería, operaciones de planificación y evaluación que se llevan a cabo en un sistema interpersonal e interactivo. (ver cuadro 7).

Operaciones de diagnóstico:

❖ Valoración.

Se incluye dentro de las operaciones de diagnóstico para Orem, en la primera parte, donde menciona la finalidad de conocer las causas de las demandas de autocuidado, el estado de desarrollo, operatividad y adecuación de la agencia de autocuidado. Se valoran los requisitos alterados y la agencia de autocuidado. (5)

❖ Diagnóstico.

Corresponde a la segunda parte de las operaciones diagnosticas para Orem, requiere hacer juicios sobre las personas que se atienden para establecer la naturaleza y causas de las demandas de autocuidado y deficit de autocuidado que presentan. La existencia de un déficit de autocuidado es el elemento que permite enjuiciar el diagnóstico enfermero y lo que determina avanzar en el proceso. Determina la existencia de problemas que requieren tratamiento enfermero.(5)

Se describen tres tipos de diagnóstico de enfermería:

- Reales: Describen problemas y alteraciones de la salud del individuo, validados clínicamente, mediante la presencia de signos y síntomas que lo definen. El enunciado consta de tres partes: problema de salud, etiología y sintomatología. La enfermera mediante un juicio clínico, determina las necesidades alteradas específicas de cada persona y realiza el diagnóstico individualizado. (5)
- De Riesgo: Juicio clínico que realiza una enfermera en los que valora la existencia de una mayor vulnerabilidad de la persona a desarrollar un problema concreto que el resto de la población. El enunciado consta de dos partes: problema de salud y etiología; el problema de salud es una descripción concisa de la alteración del estado de salud que siempre va precedida por el término “riesgo de”. La etiología son las situaciones que provocan aumento de la vulnerabilidad a padecer un problema y se denominan: factores de riesgo. (5)
- De Bienestar.- Juicios clínicos realizados por una enfermera ante situaciones o estados de funcionamiento eficaz, pero con interés de mejorarla. El enunciado consta de una única parte: el problema de salud, que describe el aspecto concreto del funcionamiento de la salud que se desea mejorar. (5)

Operaciones de prescripción y regulación:

❖ Planificación.

Los medios a usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particularizados, los recursos de la acción y las medidas de cuidados a realizar. La totalidad de medidas de autocuidado a realizar para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico incluyendo su organización.

Diseño, planificación y cuidados. Se priorizan las necesidades alteradas, los diagnósticos que son esenciales para el mantenimiento de procesos vitales. (5)

Cuidados de regulación:

❖ Ejecución.

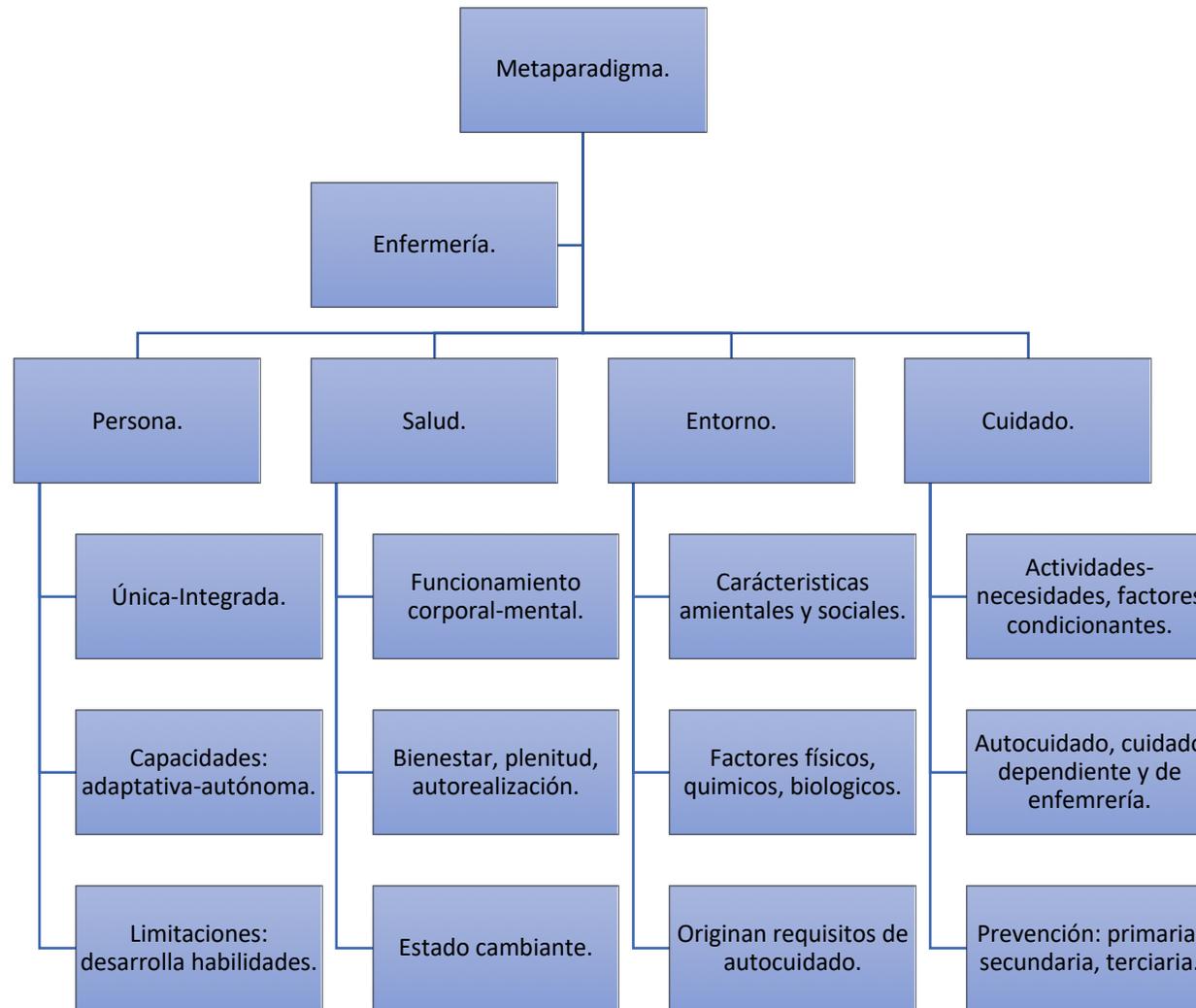
Destinadas al logro de los objetivos del plan de cuidados expresados como la satisfacción continua de la demanda de autocuidado terapéutico del paciente, la regulación del ejercicio de las capacidades de la agencia de autocuidado y la protección de las capacidades de autocuidado del accidente o su potencial de desarrollo. Para planificar las operaciones reguladoras, se diseñan las acciones de cuidados concretas a realizar por la enfermera y la agencia de autocuidado o la agencia de autocuidado dependiente según el sistema de enfermería más apropiado a la situación.

Se pone en práctica el plan de cuidados, realizando las intervenciones necesarias para que se produzca un sistema de autocuidado adecuado, preparando a la persona y su entorno, previniendo complicaciones y comprobando que las acciones se realicen adecuadamente.⁽⁵⁾

Operaciones de control:

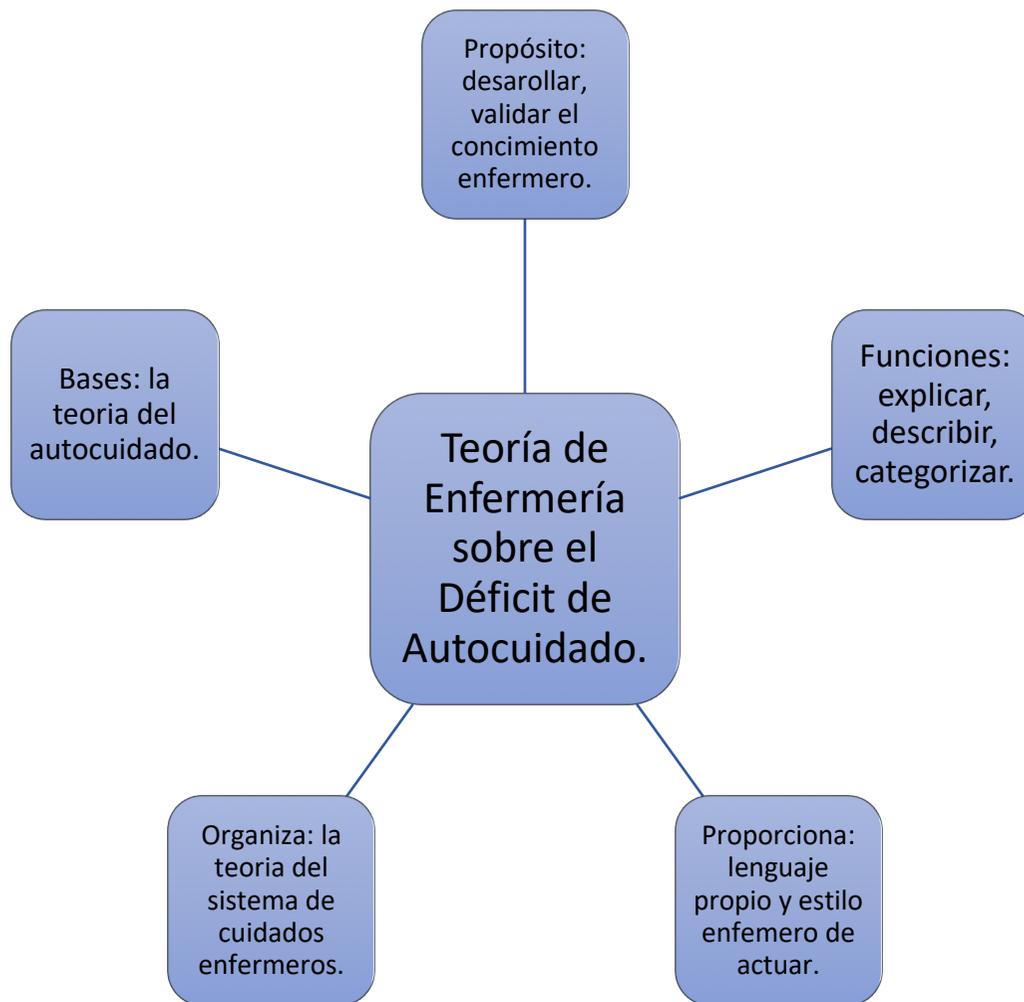
❖ Evaluación.

Observaciones para determinar si se realizan operaciones reguladoras, cuidados de regulación de forma periódica y continua de acuerdo al diseño del sistema de enfermería. Se trata de comprobar si el proceso ha sido eficaz, si se han cubierto las demandas de autocuidado, si se han resuelto los déficits diagnosticados, o si es necesario hacer cambios en el plan de cuidados. ⁽⁵⁾



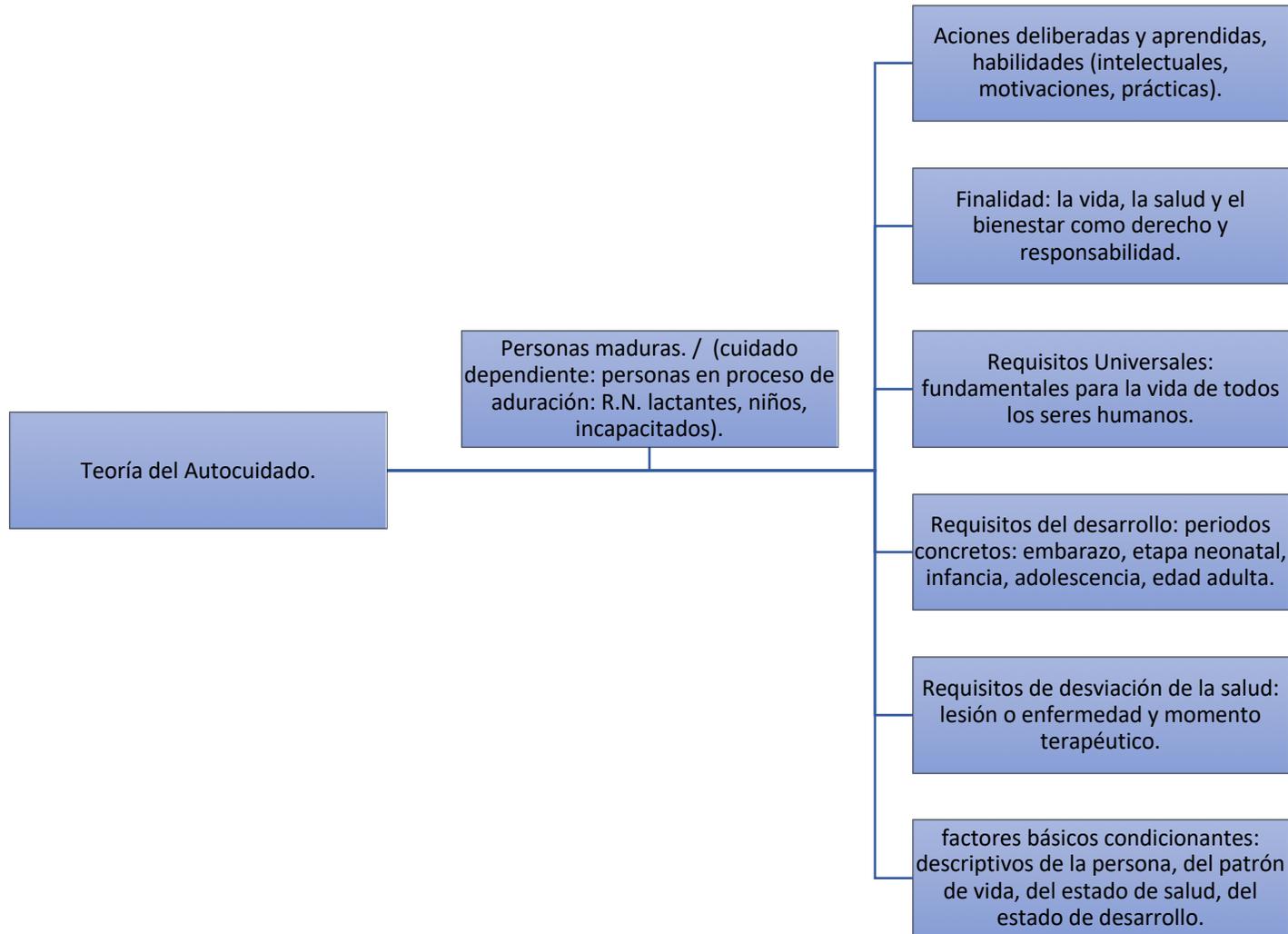
Cuadro 1. Conceptualización de Enfermería. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367.

Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solis Hidalgo.

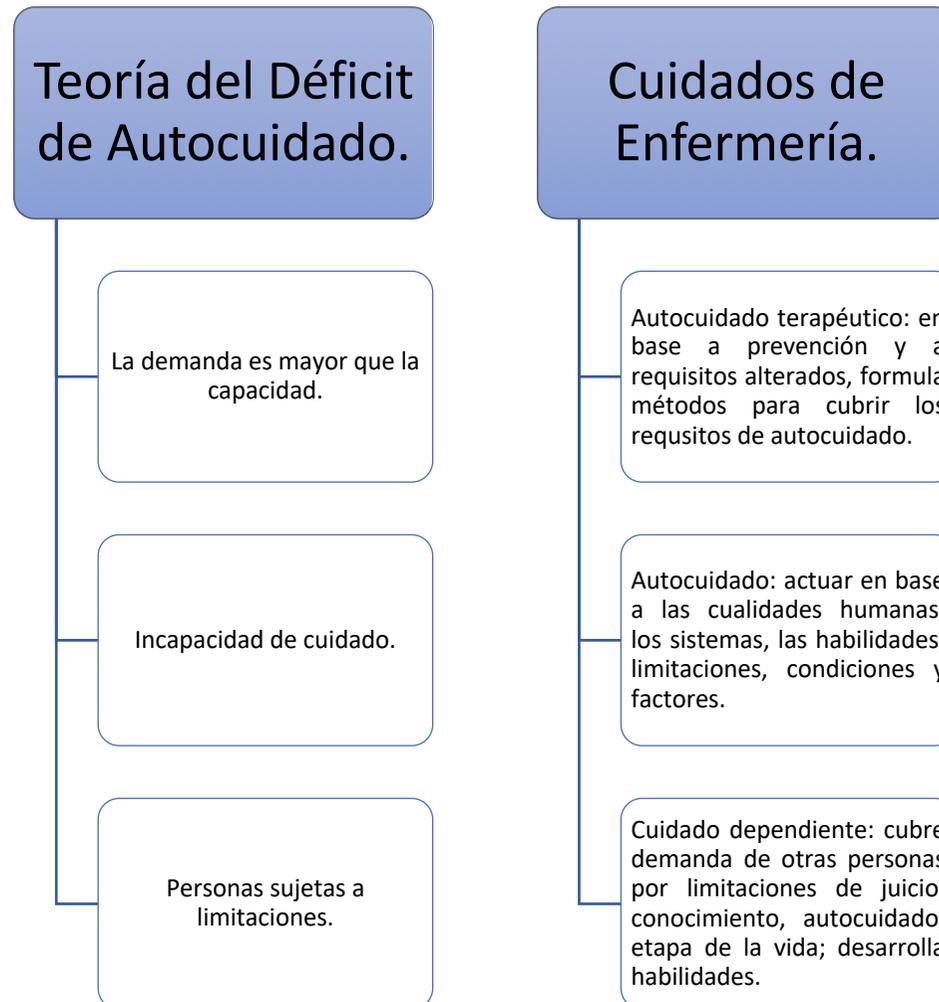


Cuadro 2. Teoría de Enfermería. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367.

Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solís Hidalgo.



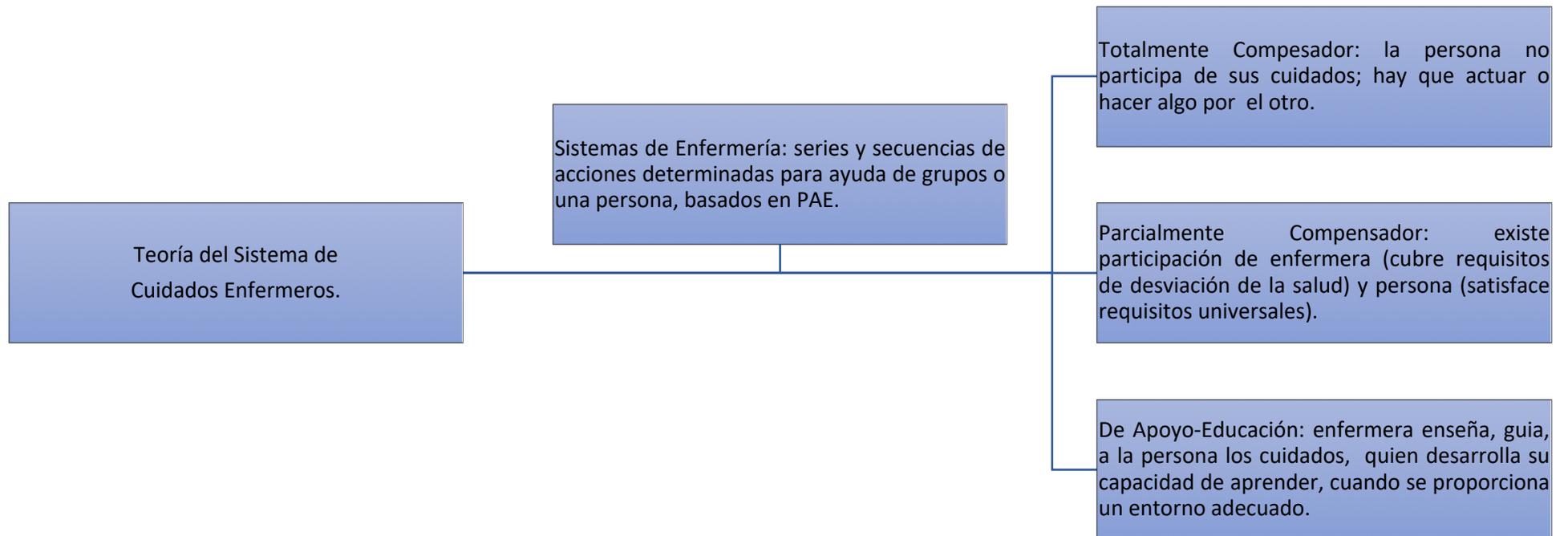
Cuadro3. Teoría del autocuidado. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367. Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solís Hidalgo.



Cuadro 4. Teoría del déficit de autocuidado. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367. Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solís Hidalgo.

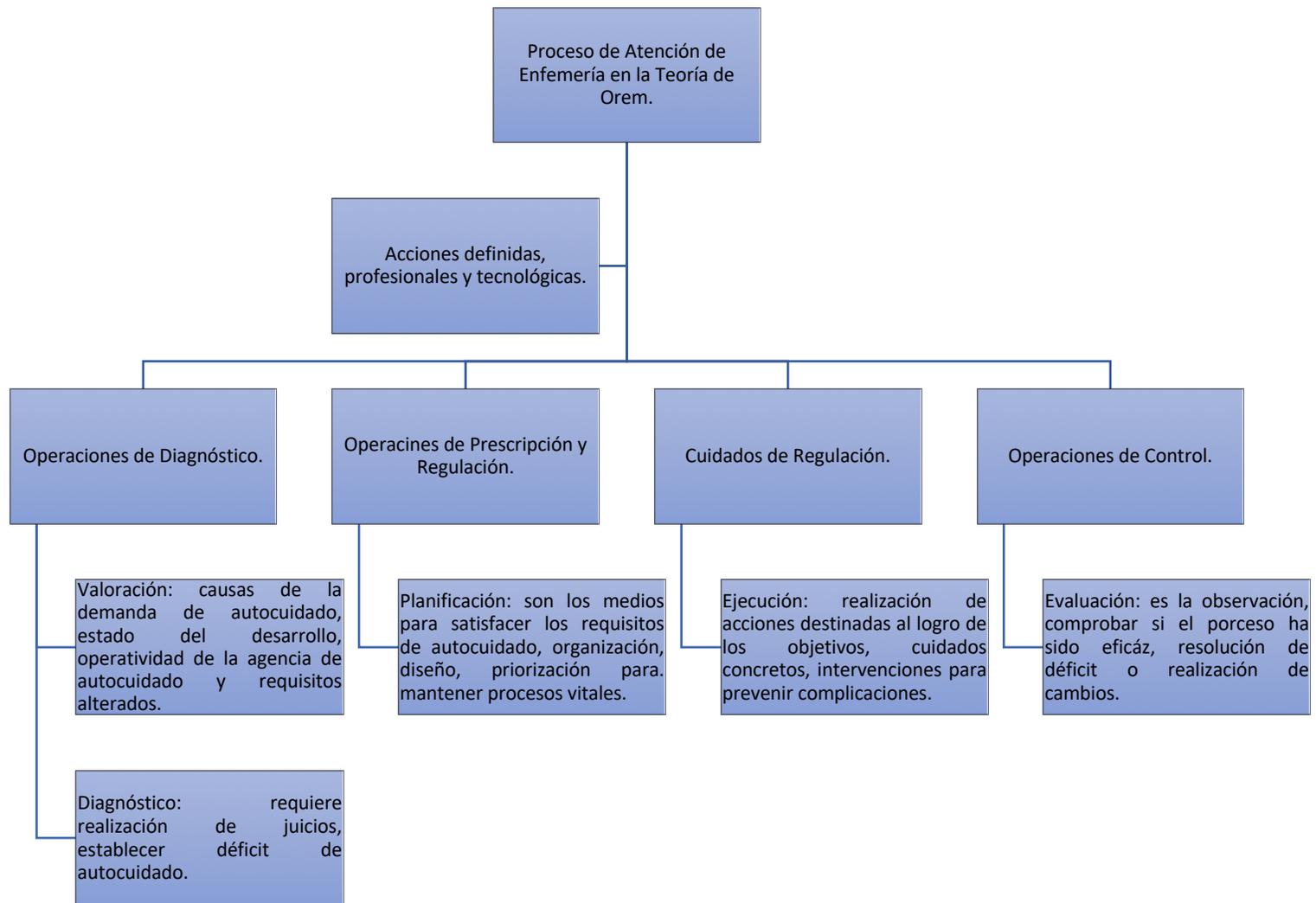


Cuadro 5. Agencia de Enfermería. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367 Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solís Hidalgo..



Cuadro 6. Teoría del Déficit de Autocuidado. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367

Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solís Hidalgo.



Cuadro 7. Proceso de Atención de Enfermería. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367. Elaboró: L.E.O. Cristina Giselle Solís Hidalgo.

4.5. Consideraciones éticas.

Las fuentes principales de orientación ética sobre la realización de investigaciones clínicas han sido el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS, por las siglas en inglés). ⁽⁶⁾

El modelo contiene los siguientes aspectos: ⁽⁶⁾

1. Valor social y científico. La investigación plantea una intervención que conduzca a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata.
2. Validez científica. La investigación contiene lenguaje cuidadoso. Un marco teórico suficiente basado en fuentes documentales y de información.
3. Selección equitativa de sujetos. La selección de los sujetos del estudio debe asegurar que estos son escogidos por razones relacionadas con las interrogantes científicas.
4. Proporción favorable de riesgo beneficio. Este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia, por largo tiempo reconocidos como los principios fundamentales en la investigación clínica.
5. Condiciones de diálogo auténtico. Es el espacio en el que los ciudadanos deliberan sobre sus asuntos comunes, por lo que se trata de un espacio institucionalizado de interacción discursiva.
6. Evaluación independiente. La evaluación independiente del cumplimiento con los requisitos éticos da a la sociedad un grado mayor de seguridad que las personas-sujetos serán tratadas éticamente y no como medios u objetos. Debido al latente conflicto de intereses.

7. Consentimiento informado. La finalidad del consentimiento informado es asegurar que los individuos participan en la investigación propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos.

8. Respeto a los sujetos inscritos. Implica el derecho de los sujetos a cambiar de opinión, reserva al manejo de la información, bienestar del sujeto durante la investigación.

❖ Código de ética.

Esta basado en conceptos básicos para su desarrollo:

- Ética: Estudio filosófico de la moral, dicta normas para determinar lo correcto y lo erróneo para formarse juicios sobre que debería hacerse y en benéfico de quién. (7)
- Moral: Considerada como conjunto de comportamientos y normas, que algunos solemos aceptar como válidos porque son los deberes y obligaciones de la sociedad. (7)
- Valores: Definen los ideales de la profesión, ejemplo: la paz, el amor, la racionalidad, la justicia, la bondad y la libertad. (7)
- Normas: Orientan el comportamiento para una forma más precisa de actuar. (7)
- Humanismo: Es la cualidad de reconocer la capacidad humana, implica la disposición de dar, de conducirse y de actuar, así como de renunciar a todo aquello que pueda hacer y hacerle daño. (7)
- Persona: Ser humano único y complejo, que posee una especial dignidad que la hace fin en si misma, y no debe ser utilizada como medio, ni reducida a instrumento, por consiguiente tiene la libertad de decidir y de autodeterminarse. (7)

❖ Declaración de principios.

1. Valor fundamental de la vida humana: se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano, o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control. ⁽⁸⁾
2. Beneficencia y no maleficencia: se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar o no infringir daño o maldad a nada. ⁽⁸⁾
3. Terapéutico de totalidad: a nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo tiene un valor, y está ordenado por el bien de todo el cuerpo, y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección. ⁽⁸⁾
4. Doble efecto: orienta al razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. ⁽⁸⁾
5. Justicia: satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. ⁽⁸⁾
6. Autonomía: respetar a las personas como individuos libres, y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. ⁽⁸⁾
7. Confiabilidad: el personal de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad, al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión, y ofrecer servicios o ayuda a las personas. ⁽⁸⁾

8. Solidaridad: Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de unas raíces, unos medios y unos fines comunes de los seres humanos entre sí. (8)
9. Tolerancia: respetar a las personas con sus diferencias, sin hacerse cómplice de sus errores en sus decisiones y actuaciones. (8)
10. Privacidad: el fundamento de este principio es la intimidad, consiste en no divulgar, ni permitir que se conozca la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida, la salud, la enfermedad y las causas de la muerte de quienes de algún modo se relacionen con el ejercicio profesional. (8)
11. Veracidad: es la obligación de decir la verdad y no mentir o engañar a otro.
12. Fidelidad: es la obligación de cumplir con los compromisos que recaen generalmente, en el ámbito de la relación entre la persona sujeto del cuidado y la enfermera, tales como, el cumplimiento de promesas y el mantenimiento de la confidencialidad. (8)

❖ Código de Ética para enfermeras y enfermeros de México. (9)

- Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
- Mantener una relación estrictamente profesional con las personas a quienes atiende, sin distinción de raza, clase social, creencias religiosas y políticas.
- Asumir su responsabilidad como miembros del equipo de salud, enfocando sus cuidados hacia la conservación de la salud y la prevención del daño.
- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a daños a terceros.
- Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas sujetos de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- Evitar la competencia desleal y compartir con sus colegas, experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
- Asumir la responsabilidad de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
- Fomentar la participación y el espíritu de grupo para logra los fines profesional.

❖ Consentimiento Informado. (9)

Es la facultad del enfermo válidamente informado y libre de coacción, para aceptar o no la atención médica que se le ofrezca o la participación en proyectos de investigación que se le propongan; en el se establecen:

- Derecho a conocer la reglamentación y normatividad de los establecimientos de salud y en particular de los hospitales donde va a recibir atención, aplicables a su conducta como paciente. Si no lo sabe debe ser informado, acerca de quien es el médico responsable de su atención.
- Ser informado con veracidad, claridad, suficiencia y objetividad, de todo lo relativo al proceso de su atención y particularmente lo relacionado con el programa de estudio y tratamiento, con el diagnóstico presuncional o definitivo o el pronóstico de su padecimiento. El médico debe verificar que el paciente haya comprendido la información que se le proporcionó.
- Que previamente a la realización de cualquier procedimiento o tratamiento, se le informe sobre el mismo, incluyendo los beneficios que se espera lograr, las molestias que le ocasionar; los riesgos significativos asociados, posibilidad de complicaciones y consecuencias adversas, así como la duración de las discapacidades que pudieran ocurrir.
- Conocer las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de su enfermedad. Ser asesorado y que se le otorgue más información cuando la solicite.
- Conocer los riesgos de tipo físico, emocional o de otra índole, así como y los beneficios esperados, de los proyectos de investigación en que se le proponga participar. Que se de respuesta a sus preguntas y se aclaren sus dudas.

- La información es parte de una relación médico paciente estrecha con comunicación abierta en ambos sentidos, de confianza y cooperación mutuas, en busca de un propósito común, el beneficio del paciente.
- Opción de elegir libremente a su médico y a solicitar y que se le conceda su cambio cuando lo considere necesario, excepto en los casos de urgencia.
- Otorgar su consentimiento o disentimiento en forma libre, responsable y sin coacción, en relación a los procedimientos diagnósticos o los tratamiento propuestos, en la medida en que la legislación vigente lo permita, luego de haber sido convenientemente informado inclusive de las consecuencias de esta negativa.
- Aceptar o rechazar los procedimientos propuestos que le ocasionen dolor, sufrimiento, que afecten la calidad de su vida o su dignidad.
- No ser sometido a riesgos. Cuando el riesgo sea importante, si es posible, ofrecer al paciente más de una opción y solicitarle su consentimiento en forma implícita o explícita, oral o escrita; después de haberse cerciorado que el paciente comprendió la información recibida, incluyendo recomendaciones, debiendo dar su aceptación en forma libre y sin coacción. Si no le quedó claro, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias, antes de autorizar o no.
- Preservar la calidad de su vida. No sufrir inútilmente, evitar la obstinación terapéutica y el encarnizamiento.
- En caso de requerirse traslado a otra unidad médica, solo se haría después de que el paciente hubiera otorgado su consentimiento.

- A aceptar o rechazar su participación en estudios de investigación, quedando implícito que aun cuando hubiera habido aceptación previa y sin ningún tipo de coacción, pueda retirar su consentimiento en cualquier momento.
- La negativa a participar en un proyecto de investigación, no debe afectar la relación médico paciente.

Es un compromiso ineludible del médico, evitar proponer al paciente cualquier procedimiento en el cual el riesgo inherente, sea mayor que el beneficio esperado; sin haberlo explicado claramente al paciente o familiar responsable, asegurarse de su plena comprensión, sin presiones y con libertad absoluta de decisión, para otorgar o no su consentimiento. El médico deber alentar al paciente a tomar su decisión con libertad, si es posible ofrecerle más de una opción. El consentimiento informado permite evitar algunas coacciones y define la responsabilidad profesional, no obstante tiene riesgos e inconvenientes. (9)

4.6. Riesgos y daños a la salud: alteración de la mecánica de la succión - deglución.

Los recién nacidos se alimentan a través de un proceso denominado succión nutritiva. Esta se lleva a cabo al seno materno o con biberón. La succión nutritiva esta integrada por 3 fases⁽¹⁰⁾:

- ❖ Expresión/Succión.
- ❖ Deglución.
- ❖ Respiración.

