



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO
SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"**

ESTUDIO DE CASO:

**NEONATO DE TÉRMINO CON BAJO PESO PARA
EDAD GESTACIONAL Y ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO

DE: ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

P R E S E N T A:

L.E.O. WENDY SARAÍ GUERRERO MEJÍA



A handwritten signature in black ink, likely belonging to the academic advisor.

**ASESOR ACADÉMICO:
EEN. CLAUDIA IVETTE GARRIDO NOYOLA**

CIUDAD DE MÉXICO, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA DEL NEONATO

SEDE: HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO “FEDERICO GÓMEZ”

ESTUDIO DE CASO:

**NEONATO DE TÉRMINO CON BAJO PESO PARA
EDAD GESTACIONAL Y ALTERACIÓN EN LA
NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO

DE: ESPECIALISTA EN

ENFERMERÍA DEL NEONATO

P R E S E N T A:

L.E.O. WENDY SARAÍ GUERRERO MEJÍA



**ASESOR ACADÉMICO:
EEN. CLAUDIA IVETTE GARRIDO NOYOLA**

CIUDAD DE MÉXICO, 2021.

Estudio de caso: Neonato de término con Bajo Peso para Edad Gestacional y alteración en la necesidad de termorregulación.

Resumen.

Palabras claves:

Bajo peso, neonato, factores de riesgo, morbilidad, mortalidad, complicaciones.

Introducción: El peso al nacer es considerado un importante indicador de pronóstico sobre las condiciones de salud neonatal. El Bajo Peso al Nacimiento tiene consecuencias y complicaciones a corto, mediano y a largo plazo en el desarrollo y crecimiento infantil. *Objetivo:* Desarrollar un estudio de caso con base en el Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson en un paciente neonatal a término con Bajo peso para la edad gestacional. *Método:* Se realizó una búsqueda de literatura científica en las bases de datos Medline y Scielo, considerando un periodo de tiempo del 2004 al 2018. Se abordó a un neonato de 37 SDG con Bajo Peso para Edad Gestacional, de 20 horas de vida extrauterina, perteneciente a una familia nuclear que habita en una zona urbana, con nivel socioeconómico bajo. Se estableció contacto con el binomio en el servicio de alojamiento conjunto en un hospital de tercer nivel. Se emplearon fuentes directas e indirectas para la obtención de datos, posteriormente se aplicó un Proceso de Atención de Enfermería con el modelo de Virginia Henderson, estableciendo 14 diagnósticos con formato P.E.S y se establecieron planes de cuidados individualizados. *Conclusiones:* Se logró cumplir con el objetivo planteado al inicio. El sujeto de estudio, logró cursar el periodo neonatal de manera saludable, sin ninguna complicación aparente.

Agradecimientos.

Agradezco profundamente a las instituciones que me han forjado y han marcado mi breve trayectoria como profesional de salud. A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y al Hospital Infantil de México “Federico Gómez” por abrirme las puertas y convertirse en las sedes formadoras de una nueva enfermera especialista.

Gracias a la maestra Guadalupe Romero Herrera y a cada una de las profesoras que participaron en mi formación durante este año, gracias por ser guías e inspiración durante este largo camino.

Un especial agradecimiento a mi asesora, la EEN. Claudia Ivette Garrido Noyola. Gracias por su guía, paciencia y calidez durante la realización de este trabajo, por siempre mostrarse con la mejor disposición y motivarme a hacer las cosas mejor. Sin duda fue una pieza fundamental y marca de una manera muy especial mi formación académica.

Dedicatoria.

El presente trabajo está dedicado a mi familia y mejores amigos, gracias por ayudarme a hacer esto posible, por su apoyo y amor incondicional. Sobre todo a mis padres por ser mi principal fuente de inspiración. Mamá, gracias por enseñarme a ser una persona que nunca se rinde, por motivarme y estar día y noche a mi lado, este logro es nuestro.

A mis hermanos, porque ustedes son la razón por la que cada día busco ser una mejor persona y una mejor profesionalista, son mi motor y espero ser un buen ejemplo para ustedes. Luchen por cada meta y nunca se rindan.

A Fátima, por ser mi amiga incondicional durante la realización de este trabajo y todo este año, gracias por hacerme fuerte con tus palabras y sobre todo por hacer más ameno este camino.

Está dedicado de una manera muy especial a mi abuela, gracias por cada una de las enseñanzas que me dejaste. Esto lo realice y logre pensando en ti.

Índice.

Introducción	1
Objetivos	3
Capítulo 1. Fundamentación	4
Capítulo 2. Marco teórico	
2.1. Marco conceptual	7
2.2. Marco empírico	10
2.3. Proceso de atención de enfermería	14
2.4. Daños a la salud	20
Capítulo 3. Metodología	25
Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	
4.1. Valoración	27
4.2. Análisis de necesidades	32
4.3. Jerarquización de necesidades	36
4.4. Diagnósticos de enfermería	37
4.5. Plan de cuidados	40
Capítulo 5. Conclusiones	78
Referencias	79
Anexos	
Anexo 1. Instrumento de valoración	86
Anexo .Test de Capurro	101
Anexo 3. Escala LATCH	102
Anexo 4. Tabla de Jurado García	103
Anexo 5. Consentimiento informado	104

Lista de cuadros.

- Cuadro 1: Principales causas de morbilidad relacionadas a prematuridad y bajo peso al nacer.

Grandia C, González A, Zubizarretac J. Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso: estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatr. 2016. **5**

-Cuadro 2: 14 necesidades básicas del ser humano.

Bellido VJ, Lendínez CJ. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN.1ª edición. Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. 2010. , **14**

-Cuadro 3: Necesidades principalmente afectadas en la población pediátrica.

Carrillo E, Sierra PM. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. Rev Mex Enf Cardiol. 2013, Meza CA, Olvera SS, Cadena JC. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Rev Mex Enf Cardiol. 2013. **19**

-Cuadro 4: Principales factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacimiento.

Pérez MM, Basain VJ, Calderón CG. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica del Centro. 2018, Ulloa-Ricárdez A, Del Castillo-Medina JA, Moreno MA. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. Rev Hosp Jua Mex.2016, Arce LK, Vicencio RJ, Iglesias LJ, Bernárdez ZI, Rendón MM, Braverman BA. Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018. . **21**

Introducción.

A nivel mundial la morbi-mortalidad neonatal representa una de las principales causas de muerte durante la infancia. Por lo que es considerada un indicador de calidad y de accesos a los servicios de salud.

El peso al nacer es considerado un importante indicador de pronóstico sobre las condiciones de salud neonatal. El Bajo Peso al Nacimiento tiene consecuencias y complicaciones a corto, mediano y a largo plazo en el desarrollo y crecimiento infantil.

Por lo que el objetivo de este estudio de caso es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería con el modelo de Virginia Henderson en un paciente neonatal a término de 37 SDG con Bajo Peso para la Edad Gestacional, en el servicio de alojamiento conjunto en un hospital de tercer nivel.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es considerado un método sistemático, que está constituido por cinco etapas, que permiten valorar y obtener información sobre los problemas o dificultades de la persona, familia o comunidad, con la finalidad de establecer un plan de cuidados basado en la mejor evidencia encontrada, que permita ejecutar las acciones de enfermería de manera oportuna.

La utilización del Proceso de Atención de enfermería con una base teórica, como lo es el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, permite que el personal de enfermería sea capaz de brindar una atención individualizada, ya que este permite la valoración e identificación de la persona como un ser humano con características biológicas, psicosociales, espirituales y culturales únicas.

El PAE favorece la interacción que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas de orden biopsicosocial y promover la adaptación, permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado, lo que resulta ser una ventaja en el área neonatal, en donde se requiere trabajar en conjunto con la madre del recién nacido para el establecimiento de acciones que optimicen las capacidades maternas y neonatales, fomenten el bienestar, el desarrollo humano, la recuperación de la salud; favoreciendo el establecimiento de un vínculo saludable entre la madre y el neonato.

En el primer capítulo de este trabajo se realiza la presentación de datos estadísticos a nivel mundial y nacional sobre la morbi-mortalidad neonatal, haciendo énfasis en la prematuridad y el Bajo Peso al Nacimiento.

Dentro del marco teórico se definen algunos términos que se emplearon con mayor frecuencia en la realización de este estudio de caso para mejorar su comprensión. Posteriormente se presenta el análisis de los documentos utilizados para desarrollar el factor de dependencia del paciente que en este caso es el Bajo Peso al Nacimiento (BPN). En estos artículos se abordan temas como factores de riesgo; efectos y complicaciones del BPN a corto, mediano y largo plazo en el neonato a nivel físico, funcional y cognitivo. También se aborda el modelo de Virginia Henderson, las ventajas y compatibilidad con el Proceso de Atención de Enfermería.

En la metodología se describe brevemente los métodos, participantes e instrumentos empleados durante la realización de este estudio de caso. Incluyendo los aspectos éticos y legales aplicados en la elaboración de este trabajo.

En la Aplicación del Proceso de Atención de enfermería se realiza la presentación del caso donde se incluyen los antecedentes de mayor importancia del neonato. Posteriormente tras la realización de una valoración exhaustiva y focalizada se presenta el habitus externo, exploración física y el análisis de datos de acuerdo a las 14 necesidades de Virginia Henderson. Se elaboraron 14 diagnósticos de enfermería con el formato P.E.S los cuales se presentan de forma jerarquizada para la elaboración de planes de cuidados con intervenciones y acciones de enfermería necesarias, basadas en evidencia, para mejorar y favorecer el estado de salud del paciente, cada plan de cuidados contiene la evaluación de las actividades de enfermería.

Finalmente se presentan las conclusiones en las que se describe el logro de los objetivos del estudio de caso y la mejora del estado de salud del paciente.

Objetivos.

General:

-Desarrollar un estudio de caso con base en el Proceso de Atención de Enfermería y el modelo de Virginia Henderson en un paciente neonatal a término de 37 SDG por Capurro con Bajo Peso para la Edad Gestacional, que se encuentra en el servicio de alojamiento conjunto en un hospital de tercer nivel.

Específicos:

-Enfatizar la importancia del estudio de caso en el paciente neonatal mediante el análisis de datos epidemiológicos a nivel nacional y mundial sobre la salud infantil.

-Destacar la importancia de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y su afinidad con el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

-Realizar valoración de enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson, estableciendo una jerarquización de necesidades del paciente.

-Realizar una búsqueda sistemática para fundamentar cada una de las intervenciones aplicadas con la mejor evidencia encontrada en diferentes bases de datos.

-Planificar y ejecutar intervenciones de enfermería específicas e individualizadas de acuerdo a las necesidades del paciente neonatal.

-Brindar cuidados de enfermería de calidad e individualizados al paciente en beneficio de la recuperación de independencia en cada una de sus necesidades básicas, potencializando su estado de bienestar durante la etapa neonatal.

Capítulo 1. Fundamentación.

Para los países en desarrollo la morbi-mortalidad neonatal representa una de las principales causas de muerte durante la infancia. Es considerada como un indicador universal de las condiciones de vida, de la calidad y accesos a los servicios de salud.

De acuerdo con datos proporcionados por la Organización Mundial de Salud (OMS), en el año 2017, 2.5 millones de niños murieron durante el primer mes de vida; lo que representa el 47% de las muertes en niños menores de 5 años. A nivel mundial, África es el continente con mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años, mientras que Europa es el continente que registra la menor tasa de mortalidad.¹

La edad gestacional, principalmente la prematuridad, es un determinante en la salud del neonato a corto y largo plazo, lo que constituye un alto costo, por lo que en algunos países se considera alta prioridad para la salud pública.²

El peso al nacer también es considerado un importante indicador de pronóstico sobre las condiciones de salud neonatal. El bajo peso se asocia con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La frecuencia de esta condición puede variar entre el 2% al 28% a nivel mundial, y más del 90% de estos casos se presentan en países en vías de desarrollo.³

La prematuridad asociada al muy bajo peso al nacimiento es la principal causa de muerte de recién nacidos en países de bajos y medianos ingresos. Además, un gran porcentaje de los recién nacidos sobrevivientes lo hacen con complicaciones graves y crónicas, lo que resulta en una disminución en la calidad de vida del niño y su familia.⁴

En un estudio realizado por la Red Neonatal Sudamérica se reportaron los siguientes datos relacionados con la morbi-mortalidad neonatal, la prematuridad y bajo peso al nacimiento: (ver cuadro 1)

Cuadro 1: Principales causas de morbilidad relacionadas a prematuridad y bajo peso al nacer.