También incluye movimientos mandibulares y de la lengua para generar presiones necesarias de extracción y succión de la leche. En los últimos meses del desarrollo embrionario el feto desarrolla los reflejos necesarios para lograr una succión efectiva, lo cual le permite asegurar una ingesta suficiente de alimento de forma segura. Puede llevarse a cabo de dos maneras según la forma en como se ofrezca el alimento: la alimentación al seno materno y la alimentación con biberón. ⁽¹⁰⁾

- Aspectos anatómicos involucrados en la succión nutritiva.

Durante la etapa de recién nacido, el recién nacido tiene una relación cabeza y cuerpo de 1 a 5 , esto sumando a su inmadurez neurológica, provocan poco control de cuello y tronco, por lo que necesita ayuda para lograr la posición inclinada, lo que facilita la alimentación segura. La relación nariz-boca es de una cuarta parte con respecto al resto de la cara y la mandíbula es proporcionalmente más corta. Esto ayuda a prevenir el paso de alimento a las vías aéreas. La cavidad oral es proporcionalmente más pequeña para controlar el volumen de ingesta de leche y facilitar el envío del bolo en una dirección posterior. La lengua es mas grande lo que permite el movimiento hacia arriba y hacia abajo durante la succión creando una onda de propulsión hacia atrás, lo que desplaza la leche hacia la orofaringe. La laringe, es corta y se desplaza hacia delante, en dirección a la epiglotis por el movimiento ascendente de la lengua, provocando un cierre completo de la glotis. ⁽¹¹⁾

- Fisiología de la succión nutritiva.

Las tres fases de la alimentación nutritiva se relacionan entre sí. Con la expresión/succión el neonato extrae la leche hacia la cavidad oral, donde se forma el bolo, a través de la deglución, pasa a la vía digestiva sin pasarse por las vías respiratorias, por lo tanto deben coordinarse. La succión eficaz depende de una adecuada integración y sincronización de los labios, mejillas, lengua y paladar para la formación del bolo, su propulsión hacia la parte posterior de la cavidad oral para su deglución, al mismo tiempo debe haber una coordinación con la respiración para mantener el proceso aeróbico. El proceso necesita ser rítmico y continuo para asegurar una ingesta suficiente de alimento y cubrir sus demandas metabólicas con el menor gasto energético. (12)

En la primera fase del proceso: la succión, inicia con la compresión del pezón de la mama o el chupón del biberón. La compresión se logra por la contracción del músculo periorbicular de los labios del niño aunado a la mordida de sus encías por el movimiento de la mandíbula en sentido anterosuperior. Esta compresión genera una presión positiva (30-60 cm H₂O) sobre el pezón o chupón y causa la expresión inicial de flujo lácteo hacia la boca del menor. En ambos tipos de succión es fundamental que el lactante forme un sello bucal hermético para evitar la fuga de la leche a través de sus comisuras bucales y perder volúmenes, causando una succión nutritiva ineficiente. (13)

En la segunda fase de la expresión/succión, se genera una presión negativa: la retracción de la mandíbula que baja por contracción de los músculos suprahioides, acompañada de un movimiento de la lengua hacia atrás. En la alimentación al seno materno la lengua forma un surco medio longitudinal con dos bordes periféricos y una fosa central, en un movimiento parecido a la ordeña, mientras que en la succión con biberón los movimientos de la lengua se asemejan a un pistón con movimientos alternos de la punta y de la base. (14)

La fase de la deglución corresponde al paso del bolo de la cavidad oral al esófago. El alimento se impulsa por una onda peristáltica hacia la faringe, la cual se mueve hacia adelante y se eleva, acercándose a la parte inferior de la lengua.

Los abductores laríngeos se contraen y el esfínter cricoesofágico se relaja. La contracción del constrictor superior de la faringe favorece la elevación del velo del paladar que ocluye las vías aéreas superiores, mientras que la lengua empuja el bolo hacia la hipofaringe. En ese momento la respiración se inhibe presentándose una pausa o apnea de deglución. ⁽¹⁵⁾

Los neonatos presentan estos patrones:

- Inspirar–deglutir (pausa)–expirar [IDE] - (tipo I)
- Espirar–deglutir–inspirar [EDI] - (tipo I)
- Inspirar–deglutir–inspirar [IDI] - (tipo II)
- Espirar–deglutir–expirar [EDE] - (tipo II)
- Deglución durante apnea (tipo III)

La secuencia es de 1 a 1. Un niño de término al nacer muestra un patrón de expresión/succión caracterizado por conjuntos de 20 a 30 succiones seguidas por pausas de 2 a 15 segundos. Los movimientos de expresión/succión se suceden a una velocidad de una a dos por segundo, lo que se traduce en una frecuencia promedio de 55 succiones por minuto. ⁽¹⁶⁾

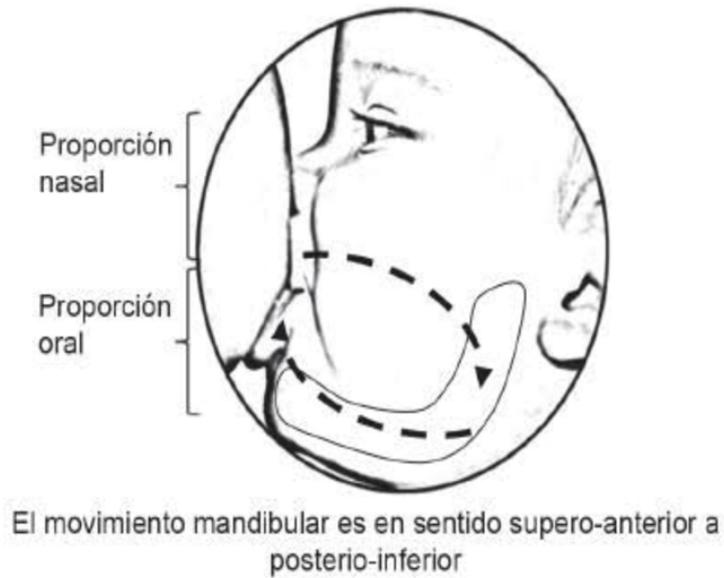


Figura 1. Succión nutritiva del recién nacido. Guido Campuzano M, Ibarra Reyes M, Mateos Ortiz C, Mendoza Vázquez N. Eficacia de la Succión No Nutritiva en Recién Nacidos Pretermino. Perinatología y Reproducción Humana. 2012;26(3):198 - 207.

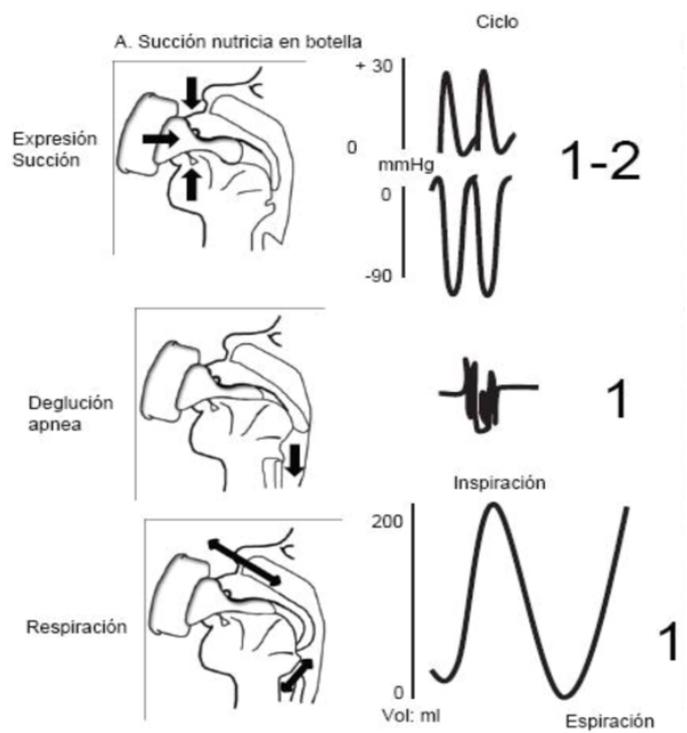


Figura 2. Fases de la succión del recién nacido. Guido Campuzano M, Ibarra Reyes M, Mateos Ortiz C, Mendoza Vázquez N. Eficacia de la Succión No Nutritiva en Recién Nacidos Pretermino. Perinatología y Reproducción Humana. 2012;26(3):198 - 207.

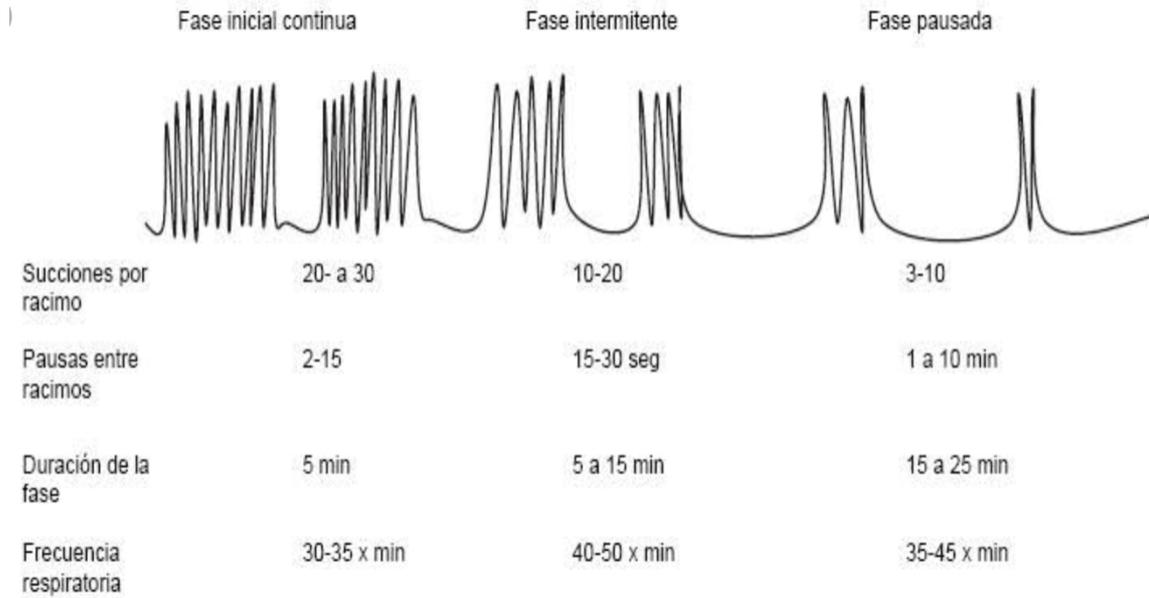


Figura 3. Ciclo de Succión del Recién Nacido. Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. 2018.

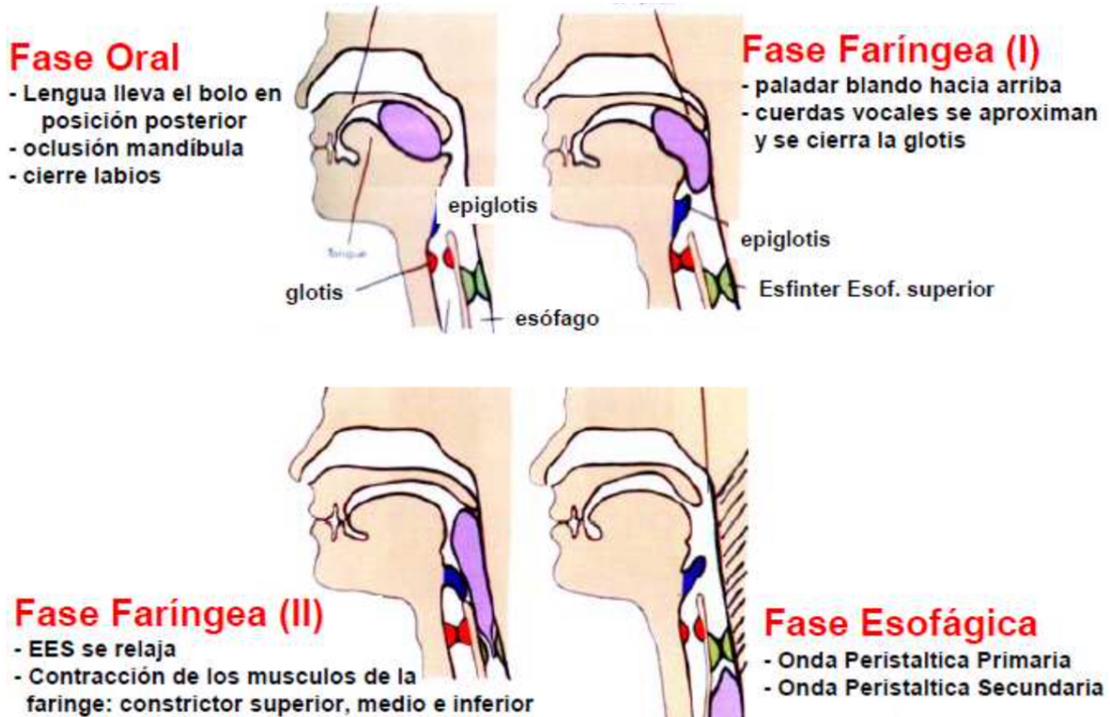


Figura 4. Anatomía de la Succión del Recién Nacido. Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. 2018.

- Criterios para determinar si una succión nutritiva es efectiva.

El alimento pasa de la cavidad oral hacia la vía digestiva, sin causar daño a las vías respiratorias. (Escala de Evaluación Oral Motora en los Neonatos (NOMAS), SAIB (Systematic Assessment of the Infant at the Breast), o LATCH (Breastfeeding charting system and documentation tool). Su objetivo es evaluar, por observación, los movimientos de succión y la deglución. (17)

Los síntomas más comunes de una succión – deglución no eficaz pueden ser respiratorios, digestivos, neurológicos, por ejemplo:

- a) Durante la expresión/succión existe falta de inicio de la succión, problemas para sujetar el pezón o chupón, formación deficiente del sello labial, salida de líquido por las comisuras labiales, excesiva protrusión lingual.
- b) Durante la deglución existe ahogamiento, arqueos, náusea, vómito, tos, regurgitación nasal de la leche y ruido laríngeo.
- c) Alteraciones de la frecuencia respiratoria, periodos de apnea, cianosis y trastornos del ritmo cardíaco.
- d) Mecanismos de defensa del recién nacido para conservar su integridad: escupir el pezón o chupón, girar la cabeza, llanto, morder, fatiga, pausas prolongadas.

Por lo tanto la succión nutritiva es normal y eficiente cuando el neonato obtiene su alimento (leche) en un proceso rítmico entre la succión, la respiración y la deglución, sin que haya señales de asfixia o de atragantamiento y con un volumen que asegure una ingesta calórica suficiente para sus demandas metabólicas. (18)

Aproximadamente a los 26 días de vida fetal, el sistema respiratorio y la deglución inician su desarrollo. La deglución se ha observado tempranamente, como a las 12 a 14 SDG; sin embargo, una respuesta de succión puede ser provocada tan temprano como a las 13 SDG con una acción tan simple como el tocar los labios. Por otro lado, la succión real, definida como: movimientos posterior-anterior de la lengua, en la cual el movimiento posterior es dominante, inicia entre las 18 a 24 SDG, y de las 26 a 29 hay una maduración no significativa de la succión; pero para las 34 SDG muchos recién nacidos sanos pueden succionar y deglutir lo suficientemente bien para mantener cubiertas sus necesidades nutrimentales por la vía oral. (19)

Estadios Primarios de Succión No Nutritiva y Succión Nutritiva	
Estadio 1A	El patrón de succión consiste de expresión arrítmica sin succión.
Estadio 1B	Succión con tendencia a generar succión y expresión.
Estadio 2A	Transición a expresión rítmica y aparición de succión arrítmica.
Estadio 2B	Inicia o aparece el patrón alterno de succión/expresión. La ritmicidad aun no esta establecida.
Estadio 3A	La succión aún consiste de expresión rítmica sin succión.
Estadio 3B	Es más rítmico con el patrón de succión/expresión con mayor intensidad de la succión y amplitud de succión mas fuerte.
Estadio 4	Emerge la succión rítmica.
Estadio 5	Mayor amplitud de succión y duración mas larga.

Cuadro 8. Estadios primarios de succión no nutritiva y succión nutritiva. Guido Campuzano M, Ibarra Reyes M, Mateos Ortiz C, Mendoza Vázquez N. Eficacia de la Succión No Nutritiva en Recién Nacidos Pretermino. Perinatología y Reproducción Humana. 2012;26(3):198 - 207.

- El prematuro tardío y la alimentación.