Principales causas de morbilidad relacionadas a prematuridad y bajo peso al nacer	Supervivencia en relación con la edad gestacional (EG)
-Dificultad respiratoria con asistencia respiratoria	-54% de supervivencia en prematuros extremos
-Ductus arterioso persistente	-85.8% de supervivencia para muy prematuros
-Sepsis precoz	-90.6% de supervivencia para prematuros moderados
-Enterocolitis necrotizante	
-Hemorragia intracraneana	

Fuente: Grandia C, González A, Zubizarretac J. Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso: estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatr. 2016.

En México, de acuerdo con el INEGI, en el año 2017 se registraron 2 234 039 nacimientos. Las entidades federativas con las mayores tasas de nacimiento fueron: Chiapas con 90.2 y Guerrero con 85.5 por cada 1000. Las entidades con las tasas más bajas fueron: Ciudad de México con 47.5, Veracruz 56.1 y Colima con 57.2 por cada 1000 mujeres.⁵

Se estima que en México alrededor de 18% de los recién nacidos son prematuros y entre 60-70% de estos requieren ser ingresados a la unidad de cuidados intensivos.⁶ De acuerdo con ENSANUT 2012 la prematuridad y el bajo peso al nacer son los principales factores de riesgo que aumentan la morbi-mortalidad del neonato, teniendo importantes repercusiones en el desarrollo infantil.⁷

Las principales patologías que presenta el recién nacido en México relacionadas con la prematuridad y bajo peso son: síndrome de aspiración de meconio, sepsis, incompatibilidad sanguínea, síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia y anomalías congénitas.⁶

También se reportan como las principales causas de ingreso a una unidad de cuidados intensivos el síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, neumonía, asfixia y anomalías congénitas.⁸ Y como las principales causas de muerte se reportan las afecciones perinatales (restricción de crecimiento intrauterino, hipoxia, prematuridad, bajo peso al nacer), síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones congénitas y sepsis.⁹

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) reportó en el año 2015, en la República Mexicana, 2 251 731 nacimientos, de los cuales se estima que entre el 8.37% hasta el 15% presentaron bajo peso al nacimiento, es decir, entre 188 469 a 337 759 recién nacidos, lo que representa un grave problema de salud pública, dada la serie de complicaciones que se asocian con el bajo peso.¹⁰

El bajo peso al nacimiento (BPN) es considerado un factor de riesgo que aumenta considerablemente la posibilidad de presentar complicaciones perinatales, relacionadas principalmente a problemas adaptativos al nacer. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran la asfixia perinatal en un 42%, seguida de la taquipnea transitoria en un 25%, la hipotermia en un 21% y el síndrome de aspiración meconial en un 12%.¹¹

Son diversos los factores de riesgo que se asocian con el BPN, los más conocidos son el embarazo gemelar que se asocia en un 46% y la prematuridad. Sin embargo, en los recién nacidos a término con BPN que no son producto de un embarazo gemelar, aun es difícil identificar claramente los factores de riesgo que lo condicionan.

En un estudio realizado en el Hospital Juárez de México durante el año 2009, se reportaron las siguientes estadísticas en relación con los siguientes factores de riesgo maternos que predominaron en los casos de recién nacidos a término con bajo peso: el factor más frecuente fue el tabaquismo durante el embarazo, el cual aumenta el riesgo 16.4 veces en comparación con las madres no fumadoras. La escolaridad materna también juega un papel importante, se identificó el nivel de escolaridad de las madres de RN con BPN fue principalmente de nivel secundaria en 43% y preparatoria con 26%. La infección de vías urinarias es otro de los factores que se presenta con mayor frecuencia, este tuvo una incidencia del 76% de los casos. El incremento de peso durante el embarazo fue en promedio de 6.98 kg en recién nacidos con BPN.³

Capítulo 2. Marco teórico.

2.1.Marco conceptual.

Necesidad humana: elemento o característica indispensables para que el ser humano logre mantener un estado de equilibrio entre la salud y enfermedad.

Independencia: capacidad que tiene el ser humano para satisfacer por sí mismo cada una de sus necesidades básicas, que corresponden a la etapa de desarrollo y crecimiento en la que se encuentra.¹²

Dependencia: estado de insatisfacción de una o varias de las necesidades básicas del ser humano a causa de su incapacidad de satisfacerla por sí mismo.

Manifestaciones: conductas o signos observables que permiten identificar el grado de independencia o dependencia en la satisfacción de las necesidades de individuo.

Fuente de dificultad: características físicas, psicológicas, sociales y culturales que limitan la capacidad del ser humano para cubrir de manera satisfactoria sus necesidades básicas.¹³

Falta de fuerza: ausencia de la capacidad psicomotriz, de fuerza o tono muscular para realizar las actividades requeridas en su día a día.

Falta de voluntad: ausencia de motivación o interés por parte de la persona, para realizar las actividades que favorezcan su estado de salud y bienestar.

Falta de conocimiento: deficiencia de conocimientos acerca de su salud y de los recursos a su disposición para mejorar su estado de salud.

Función de enfermería: consiste en ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación cuando esté presente alguna fuente de dificultad que le impida satisfacer sus necesidades de manera independiente.¹⁴

Relación de suplencia: la enfermera compensa lo que le falta a la persona cuando se encuentra en un estado crítico, es decir, que cubre sus carencias y realiza las funciones que el individuo no puede realizar por sí mismo.¹²

Relación de ayuda: enfermería apoya y ayuda a la persona a cumplir con las actividades que no puede cumplir de manera independiente.

Relación de acompañamiento: se fomenta una relación terapéutica con el paciente, la enfermera únicamente supervisa y educa al individuo en el autocuidado.¹⁵

Persona: ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Paciente: individuo que requiere asistencia para alcanzar la independencia para recuperar su salud o una muerte tranquila y digna.

Salud: máximo grado de independencia que permite al individuo desarrollarse y alcanzar el máximo bienestar.¹⁶

Entorno: conjunto factores y condiciones dinámicas externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad, que intervienen en la salud de la persona.

Cuidados básicos: cuidados basados en el pensamiento crítico de la enfermera que tienen como finalidad satisfacer las necesidades básicas de la persona, y están orientados a la orientación, suplencia o acompañamiento.

Proceso de atención de Enfermería: método sistemático, que está constituido por cinco etapas, que nos permiten valorar y obtener información sobre los problemas o dificultades de un individuo o comunidad, con la finalidad de establecer un plan de cuidados que permita ejecutar las acciones de enfermería de manera oportuna, y finalmente nos permite realizar una evaluación de la eficacia de los cuidados proporcionados.¹⁷

Edad gestacional: periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, hasta el nacimiento.

Periodo neonatal: etapa de la vida que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

Recién nacido: producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Recién nacido a término: producto nacido entre las 37 y 41 semanas de gestación, con un peso mayor a 2500 gr.

Recién nacido postérmino: Producto nacido a las 42 o más semanas de gestación.

Recién nacido con bajo peso: Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad de gestación.¹⁸

Prematuro: producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1000 gr a menos de 2500 gr.¹⁹

Mortalidad neonatal: es la muerte que se produce desde el nacimiento hasta cumplir los 28 días de vida.

Tasa de mortalidad neonatal: número de recién nacidos que fallecen antes de llegar los 28 días de vida, por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado.

Alojamiento conjunto: colocación del binomio (madre y recién nacido) en la misma habitación inmediatamente después de salir de la sala de partos, o en el caso de los partos por cesárea, a partir del momento en que la madre sea capaz de satisfacer las necesidades del bebé.²⁰

Lactancia materna: alimentación del recién nacido o lactante exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de edad.

Hipoglicemia: Disminución de los niveles de glucemia en sangre, alcanzando niveles menores de 40 mg/dL

Hipotermia: descenso involuntario de la temperatura corporal inferior a 36.5° C.²¹

Factores de riesgo: hace referencia a cualquier rasgo, característica o condición que predisponga a un individuo a sufrir una enfermedad o lesión.

Síndrome de dificultad respiratoria: enfermedad causada principalmente por la inmadurez anatómica y funcional del pulmón, su principal característica es la deficiencia cuantitativa y cualitativa de surfactante, provocando desarrollo progresivo de atelectasias e inadecuado intercambio gaseoso.²²

Periodo perinatal: periodo de tiempo comprendido desde la semana 28 de gestación y que finaliza a los 7 días posteriores al parto.

2.2.Marco empírico.

Se consultaron 7 estudios publicados relacionados con el bajo peso al nacimiento, todos realizados en Latinoamérica, principalmente en Cuba y en México. Los temas estudiados por estos artículos fueron los factores de riesgo que predisponen al BPN, complicaciones perinatales, afectación en el desarrollo cognitivo.

En los documentos encontrados sobre el recién nacido a término con BPN, el tema de mayor predominio son los factores maternos que predisponen al bajo peso, sobre este tema se consideraron 3 artículos que reportaron lo siguiente:

En un estudio retrospectivo, analítico de casos y controles en el Instituto Nacional Materno Perinatal en la capital de la república del Perú, con una muestra total de 246 individuos, divididos en 123 casos y 123 controles Se midieron como factores de riesgo para el BPN la edad materna, estado civil, nivel educativo, número de gestas, periodo intergenésico, número de controles prenatales, tipo de parto, gestación múltiple, consumo de tabaco, antecedente de infección urinaria, anemia materna, hipertensión arterial, preeclampsia y eclampsia.

Los resultados más relevantes en este estudio fueron que el 52.6% de la muestra tenía una edad entre los 26 a 42 años, el 71.5% presentaron una escolaridad hasta la secundaria, el 89.6% era gesta 1 a 3, el 76 % de la población de este estudio presentó un período intergenésico entre 1 a 4 años; el 59.8% presentó entre 4 a 6 controles prenatales y el 56.9% de los partos culminaron en cesárea.²³

Otro estudio que se consideró sobre este tema, fue un estudio de tipo casos y control que se realizó del 1° de enero al 30 de junio del 2009 en el Hospital Juárez de México, en el que se consideraron como criterios de exclusión: recién nacidos prematuros, de embarazo múltiple o con malformaciones.

Las variables maternas que se consideraron en este fueron: edad, lugar de residencia, talla; tabaquismo, incremento de peso, infección de vías urinarias e infección vaginal durante el embarazo. Mientras que las variables del recién nacido que se consideraron fueron: peso y talla al nacer, edad gestacional y sexo.

Los resultados de mayor importancia de este estudio es que se reportó que el 55% de los pacientes con BPN fueron del sexo femenino, el nivel de escolaridad materna predominante fue el nivel secundaria en un 43%. La infección de vías urinarias tuvo una frecuencia de 76%. También se identificó que el incremento de peso durante el embarazo relacionado con el BPN fue en promedio de 6.98 kg.³

En Cuba en el municipio de San Antonio de los Baños, provincia Artemisa se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en recién nacidos con bajo peso al nacer, en un período comprendido de enero a diciembre del 2013, con la finalidad de identificar factores de riesgo prenatales que pudieron intervenir en la incidencia del bajo peso al nacer; se evaluaron y analizaron los factores de riesgo descritos en la literatura que han mostrado asociación con la aparición de este problema

El universo de este estudio estuvo constituido por 564 recién nacidos vivos y la muestra, por 29, con peso al nacer inferior de 2500 gramos en el período estudiado.

Las variables que se estudiaron fueron: peso al nacer, edad materna, edad gestacional al nacimiento, infección urinaria y/o vaginal, embarazo múltiple, anemia, hipertensión arterial y tabaquismo. Obteniendo como resultados que la infección vaginal se presentó en un 51.80% de la muestra, el 10.34% presentó infección urinaria, el 3.44% fue producto de un embarazo múltiple, el 6.90% de las madres presentó anemia durante el embarazo, el 20.68% hipertensión arterial y en el 6.90% de los casos existía tabaquismo.²⁴

Respecto a las complicaciones del BPN se utilizaron 3 estudios realizados en Latinoamérica que dieron como resultados lo siguiente:

Uno de ellos fue un estudio retrospectivo basado en las historias clínicas del servicio de ginecoobstetricia del Hospital León Becerra Camacho de Milagro recabadas del periodo 2014 – 2015, cuyo objetivo fue identificar las principales complicaciones que se presentaban en el recién nacido de bajo peso.

Según los datos recabados podemos observar que el 14% de los recién nacidos a término obtenidos en el área de gineco-obstetricia del Hospital León Becerra Camacho de Milagro en el periodo 2014- 2015, nacieron con bajo peso, y de ellos el 34% presentaron complicaciones perinatales, observándose con mayor frecuencia la asfixia perinatal en

un 42%, seguida de la taquipnea transitoria en un 25%, la hipotermia en un 21% y el síndrome de aspiración meconial en un 12%.¹¹

El otro estudio consultado fue un estudio de cohorte retrospectivo, donde se incluyeron 349 recién nacidos vivos de término y con un peso por debajo del percentil 10 según las tablas de Jurado García. El cual tenía como principal objetivo identificar la incidencia de hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, policitemia y dificultad respiratoria en los recién nacidos a término con bajo peso al nacimiento.

Los resultados obtenidos en este estudio fue que la principal complicación presentada fue la hipoglucemia, la cual se presentó entre las primeras seis horas de vida. Seguida a esta complicación se encontró la dificultad respiratoria, la cual predominó en los recién nacidos de menor EG y en los que se tenía antecedentes de patologías maternas. La complicación que se presentó con menor incidencia en este estudio fue la hiperbilirrubinemia, la cual solo se presentó en tres pacientes, los cuales requirieron manejo con fototerapia por 24 horas y fueron egresados sin ninguna complicación de mayor importancia.²⁵

Debido a que se considera que el Bajo Peso al Nacimiento es uno de los principales factores de riesgo que predisponen al neonato a presentar hipoglicemia dentro de las primeras 24 horas de vida, se utilizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo con una muestra de 147 recién nacidos a término con BPN que se realizó el Hospital Regional de Ica durante el período enero a diciembre del 2010, en el que se valoró los niveles de glucemia durante las primeras 24 horas postparto. Este estudio tenía como finalidad identificar la frecuencia de hipoglicemia en los neonatos con BPN y las características que predominaban en estos. Algunas de las características estudiadas fueron: sexo del recién nacido, complicaciones durante el parto, antecedentes patológicos maternos, enfermedad hipertensiva del embarazo, ganancia de peso materno y control pre-natal.

Los resultados que se obtuvieron en este estudio fueron que 19 de los recién nacidos a término con BPN presentaron hipoglicemia. De ellos, el 57.98% fueron de sexo masculino, en el 10.53% sus madres presentaron algún antecedente patológico, en el

5.26% hubo hipertensión arterial gestacional y en el 22.32% la madre tuvo control prenatal inadecuado.

Concluyendo que 1 de cada 10 recién nacido con BPN presenta hipoglicemia, con mayor predominio los del sexo masculino, y que en la mayoría de los casos los antecedentes patológicos maternos como la hipertensión no juegan un papel fundamental en la presencia o no de hipoglucemia.²⁶

Otro tema que se consideró para la realización de este trabajo fue los efectos que tiene el BPN sobre el desarrollo cognitivo, sobre este tema existen pocos estudios que muestren el perfil neurológico, neurofisiológico y cognitivo conductual a largo plazo en los niños con bajo peso para la edad gestacional. Si bien existe literatura que reporta alteraciones neurológicas en los recién nacidos de <1500 gr, existe poca información de este fenómeno en los recién nacidos de >1500- 2500 gr.

Para el abordaje de este tema que utilizó un estudio piloto realizado en el Centro de Rehabilitación del Neurodesarrollo “Rosa Luxemburgo” con una muestra no probabilística de 14 niños de 6 años, que pretendía identificar el perfil neuropsicológico del niño de bajo peso de 1500-2500 gr, determinando el efecto del BPN sobre el perfil neuropsicológico, perfil intelectual y madurez neurológica.

El principal resultado obtenido en este estudio fue que el 71.42% de la muestra presentó un perfil neuropsicológico patológico, mientras que otro 28.57% presentó un perfil no patológico con índice de inmadurez.

En las áreas en las que se presentó mayor deterioro fue en el área de motricidad manual, orientación espacial, lingüística, operaciones numéricas, memoria inmediata visual e intelectual.²⁷

2.3. Proceso de Atención de Enfermería y su relación con el Modelo de Virginia Henderson.

En 1960, Virginia Henderson establece en su obra “Basic Principles of Nursing Care” su modelo de las 14 necesidades básicas del ser humano.

Éste se encuentra ubicado en los modelos de las necesidades humanas, dentro de la categoría de enfermería humanística, donde el principal papel del personal de enfermería es la realización de acciones que lleven a la satisfacción de las necesidades de la persona que no pueda realizarlas por sí misma, favoreciendo a su estado de salud, a su pronta recuperación o a una muerte digna.

Dentro de su modelo se establecen 14 necesidades básicas que se consideran universales en todos los seres humanos e indispensables para lograr mantener un estado de equilibrio. Cada una de estas necesidades se encuentra influenciadas por componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.¹⁵ (ver cuadro 2)

Cuadro 2: 14 Necesidades básicas del ser humano.

1. Oxigenación
2. Nutrición e hidratación
3. Eliminación
4. Moverse y mantener una postura adecuada
5. Sueño y descanso
6. Vestir y desvestirse
7. Termorregulación
8. Mantener la higiene corporal
9. Evitar peligros del entorno
10. Comunicarse con los demás
11. Valores y creencias
12. Autorrealización
13. Recreación
14. Aprendizaje

Fuente: Bellido VJ, Lendínez CJ. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ª edición. Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. 2010.

En su filosofía Virginia Henderson establece dos conceptos de suma importancia que se relacionan con la satisfacción o no de sus necesidades básicas: independencia, refiriéndose a la capacidad que tiene el ser humano para satisfacer por sí mismo cada una de sus necesidades; y dependencia como la incapacidad para satisfacer por sí mismo una o más de estas.¹²

Phaneuf establece los siguientes 6 grados de independencia-dependencia en los que se puede encontrar una persona.²⁸

Continuum independiente-dependencia

	1	2	3	4	5	6	
I N D E P E N D E N C I A	El cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica	Utiliza sin ayuda y de forma adecuada un aparato o un dispositivo de sostén	Debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer, y controlar si lo hace bien, deber ser asistido aunque sea ligeramente	Necesita asistencia para utilizar un aparato, un dispositivo de sostén o una prótesis	Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades pero puede colaborar de algún modo	Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades	D E P E N D E N C I A

Fuente: Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

También establece tres principales fuentes de dificultad que llevarán a la persona a un estado de dependencia las cuales son: la falta de fuerza, la falta de conocimiento o la falta de voluntad. El estado de dependencia es la que generará la relación persona-enfermera; y las fuentes de dificultad determinarán el tipo de relación que se establecerá, esta puede ser de suplencia, ayuda u orientación.²⁹

Virginia Henderson veía al paciente como una persona que necesita asistencia para recuperar su salud, independencia o lograr una muerte tranquila y digna, planteando al individuo como un ser total que no puede ser reducido a la suma de sus partes.¹³

Si bien Henderson no proporciona una definición concreta de lo que es la salud, a partir de su modelo se puede entender a la salud como aquella situación en la que el ser humano es capaz de lograr la satisfacción de sus necesidades básicas, es decir que se encuentra en una independencia total.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es considerado un método sistemático, que está constituido por cinco etapas, que nos permiten valorar y obtener información sobre los problemas o dificultades de una persona, familia o comunidad, con la finalidad de establecer un plan de cuidados que permita ejecutar las acciones de enfermería de manera oportuna, y finalmente nos permite realizar una evaluación de la eficacia de los cuidados proporcionados.¹⁷

El surgimiento del PAE, a mediados del siglo XX, marcó un hito en la enfermería moderna convirtiéndose en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de enfermería, fundamentado en el método científico.³⁰ Al igual que la enfermería el proceso de atención ha evolucionado con el paso del tiempo. En 1955, fue descrito por primera vez por Hall. En 1959 y 1963 Johnson, Orlando y Wiedenbach, desarrollaron un proceso que contaba únicamente con tres fases de las cinco actuales. Fue hasta los años 70's, cuando Bloch, Roy, Mundinger y Jauron y Aspinall añadieron una fase diagnóstica, dando origen al proceso que actualmente conocemos y que consta de las siguientes 5 etapas:³¹

1. Etapa de valoración: consiste en la recolección de información sobre el paciente, su estado de salud, y su entorno. Existen 3 tipos de valoración dentro del ámbito de enfermería: la exhaustiva, la focalizada y la de urgencia.

-Exhaustiva: es aquella donde el personal de enfermería ve a la persona como un todo y hace una valoración cefalocaudal y de su entorno, es considerada la plataforma de la valoración continua.

-Focalizada: se orienta en reunir información precisa sobre un problema en específico, es decir solo se realiza la valoración de solo una necesidad o un aparato y sistema que se encuentra comprometiendo la salud del paciente.

-De urgencia: es aquella valoración que enfermería realiza en áreas críticas, y donde se requiere información de manera inmediata.

La información recolectada durante esta etapa del proceso de enfermería se puede obtener mediante fuentes primarias y/o secundarias. La obtención de información mediante fuentes primarias se da mediante técnicas como la observación que se da desde el primer contacto que tenemos con el paciente, la entrevista que permite un acercamiento con la persona y profundizar sobre su entorno, y la exploración física de manera cefalocaudal basada en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación. Las fuentes secundarias son aquellas que no suponen un acercamiento directo con la persona, alguna de estas fuentes pueden ser la historia clínica, los estudios de laboratorio y gabinete y otros profesionales de salud que se encuentren en contacto con el paciente.

2. Etapa de diagnóstico: en esta se identifica el problema de salud y se realiza un juicio clínico. Este juicio puede ser considerado como un diagnóstico real, de riesgo o de bienestar; la estructura de cada uno de estos de acuerdo con el formato P.E.S es el siguiente:

Dx real: P (problema) r/c E (etiología) m/p S (Signos y síntomas)

Dx de riesgo: P (problema) r/c E (etiología)

Dx de bienestar: P (problema) m/p S (Signos y síntomas)

3. Etapa de planeación: se lleva a cabo la estructuración de planes de cuidados que tienen como finalidad la recuperación o rehabilitación del estado de salud de la persona. Es en esta etapa es donde se establecen metas u objetivos definiendo los resultados deseados, se establecen prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan.

4. Etapa de ejecución: etapa donde se llevan a cabo las intervenciones y acciones de enfermería que fueron planeadas en la etapa previa.

5. Etapa de evaluación: es la medición del progreso del paciente, se valora la efectividad de las acciones de enfermería.

El proceso de atención de enfermería se caracteriza por ser sistemático, ya que se realiza de manera secuencial, cíclica, periódica y organizada. Otra de sus características es que es un proceso dinámico, ya que los cuidados son cambiantes, se modifican de acuerdo al estado de salud de la persona y su entorno y se encuentran bajo constante evaluación.³⁰

Algunas ventajas de la aplicación de este proceso son: proporciona un método organizado para la gestión y administración del cuidado, favorece a la delimitación del ámbito de actuación de la profesión de enfermería, fomenta la investigación en enfermería y el desarrollo de nuevas bases teóricas, y sobre todo facilita la continuidad de los cuidados y aumenta la calidad de las acciones de enfermería.¹⁵

En la actualidad la utilización del Proceso de Atención de enfermería con una base teórica, como lo es el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, ha permitido que el personal de enfermería sea capaz de brindar una atención individualizada a cada uno de los pacientes, ya que este modelo permite la valoración e identificación de la persona como un ser humano con características biológicas, psicosociales, espirituales y culturales únicas; y no solo como un ser que tiene un problema fisiopatológico que requiere ser resuelto.³¹

Además de que el empleo de estas herramientas metodológicas favorecen el reconocimiento de las necesidades alteradas, el grado de independencia o dependencia y la fuente de dificultad, permitiendo desarrollar planes de cuidados específicos para solucionar los problemas detectados.³²

En cuanto a la población pediátrica se ha observado que el conjunto del PAE y del modelo de Virginia Henderson, es el más empleado a nivel hospitalario del segundo y tercer nivel, ya que puede aplicarse de forma fácil a los pacientes pediátricos independientemente

de la patología que cursan, y favorece a la valoración exhaustiva y focalizada de las 14 necesidades.³³

En algunos estudios de caso que se han aplicado en el Instituto Nacional de Cardiología se ha observado que las principales necesidades que se ven comprometidas durante la edad pediátrica fueron las siguientes: (ver cuadro 3)

Cuadro 3: Necesidades principalmente afectadas en la población pediátrica
-Oxigenación
-Nutrición e hidratación
-Eliminación
-Evitar peligros
Movilidad y postura

Fuente: Carrillo E, Sierra PM. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. Rev Mex Enf Cardiol. 2013, Meza CA, Olvera SS, Cadena JC. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Rev Mex Enf Cardiol.2013

Aunque en el análisis de la evidencia fueron mínimos los hallazgos de la aplicación de estos métodos durante la etapa neonatal. Se ha logrado identificar que el modelo de Henderson permite valorar al recién nacido como un ser humano biopsicosocial. Determinando que el uso de estas metodologías con fundamentos teóricos y filosóficos, pueden permitir a la enfermera neonatal perfeccionar la atención brindada y encaminar a la excelencia de los cuidados.³⁴

El PAE favorece la interacción que busca conocer las respuestas humanas ante los problemas de orden biopsicosocial y promover la adaptación, permite el trabajo conjunto entre los actores del cuidado, lo que resulta ser una ventaja en el área neonatal, en donde se requiere trabajar en conjunto con la madre del recién nacido para el establecimiento de acciones que optimicen las capacidades maternas y neonatales, fomenten el bienestar, el desarrollo humano, la recuperación de la salud; favoreciendo el reforzamiento del binomio madre-neonato.^{17,35}

2.4.Daños a la salud.