Los prematuros tardíos son los nacidos a una edad gestacional entre las semanas 34 y 36.6. Tienen tasas de morbilidad y mortalidad más altas que los recién nacidos a término por su relativa inmadurez fisiológica y metabólica, aunque a veces tengan el mismo peso que algunos niños a término. (20)

- Dificultades de alimentación.

La lactancia materna es la alimentación óptima para estos niños, por los beneficios que tiene para madre e hijo. Sin embargo, a menudo requieren apoyo y monitorización adicional en comparación con los recién nacidos a término, debido a la inmadurez de la coordinación oro-bucal y de los mecanismos de succión-deglución de estos bebés. Los problemas para establecer una buena alimentación parecen ser el factor que más contribuye al riesgo aumentado de reingreso por deshidratación que sufren estos pacientes.

El proceso mediante el cual un recién nacido o lactante obtiene su alimento se denomina succión nutritiva y se lleva a cabo ya sea al seno materno o por medio de biberón. Está integrada por tres fases: expresión/ succión, deglución y respiración.

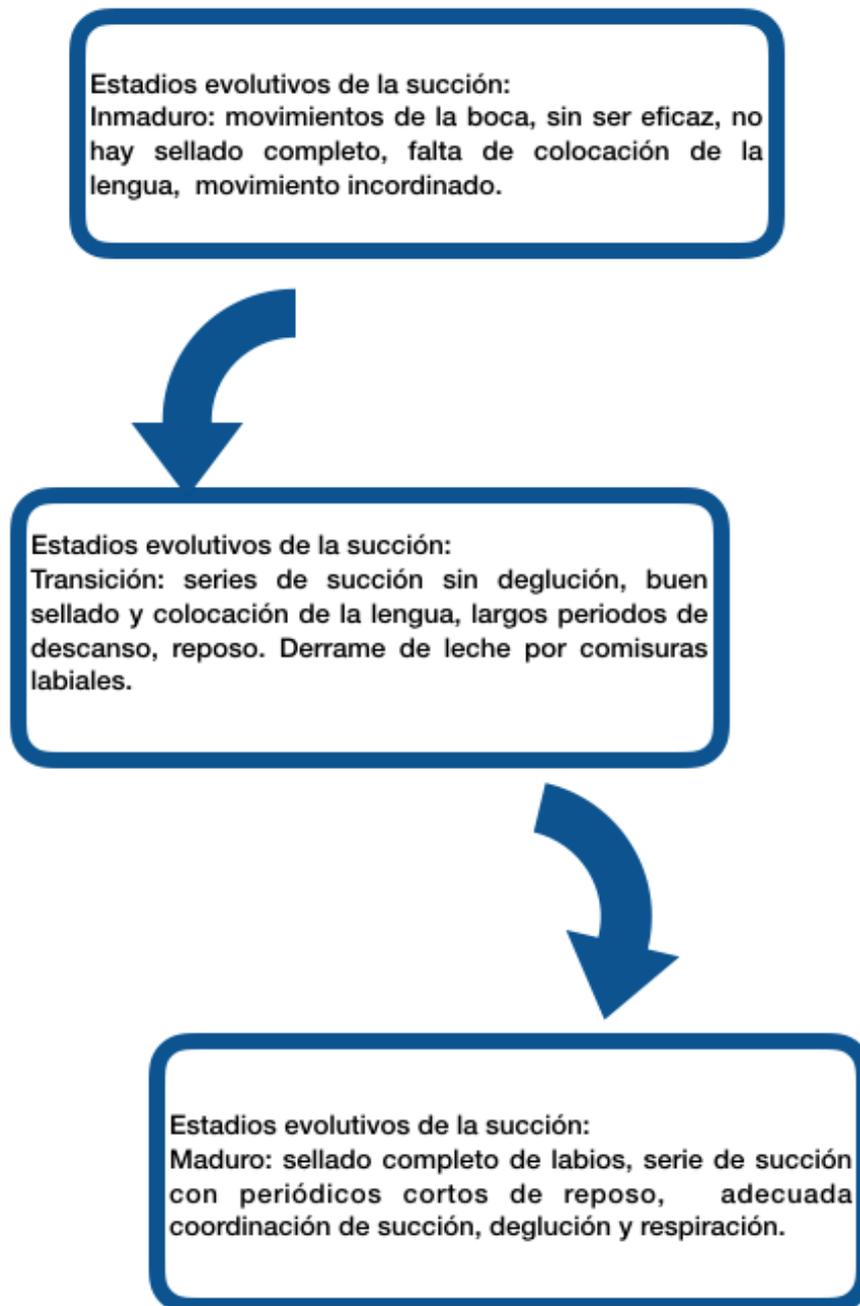
Fisiología de la Succión

La coordinación de las dos primeras permite obtener un volumen adecuado de alimento y dirigirlo a la vía digestiva, sin el riesgo de que pase a las vías aéreas. La secuencia en que se dan estas fases varía con respecto a la edad del niño.

En condiciones normales la succión nutritiva es un proceso aeróbico que se logra con los movimientos mandibulares y de la lengua, los cuales son capaces de generar las presiones necesarias de extracción y succión de la leche de un reservorio.

De esta forma, la falta de coordinación de estas fases explica los cambios en el ritmo de la succión, así como la aparición de signos clínicos anormales, como el bajo consumo del alimento, el atragantamiento, la regurgitación, el vómito o algunas alteraciones respiratorias.

Cuadro 9. Fisiología de la succión. La Orden Izquierdo E, Salcedo Lobato E, Cuadrado Perez I, Herráez Sánchez M, Caballinas Vilaplana L. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Hospital Universitario Infanta Elena, Nutrición Hospitalaria. 2012;:1120 – 1126.



Cuadro 10. Estadios Evolutivos de la Succión. La Orden Izquierdo E, Salcedo Lobato E, Cuadrado Perez I, Herráez Sánchez M, Caballinas Vilaplana L. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Hospital Universitario Infanta Elena, Nutrición Hospitalaria. 2012;:1120 – 1126. (3)

Anticipatoria	Ocurre antes de que el alimento ingrese a la cavidad oral.	Comienza cuando el niño comunica su deseo de comer.	Ninguna.	Centros para hambre y saciedad. Olfato, visión, gusto y tacto.	Variable, dependiendo del tiempo empleado para analizar el alimento.	Voluntaria/ involuntaria	Medicamentos que modifican el apetito, así como el estado emocional del niño.	Regular la cantidad y duración de la comida.
Preparatoria oral	Inicia con la llegada del alimento a la cavidad oral.	Preparación de alimento con la masticación y la saliva.	Cavidad oral.	Pares craneales V, VII y XII.	Variable, dependiendo del tiempo empleado para saborear el alimento.	Voluntaria.	Gusto, tacto, temperatura y propiocepción determina la masticación.	Movimientos de la lengua para mojar los alimentos con la saliva.
Oral	Ocurre la propulsión del alimento hacia la región posterior de la cavidad oral.	La lengua lleva el alimento contra el paladar duro, hacia los pilares anteriores.	Cavidad oral.	Pares craneales V, IX, X, XII.	Generalmente corresponde a un segundo, dependiendo de la viscosidad del alimento.	Voluntaria.	Adecuado sellamiento labial y la tensión de los carrillos para evitar la pérdida del alimento fuera de la lengua.	Se forma un bolo alimentario cohesivo que se sostiene en la lengua.
Faríngea	Ocurre el reflejo de la deglución, de forma rápida.	Movimientos para llevar el alimento hasta el esófago, con la relajación del esfínter esofágico superior.	Faringe y laringe, además de la acción de 29 pares de músculos.	Pares craneales V, IX, X, XII.	Generalmente corresponde a un segundo.	Involuntaria.	Si el reflejo no se desencadena adecuadamente, el bolo alimentario puede caer a la vallécula, senos piriformes o en la vía aérea.	El paladar bando se eleva para evitar la regurgitación nasal del alimento.
Esófagica	Transita el alimento por el esfínter esofágico o superior.	Llevar el bolo alimenticio hasta el esfínter esofágico inferior.	Esófago.	Pares craneales X y estímulos vágales.	Generalmente varía entre 8 y 20 segundos.	Involuntaria.	Cualquier alteración en el estómago puede resultar en rechazo de la alimentación.	La respiración se reanuda de forma normal.

Cuadro 11. Fases de la Deglución. Modificada de: Logemann J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2.ª edición. Texas: Proed; 1998. Suescun Vargas J, Pinzon Salamanca J, Bruges Boude A. Trastorno de la Deglución y su Abordaje en Pediatría. CCAP. 2015;15(3):6 - 15

Escala de Evaluación de la Succión Nutricia				
Ítems	Observaciones			
1. Forma y mantiene un sello con los labios sobre la tetilla.	Nunca. (1)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (2)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (3)	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (4)
2. Mantiene el movimiento de succión, labio y mandíbula durante la alimentación.	Nunca. (1)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (2)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (3)	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (4)
3. Escupe o rechaza la tetilla o mamila del biberón.	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (1)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)
4. Saca la leche o vómito por las comisuras labiales.	Siempre: o en todos los movimientos de succión. (1)	Frecuentemente: o mas de 3 veces sin ser todo el tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)
5. Presenta eventos de tos.	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (1)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)
6. Muestra datos de atragantamiento, arqueos o náuseas.	Siempre: o en cada succión. (1)	Frecuentemente: o mas de 3 veces sin ser todo el tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)
7. Muestra fatiga (pausas mayores de quince segundos).	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (1)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)
8. Saca la leche por una o ambas narinas.	Siempre. (1)	Frecuentemente: o mas de 3 veces sin ser todo el tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos de tres veces. (3)	Nunca. (4)
9. Llora.	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (1)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)
10. Presenta cianosis.	Siempre: o mas del 90% del tiempo. (1)	Frecuentemente: del 50 al 90% del tiempo. (2)	Ocasionalmente: menos del 50% del tiempo. (3)	Nunca. (4)

Cuadro 12. Escala de evaluación de la succión nutricia. Revista Médica del IMSS, 2015. Rendón-Macias M, Villasis-Keever M, Martínez-García M. Validación de una Escala de Clínica de la Succión Nutricia. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015;54(3):318 – 326.

❖ Interpretación de resultados.

- Los primeros 4 ítems están relacionados con el proceso de expresión/succión. Los siguientes 3 ítems están relacionados con la deglución. Los últimos 3 ítems están relacionados con la respiración. De esta se puede evaluar que fase del proceso esta alterada y proporcionar la terapia adecuada para mejorarla.
- La puntuación mas alta es de 40 puntos que reflejan una succión madura y efectiva.
- La puntuación mas baja es de 10 puntos que reflejan una succión inmadura e ineficaz.
- Si la puntuación esta entre 10 y 20 puntos se aconseja realizar ejercicios orofaciales intra y extraorales, previo a cada alimentación, ya sea por personal de enfermería y/o rehabilitación. Proporcionar alimentación por sonda orogastrica para cumplir los requerimientos nutricios del recién nacido, ademas de proporcionar succión no nutritiva con el fin de estimular el reflejo.
- Si la puntuación esta entre 21 y 30 puntos se aconseja el uso de un alimentador con el que se pueda regular el flujo de leche que cae en la cavidad oral del recién nacido, realizar ejercicios orofaciales intra y extraorales previo a cada alimentación, hacer partícipe a los padres para que aprendan a realizarlos. Se pueden alternan las tomas una por sonda y otra por succión para evitar la pérdida de peso por fatiga y mantener el aporte nutricio óptimo.
- Si la puntuación esta entre 31 y 40 puntos se pueden realizar ejercicios orofaciales intra y extraorales dos o 3 veces al día, puede iniciar la alimentación con biberón convencional, o técnica de vaso para establecer la alimentación directa del seno materno.

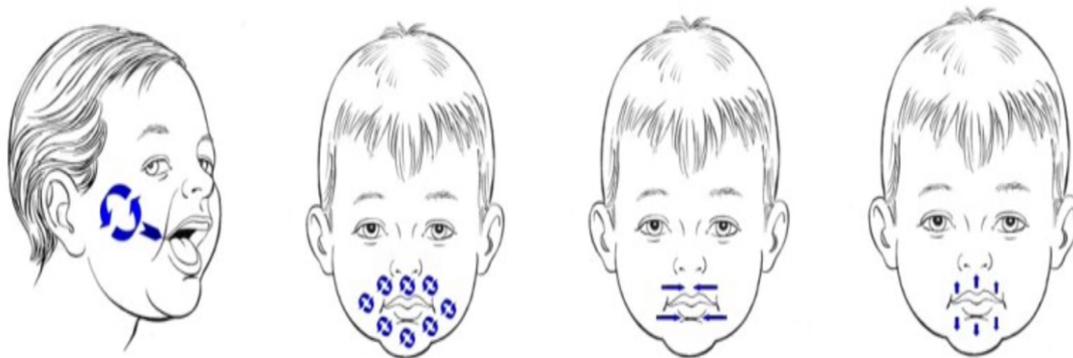


Figura 5. Ejercicios oromotores extraorales. Suescun Vargas J, Pinzon Salamanca J, Bruges Boude A. Trastorno de la Deglución y su Abordaje en Pediatría. CCAP. 2015;15(3):6 - 15.

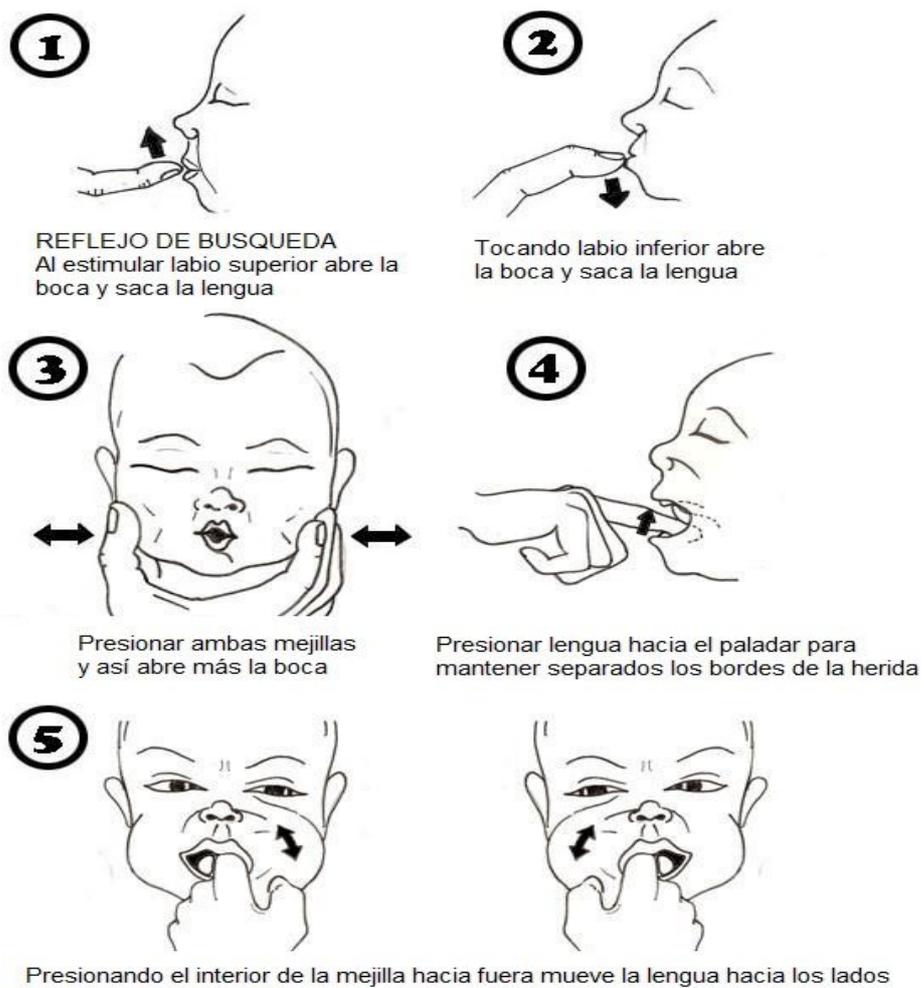


Figura 6. Ejercicios oromotores intraorales. Suescun Vargas J, Pinzon Salamanca J, Bruges Boude A. Trastorno de la Deglución y su Abordaje en Pediatría. CCAP. 2015;15(3):6 - 15.

V. Metodología.

Estrategias de investigación: estudio de caso.

La metodología utilizada en esta investigación es la cualitativa, caracterizada por tener un diseño flexible para la interpretación de resultados y para la población de estudio. Trata de integrar los conceptos de investigación social, y por su tendencia descriptiva establece relación entre los diversos conceptos, enfoques, sistemas y paradigmas.

Selección del caso y fuentes de información.