A lo largo de la historia el bajo peso al nacer se ha considerado un factor de riesgo ya que incrementa importantemente la morbilidad y mortalidad, no solo en la etapa neonatal, sino también en la infancia.

Al hablar de bajo peso al nacimiento (BPN) en ocasiones se emplea como sinónimo o se confunde con restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), por lo que es importante aclarar la diferencia entre cada uno de ellos.

El BPN tiene como base la distribución por percentiles de la relación del peso al nacer con la edad gestacional en una población, una característica de este es que durante la etapa fetal se mantuvo sus biométricos siempre por debajo de este percentil pero conservando un crecimiento constante hasta al nacimiento.

Mientras que el RCIU es un término obstétrico referido a parámetros esperados en una biometría fetal de acuerdo con indicadores de crecimiento para la etapa fetal, este fenómeno se caracteriza por la detención o disminución del crecimiento en una cierta etapa y es acompañado de alteraciones del flujo placentario, uterino o fetal. Este puede presentarse de forma simétrica, es decir, la cabeza y el abdomen son disminuidos proporcionalmente por hipoplasia celular en los órganos; o asimétrica cuando la cabeza es mayor al abdomen por redistribución del gasto cardíaco hacia órganos vitales durante una hipoxia crónica.^{36, 25}

La Organización Mundial de la salud (OMS) define como bajo peso al nacimiento al menor de 2500 gramos, independientemente de la edad gestacional del recién nacido.³⁷ Este también puede ser clasificado como pequeño para la edad gestacional (PEG) cuando el peso es menor al percentil 10 para la edad gestacional, este concepto se considera estático ya que utiliza el peso y/o talla en el momento del nacimiento.

Cuando hablamos de un recién nacido pequeño para la edad gestacional es importante diferenciar si este es simétrico o armónico, es decir, el peso y talla están afectados, o es asimétrico o disarmónico cuando únicamente uno de los parámetros (talla o peso) se encuentra alterado. En estos casos se puede emplear el índice ponderal:

$$IP = [(peso/longitud^3) \times 100]$$



Si se encuentra por debajo del P10 para su edad gestacional se consideraría como asimétrico.

El recién nacido PEG asimétrico es más susceptible a la hipoglucemia en el periodo neonatal, mientras que el recién nacido PEG simétrico presentará con mayor frecuencia talla baja durante la etapa adulta.³⁸

El peso al nacer es un importante indicador de las condiciones de salud fetal y neonatal e indirectamente de las condiciones prenatales,³ ya que muchas de las causas del bajo peso al nacer se relacionan directamente con las condiciones maternas durante el embarazo, estas pueden ser de tipo sociodemográfico, económico y/o de salud.

Tras la revisión de varios estudios publicados, principalmente en Latinoamérica, se han identificado diversos factores de riesgo maternos, durante el embarazo que predisponen al neonato a un bajo peso al nacimiento. Los principales factores o los que han tenido mayor frecuencia en recién nacidos con bajo peso son: (ver cuadro 4)

Cuadro 4: Principales factores de riesgo maternos relacionados con el bajo peso al nacimiento.

1. Madres con hábito de fumar u otras toxicomanías
2. Ganancia ponderal de peso durante el embarazo igual o menor a 8 kg.
3. Edad materna menor a 20 años o mayor a 35 años
4. Infecciones de vías urinarias o vaginales
5. Control prenatal inadecuado (1-3 consultas)
6. Madres multíparas
7. Enfermedades maternas (hipertensión, diabetes, problemas renales o tiroideos)
8. Periodo intergenésico corto
9. Pobreza

Fuente: Pérez MM, Basain VJ, Calderón CG. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica del Centro. 2018, Ulloa-Ricárdez A, Del Castillo-Medina JA, Moreno MA. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. Rev Hosp Jua Mex.2016, Arce LK, Vicencio RJ, Iglesias LJ, Bernárdez ZI, Rendón MM, Braverman BA. Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018.

La identificación oportuna de estos factores de riesgo se asocia de manera significativa con la disminución del bajo peso al nacimiento, previniendo y evitando consecuencias a corto y largo plazo en el recién nacido.

Algunas medidas de mejoramiento en la nutrición materna durante el embarazo, planificación familiar, el fomento de embarazos planeados para prevenir y controlar algunas toxicomanías antes y durante el embarazo, el fomento de la atención prenatal de manera adecuada podrían disminuir la frecuencia del BPN.³

En los últimos años se ha recalcado la importancia de la prevención e identificación del neonato con bajo peso al nacimiento, debido a que esta condición incrementa 20 veces el riesgo de morir durante el periodo neonatal comparado con los recién nacidos con peso adecuado.²⁵

El Bajo Peso al Nacimiento tiene consecuencias y complicaciones a corto, mediano y a largo plazo en el desarrollo y crecimiento infantil. A corto plazo aumenta considerablemente el riesgo de sufrir complicaciones perinatales que ponen en riesgo la vida del neonato.¹¹

En los casos de recién nacido con BPN se presenta con mayor frecuencia asfixia perinatal, hipoglucemia, hipotermia, policitemia e hiperbilirrubinemia. También son más susceptibles a hospitalización, procesos infecciosos respiratorios graves y diarrea.

La hipoglicemia es el trastorno metabólico que se presenta con mayor frecuencia y de manera precoz en los recién nacido con bajo peso. Suele presentarse dentro de las primeras 24 horas de vida extrauterina y está directamente relacionada con el metabolismo de los hidratos de carbono, ya que durante el periodo neonatal existe un momento de transición entre el aporte constante de glucosa, ésta pasa de ser proporcionada por la placenta materna a ser totalmente dependiente de la homeostasis que logre el recién nacido, por lo que cualquier falla en sus sistemas regulatorios da como resultado estados de hipoglicemia, derivando en un posible compromiso funcional, principalmente a nivel cerebral.

La hipoglicemia resulta muy frecuente en recién nacidos pequeños para la edad gestacional ya que suelen presentar problemas como depresión o dificultad respiratoria, hipotermia y poliglobulia.

Los valores límites para considerar una hipoglucemia que se han establecido son los siguientes: 20-30 mg/dL para prematuros, < 40 mg/dL para recién pretérminos entre 3 y 24 horas de nacimiento, y <45 mg/dL después de las 24 horas del nacimiento.²⁶

El BPN es un punto negativo para el desarrollo neurológico del niño y la intensidad de este daño mantiene una relación estrecha con el grado de bajo peso. Cuando el peso al nacimiento es menor o igual a 1500 gr se presentan déficits conductuales mayores, en comparación con los recién nacidos de 1500 a 2500 gr.

La población que presenta Bajo Peso al momento del nacimiento suele presentar con mayor frecuencia dificultades emocionales o alteraciones de la personalidad, entre las que se destacan: deficiente control de impulsos, trastornos de déficit de atención, carácter pasivo, con respuestas adaptativas más lentas y disarmónicas, y trastornos de ansiedad.²⁷

También esta condición al nacimiento representa mayores probabilidades de continuar con peso y talla menores a la correspondiente durante la infancia, desnutrición, menor coeficiente intelectual y presentar discapacidades cognitivas.²⁴

La mayoría de los niños con bajo peso al nacimiento presentan un periodo de tiempo que se caracteriza por un crecimiento mayor que la media para la edad cronológica, este es denominado como “crecimiento recuperado” o “catch-up”. Este favorece a que el niño alcance su canal de crecimiento ideal, implicando que más del 85% de los niños adquieren este fenómeno en los dos primeros años de vida.

Entre los factores que favorecen esta recuperación del crecimiento destacan el ser PEG asimétrico, con mayor afectación del peso que de la talla y con un perímetro cefálico prácticamente sin alteraciones al nacimiento.

En el caso del PEG simétrico en el que la inhibición del crecimiento se ha producido desde el primer trimestre de la gestación, la recuperación de la talla poco inusual y las secuelas neurológicas suelen ser mayores.

A largo plazo el bajo peso al momento del nacimiento predispone a desarrollar algunas patologías crónicas como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad coronaria y obesidad en la adolescencia y en la etapa adulta.¹¹

Esta población suele presentar niveles elevados de colesterol total y LDL, así como una resistencia aumentada a la insulina, y tensión arterial con aumento de las cifras sistólicas. Por lo que tienen un riesgo aumentado de presentar el síndrome X en la adultez a una edad relativamente joven, este síndrome se caracteriza por presentar hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 e hiperlipidemia.³⁸

Capítulo 3. Metodología.

Se realizó una búsqueda de literatura científica, que brindará fundamentos necesarios para este estudio de caso, en las bases de datos Medline y Scielo, considerando un periodo de tiempo del 2004 al 2018. Las palabras claves que se utilizaron para esta búsqueda fueron: Bajo Peso al Nacimiento, neonato, morbilidad, mortalidad, factores de riesgo y complicaciones. Se encontraron 188 artículos relacionados con la temática, de los cuales se emplearon 47, los principales elementos de exclusión fueron la fecha de publicación y/o el tipo de población de los estudios.

Entre los artículos utilizados se encuentran estudios de caso y control, estudios comparativos, estudios observacionales retrospectivos, análisis de cohorte y Guías de Práctica Clínica publicados en México y Latinoamérica. También se emplearon boletines publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y estadísticas publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Se abordó a un paciente neonatal de 20 horas de vida extrauterina, con diagnóstico médico de: Recién nacido a término de 37 SDG por Capurro con Bajo Peso para la Edad Gestacional.

Se estableció contacto con el binomio en el servicio de alojamiento conjunto en un hospital de tercer nivel, se empleó la entrevista como forma de acercamiento a la mamá del paciente, se obtuvo un consentimiento informado por escrito, posterior a esto se abordó al neonato para la realización del estudio de caso.

Se realizó una valoración focalizada en cada una de las 14 necesidades propuestas por Virginia Henderson utilizando un instrumento de valoración realizado por los alumnos del posgrado de enfermería del neonato con sede en el Hospital Infantil de México. Para llevar a cabo esta valoración se usaron fuentes directas e indirectas. (Anexo 1)

Dentro de la valoración focalizada de cada necesidad se utilizaron escalas que permitieran identificar y medir alteraciones y/o debilidades en uno o varios sistemas del neonato. Entre estas escalas se encuentran: Capurro para la valoración de la edad gestacional (Anexo 2), Escala LATCH (Anexo 3) y tabla Jurado García (Anexo 4) para valorar la necesidad de alimentación e hidratación.

Una vez obtenidos todos los datos, se realizó un análisis y jerarquización de cada una de las necesidades, permitiendo la formulación de 14 diagnósticos de enfermería (4 reales y 10 de bienestar) en formato PES (Problema, Etiología y Síntomas) poniendo en práctica el juicio clínico de enfermería.

En la etapa de planeación se consideró el Continuum independiente- dependencia propuesto por Margot Phaneuf, las funciones de la enfermera y las fuentes de dificultad presentadas por el paciente y su familia. Cada uno de los planes de cuidados presentados en este trabajo se planearon y llevaron a cabo de acuerdo a la mejor evidencia encontrada en la búsqueda previa, adaptándolas a las condiciones y recursos de la unidad hospitalaria, y a las necesidades del paciente.

Para llevar a cabo la evaluación de las intervenciones de enfermería aplicadas se emplea nuevamente el Continuum independiente-dependencia, para lograr identificar a que nivel de independencia se logró llevar al paciente.

Durante la aplicación de este estudio de caso donde se trabajó con el binomio, también se proporcionó educación para la salud a la madre del paciente, abordando temas como higiene, vacunas, signos de alarma y cuidados del neonato en casa.

Aspectos éticos y legales: Previo a la realización de este estudio de caso se le proporcionó a la madre del paciente un consentimiento informado por escrito, de acuerdo con lo mencionado en la Ley General de Salud en su artículo 100, fracción IV. En este se le informó el objetivo del estudio de caso, las actividades a realizar durante él, así como las consecuencias, beneficios y posibles riesgos.(Anexo 5)

Cada uno de una de las intervenciones se aplicaron siguiendo la normatividad de la institución en la que se realizó y los principios éticos de la profesión de enfermería: Responsabilidad, igualdad, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.

4.1. Valoración.

Presentación del caso.

Fecha: 15 de octubre del 2019.

Se trata de T.B, paciente recién nacido masculino, de 20 horas de VEU, quien se encuentra en el servicio de alojamiento conjunto de un hospital de tercer nivel, con diagnóstico médico de: Recién nacido a término de 37 SDG por Capurro con Bajo peso para la edad gestacional.

Cuenta con los siguientes antecedentes:

Hijo de madre de 21 años de edad, escolaridad secundaria completa, quien se dedica al hogar, grupo sanguíneo O+. Padre de 17 años de edad, grupo sanguíneo desconocido, actualmente es empleado en una fábrica.

-Datos demográficos: La madre refiere habitar en zona urbana, no industrializada la cual posee accesibilidad a medios de transporte como camiones, metro, taxis, etc. En cuarto rentado, cuyo material de construcción predominante es el concreto, contando con servicios básicos como luz, agua, drenaje, teléfono y gas, en la vivienda habitan 3 personas, zoonosis dentro y fuera del domicilio negada.

-Antecedentes Heredofamiliares: La madre del paciente niega antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades oncológicas, malformaciones o embarazos múltiples en la familia.

-Antecedentes Prenatales: Producto de G:2, P:2, C:0, A:0. Madre refiere haber asistido a 4 consultas prenatales que se iniciaron a partir del sexto mes de embarazo, realizando 3 ultrasonidos en los que no se reportaron anomalías. Niega ingesta de ácido fólico durante la etapa gestacional, refiere iniciar consumo de sulfato ferroso y multivitamínicos a los 6 meses de embarazo.

-Antecedentes perinatales: Niega haber cursado con complicaciones durante el embarazo. Refiere contracciones y salida de líquido amniótico por lo que acude al servicio de urgencias. Sin inducto-conducción farmacológica del trabajo de parto.

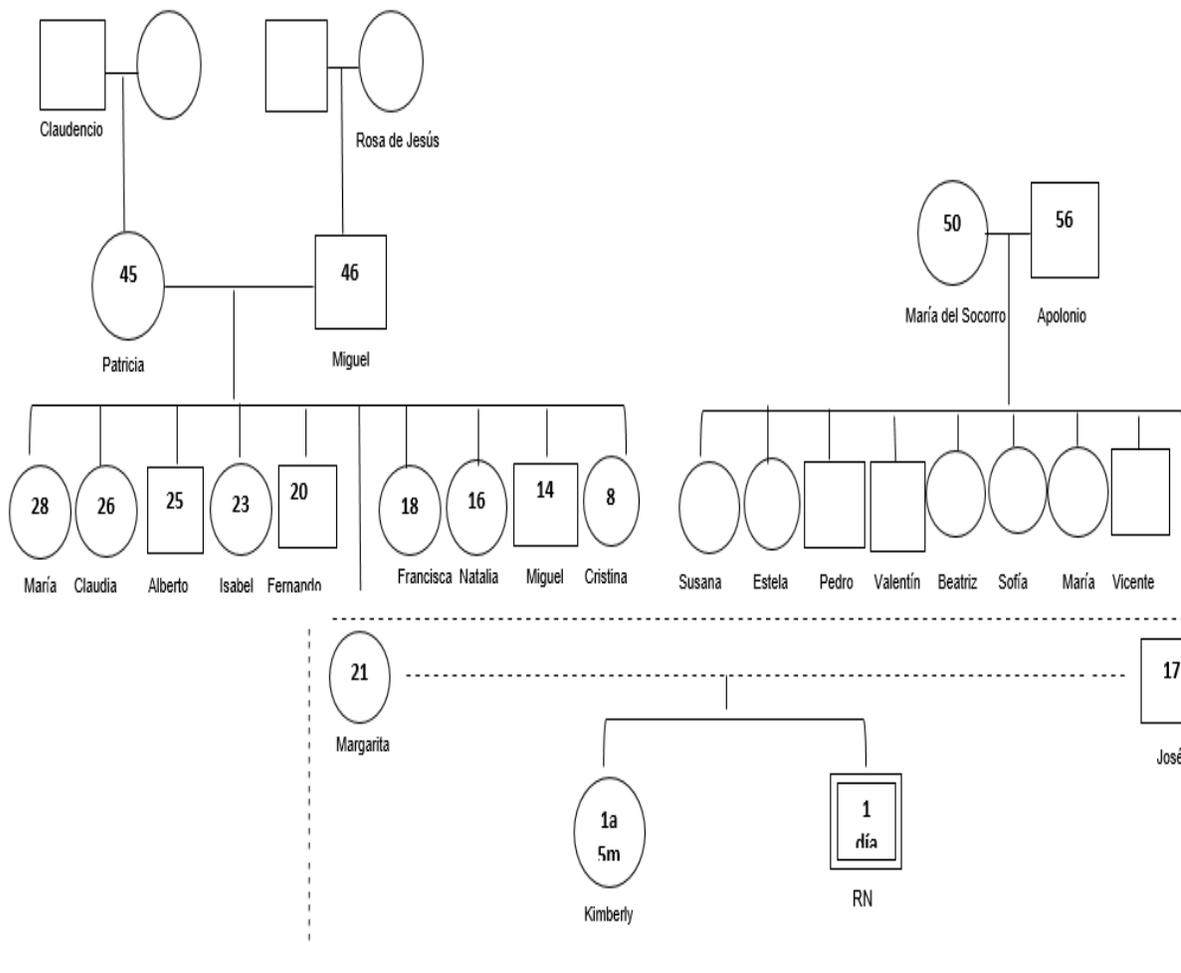
-Antecedentes Neonatales: Se obtiene vía vaginal, producto único vivo que respira y llora al nacer, presentando buen tono muscular, líquido amniótico claro, es colocado en cuna de calor radiante para proporcionar pasos iniciales de reanimación neonatal. APGAR 8/9.

No se reporta ninguna malformación o anomalía durante la exploración física realizada al nacimiento.

Somatometría al nacimiento: Peso: 2330 g Talla: 46 cm PC: 32.5 cm PA: 29 cm
PT: 31.5 cm SS: 26 cm Pb: 9 cm Pie: 7 cm

A las 12 horas del nacimiento presenta glicemia capilar de 37 mg/dL, la cual es corregida alimentando con fórmula de inicio, posteriormente se valora glicemia postprandial de 68mg/dL. El binomio es ingresado al servicio de alojamiento conjunto.

Familiograma.



Habitus externo:

Recién nacido masculino de término con bajo peso para la edad gestacional de acuerdo a las tablas del Dr. Jurado García, simétrico, íntegro, edad aparente igual a la cronológica, hipotrófico. Se encuentra en el servicio de alojamiento conjunto, en bacinete en decúbito lateral izquierdo, contenido con sabana limpia y cubierto con cobertor. Bajo periodos de sueño fisiológico profundo, reactivo a estímulos externos, y facies de confort. Presenta movimientos espontáneos, simétricos. Tegumentos rosados, piel y mucosas lucen hidratadas.

Habitación con luces apagadas, iluminada únicamente con luz natural a través de las ventadas, con mínimo ruido y corrientes de aire escasas.

Exploración física:

Recién nacido normocefálico, fontanela anterior romboidea, normotensa, de aproximadamente 2 cm; fontanela posterior, triangular de 0.5 cm. Cabello oscuro, abundante, limpio, con adecuada inserción. Perímetro cefálico de 32.5 cm. Pabellón auricular totalmente incurvado, alineado a nivel del canto externo del ojo. Globos oculares íntegros, con esclerótica blanca, pupilas reactivas a estímulos luminosos. Nariz central, simétrica con presencia de millium, coanas permeables. Mucosa oral hidratada, labios y paladar íntegros, reflejos de succión y deglución débiles.

Cuello cilíndrico, corto, sin presencia de adenopatías ni alteraciones de movimiento de flexión, extensión, rotación izquierda y rotación derecha. Tráquea central. Pulsos carotídeos palpables, de buena intensidad y ritmo. Reflejo tónico cervical presente.

Clavículas íntegras a la palpación. Tórax redondo con simetría en ambos hemitórax a los movimientos de amplexión y amplexación. Glándulas mamarias palpables con diámetro de 7.5 mm. Perímetro torácico de 31.5 cm. Campos pulmonares con murmullo vesicular a la auscultación, frecuencia respiratoria de 52 rpm. Ruidos cardiacos rítmicos, sin datos patológicos, frecuencia cardiaca de 143 lpm.

Abdomen globoso, ruidos hidroaéreos normales con frecuencia de 8 por minuto, blando, depresible a la palpación. Hígado palpable a 2 cm del reborde costal derecho. Muñón

umbilical ligado sin datos de sangrado activo, ni datos de infección, en proceso de deshidratación. Perímetro abdominal de 29 cm.

Genitales íntegros, fenotipo masculino. Escroto con hiperpigmentación y piel rugosa, a la palpación se encuentran testículos descendidos, meato urinario central, presenta micción espontánea y evacuación con características meconiales, en cantidad moderada.

Miembros torácicos íntegros, simétricos, con llenado capilar de 2 segundos, reflejo de moro y presión palmar presentes. Movimientos de rotación, flexión, extensión, abducción y aducción sin alteración.

Miembros pélvicos íntegros, simétricos, con llenado capilar de 2 segundos. Cadera estable sin alteraciones de movimiento, maniobras de Barlow y Ortolani negativos. Reflejo de presión plantar y Babinski presentes. Pie con longitud de 7 cm.

Columna vertebral íntegra, sin presencia de curvaturas anómalas. Reflejo de Galant presente.

4.2. Análisis de necesidades.

-Oxigenación: Recién nacido con tegumentos rosados. Nariz central, simétrica, permeabilidad de coanas.

Tórax redondo, simetría en ambos hemitórax a los movimientos de amplexión y amplexación, a la auscultación se identifican ruidos cardiacos de buena intensidad y ritmo, sin presencia de ruidos patológicos, frecuencia cardiaca de 143 lpm. Campos pulmonares con murmullo vesicular a la auscultación, frecuencia respiratoria de 52 rpm, SatO₂:97% a oxígeno ambiente. Se valora llenado capilar en miembros torácicos y pélvicos de 2".

➤ Necesidad de oxigenación: Independencia nivel 1

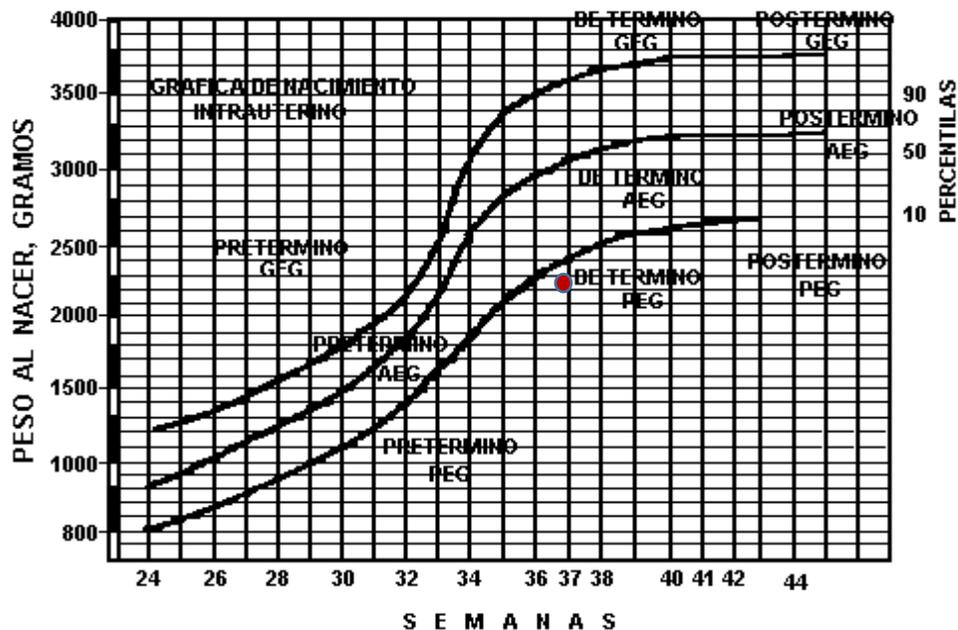
-Alimentación e hidratación: Recién nacido con tegumentos rosados, piel y mucosas hidratadas e íntegras. Se palpan fontanelas anterior y posterior normotensas.