Se decide realizar el siguiente estudio de caso como parte del programa educativo que establece el posgrado de Enfermería del Neonato. Se elige a la persona de cuidado dentro del área de TIMiN del Instituto Nacional de Perinatología, previa autorización de los padres por medio de consentimiento informado.

Fecha de selección del 8 de octubre del 2018, se realiza valoración general por medio de la cédula el día 10 de octubre del 2018, se realizan 9 valoraciones focalizadas. Se formularán diagnósticos de enfermería y se prescribirá el tratamiento regulador mediante as fuentes de información consultadas son artículos de divulgación científica y libros especializados en el tema central de investigación del estudio de caso presentado. También se basa en la observación y análisis de información mediante el Proceso de Atención de Enfermería, basado en la teoría de Dorothea Orem.

No se brinda seguimiento al alta debido a que solo se permanece en el servicio de TIMiN por dos semanas, mamá no proporciona número telefónico para contacto.

5.1. Cronograma de actividades: gráfica de Gantt

Actividades	Inicio	Fin	Duración	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero	
				semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	semana 1	semana 2
Elección de persona de cuidado	08/10/18	10/10/18	2 días														
Firma de consentimiento informado	10/10/18	10/10/18	1 día														
Aplicación de cédula de valoración	10/10/18	10/10/18	1 día														
Valoración de enfermería	10/10/18	10/10/18	1 día														
Valoraciones focalizadas	10/10/18	19/10/18	9 días														
Esquema metodológico	22/10/18	22/10/18	1 día														
Aplicación de PAE	23/10/18	02/11/18	10 días														
Descripción genérica del caso	05/11/18	09/11/18	5 días														
Realización del marco teórico	12/11/18	16/11/18	5 días														
Realización de agradecimientos	19/11/18	19/11/18	1 día														
Realización de dedicatoria	19/11/18	19/11/18	1 día														
Realización de introducción	20/11/18	20/11/18	1 día														
Realización de objetivos	20/11/18	20/11/18	1 día														
Realización de la fundamentación	21/11/18	23/11/18	2 días														
Realización de la metodología	26/11/18	30/11/18	5 días														
Realización de conclusiones	26/11/18	30/11/18	5 días														
Correcciones de diseño	03/12/18	14/12/18	10 días														
Correcciones de ortografía	17/12/18	28/12/18	10 días														
Cambios para entrega final	31/12/18	11/01/19	10 días														

VI. Elección y descripción genérica del caso.

6.1. Ficha de identificación.

Unidad Hospitalaria: Instituto Nacional de Perinatología	
Servicio: TIMiN	Fecha de Elaboración: 09 de Octubre de 2018
Persona de Cuidado: Recién Nacida H. A. R.	Fecha / Hora de Nacimiento: 29 de Septiembre de 2018 / 06:22
Peso al Nacer: 2330 gr.	Días de estancia: 10
Edad gestacional: 36 SDG Edad Corregida: 37.3	Tipo de Parto: cesárea Embarazo Único
Fecha de Ingreso: 29 de Septiembre de 2018	Maniobras de Reanimación: Básicas
Grupo y RH: O +	Fuente de Información: Expediente Clínico / Mamá de la RN
Diagnóstico Actual : RNT, 37.3 SDG Corregidas, PBEG, Hija de Madre con Trombocitopenia, Alteración de la Mecánica de la Succión-Deglución	

6.2. Motivo de consulta.

Madre con antecedentes de Preeclampsia en su anterior embarazo y aborto previo, con síntomas de trombocitopenia, acude a consulta por embarazo de alto riesgo y para resolución del mismo.

6.3. Descripción del caso.

Se presenta en el siguiente estudio de caso a H. A. R. recién nacida de 37.3 semanas de gestación corregidas con alteración de la mecánica de succión y deglución. Se encuentra en el servicio de TIMiN por prematurez, peso bajo al nacimiento, desaturación durante la succión y necesidad de oxígeno por puntas nasales para su recuperación. Se encuentra con terapia de rehabilitación, ejercicios orofaciales intra y extraorales, apoyo para establecer lactancia materna efectiva, destete de oxígeno a tolerancia.

6.4. Factores básicos condicionantes.

❖ Factores descriptivos de la persona:

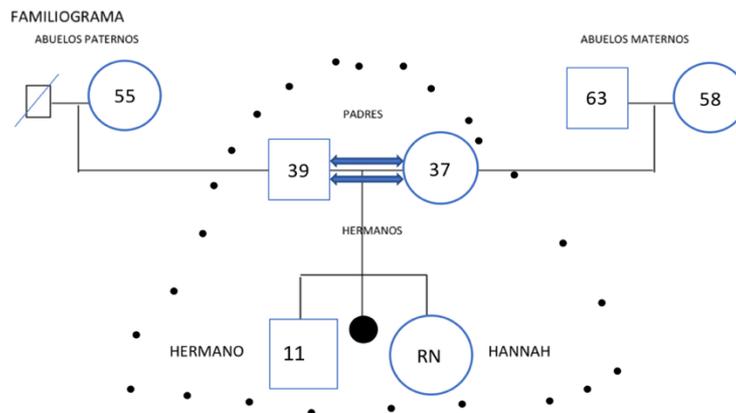
Neonato femenino: H.A.R., cursando su día 10 de vida extrauterina, en la Terapia Intermedia de Mínima Invasión (TIMiN) del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”. Se encuentra en la cuna 6. (Los datos obtenidos fueron recabados a través de la historia clínica y el interrogatorio a la madre).

❖ Estado de salud:

Reservado a evolución: con apoyo de oxígeno para la alimentación por alteración de la mecánica de la succión - deglución.

❖ Factores del sistema familiar:

Es la segunda hija de una familia nuclear; integrada por el padre de 39 años de edad, con bachillerato/preparatoria terminada, empleado del área de inventario de una empresa empacadora. La madre de 37 años de edad, con bachillerato/preparatoria terminada, dedicada al hogar. El hermano mayor de 11 años cursando el 5to año de primaria.



❖ Factores socioculturales y socioeconómicos:

Padres de religión católica, casados, residentes de la Ciudad de México, ambos con escolaridad básica concluida. Cuentan con seguro popular. Solo con el ingreso económico del papá, actualmente la mamá no trabaja.

❖ Patrón de vida:

Alimentación aparentemente buena en calidad y cantidad. Baño diario. Aseo dental dos veces al día. Refiere no haberse aplicado esquema de vacunación durante el embarazo.

❖ Disponibilidad y adecuación de los recursos:

Refiere tener vivienda propia, de concreto, con piso de cemento, en la que habitan 3 personas, con buena ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios.

❖ Factores ambientales:

Habita en zona urbanizada, en casa no cuenta con fauna nociva.

❖ Factores del sistema de salud:

Cuenta con seguro popular.

6.5. Requisitos de desviación de la salud.

❖ Antecedentes heredo-familiares y factor de riesgo.

Abuelos maternos con hipertensión arterial y diabetes. Abuelo parterno fallecido, abuela paterna viva, aparentemente sana. Niega toxicomanía.

❖ Antecedentes personales patológicos.

Sin transfusiones, intervenciones quirúrgicas, ni alergias hasta el momento.

❖ Antecedentes perinatales:

G. 3 P. 1 A. 1 C. 0

Peso al inicio del embarazo 63 kg. y al final 72kg. Refiere no haberse aplicado vacunas durante el embarazo.

Control prenatal desde el 1er trimestre de embarazo. Acude a 12 consultas. Se realiza 11 ultrasonidos, Consumo de multivitamínicos: hierro y ácido fólico. Parto inducido. Cursa con infección cervicovaginal: Cándida, tratada con óvulos de miconazol y nistatina.

❖ Factor de riesgo perinatal:

Mamá : E.M.A.R. Edad: 37 años. Peso 72 kg. Talla 150cm. Sin vacunas.

AHF: padres con diabetes e hipertensión controlados.

Otras enfermedades de importancia: negadas.

Antecedentes Obstétricos: 3 gestas, 1 aborto previo, 1 parto, 1 nacido vivo, con intervalo intergenésico de más de 2 años. Hijo con PAEG, sin malformaciones, no prematuro.

Sin factores de riesgo para la salud agregados a los antes mencionados.

Nivel Socioeconómico: Bajo.

❖ Antecedentes del neonato:

Al nacer, fue prematura tardía de 36 SDG por Capurro. Se coloca en cuna de calor radiante, se seco y se dio estimulación táctil, respondiendo de manera adecuada. Obtuvo un APGAR de 8 al primer minuto y a los 5 minutos de 9. SILVERMAN a los 10 minutos de 1. Pasó a cunero de transición, donde se proporciona alimentación con técnica de vaso, observando reflejo de succión - deglución débil con presencia de cianosis y desaturación por lo que se coloca oxígeno indirecto para su recuperación.

Peso: 2330 kg. Talla: 46 cm. PC: 33.5 cm. PT: 32 cm. PA: 27.5 cm.

PB: 10 cm. Pie: 7.5 cm. I.P. 2.3 (RCIU asimétrico).

Medicamentos: Vitamina K 1 mg. Cloranfenicol 2 gotas en cada ojo.

FC. 138 lpm. FR. 50 rpm. Temp. 37°C. Llenado capilar 2". T/A. 73/31 mm/hg
T/A media de 50 mmHg. Saturación 95%.

Semanas de Gestación por FUM 39, Capurro 37.1 (en sala) y se corrige a 36 SDG por Capurro a su ingreso en la TIMIN.

Clasificación del crecimiento intrauterino con según Jurado Garcia/Battaglia y Lubchenco: Pretermino, Pequeño Para la Edad Gestacional, por debajo de la percentil 10.

❖ Reanimación:

Pasos iniciales otorgados: Nace producto único vivo, femenino, por cesárea, el día 29 de septiembre del 2018, a las 6:22 horas. Con salida de líquido amniótico claro, se pinza cordón umbilical de inmediato, en menos de 30 segundos, el cual presenta 2 arterias y 1 vena. La colocan en cuna de calor radiante, realizan estímulo táctil mientras se seca y presenta llanto. Se realiza contacto precoz durante 1 hora. Medición de Apgar, Capurro, Oximetría de pulso, somatometría, y Silverman. Pasa a cunero de transición y se mantiene en vigilancia, al iniciar alimentación se observan reflejos débiles de succión y deglución, con desaturaciones requiriendo apoyo de oxígeno indirecto, por lo que se decide su ingreso a TIMiN (Terapia Intermedia de Mínima Invasión Neonatal) para seguir en observación.

Maniobras de reanimación avanzada no necesarias.

VII. Aplicación del proceso de atención de enfermería.

7.1. Exploración física.

Se observa neonato en estadio 1 de la escala de Brazelton: sueño profundo, coloración rosada, patrón respiratorio con simetría respiratoria, Silverman 0. Mantiene tono flexor. A la exploración física se palpa cráneo normocefalo, suturas sin alteraciones, fontanelas normotensas, anterior de 2.5 cm , posterior de 0.5cm. Sin presencia de lesiones asociadas a vía de nacimiento. Fascies simétricas al llanto, ojos con presencia de reflejo fotomotor, reflejo rojo y reflejo cocleopalpebral. Nariz con coanas permeables, boca con paladar blando y duro íntegros. Cuello simétrico, sin adenomegalias, clavículas simétricas e íntegras. Tórax simétrico, se ausculta adecuado murmullo vesicular bilateral, movimientos respiratorios de amplitud normal y ritmo regular, llenado capilar de 2 segundos, focos cardiacos de adecuada intensidad y tono, con ritmo regular, pulsos sincrónicos y homocrotos de amplitud normal y ritmo regular. Se observa abdomen simétrico, sin distensión, no se palpan adenomegalias, peristalsis audible; cordón umbilical con dos arterias y una vena, en hemostasia, en proceso de momificación. Genitales femeninos, de acuerdo a edad y sexo, labios mayores cubren a menores, presenta leucorrea, ano permeable. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones. Cadera con signos de Barlow y Ortolani negativos. Dermatitis de pañal en remisión. Columna simétrica sin foseas, ni manchas mongolicas, ni defectos de tubo neural. Piel con eritema tóxico en cara y tórax.

Neurológico, reflejos primarios: prension palmar, prension plantar, de moro de babinski, del tono asimétrico del cuello, y de marcha automática presentes. Tono activo: sostén cefalico presente. Reflejo de búsqueda ausente; reflejo de succión débil.

7.2. Valoración por requisitos universales.

FECHA: 9 de Octubre del 2018. HORA:12:00. LUGAR: Instituto Nacional de Perinatología. Servicio TIMiN, 4to Piso.

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

H.A.R. de 10 días de vida extrauterina, coloración rosada. Cuello y clavículas integras y simétricas. Tórax simétrico, a la auscultación ruidos adventicios tipo estertores, movimientos respiratorios normales, regulares; se aspiran abundantes secreciones blancas, fluidas. Llenado capilar de 2 segundos. Focos cardiacos de adecuada intensidad, con ritmo regular. Pulsos sincrónicos, de amplitud y ritmo normal en las 4 extremidades. En fase 1 de ventilación, a través de puntas nasales, FiO2 entre el 25% y el 30% según requiera, a 2 lxm SPO2 93% T/A 65/42 (54). FC de 138 lpm. FR 50 rpm.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Piel y mucosas hidratadas, fontanelas normotensas, anterior de 2.5x2 cm, posterior puntiforme. LVO 120ml/kg/día. Leche humana extraída, seno materno o sucedáneo de la leche materna 34 ml cada 3 horas con técnica de vaso, sonda orogastrica o relactor.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Peso actual de 2260kg. Talla 46cm. IP de 2.3 cm. (RCIU asimétrico) entre la percentil 10 y 25 (Jurado Garcia/Battaglia y Lubchenco).

Fácies simétricas al llanto. Boca con paladar blando y duro integro. Reflejos de búsqueda ausente, patrón de alimentación inmaduro. Abdomen simétrico, con cordón umbilical en proceso de momificación, a la auscultación peristalsis presente. Perímetro abdominal de 27/28 cm (pre y post prandial). Durante la lactancia materna, se observa LATCH de 6.

Crecimiento Ponderal (octubre del 2018)

Semana 1 (del 8 al 12)			Semana 2 (del 15 al 19)		
Día	Peso (g)	+/- (g)	Día	Peso (g)	+/- (g)
	2225		Lunes	2245	+65
Martes	2260	+35	Martes	2220	-25
Miércoles	2265	+5	Miércoles	2245	+25
Jueves	2220	-45	Jueves	2225	-20
Viernes	2180	-40	Viernes	2205	-20
Total		-45	Total		+25

Pérdida de peso en la primer semana de 9 g/kg/día.

Ganancia de peso en la segunda semana de 5 g/kg/día.

Sin recuperar su peso al nacimiento.

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

A la exploración física se observan genitales femeninos, labios mayores cubriendo a menores, meato central, ano permeable, con dermatitis de pañal en remisión. Se realizan cambios de pañal presentando micción (amarilla clara) y evacuación espontánea (amarilla grumosa).

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

Se mantiene en unidad de calor radiante, en fase 1 de la escala de Brazelton: sueño profundo. Postura con tono flexor, dentro de nido de contención. Adecuada iluminación, con ruido alto debido a las alarmas de monitor, equipo multidisciplinario que trabaja en la unidad y visita de familiares.

Temperatura adecuada. Extremidades superiores e inferiores sin alteraciones. Cadera con signos de Barlow y Otorlani negativos. Columna simétrica. Temperatura de 36.8°C

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

Permanece identificada con dos pulseras (mano derecha y pie izquierdo) además de la ficha de identificación por lo que el personal de salud la llama por su nombre. Recibe visita de sus padres durante el día (de las 11am a las 6pm). Cabeza normal, suturas sin alteraciones, ojos con reflejo fotomotor presente, pupilas isocóricas, normoreflexicas. Narinas permeables. Oídos con implantación normal. Reflejos de moro, babinski, prensión palmar y plantar presentes.

El personal médico y de enfermería son los responsables del cuidado y de capacitar a los padres durante la visita.

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

En la cuna radiante apagada, se encuentra con los barandajes altos, identificado, la ropa favorece la termorregulación. Se brindan cambios de posición y rotación de sensor de oximetría de pulso. Se realiza cambio de pañal previo a la alimentación, se realiza aseo genital con agua tibia y algodón aplicando pomada para rozadura (Bepanthen).

Sin lesiones asociadas al nacimiento. Se realizó tamiz neonatal el 2 de Octubre del 2018. Grupo y Rh O+. Hija de madre con trombocitopenia.

Cuenta con los siguientes estudios:

USG transfontanelar el 30 de septiembre del 2018. Resultado sin alteraciones.