Neonato alimentado con leche materna a libre demanda, cada tetada tiene una duración entre 20 a 30 minutos. Presenta reflejos de succión y deglución débiles (tono disminuido realiza de 4-5 succiones entre cada pausa). Se valora LATCH de 6 puntos (coger 0 pts, deglución audible 1 pto, tipo de pezón 2pts, comodidad 2 pts, mantener al pecho 1 pto).

Abdomen globoso, ruidos hidroaéreos frecuencia de 8 por minuto, blando depresible a la palpación, perímetro abdominal preprandial de 29 cm el cual se mantiene posterior a la alimentación.

Somatometría: Peso: 2330 gr, Talla: 46 cm, PC: 32.5 cm, PA: 29 cm, PT: 31.5 cm Pie: 7 cm

De acuerdo a la clasificación del Dr. Jurado García se clasifica como un Recién nacido Pequeño para la Edad Gestacional.



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

Glicemia capilar preprandial de 63 mg/dl, antecedente de hipoglicemia (37 mg/dl).

La madre refiere haber amantado anteriormente a su primer hija, sin embargo exterioriza muchas dudas sobre la lactancia materna (duración de la tetada, edad máxima para brindarla, higiene de los pechos y técnica)

➤ Necesidad de alimentación: Dependencia nivel 3

-Eliminación: A la palpación se encuentra abdomen blando, depresible, perímetro abdominal de 29 cm, el cual no aumenta posterior a la alimentación. Genitales íntegros, fenotipo masculino. Escroto con hiperpigmentación y piel rugosa, a la palpación se encuentran testículos descendidos, meato urinario central. Durante el turno presenta 3 micciones espontáneas incoloras e inodoras, no cuantificables y una evacuación en cantidad moderada de características meconiales.

➤ Necesidad de eliminación: Independencia nivel 1

-Movimiento y postura: RN que se encuentra en bacinete, en contención con sábana, extremidades en flexión alineadas a la línea media, movimientos libres, espontáneos. Posicionado en decúbito lateral izquierdo, tono muscular normal. Miembros torácicos

íntegros, simétricos, reflejo de moro y presión palmar presentes. Movimientos de rotación flexión, extensión, abducción y aducción sin alteración.

Miembros pélvicos con movimientos simétricos. Cadera estable sin alteraciones de movimiento, Barlow y Ortolani negativos, reflejos de presión palmar y plantar presentes.

- Necesidad de movimiento y postura: Independencia nivel 1

-Sueño y descanso: Duerme en bacinete, bajo periodos de sueño fisiológico, profundo; reactivo a estímulos externos. Duerme con luz apagada y se queda dormido con mayor facilidad en brazos maternos. Despierta únicamente por hambre o incomodidad presentando llanto fácil de consolar.

- Necesidad de sueño y descanso: Independencia nivel 1

-Usar prendas adecuadas: Recién nacido alineado, con facies de confort, viste pañal grande para edad y peso. Se encuentra cubierto con sábana y cobertor limpios.

- Necesidad de usar prendas adecuadas: Independencia nivel 1

-Termorregulación: RN de término de 37 SDG por Capurro. Con tegumentos rosados, al tacto la piel se encuentra fría. Temperatura axilar de 36°C. Se encuentra en bacinete cubierto con sábana y cobertor. Habitación con ventadas cerradas y mínimas corrientes de aire.

- Necesidad de termorregulación: Dependencia nivel 4

-Higiene e integridad de la piel: Tegumentos hidratados con adecuada coloración. Piel fría al tacto, cubierta con vérmix caseosos y presencia de millium en nariz. Muñón umbilical ligado, sin datos de sangrado activo, ni de infección. Se realiza baño de artesa y posterior a este se lubrica piel con crema hidratante de almendras dulces.

- Necesidad de higiene e integridad de la piel: Independencia nivel 1

-Evitar peligros: RN a término con bajo peso para edad gestacional, de acuerdo a tablas del Dr. Jurado García. Colocado en bacinete, se encuentra bajo periodos de sueño fisiológico, reactivo a estímulos externos.

La madre refiere que a pesar de que es su segundo hijo desconoce los signos de alarma que se deben vigilar en el recién nacido y tener escasos conocimientos sobre los cuidados del RN que debe llevar a cabo en casa.

- Necesidad de evitar peligros: Dependencia nivel 3

-Comunicación: RN bajo periodos de sueño fisiológico, profundo, facies de confort, reactivo a estímulos externos, al despertar presenta llanto vigoroso que es consolable cuando la madre lo carga o lo acerca al pecho.

- Necesidad de comunicación: Independencia nivel 1

-Creencias y valores: Madre refiere profesar la religión católica y que esta no representa una restricción para el tratamiento o cuidados del recién nacido.

- Necesidad de creencias y valores: Independencia nivel 1

-Autorrealización: RN alimentado mediante lactancia materna exclusiva, a libre demanda. Al cargarlo la madre lo acaricia, establece contacto visual y le habla con cariño.

La madre refiere que a pesar de no haber sido un embarazo planeado, la noticia de la llegada del bebé fue bien recibida por todos los integrantes de la familia.

- Necesidad de autorrealización: Independencia nivel 1

-Recreación: RN de término, que se encuentra en bacinete, movimientos libres y espontáneos, contenido con sábana, actitud organizada. Al cargarlo la madre lo acaricia, establece contacto visual y le habla con cariño. Presenta llanto vigoroso que es consolable en brazos maternos.

- Necesidad de recreación: Independencia nivel 1

-Aprendizaje: recién nacido a término con reflejo de búsqueda presente, reflejos de succión y deglución débiles. Reflejo tónico cervical presente. Reflejo de Moro presente. Presión palmar y plantar presentes, reflejo babinski presente. Reflejo de Galant positivo.

- Necesidad de aprendizaje: Dependencia nivel 3

4.3. Jerarquización de necesidades.

Nombre: T.B RN Servicio: Alojamiento conjunto
 Edad: 37 SDG Dx médico: RN a término de 37 SDG por Capurro con bajo peso para edad gestacional. Fecha: 15-October-2019

Necesidad	Estado		Causa de la dificultad			Interacciona con la necesidad principal	
	Independ.	Depend.	F.F	F.C	F.V	Si	No
Termorregulación		4	★			★	
Aprendizaje		3	★			★	
Alimentación e hidratación		3	★			★	
Evitar peligros		3	★	★		★	
Autorrealización	1						★
Usar prendas adecuadas	1					★	
Sueño y descanso	1						★
Oxigenación	1					★	
Movimiento y postura	1						★
Higiene y piel	1					★	
Eliminación	1						★
Recreación	1						★
Comunicación	1						★
Creencias y valores	1						★

Fortalezas del paciente y su familia	Debilidades del paciente y su familia
-Lactancia materna exclusiva -Alojamiento conjunto -RN de término -Piel íntegra con vérmix caseoso -Embarazo deseado	-Reflejo de succión y deglución débiles -LATCH 6 pts -Bajo peso al nacimiento -Hipotermia -Escasos conocimientos sobre signos de alarma y cuidados del RN

4.4. Diagnósticos de enfermería.

-Termorregulación: Hipotermia leve r/c exposición a corrientes de aire y bajo peso m/p temperatura axilar de 36° C y piel fría al tacto.

Objetivo: El neonato logrará aumentar su temperatura corporal favoreciendo el contacto piel a piel con su madre.

-Aprendizaje: Alteración de la necesidad de aprendizaje r/c inmadurez de los músculos faciales m/p reflejos de succión y deglución débiles.

Objetivo: Favorecer la maduración de los reflejos de succión y deglución en el neonato mediante estimulación sensorio motora oral.

-Alimentación e hidratación: Dificultad para la lactancia materna r/c inmadurez del reflejo de succión y deglución, falta de conocimientos maternos sobre la lactancia materna m/p LATCH de 6 puntos (coger 0 pts., deglución audible 1 pto, tipo de pezón 2pts, comodidad 2 pts., mantener al pecho 1 pto).

Objetivo: El binomio mejorará la lactancia materna mediante educación sobre lactancia materna, técnicas de agarre y aplicación de estimulación sensorio motor oral en el neonato.

-Evitar peligros: Conocimientos insuficientes sobre cuidados del bebé r/c falta de experiencia m/p la madre refiere desconocer signos de alarma y cuidados del recién nacido.

Objetivo: Favorecer la adquisición de conocimientos maternos sobre signos de alarma y cuidados del recién nacido mediante educación para la salud.

-Autorrealización: Independencia de la necesidad de autorrealización m/p establecimiento de vínculo afectivo exitoso, establecimiento de contacto visual, y tranquilidad del recién nacido en brazos maternos.

Objetivo: Potencializar el vínculo afectivo sano en el binomio mediante el fomento de actividades que favorezcan el fortalecimiento de este.

-Usar prendas adecuadas: Independencia en la necesidad de usar prendas adecuadas m/p neonato alineado y facies de confort.

Objetivo: El neonato mantendrá independencia en la necesidad de usar prendas adecuadas favoreciendo el confort durante su estancia hospitalaria.

-Sueño y descanso: Sueño y descanso eficaz m/p periodos de sueño profundo, facies de confort y despierta únicamente por hambre o incomodidad.

Objetivo: El neonato mantendrá la calidad del sueño y descanso proporcionando un ambiente idóneo para su descanso.

-Oxigenación: Independencia de la necesidad de oxigenación m/p coloración rosada de tegumentos, frecuencia cardíaca de 143 lpm, campos pulmonares con murmullo vesicular, frecuencia respiratoria de 52 rpm, SatO₂: 97% a oxígeno ambiente y llenado capilar de 2”.

Objetivo: El neonato mantendrá independencia de la necesidad de oxigenación mediante la vigilancia estrecha y mantenimiento de una adecuada función cardiorrespiratoria.

-Movimiento y postura: Independencia de la necesidad de movimiento y postura m/p movimientos espontáneos, simétricos y adecuado tono muscular.

Objetivo: El neonato mantendrá independencia de la necesidad de movimiento y postura mediante actividades que favorezca el desarrollo neuromuscular.

-Higiene y piel: Independencia de la necesidad de higiene y protección de la piel m/p piel rosada íntegra, hidratada y muñón umbilical limpio en proceso de deshidratación.

Objetivo: El neonato mantendrá independencia en la necesidad de higiene y protección de la piel, proporcionando cuidados a la piel durante su estadía hospitalaria.

-Eliminación: Eliminación eficaz m/p micción espontánea y evacuación presente con características meconiales.

Objetivo: El neonato mantendrá una eliminación eficaz mediante la valoración de la frecuencia y característica de la eliminación urinaria e intestinal.

-Recreación: Independencia en la necesidad de recreación m/p posición libremente escogida, facies de confort y actitud organizada.

Objetivo: El neonato mantendrá independencia en la necesidad de recreación mediante la aplicación de estimulación temprana.

-Comunicación: Comunicación efectiva m/p neonato reactivo a estímulos externos, llanto vigoroso al sentir hambre o incomodidad y facies de confort al estar en brazos maternos.

Objetivo: El neonato mantendrá una comunicación efectiva mediante la identificación de momentos de irritabilidad y tranquilidad.

-Creencias y valores: Independencia de necesidad de creencias y valores m/p la madre refiere profesar la religión católica y que esta no interviene en la toma de decisiones sobre el tratamiento del neonato.

Objetivo: Mantener creencias y valores que favorezcan el bienestar del binomio permitiendo la expresión de estas durante su estancia hospitalaria.

4.5. Plan de cuidados especializados de enfermería neonatal basado en el modelo de Virginia Henderson.

Fecha: <u>15-10-19</u>	Necesidad: <u>Termorreulación</u>
Estado de la dependencia: <u>Dependencia</u>	Nivel de dependencia: <u>4</u>
Fuente de dificultad: <u>Falta de fuerza</u>	Rol de enfermería: <u>Sustituta</u>

Diagnóstico de enfermería: Hipotermia leve r/c exposición a corrientes de aire y bajo peso m/p temperatura axilar de 36° C y piel fría al tacto.

Objetivo: El neonato logrará aumentar su temperatura corporal favoreciendo el contacto piel a piel con su madre.