Laboratorios del 1er día

Proteínas	5.8 g/L
Albúmina	3.5 g/L
Na	144 mEq/L
K	4 mEq/L
Cl	110 mEq/L
Calcio	8.9 mg/dL
Mg	2 mg/dL
Leucocitos	9.4 %
Neutrofilos	65.5 %
Linfocitos	12.6 %
Eosinofilos	5.4 %
Plaquetas	245 /mm ³
hematocrito	48.6 %
bilirrubina totales	7.9 mg/dL
B. Indirecta	7.9 mg/dL

Laboratorios 3er día

bilirrubina total	7.7 mg/dL
B. Indirecta	7.7 mg/dL
Na	140 mEq/L
K	4.3 mEq/L
Cl	104 mEq/L
Proteínas	6.3 g/L
albúmina	3.8 g/L

Laboratorios 5to día

perfil tiroideo	
T3	95.2 nmol/L
TSH	1.92 mUI/L
T4L	1.17 nmol/L

*Tomados por antecedente materno de trombocitopenia, en busca de que la recién nacida pueda desarrollar la enfermedad.

*Valoración por Rehabilitación y Estomatología con diagnóstico de alteración de la mecánica de succión y deglución.

*Pendiente valoración por neurología.

8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano.

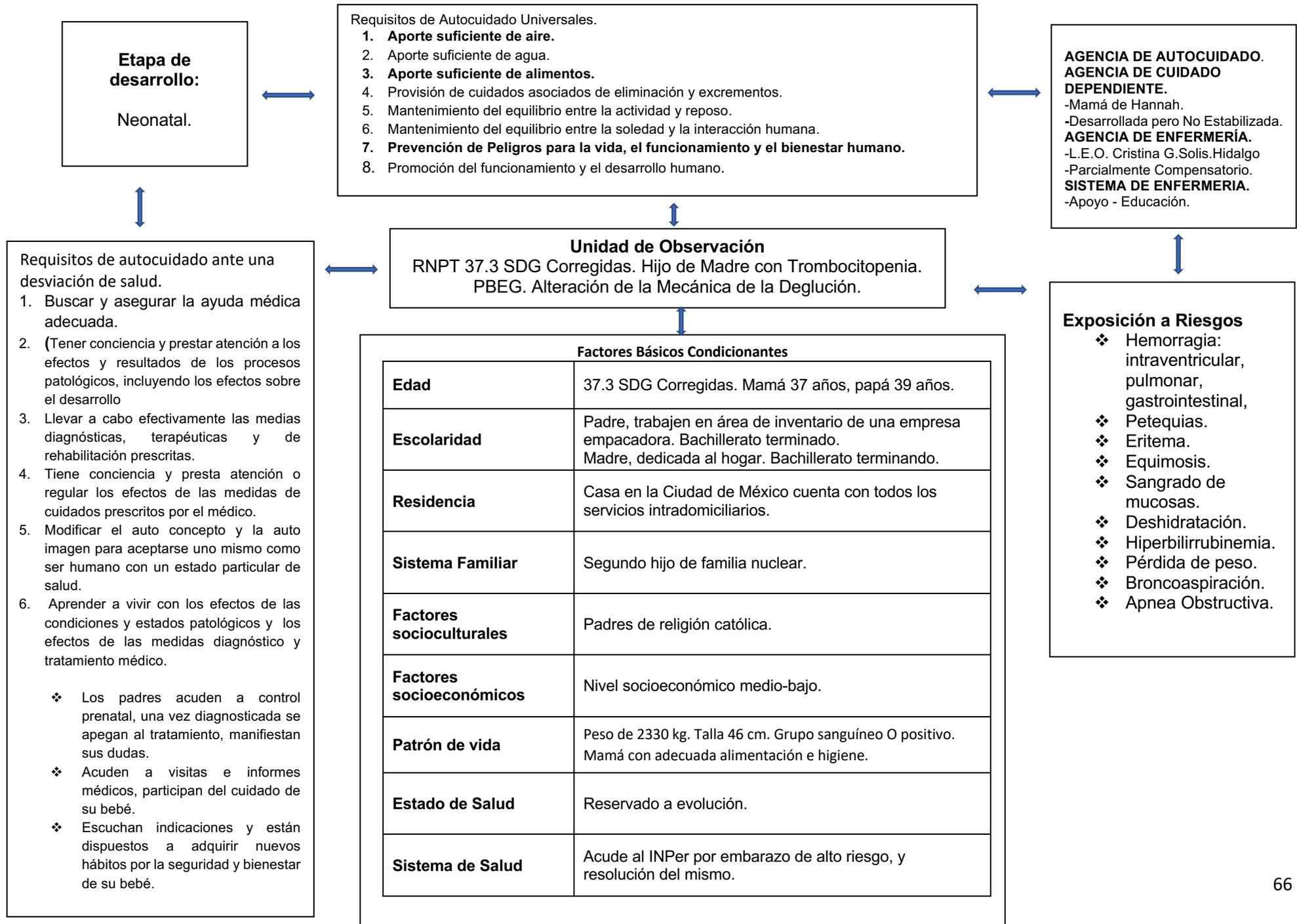
Neonato de 10 días de vida extrauterina, en unidad de calor radiante, eutermico, dentro de nido de contención, mantiene tono flexor. **Continua con apoyo de oxígeno por puntas nasales: FiO2 entre 25 y 30% con flujo a 2 litros por minuto.** Sin datos de dificultad respiratoria. Reflejos primarios: prension palmar, prension plantar, de moro de babinski, del tono asimétrico del cuello, y de marcha automática presentes. **Tono activo: Reflejo de búsqueda ausente, y patrón de succión inmaduro, con reflejo intermitente.** Con reacción al sonido, responde a la voz de sus padres, cuando llora se calma al brindarle contención o cagarlo, realiza técnica canguro con mamá o papá dos veces al día. Ultrasonido transfontanelar con resultado normal. Sin datos de infección. Se mantiene en ambiente favorable para neurodesarrollo. Interconsulta de neurología pendiente.

Se tomo primer tamiz metabólico el día 2 de Octubre del 2018.

Se tomo tamiz ampliado el 19 de octubre del 2018.

Aun no se aplican vacunas por no cumplir con el peso óptimo.

7.3. ESQUEMA METODOLÓGICO



7.4. Análisis y jerarquización de requisitos afectados.

(09 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Diagnóstico
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Obstrucción parcial de la vía aérea, r/c acúmulo de secreciones nasales y orales, m/p ruidos respiratorios adventicios: estertores gruesos bilaterales, desaturación de oxígeno hasta 78% y cianosis central.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	<p>Patrón de succión inmaduro, r/c falta de sellado completo de labios, m/p movimiento de succión, deglución, y respiración incordiando, necesidad de periodos de reposo y derrame de leche por comisuras durante la alimentación.</p> <p>Lactancia materna no establecida, r/c patrón de succión y deglución inmaduro del recién nacido y estrés materno, m/p LATCH 6 (agarre: 0, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comomdidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) y disminución de la lactopoyesis.</p>
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	<p>Riesgo de broncoaspiración, r/c patrón de succión-deglución – respiración inmaduro.</p> <p>Riesgo de adquirir infección nosocomial, r/c estancia hospitalaria prolongada.</p> <p>Probre ganancia de peso corporal, r/c alteración de la mecánica de succión-deglución, m/p pérdida ponderal de 45g por semana y ganancia ponderal máxima de 25g por semana.</p>

PLAN DE CUIDADOS

7.5. Valoraciones focalizadas.

(10 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Se apoya de oxígeno en fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 25% a 2 lpm. Se auscultan campos pulmonares con estertores gruesos. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, por nariz fluidas moderadas.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. A la alimentación con seno materno LATCH 6 (agarre: 0, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comomdidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1)
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(11 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Se apoya de oxígeno en fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 30% a 2 lpm. Se auscultan campos pulmonares con estertores gruesos. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, por nariz fluidas moderadas.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. Se decide a cambio de técnica y se usa jeringa. A la alimentación con seno materno LATCH 7 (agarre: 1, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comomdidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) Se realizan ejercicios oromotores: intraorales y extraorales.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(12 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Se apoya de oxígeno en fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 30% a 2 lpm. Se auscultan campos pulmonares con estertores gruesos. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, por nariz fluidas moderadas.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. Se decide a cambio de técnica y se usa jeringa. A la alimentación con seno materno LATCH 7 (agarre: 1, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comomdidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) Se realizan ejercicios oromotores: intraorales y extraorales.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(15 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Se apoya de oxígeno en fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 25% a 2 lpm. Se auscultan campos pulmonares con estertores gruesos. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, no es necesario aspiración por nariz.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. Se decide a cambio de técnica y se usa jeringa. A la alimentación con seno materno, se valora escala de LATCH con un puntaje de 7. (agarre: 1, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comomdidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) Se realizan ejercicios oromotores: intraorales y extraorales.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(16 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Se apoya de oxígeno en fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 23% a 2 lpm. Se auscultan campos pulmonares con estertores gruesos. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, no es necesario aspiración por nariz.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. Se decide a cambio de técnica y se usa jeringa. A la alimentación con seno materno, se valora escala de LATCH con un puntaje de 7 (agarre: 1, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comodidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) Se realizan ejercicios oromotores: intraorales y extraorales.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(17 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Diagnóstico
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Obstrucción parcial de la vía aérea, r/c acúmulo de secreciones nasales y orales, m/p ruidos respiratorios adventicios: estertores gruesos bilaterales, desaturación de oxígeno hasta 78% y cianosis central.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Patrón de succión inmaduro, r/c falta de sellado completo de labios, movimiento de succión, deglución, y respiración incordiando, m/p necesidad de periodos de reposo y derrame de leche por comisuras durante la alimentación. Lactancia materna no establecida, r/c patrón de succión y deglución inmaduro del recién nacido y estrés materno, m/p LATCH 6 (agarre: 0, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comodidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) y disminución de la lactopoyesis.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(18 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Se apoya de oxígeno en fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 21% a 2 lpm. Se auscultan campos pulmonares con adecuado murmullo vesicular. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, no es necesario aspiración por nariz. A las 13:00 horas se retiran puntas nasales, observándose adecuada tolerancia.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. Se decide a cambio de técnica y se usa jeringa. A la alimentación con seno materno, se valora escala de LATCH con un puntaje de 6 (agarre: 0, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comodidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) Se realizan ejercicios oromotores: intraorales y extraorales.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

✓ Valoraciones focalizadas.

(19 de Octubre del 2018)

Requisitos alterados	Valoración
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Acumuló de secreciones, cianosis central, desaturaciones hasta 78%. Con O2 ambiental. Se auscultan campos pulmonares con adecuado murmullo vesicular. Se observan secreciones en orofaringe. Se aspiran secreciones blanquecinas por boca espesas, no es necesario aspiración por nariz. Se observa con polipnea, se coloca oxígeno indirecto, pero se decide volver a la fase I de ventilación con puntas nasales, con los siguientes parámetros: FiO2 25% a 2 lpm al las 9am.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.	Reflejos de succión, deglución, débil incordiando, atragantamiento, fatiga. Los signos disminuyen cuando se brindan pausas en la alimentación. Presenta derrame por comisuras con técnica de vaso. Se decide a cambio de técnica y se usa jeringa. Por fatiga se decide terminar alimentación con sonda orogastrica. A la alimentación con seno materno, se valora escala de LATCH con un puntaje de 6 (agarre: 0, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comodidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1). Se realizan ejercicios oromotores: intraorales y extraorales.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.	Presenta riesgo de broncoaspiración, de retraso en el crecimiento y desarrollo, apnea obstructiva, hiperbilirrubinemia. Se complementa alimentación posterior al seno materno.

7.6. Prescripción del cuidado.

Requisito de autocuidado universal	Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
Operación de diagnóstico	Obstrucción parcial de la vía aérea, r/c acúmulo de secreciones nasales y orales, m/p ruidos respiratorios adventicios: estertores gruesos bilaterales, desaturación de oxígeno hasta 78% y cianosis central.
Objetivo	Garantizar al neonato un aporte suficiente de oxígeno para estabilizar el patrón respiratorio y favorecer la ventilación-perfusión
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio.
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
<p>Valorar datos de dificultad respiratoria.</p> <p>Aspiración secreciones.</p> <p>Administrar O₂ húmedo y precalentado</p>	<p>Valoración de signos vitales y saturación de oxígeno (88 y 95%). (21)</p> <p>Valoración de la escala de Silverman (aleteo nasal, quejido espiratorio, retracción xifoidea, tiraje intercostal y disociación toracoabdominal). (22)</p> <p>Auscultación de los campos pulmonares, para valorar la necesidad de aspiración (solo por razón necesaria). (23)</p> <p>Anotar características de secreciones: tipo y cantidad. (23)</p> <p>Uso de humidificador termico, observar su correcta funcionalidad. (24)</p>
Control de Casos: se aspiran moderadas secreciones blancas, esperas por nariz y boca, lo que mejora la oxigenación.	

Prescripción del cuidado.

Requisito de autocuidado universal	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
Operación de diagnóstico	Patrón de succión inmaduro, r/c falta de sellado completo de labios, m/p movimiento de succión, deglución, y respiración incordiando, necesidad de periodos de reposo y derrame de leche por comisuras durante la alimentación.
Objetivo	Establecer una succión efectiva.
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
<p>Valorar el estadio de succión del recién nacido.</p> <p>Establecer método de alimentación óptimo.</p>	<p>Estimular reflejo de succión, realizando ejercicios de estimulación oromotores: intraorales y extraorales. (25) (26)</p> <p>Enseñanza y supervisión a mamá del recién nacido sobre ejercicios de estimulación otomotores. (25) (26)</p> <p>Favorecer la succión no nutritiva. (27)</p> <p>Proporcionar alimentación con técnica mixta por razón necesaria. (técnica de vaso de manera inicial y complementaria con sonda orogástrica y técnica de gavaje) (28)</p>
Control de Casos: se observa mejoría leve en fuerza de succión y la colocación de la lengua.	

Prescripción del cuidado.

Requisito de autocuidado universal	Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
Operación de diagnóstico	Lactancia materna no establecida, r/c patrón de succión inmaduro del recién nacido, y estrés materno, m/p LATCH 6 (agarre: 0, deglución audible: 1, tipo de pezón: 2, comodidad pecho-pezón: 2, mantener colocado al pecho: 1) y disminución en la producción de leche materna.
Objetivo	Establecer una lactancia materna efectiva.
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
Aportar la cantidad de alimento necesario para garantizar la ganancia de peso y proporcionar nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado.	<p>Permitir a la madre dar lactancia materna durante cada visita. (29) (30)</p> <p>Enseñar a la madre la técnica correcta para brindar lactancia. (31)</p> <p>Valorar eficacia de lactancia materna. (32)</p> <p>Utilizar técnica de relactor. (33)</p> <p>Explicar a la madre los métodos de extracción y almacenamiento de leche materna. (34)</p> <p>Proporcionar un ambiente óptimo. (34)</p>
Control de casos: se observa leve mejoría durante la alimentación al seno materno.	

Prescripción del cuidado.

Requisito de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.
Operación de diagnóstico	Riesgo de broncoaspiración, r/c patrón de succión-deglución inmaduro, fatiga, y complemento de alimentación por sonda orogastrica.
Objetivo	Evitar la introducción en el árbol bronquial de secreciones gastrointestinales, y orofaríngeas que puedan comprometer la salud.
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador.
Alimentación efectiva en el recién nacido mediante técnica de vaso, jeringa o sonda orogastrica. Disminuir el riesgo de aspiración durante y posterior a la alimentación. Monitorización continua.	<p>Valorar el proceso de deglución. (35)</p> <p>Valorar presencia de apnea y/o pausas respiratorias. (36)</p> <p>Proporcionar alimentación pausada. (37)</p> <p>Verificar correcta instalación de sonda orogastrica. (37)</p> <p>Valorar tolerancia a la vía enteral. (37)</p> <p>Mantener en posición semifowler durante la alimentación. (38)</p> <p>Reducir el flujo de salida de leche durante la alimentación. (39)</p>
Control de casos: se ofrece alimentación con diversas técnicas, con pausas y posterior se coloca en posición antireflujo, en decúbito lateral derecho.	

Prescripción del cuidado.

Requisito de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.
Operación de diagnóstico	Riesgo de adquirir infección nosocomial, r/c estancia hospitalaria prolongada.
Objetivo	Evita la invasión y multiplicación de organismos patógenos que puedan comprometerla salud.
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
Identificar el riesgo de infección.	Higiene de manos de manos. (40) (41)
Valorar la vulnerabilidad del recién nacido.	Enseñanza a padres de la técnica de lavado de manos correcta. (40) (41)
Mantener la asepsia en todos los procedimientos.	Lavado de manos en los cinco momentos. (40) (41)
	Evitar en lo posible procedimientos invasivos. (42)
	Reconocer signos y síntomas tempranos de infección. (43)
	Valorar resultados de laboratorio de control. (44)
	Vacunación. (45)
Control de casos: Se realizan lavado de manos en los 5 momentos de forma estricta por todo el personal de salud y la familia de los neonatos que ingresan a la unidad.	

Prescripción del cuidado.

Requisito de autocuidado universal	Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento, y bienestar humano.
Operación de diagnóstico	Probre ganancia de peso corporal, r/c alteración de la mecánica de succión-deglución, m/p perdida ponderal de 45g por semana y ganancia ponderal máxima de 25g por semana.
Objetivo	Mantener una constante ganancia de peso, estableciendo una alimentación eficaz.
Sistema de Enfermería	Totalmente compensatorio
Prescripción del cuidado	Tratamiento regulador
<p>Valorar el crecimiento del neonato.</p> <p>Lograr requerimientos nutricionales en el recién nacido.</p> <p>Brindar cuidados de neurodesarrollo.</p> <p>Permitir la participación de los padres en el cuidado del recién nacido.</p>	<p>Calculo de ganancia o pérdida ponderal. (46)</p> <p>Medir perímetro cefalico. (47)</p> <p>Medir talla. (47)</p> <p>Enseñar a los padres a realizar los cuidados diarios que necesita el recién nacido. (48)</p> <p>Disminuir luz, ruido y manipulación. (49)</p> <p>Mantener una postura de flexión y contención. (50)</p> <p>Organizar y agrupar las intervenciones de enfermería. (50)</p>
Control de casos: se integra a la madre a los cuidados diarios del recién nacido valorando la ganancia de peso y el avance en desarrollo neurológico.	

Plan de seguimiento.

Se aplica el plan cuidados durante dos semanas, que se encuentra en el servicio de TIMiN, al término de la última valoración focalizada que fue día 19 de octubre, se recomienda a la madre seguir con los cuidados que se le han enseñado de manera constante: ejercicios oromotores intra y extraorales, técnica correcta de lactancia, continuar con la extracción de leche materna, uso de un alimentador, mantener una correcta posición de la recién nacida al momento de la alimentación, la higiene, y continuar con terapias de rehabilitación.

La madre de la recién nacida se muestra abierta e interesada en continuar con los cuidados aprendidos. Durante las siguientes semanas se pasa al servicio de UCIREN, se le proporciona por recomendación de estomatología y se le capacita por personal de enfermería en el uso de un alimentador especial.

La persona de cuidado no egresa por mejoría, sus padres, deciden su alta voluntaria para continuar tratamiento y terapia en otra institución hospitalaria de manera ambulatoria.

VIII. Conclusiones y Recomendaciones.

La realización de un estudio de caso en enfermería nos deja un aprendizaje como estudiantes, al tener que analizar a fondo cada detalle de las actividades realizadas, dándonos a conocer el impacto real de los cuidados específicos. El estudio de caso, guarda una relación con la aplicación del cuidado de enfermería al analizar de manera integral los aspectos físicos, emocionales de los individuos o situaciones, o en este la persona de cuidado. También nos permite analizar los puntos fuertes y débiles de la relación enfermera – paciente.

Al dar por terminado este estudio de caso, se puede concluir que la persona de cuidado presenta un serio trastorno de la succión y deglución; pese a la constancia en la realización de los ejercicios orofaciales por el personal de enfermería y la familia de la recién nacida, el progreso fue mínimo; por esta razón se buscaron alternativas de alimentación por ejemplo, se sugiere el uso de un alimentador especial, para facilitar el proceso de succión y deglución y seguir proporcionado el aporte suficiente de alimento para su correcto crecimiento y desarrollo, así como continuar con terapias de rehabilitación.

La mamá no proporciona número telefónico para seguimiento posterior.

IX. Referencias bibliográficas

1. Navarro Peña Y., Castro Salas M.. Modelo de Dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermeria. globalizada. No. 19. Junio 2010.
2. Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica. Diciembre 2017. Vol. 19. No. 3. Pag. 89-100.
3. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista . Medica. Electrónica. Diciembre 2014 Vol.36. No. 6. Pag.835-845.
4. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 11. El modelo Teórico de Dorothea Orem. Pag. 313 -367.
5. Francisco del Rey C, Benavent Garcés M.A, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. Capítulo 12. Aplicación del modelo de Dorothea Orem. Pag. 369 -384.
6. http://www.conamed.gob.mx/codigo_conducta.pdf
7. Garcia Moyano, L. La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. Grupo de investigación en bioética. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Huesca, España. Acta Bioethica 2015. Páginas: 311-317.
8. Morales González J.A. Nava Chapa G. Esquivel Soto J. Díaz Perez L.E. Principios de Ética, Bioética y Conocimiento del Hombre. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Primera edición. 2011. Páginas: 55 – 62.
9. Código de Ética: para las enfermeras y enfermeros de México. ISBN-970-721-023-0. www.ssa.gob.mx. México, D.F. diciembre, 2001.

10. Rendón Macías M. E. , Serrano Meneses G. J. . Fisiología de la succión nutritiva en recién nacidos y lactantes. Vol. 68, Julio-Agosto. Revista Medica Hospital Infantil México.2011;68(4):319-327
11. Acuña Carrillo P, Martina Luna M, de Luna Sánchez G, Braverman Bronstein A, Iglesias Leboeiro J, Bernárdez Zapata I. Terapia miofuncional para mejorar eficiencia en la succión en recién nacidos pretérmino. Perinatología y Reproducción Humana. 2018;.
12. La Orden Izquierdo E, Salcedo Lobato E, Cuadrado Perez I, Herráez Sánchez M, Caballinas Vilaplana L. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. Hospital Universitario Infanta Elena, Nutrición Hospitalaria. 2012;:1120 – 1126
13. Navas C. Trastornos del Mecanismo Succión Deglución. GASTROHNUP: Enfermedades Digestivas En Niños. 2003;5(1):73 - 75.
14. Rendón-Macias M, Villasis-Keever M, Martinez-Garcia M. Validación de una Escala de Clínica de la Succión Nutritiva. Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015;54(3):318 - 326.
15. Suescun Vargas J, Pinzon Salamanca J, Bruges Boude A. Trastorno de la Deglución y su Abordaje en Pediatría. CCAP. 2015;15(3):6 - 15.
16. Guido Campuzano M, Ibarra Reyes M, Mateos Ortiz C, Mendoza Vázquez N. Eficacia de la Succión No Nutritiva en Recién Nacidos Pretermino. Perinatologia y Reproducción Humana. 2012;26(3):198 - 207.
17. Fernández López T, Ares Mateos G, Carabaño Aguado I, Sopeña Corvinos J. El prematuro tardío: el gran olvidado. 2018.
18. Verdu A. Manual de Neurología Infantil. Editorial Panamericana. 2da Edición. 2014.
19. Plascencia Ordaz M.J., Villalobos Alcazar G. Márquez Aguirre M.P. Cuidados Avanzados en el Neonato. Libro 2. Nutrición en el Recién Nacido. Enfermería en Salud Perinatal y Reproducción Humana. 2011
20. Álvarez Peña J, Arreola Ramirez G, Arroyo Cabrales L, Belmont Gomez A, Baptista González H, Berrón Ruiz A, Carrera Muiños S, Corral Cassian E, Delgado Franco D, Echaniz Aviles O. Normas y Procedimiento de. Neonatología. Ciudad de México: Instituto Nacional de Perinatología; 2015.

21. Rodriguez Bonito R. Manual de Neonatología. 2da edición. 2012. PDF.
22. <http://iris.paho.org/guiapracticaclinicaROP.pdf>
23. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/retinopatiadelprematuro.pdf>
24. Tamez R. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2016.
25. Hurtado Suazo J,A., Garcia Raymundo M., Calvo Aguilar M.J., Gionovart Galiana G., Jimenez Moya A., Trincado Aguinagalde M.J., Demestre Guasch X., Recomendaciones para el Manejo Perinatal y Seguimiento del Recién Nacido Prematuro Tardío. Anales de Pediatría. Volumen 81. Número 5. Asociación Española de Pediatría. 2014-11-01.
26. Hurtado Suazo J,A., Garcia Raymundo M., Calvo Aguilar M.J., Gionovart Galiana G., Jimenez Moya A., Trincado Aguinagalde M.J., Demestre Guasch X., Prematuridad Tardía: Una población de Riesgo. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Volumen 45. Número 1. Elsevier, España 2017.
27. Angulo Castellanos E. Garcia Morales E. Federación Nacional de Neonatología de México A.C. PAC Neonatología 4. Alimentación en el Recién Nacido. Ciudad de México; 2016.
28. Villanueva Garcia, D. Federación Nacional de Neonatología de México A.C. PAC Neonatología 4 Insuficiencia Respiratoria Neonatal. Ciudad de México; 2016.
29. <http://www.cenetec.salud.gob.mx.imss.apneadelprematuro.pdf>
30. <http://fundasamin.org.ar/cuidadosalreciennacidoconSDR.pdf>.
31. <http://www.imss.gob.mx/atencionalreciennacidoconSDR.pdf>.
32. Solari B.F. Pavlov N. J. Síndrome Apneico En El Recién Nacido Prematuro. Revista Medica Clínica Condesa - 2013; 24(3) 396-402.
33. <http://www.medigraphic.com/cuidadoenfermeroenRNPT.pdf>
34. <http://www.fundasamin.org.ar/enfermeriaenprematurosextremos.pdf>
35. Castro López F, Urbina Laza O. Manual de Enfermería en Neonatología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2007.
36. <https://www.fundasamin.org.ar/Alimentaciónenteralenneonatos.pdf>
37. <http://fundasamin.org.ar/Nutriciónenteralprematuros.pdf>
38. <https://www.who.int/metodocanguero/es/>.
39. <http://fundacioncanguero.co>

40. <https://apps.who.int/método-canguro.pdf>
41. http://www.cenetec.salud.gob.mx/CatalogoMaestro/Alimentacion_Enterale_RNP.pdf
42. <http://iris.paho.org/atención-del-recién-nacido-prematuro.pdf>
43. <http://www.scielo.org.mx/técnicasdealimentacionysuinfluenciaenelpesodelneonato.pdf>
44. <https://www.fundasamin.org.ar/colocación-de-sonda-orogastrica.pdf>
45. Prevención de infecciones nosocomiales. Guía práctica 2. Organización Mundial de la Salud. 2003
46. https://www.who.int/csr/resources/publications/ES_WHO_CDS_CSR_EP_H_2002_12.pdf
47. Ramirez Alonso F. Obstetricia Para La Enfermera Profesional. Ciudad de México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM. 2002.
48. BASSO, Neurodesarrollo en Neonatología: Intervención Ultratemprana en la Unidad d Cuidados Intensivos Neonatales. Nidcap Federation International. Médica Panamericana 2016.
49. <http://fundasamin.org.ar/Cuidado-para-el-neurodesarrollo.pdf>
50. <http://www.revistaenfermeriacyl.com/neurodesarrollo-en-la-UCIN.pdf>

X. Anexos



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.

GUIA DE VALORACION DEL NEONATO

1. FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES

1.1 FACTORES DESCRIPTIVOS DE LA PERSONA

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

1.2 . ESTADO DE SALUD SANO () ENFERMO ()

1.3 FACTORES DEL SISTEMA FAMILIAR:

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

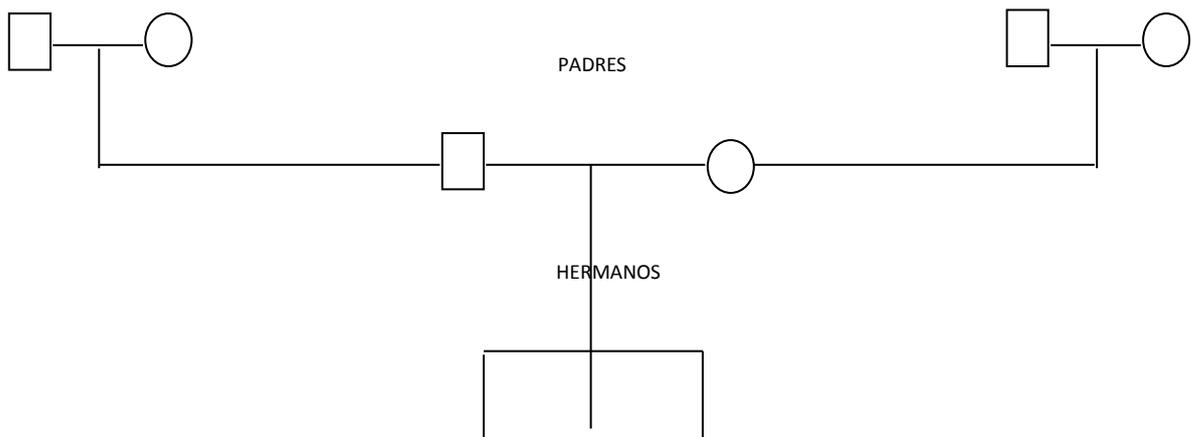
NO. DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA: _____

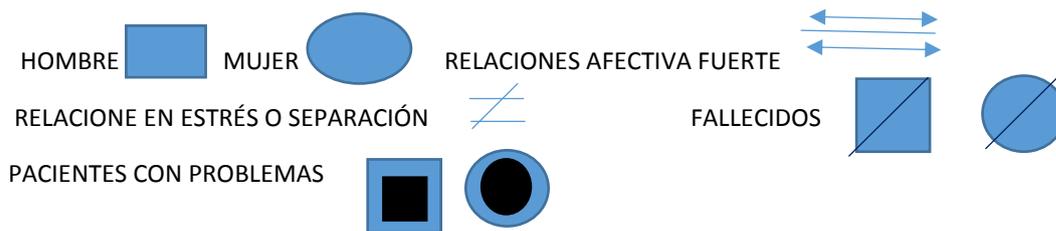
NOMBRE	EDAD	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN

FAMILIOGRAMA

ABUELOS PATERNOS

ABUELOS MATERNOS





1.4 FACTORES SOCIOCULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS

NOMBRE DE LA MADRE			
EDAD PESO	TALLA	LUGAR DE RESIDENCIA	
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	
ESCOLARIDAD			
NOMBRE DEL PADRE			
EDAD PESO	TALLA		
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 PÚBLICO ()
 PAVIMENTACIÓN () CUENTA CON JARDÍN ()

1.7 FACTORES AMBIENTALES

ÁREA GEOGRÁFICA: URBANA () SUBURBANA () RURAL ()
 FAUNA NOCIVA: PERROS: () No. () VACUNADOS () GATOS: () No. () VACUNADOS
 () AVES: () No. () OTROS

1.8 FACTORES DEL SISTEMA DE SALUD

SISTEMA DE SALUD: IMSS () ISSSTE () SSA () OTROS:

2. REQUISITOS ANTE LA DESVIACIÓN DE LA SALUD

2.1 ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES Y FACTOR DE RIESGO ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

TRANSFUSIONES () INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA () ALERGIAS ()
HOSPITALIZACIONES ()

2.2 ANTECEDENTES PERINATALES

G: P: A: C: CONTROL PRENATAL: (SI) (NO)
GRUPO RH: ISOINMUNIZACIÓN PREVIA:
CONTROL PRENATAL: (SI) (NO) Nº DE CONSULTAS:
ULTRASONIDO OBSTÉTRICO: SI () NO () NO:
MICRONUTRIENTES:
INMUNIZACIONES
TIPO DE PARTO: ESPONTANEO () INDUCIDO () FORCEPS () CONDUCTIVO ()
FORTUITO () DISTOCICO () EUTOCICO ()
PATOLOGIAS DURANTE EL EMBARAZO:

TRATAMIENTO

2.3 FACTOR DE RIESGO PRENATAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Peso: ___ kg
Edad: _____ Talla: ___ m
Edad gestacional: _____ IMC: ___
No visitas: _____ T/A: ___

Antecedentes Heredofamiliares	BAJO	MEDIO	ALTO	Vacunas:
	No	Controlada	Sin control	
Diabetes				_____
Hipertensión				_____
Cardiopatías				_____
Enfermedades Renales				_____
Epilepsia				_____
Enfermedad de Tiroides				_____

Otras	No	Sopecha/tuvo	Si
Toxoplasmosis			
Rubéola			
Citomegalovirus			
Herpes			
Sifilis			
S.I.D.A.			