Intervención de enfermería: Control térmico	
Acción de enfermería	Fundamentación
-Evaluar la temperatura axilar del RN cada 15 minutos hasta que esta se encuentre dentro de los parámetros normales (36.5-37.5°C). ³⁹	Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf
-Vigilar la función cardiorrespiratoria cada 30 minutos hasta lograr normalizar la temperatura corporal del RN. -Valorar la presencia de apneas, taquipnea, bradicardia, y datos de dificultad respiratoria, debido a que la hipotermia puede producir deterioro del patrón respiratorio y cardíaco. -Valorar frecuencia cardíaca, coloración de la piel, frecuencia respiratoria, llenado capilar y escala Silverman-Anderson	Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. La Biblioteca Cochrane Plus. [Internet]. 2007; N° 4: 1- 56. [Consultado el 28 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/piel_apiel_neonato.pdf

<p>-Al identificarse la hipotermia es importante valorar la glicemia capilar, ya que aumenta el consumo de hidratos de carbono.</p> <p>-Si la glucosa periférica es <40 g/dl, se debe administrar solución glucosada al 10%⁴⁰</p>	
<p>-Evitar pérdidas de calor por conducción, precalentando cualquier material o instrumental que vayamos a utilizar para examinar al recién nacido o que vaya a estar en contacto directo con él (estetoscopios, mantas, cobertores, manos)²¹</p>	<p>Tamez R, Silva MJ. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: Asistencia del recién nacido de riesgo. 3ª Edición. Río de Janeiro, Brasil: Editorial médica panamericana; 2008.</p>
<p>Evitar pérdidas de calor por evaporación:</p> <p>-Valorar la temperatura corporal del recién nacido, previo a la realización del baño, solamente si esta se encuentra dentro de los parámetros normales se realizará el baño.</p> <p>-Realizar el baño por partes y el secado del RN deber realizarse enseguida.</p> <p>-Para la realización del baño el agua debe tener una temperatura entre 38-40°C</p> <p>-Realizar cambio de pañal de manera continua, evitando que el recién nacido permanezca mojado durante periodos largos.³⁹</p>	<p>Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf</p>

Intervención de enfermería: Contacto piel a piel con la madre.	
Acción de enfermería	Fundamentación
<p>-Orientar a la madre sobre los múltiples beneficios del contacto piel a piel (Algunos de los múltiples beneficios de esta técnica son: inicio temprano y mayor apego en la lactancia materna, reserva de energía y termorregulación, menor riesgo de infección, frecuencia cardiorrespiratoria estable y disminución de episodios de llanto).⁴¹</p>	<p>Martínez MT, Damian FN. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enfermería Universitaria 2014; 11(2):61-66.</p>
<p>-Preparar el ambiente y al recién nacido para iniciar la técnica.</p> <p>-Disminuir corrientes de aire corrientes de aire en el lugar, cerrando ventanas o puertas que se encuentren cerca del paciente, así como evitar el flujo continuo de personas cerca del paciente, para evitar pérdidas de calor.</p> <p>-Desnudar al bebé, dejándolo únicamente con pañal, para favorecer la conducción de calor materno.</p> <p>-Orientar a la madre sobre la forma en la que debe llevar a cabo la técnica.</p> <p>-Asegurar que el pecho de la madre se encuentra descubierto, para esto se recomienda utilizar la bata con la abertura enfrente para tener un fácil acceso al pecho.⁴²</p>	<p>Lucchini RC, Márquez DF, Uribe TC. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enferm [Internet]. 2012; 21(4): 209-213. [Consultado el 27 octubre del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es</p>

<p>-Valorar la efectividad del contacto piel a piel mediante la toma de temperatura axilar del recién nacido cada 15 minutos. En caso de no observar aumento de la temperatura del recién nacido, se recomienda colocar al recién nacido en incubadora o cuna de calor radiante, programando una temperatura 1-1.5°C por arriba de la temperatura corporal de nuestro paciente.²¹</p>	<p>Tamez R, Silva MJ. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: Asistencia del recién nacido de riesgo. 3ª Edición. Río de Janeiro, Brasil: Editorial médica panamericana; 2008.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación: Tras evitar las pérdidas de calor por conducción y evaporación y la aplicación del contacto piel a piel con su madre, el neonato logró una mejora en la necesidad de termorregulación. Inicialmente tenía una temperatura axilar de 36°C, a los 45 minutos de haber llevado a cabo las intervenciones de enfermería el neonato alcanzó una temperatura axilar de 36.8°C, y mantuvo una temperatura estable durante el turno.

La valoración de las constantes vitales y de la glucemia periférica permitió valorar la función cardiorrespiratoria del paciente y a valorar la eficacia del contacto piel a piel.

Tras la aplicación de estas intervenciones de enfermería el paciente logró alcanzar independencia nivel 1

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Aprendizaje

Estado de la dependencia: Dependencia Nivel de dependencia: 3

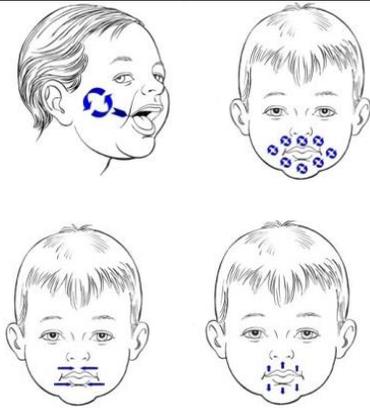
Fuente de dificultad: Falta de fuerza Rol de enfermería: ayudante

Diagnóstico de enfermería: Alteración de la necesidad de aprendizaje r/c inmadurez de los músculos faciales m/p reflejos de succión y deglución débiles.

Objetivo: Favorecer la maduración de los reflejos de succión y deglución en el neonato mediante estimulación sensorio motora oral.

Intervención de enfermería: Estimulación sensorio motora oral.	
Acción de enfermería	Fundamentación
<p>-Realizar una evaluación sensorio motora oral en el recién nacido. Para identificar las áreas específicas que se deben estimular. Esta evaluación se puede realizar mientras el neonato es alimentado o al colocarnos un guanto e introducir el dedo meñique en la boca de este, debemos valorar la intensidad de la succión, la aparición de datos de agotamiento, aparición de cianosis y numero de succiones entre cada pausa.⁴³</p>	<p>Torras E. Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en la succión y deglución durante la lactancia materna. Lactancia materna ALBA. [Internet]. [Consultado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-succion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/</p>
<p>-Identificar la dificultad del funcionamiento oral y la etiológica de esta. La disfunción oral puede ser primaria o secundaria.</p> <p>*La primaria puede deberse a factores como: inmadurez, características</p>	

<p>anatómicas individuales que dificultan el agarre y alteraciones neurológicas</p> <p>*La disfunción secundaria se produce cuando el bebé modifica su patrón original de succión-deglución debido a factores externos que le han influido negativamente, algunos de ellos son: dolor facial y/o malformaciones craneales.⁴³</p>	
<p>-Realización de estimulación perioral e intraoral durante 10 minutos en neonatos a término, previa a cada toma. Estos ejercicios se deben realizar hasta lograr la maduración de los reflejos.⁴³</p> <p>Estimulación perioral:</p> <p>*Barrido en carrillos desde la articulación temporomandibular hacia la comisura</p> <p>*Con dedos índice y pulgar, ejercer presión media de manera circular en la zona de carrillos.</p> <p>*Con el dedo índice, trazar círculos alrededor de la musculatura labial con presión media.</p> <p>*Entre los dedos índice y pulgar, protruir el labio inferior y el superior alternando (como pellizquitos) de forma rápida pero suave.</p> <p>*Pasar el dedo índice rápidamente por el labio superior alternando con el labio inferior (como cepillando los dientes)</p>	<p>Torras E. Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en la succión y deglución durante la lactancia materna. Lactancia materna ALBA. [Internet]. [Consultado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-succion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/</p>



Estimulación intraoral: Colocar un guante e introducir el dedo menique en la boca del neonato para realizar los ejercicios.

*Sobre paladar, masajear suavemente siguiendo la configuración del paladar hacia un lado y hacia otro.

*Masajear suavemente sobre lengua hacia un lado y hacia otro.

*En línea media sobre lengua colocar el dedo índice y activar reflejo de succión con movimientos de extensión y retracción del dedo.

*Con dedo índice masajear suavemente carrillos hacia fuera

-Vigilar aparición de cianosis peribucal, signos de fatiga o estrés durante la realización de la estimulación. Ante el mínimo cambio en el recién nacido se debe

suspender la estimulación y dejar descansar al bebé.	
-Orientara la madre sobre la realización de los ejercicios de estimulación perioral para que pueda realizarlos antes de cada toma. ⁴³	

Evaluación: La estimulación sensorio motora oral se realizó previo a la toma, esto favoreció a que el recién nacido logrará un adecuado amamantamiento. Se orientó a la madre sobre los beneficios y la técnica para aplicar la estimulación con la intención de favorecer la maduración de los reflejos de succión y deglución a largo plazo.

Se logró llevar al paciente a un grado de independencia 2

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Alimentación e hidratación

Estado de la dependencia: Dependencia Nivel de dependencia: 3

Fuente de dificultad: Falta de fuerza Rol de enfermería: ayudante

Diagnóstico de enfermería: Dificultad para la lactancia materna r/c inmadurez del reflejo de succión y deglución, falta de conocimientos maternos sobre la lactancia materna m/p LATCH de 6 puntos (coger 0 pts., deglución audible 1 pto, tipo de pezón 2pts, comodidad 2 pts., mantener al pecho 1 pto).

Objetivo: El binomio mejorará la lactancia materna mediante educación sobre lactancia materna, técnicas de agarre y aplicación de estimulación sensorio motor oral en el neonato.

Intervención de enfermería: Educación sobre lactancia materna y técnicas de agarre

Acción de enfermería

-Informar y orientar a la madre sobre los múltiples beneficios de la lactancia materna (Beneficios para el bebé: favorece el neurodesarrollo, aporta los nutrientes necesarios para el recién nacido, favorece la digestión. Previene la aparición de cólicos, enfermedades respiratorias, diarrea, deshidratación, y a largo plazo diabetes juvenil y algunos tipos de cáncer.

Beneficios para la madre: favorece la involución uterina, previniendo hemorragias durante el puerperio, estimula la producción láctea, previene cáncer cervicouterino y

Fundamentación

Lactancia materna. UNICEF Ecuador; 2012. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>

cáncer de mama, favorece la relación de amor entre la madre y el bebé).⁴⁴

-Orientar a la madre sobre la frecuencia y duración de la tetada. Se debe enseñarle a la madre que la lactancia materna es a libre demanda, vigilando que el bebé no deje de comer por más de 3 horas y que durante el día debe comer entre 8 y 12 veces, cada tetada en el recién nacido se recomienda que dure de 20 a 30 minutos, sin embargo esto puede variar de acuerdo al bebé.

-Enseñar a la madre la manera correcta de agarrar el pecho para ofrecerle el seno al bebé (técnica en C), el bebé debe tomar la mayor parte de la areola, el abdomen del bebé debe estar pegado al de la madre, asegurando un espacio entre la nariz del recién nacido y el seno materno, la cabeza y cadera del bebé deben estar alineados.



Lactancia materna. UNICEF Ecuador; 2012. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/lactancia-materna-guia-1.pdf>

<p>-Enseñar a la madre posturas para el amamantamiento que le brinden mayor comodidad.</p> <p>La posición sentada es la más común y la más cómoda para la mayoría de las mujeres, para favorecer esta postura la madre debe apoyar su espalda en un respaldo firme y cómodo.</p> <p>La posición acostada es muy útil después del parto y para emplearla durante la noche.⁴⁴</p>	
<p>-Evaluar nuevamente la escala de LATCH para valorar la mejoría de la técnica de lactancia materna y el agarre.</p>	

Intervención de enfermería: Estimulación sensorio motora oral.	
Acción de enfermería	Fundamentación
-Realizar estimulación perioral e intraoral durante 10 minutos en neonatos a término, previa a cada toma.	Torras E. Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en la succión y deglución durante la lactancia materna. Lactancia materna ALBA. [Internet]. [Consultado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-succion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/
-Vigilar aparición de cianosis peribucal, signos de fatiga o estrés durante la realización de la estimulación. Ante el mínimo cambio en el recién nacido se debe suspender la estimulación y dejar descansar al bebé.	
-Orientara la madre sobre la realización de los ejercicios de estimulación perioral para que pueda realizarlos antes de cada toma. ⁴³	

Evaluación: Posterior a la orientación y educación sobre la lactancia materna, se realizó una retroalimentación con la madre de manera verbal, en la cual ella fue capaz de responder de manera correcta lo que se le preguntaba sobre el tema. Posterior a la estimulación y aplicando una correcta técnica y posición se logró un adecuado amamantamiento. El puntaje LATCH posterior a las intervenciones fue de 9 pts.