Antecedentes Obstétricos

	No	1 a 2	Más
Gestas:			
Abortos previos :			
Partos:			
Abortos previos :			
Cesareas:			
Nacidos vivos:			
Nacidos muertos:			
Muertes Neonatales			
Intervalos Intergenésicos	1-2 años	<1 año	
Peso <2500g	No		Si
Peso >4000g	No		Si
Hijos con malformaciones	No		Si
Hijos prematuros	No		Si

Factores de riesgo para la salud

	No	Si	
Alcoholismo			
Drogadicción			
Otras farmacodependencias			Especifique: _____
Exposición a radiaciones			Especifique: _____
Desnutrición			
Anemia			Hb: _____ mg/dl

Nivel Socioeconómicos

Medio y alto	Bajo	Muy bajo

Valoración modificada CIMIGEN.

2.4 ANTECEDENTES DEL NEONATO

FC: _____ FR: _____ TEMP: _____ LLENADO CAPILAR: _____ T/A : _____ SAT: _____
 APGAR: 1MIN _____ 5 MIN _____ SILVERMAN: _____
 SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM CAPURRO: _____ BALLARD: _____
 VERNIX CASEOSO LANUGO PROFILAXIS ANTIHEMORRÁGICA SI NO . PROFILAXIS OFTÁLMICA SI NO
 CLASIFICACIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO JURADO GARCIA/BATTAGLIA Y LUBCHENCO:
 PATRON DE CRECIMIENTO: _____ IP: _____
 PASOS INICIALES OTORGADOS:

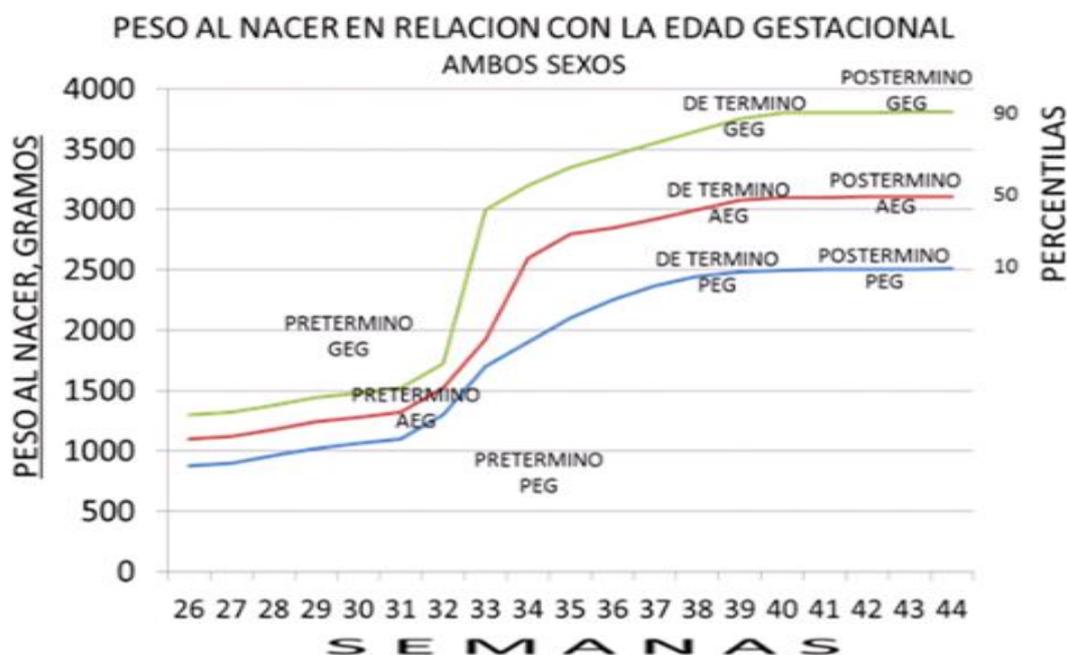
MANIOBRAS DE REANIMACIÓN AVANZADA:

MANEJO POSTERIOR A LA REANIMACIÓN: ALOJAMIENTO TIMN
 CUNERO DE TRANSICIÓN CUIDADOS INTERMEDIOS UCIN CONTACTO PRECOZO

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
ESFUERZO 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 SONROSO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSA

- 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. VIGILIA 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:
COLOR ROSADO PADIDO MARMOREO/RETICULADO TERROSO ARLEQUIN CIANOSIS ICTERICIA PLETORA RUBICUNDO	OJOS REFLEJO ROJO REFLEJO FOTOMOTOR REFLEJO COCLEOPALPEBRAL	RUIDOS RESPIRATORIO MURMULLO VESCULAR 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	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 HIPOTONIA 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	MARCHA AUTOMATICA GALANT REFLEJO DEL TONO ASIMÉTRICO DEL CUELLO
CABEZA FORMA NORMAL ANORMAL: OXICEFALIA PLAGIOCEFALIA DOLICOCEFALIA TRIGONOCEFALIA	OIDOS IMPLANTACIÓN NORMAL FOSETAS APENDICES 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	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 CEFALHEMATOMA CAPUT HEMORRAGIA SUBGALEAL FRACTURA	DTN: ANENCEFALIA ENCEFALOCELE ALTERACIONES ESTRUCTURALES CONGENITAS: HIDROCEFALIA MICROCEFALIA	INCONTINENCIA URINARIA INCONTINENCIA FECAL VEJIGA NEURÓGENA	DTN: MIELOMENINGOCELE MENINGOCELE ESPINÁBIFIDA OCULTA	TONO ACTIVO SOSTEN CEFÁLICO (CABEZA EN GOTA)

OBSERVACIONES:

3. VALORACION POR REQUISITOS UNIVERSALES

1. MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

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

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

PATRON 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 SOG 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: BREGMATICA ____ 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

NUTRICION 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 ESCRETAS

MASCULINOS

PREPUCIO	MEATO	TESTÍCULOS	ESCROTO	SECRECIÓN
RETRÁCTIL	CENTRAL	RETRÁCTIL	LISO	BLANQUECINA
FIMOSIS FISIOLÓGICA	HIPOSPADIA	CRIPOTORQUIDIA	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	AMARILLENTA	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 QUE?
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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> PERIFERICO <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> UMBILICAL <input type="checkbox"/> VENOSO <input type="checkbox"/> ARTERIAL	<input type="checkbox"/> 3.5 F <input type="checkbox"/> 5 FR <input type="checkbox"/> 2FR <input type="checkbox"/> 24 G <input type="checkbox"/> OTRO: _____ _____	<input type="checkbox"/> FECHA DE INSTALACIÓN: <input type="checkbox"/> FECHA DE CURACIÓN: <input type="checkbox"/> DÍAS DE INSTALACIÓN:	<input type="checkbox"/> SIGNOS DE INFECCIÓN <input type="checkbox"/> SECRESIÓN <input type="checkbox"/> DOLOR <input type="checkbox"/> ERITEMA <input type="checkbox"/> FLEBITIS <input type="checkbox"/> EXTRAVASACIÓ N <input type="checkbox"/> INFILTRACIÒN <input type="checkbox"/> EQUIMOSIS <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	<input type="checkbox"/> EXTREMIDADES SUPERIORES IZQUIERDA DERECHA <input type="checkbox"/> EXTREMIDADES INFERIORES IZQUIERDA DERECHA <input type="checkbox"/> UMBILICAL <input type="checkbox"/> OTRO:

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

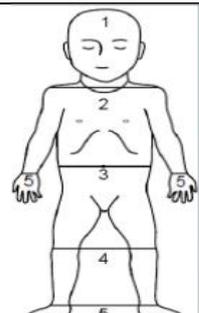
VARIABLES	PUNTAJE	
EDAD	RECIÉN NACIDO	2
	LACTANTE MENOR	2
	LACTANTE MAYOR	3
	PRE-ESCOLAR	3
	ESCOLAR	1
ANTECEDENTES DE CAIDAS PREVIAS	SI	1
	NO	0
ANTECEDENTES	HIPERACTIVIDAD	1
	PROBLEMAS NEUROMUSCULARES	1
	SINDROME CONVULSIVO	1
	DAÑO ORGANICO CEREBRAL	1
	OTROS	1
	SIN ANTECEDENTES	0
COMPROMISO DE CONCIENCIA	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		

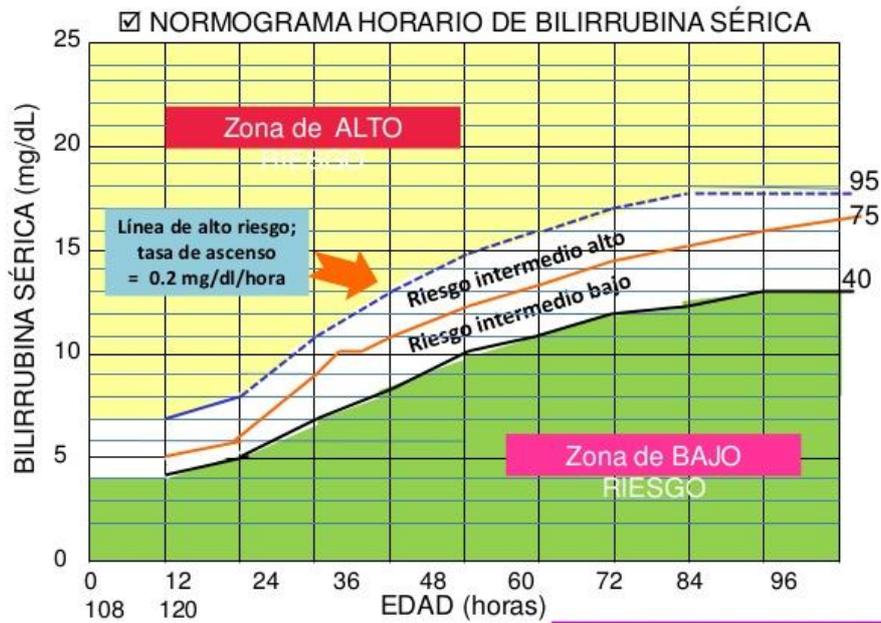
VALORACIÓN DEL DOLOR

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

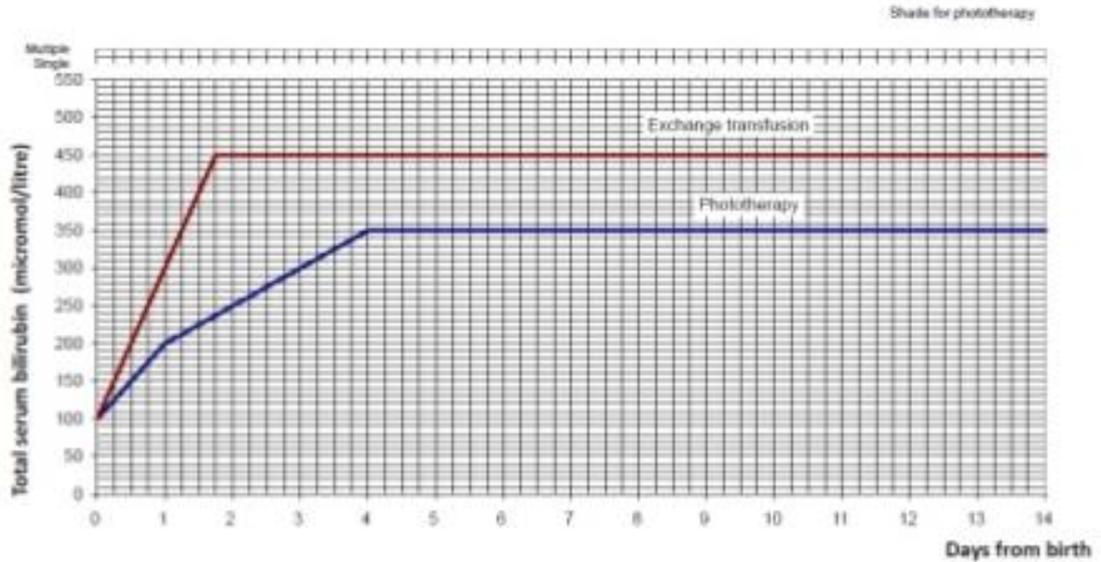
ESCALA DE KRAMER			
	ZONAS DE FIJACIÓN DE KRAMER	CONCENTRACIÓN PROMEDIO DE BILLIRUBINAS SÉRICAS (MG/DL O MMOL/L)	LABORATORIOS
	ZONA 1	5.8 (100)	COOMBS
	ZONA 2	8.7 (150)	
	ZONA 3	11.6 (200)	GRUPO Y RH
	ZONA 4	14.6(250)	
	ZONA 5	>14.5 (>250)	

NOMOGRAMA DE BHUTANI



ESCALA NICE

Baby's name _____ Date of birth _____
 Hospital number _____ Time of birth _____ Direct Antiglobulin Test _____ **>=38 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

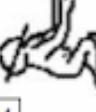
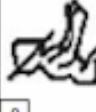
Signo	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

Silverman-Anderson grado de dificultad

1-2 Leve

3-4 Moderada

>5 Severa

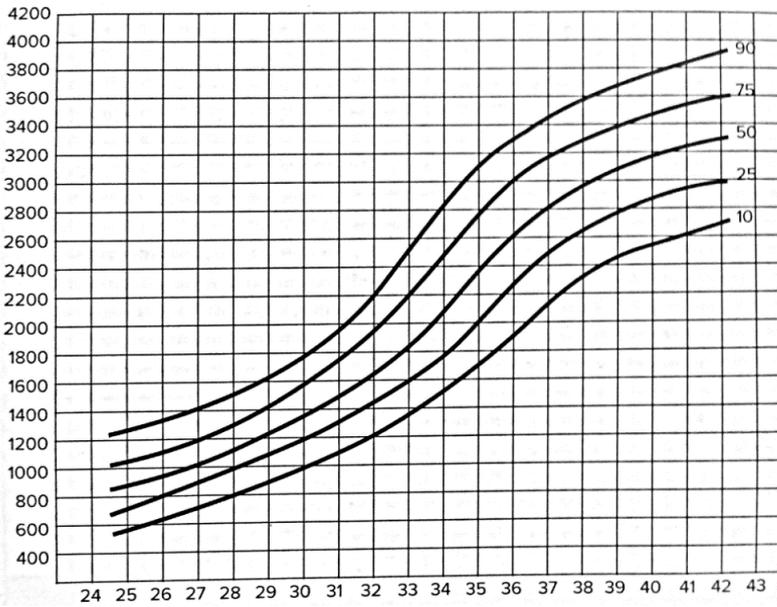
		Edad gestacional					
S o m á t i c o	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola	Pezón bien definido. Areola 0.75 cm	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm	Areola sobresaliente, 0.75 cm	
	B	S	Textura de la piel	Muy fina. Gelatinosa	Fina y lisa	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial
		Forma de la oreja	Plana y sin forma	Inicio engrosamiento del borde	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior	Engrosada e incurvada totalmente	
		Tamaño del tejido mamario	No palpable	Diámetro 0.5 cm	Diámetro 0.5-1.0 cm	Diámetro > 1.0 cm	
		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
		Signo: de la bufanda					
		Signo: cabeza en gota					

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

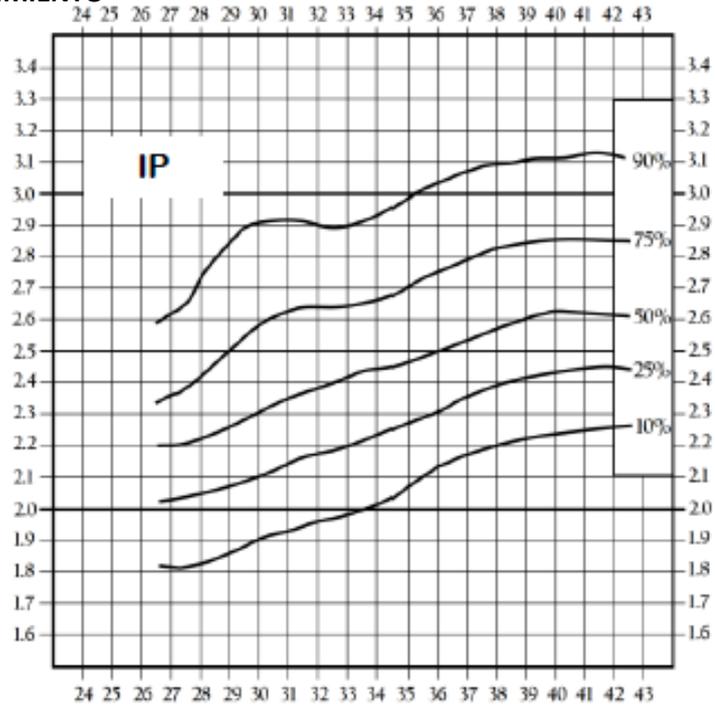
A TÉRMINO: RECIÉN NACIDA/O QUE SUME DE 260 A 294 DÍAS DE GESTACIÓN

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 o subclínico	

IP
IP 90
IP P 90
IP
IP 10
IP
BAJO
NORMAL
ALTO

10 90
Percentil PESO/EG