Se logró llevar al paciente a un grado de independencia nivel 2.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Evitar peligros
 Estado de la dependencia: Dependencia Nivel de dependencia: 3
 Fuente de dificultad: Falta de conocimientos Rol de enfermería: ayudante

Diagnóstico de enfermería: Conocimientos insuficientes r/c falta de experiencia m/p la madre refiere desconocer signos de alarma y cuidados del recién nacido.
Objetivo: Favorecer la adquisición de conocimientos maternos sobre signos de alarma y cuidados del recién nacido mediante educación para la salud.

Intervención de enfermería: Educación para la salud sobre signos de alarma y cuidados del RN

Acción de enfermería	Fundamentación
<p>-Orientar a la madre sobre la realización de tamiz metabólico y auditivo (Se debe realizar el tamiz auditivo durante los primeros 28 días de vida del neonato. La toma de tamiz metabólico se debe realizar posterior a las 72 horas de vida del bebé y antes de los 5 días de vida).</p>	<p>Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud. CENETEC; 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html</p>
<p>-Orientar sobre la aplicación de vacunas en el RN (BCG y hepatitis) para la prevención de enfermedades infecciosas.⁴⁵</p>	
<p>-Orientar a la madre sobre la identificación de signos de alarma en el RN (presencia de</p>	<p>Soria RM. Educación para los padres del recién nacido en alojamiento conjunto.</p>

<p>cianosis o ictericia, alteraciones del patrón respiratorio, irritabilidad excesiva, aumento de la temperatura, diarrea, vómitos continuos, datos de infección del muñón umbilical, alteración en el estado de conciencia, disminución o ausencia de la orina) esto favorecerá a que los padres sean capaces de identificar signos de alarma que requieran de atención médica inmediata.⁴⁶</p>	<p>Revista de Enfermería [Internet] 2012: 22-31 [Consultado el 30 de octubre del 2019]. Disponible en: http://fundasamin.or.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educacin-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación: Posterior a cada una de las orientaciones, se realizó una retroalimentación verbal a la madre, en la que fue capaz de repetir la mayor cantidad de información que se le había brindado y se resolvieron cada una de las dudas que expresó durante el proceso.

Se logró llevar a una independencia nivel 1.

Fecha: 15-10-19 **Necesidad:** Autorrealización
Estado de la dependencia: independencia **Nivel de dependencia:** 1
Fuente de dificultad: _____ **Rol de enfermería:** acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de autorrealización m/p establecimiento de vínculo afectivo exitoso, establecimiento de contacto visual, y tranquilidad del recién nacido en brazos maternos.

Objetivo: El binomio mantendrá el vínculo afectivo sano mediante el fomento de actividades que favorezcan el fortalecimiento de este.

Intervención de enfermería: Mantener y fortalecer el vínculo afectivo exitoso.

Acción de enfermería	Fundamentación
-Explicar a la madre los beneficios de mantener un vínculo afectivo exitoso (asegura una lactancia materna exitosa, favorece el autoestima del niño, brinda sentimiento de seguridad al recién nacido, mejora la comunicación madre-hijo, disminuye el estrés en el recién nacido favoreciendo el descanso, favorece el desarrollo cognitivo, social y psicológico del niño)	Torras E. Lactancia materna, contacto y apego. Lactancia materna ALBA. [Internet]. [Consultado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/
-Orientar y motivar a la madre para brindar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé, y complementaria hasta los 2 años. ⁴⁷	

<p>- Fomentar el contacto piel a piel del recién nacido con la madre.⁴⁰</p>	<p>Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. La Biblioteca Cochrane Plus. [Internet]. 2007; N° 4: 1- 56. [Consultado el 28 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/piel_apiel_neonato.pdf</p>
----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación: La madre establece contacto visual y verbal durante el amamantamiento, es capaz de aplicar correctamente el contacto piel a piel, el recién se muestra tranquilo con facies de confort durante la aplicación de esta técnica.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Usar prendas adecuadas
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia en la necesidad de usar prendas adecuadas m/p neonato alineado y facies de confort.
Objetivo: El neonato mantendrá independencia en la necesidad de usar prendas adecuadas favoreciendo el confort durante su estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería: Uso de prendas adecuadas	
Acción de enfermería	Fundamentación
-Vestir al recién nacido con prendas adecuadas para el ambiente. Al existir corrientes de aire o hipotermia en el recién nacido se recomienda el uso de gorro y calcetines, y usar sabanas o prendas de vestir de algodón.	Bustos LG. Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2007
-Evitar el uso de guantes en el recién nacido ya que estos dificultan la exploración táctil, evita el contacto de las manos con la boca y con la piel de la madre.	
-Orientar a la madre sobre la elección del tamaño del pañal ideal para su bebé.	
-Orientar a la madre sobre las características que deben tener las prendas de vestir que utilizará el recién nacido. Estas prendas deben ser	

holgadas, de algodón, que no tengan cintas en muñecas, tobillos ni el cuello y deben ser fáciles de colocar y retirar.

-Enseñar a la madre que la ropa del recién nacido se debe adecuar al ambiente en el que se cuente el recién nacido. En caso de estar en un ambiente frío se recomienda el uso de gorro, calcetas, pantalones y playeras junto con una cobija. En caso de estar en un ambiente neutro o con temperatura elevada se recomienda vestir al recién nacido con prendas ligeras y de igual manera cubrirlo con una sábana o cobija ligera.⁴⁸

Evaluación: Se logró mantener el confort del recién nacido proporcionando prendas adecuadas para el ambiente en que se encontraba. Además de que se logró que la madre aprendiera las características que deben poseer las prendas con las que vista al recién nacido.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Sueño y descanso
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Sueño y descanso eficaz m/p periodos de sueño profundo, facies de confort y despierta únicamente por hambre o incomodidad.
Objetivo: El neonato mantendrá la calidad del sueño y descanso proporcionando un ambiente idóneo para su descanso.

Intervención de enfermería: Mantenimiento de ambiente idóneo para el descanso.

Acción de enfermería	Fundamentación
<p>-Emplear una luz tenue en la habitación donde dormirá el recién nacido, durante el día se puede utilizar únicamente la luz natural, sin que esta de directamente a los ojos del neonato.</p>	<p>Jurado LM. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. Rev Neurol.2016; 63 (2): 1-27</p>
<p>-Disminuir la cantidad de ruido en la habitación donde duerme el neonato ya que es uno de los factores más importantes de interrupción del sueño, produce alteración del sueño tanto desde el punto de vista subjetivo como objetivo.</p> <p>Dentro de las unidades hospitalarias se puede disminuir la cantidad de ruido colocando alarmas de monitores con un volumen mínimo y programarlas adecuadamente a las características del paciente, evitar el uso de radios dentro</p>	

<p>del servicio y moderar la voz de pacientes y personal de la unidad.</p>	
<p>-Adecuar la temperatura de la habitación a una temperatura mayor de 23°C, evitando las corrientes de aire, ya que ambientes muy fríos o muy cálidos existe una disminución del tiempo total del sueño con un aumento de la vigilia, de la latencia de sueño y del período de movimientos.⁴⁹</p>	
<p>-Manipular solo lo necesario al recién nacido, minimizando y agrupando actividades (toma de signos vitales, baño, somatometría, exploración física, etc.), ya que las manipulaciones continuas pueden sobreestimar y causar desorganización y deprivación del sueño.⁵⁰</p>	<p>Rodríguez GL, Mata AI. Procedimiento de mínima manipulación en el neonato. Rev. enferm. CyL. 2014; Vol 6 (2): 58-64</p>

Evaluación: Tras proporcionar un ambiente idóneo para el descanso del recién nacido, se logró que este mantuviera su independencia, durante la estancia hospitalaria permaneció bajo periodos de sueño fisiológico profundo, despertando únicamente cuando tenía hambre o incomodidad.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Oxigenación
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de oxigenación m/p coloración rosácea de tegumentos, frecuencia cardíaca de 143 lpm, campos pulmonares con murmullo vesicular, frecuencia respiratoria de 52 rpm, SatO₂: 97% a oxígeno ambiente y llenado capilar de 2”

Objetivo: El neonato mantendrá independencia de la necesidad de oxigenación mediante la vigilancia estrecha y mantenimiento de una adecuada función cardiorrespiratoria durante el turno.

Intervención de enfermería: Valoración de la función cardiorrespiratoria	
Acción de enfermería	Fundamentación
-Valorar mediante la inspección la aparición de signos de estrés o incomodidad, cianosis, palidez, estado neurológico y/o datos de dificultad respiratoria en el recién nacido durante el turno.	Quiroga A. Valoración clínica del recién nacido con dificultad respiratoria. Revista de Enfermería Neonatal. FUNDASAMIN. 2007; 1(1): 13-15
-Valorar el patrón respiratorio del recién nacido cada 2-4 horas, dependiendo de su estado de salud. Se debe valorar frecuencia respiratoria durante un minuto (esta debe ser de 40-60 rpm), la calidad respiratoria (expansión asimétrica o excesiva) y el patrón respiratorio	

(respiraciones irregulares, respiración periódica o aparición de apneas)	
-Valorar signos de dificultad respiratoria (aleteo nasal, tiraje intercostal, retracción xifoidea, disociación toracoabdominal, quejido espiratorio) mediante la aplicación del test Silverman-Anderson. ⁵¹	
-Valorar oximetría de pulso cada 2-4 horas, según sean las condiciones clínicas del paciente, en un recién nacido a término se espera tener saturaciones por arriba del 90%. ⁵²	Mejía SH, Mejía SM. Oximetría de pulso. Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 149 – 155
-Valorar mediante la auscultación la frecuencia cardíaca cada 2-4 horas, según la estabilidad del paciente. Debemos verificar que esta se encuentre de los parámetros ideales (120-160 lpm). ⁵³	Videla BM. Revisando técnicas: control de signos vitales. Revista de Enfermería Neonatal. FUNDASAMIN. 2010; 3(10): 5-9

Evaluación: El neonato logró mantener independencia en la necesidad de oxigenación durante el turno, la continua valoración y vigilancia de la función cardiorrespiratoria del recién nacido permitió la identificación de un adecuado funcionamiento de esta. En caso de haber existido alguna alteración las acciones de enfermería hubieran permitido la actuación oportuna y la prevención de complicaciones.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Movimiento y postura
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de movimiento y postura m/p movimientos espontáneos, simétricos y adecuado tono muscular.
Objetivo: El neonato mantendrá independencia de la necesidad de movimiento y postura mediante actividades que favorezca el desarrollo neuromuscular.

Intervención de enfermería: Fomento del desarrollo neuromuscular.

Acción de enfermería	Fundamentación
<p>-Valorar la presencia y calidad de reflejos primitivos en el recién nacido:</p> <p>*Marcha: Mantener al niño en posición vertical sobre una superficie firme, colocando las manos sobre el tórax del bebé, se desencadenaran una sucesión de pasos.</p> <p>*Prensión palmar: Colocar al recién nacido en decúbito dorsal, colocar los dedos índices en las palmas del bebé, esta estimulación sobre la palma provoca una reacción de los dedos ocasionando el cierre de la mano.</p> <p>*Reflejo de Moro: Colocar en decúbito dorsal en una superficie firme, aplicar una ligera tracción tomando de las dos manos al bebé. Soltar gentil pero</p>	<p>Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Primera edición. México D.F.: Secretaría de Salud, 2013. 64p. Disponible en: http://himfg.com.mx/</p>

<p>repentinamente al neonato, observando la abducción de los brazos con extensión de los antebrazos y apertura de las manos, luego una aducción de los brazos y flexión de los antebrazos y por último de forma ocasional llanto.</p> <p>* Reflejo de Galant: Con el niño en decúbito ventral pasar el dedo índice por la espalda del bebé aplicando este estímulo en la línea paravertebral izquierda o derecha desde la región interescapular hasta los glúteos, observando que el niño flexione la cadera hacia el lado del estímulo.</p> <p>* Preensión plantar: Tocar firmemente con el dedo pulgar la planta del pie del bebé aplicando este estímulo entre las cabezas del primer y segundo metatarsiano, se observará que el niño flexiona los dedos del pie estimulado.⁵⁴</p>	
<p>-Permitir el libre movimiento de extremidades, colocarlo en diferentes posiciones durante el día, contener reacciones de sobresalto cuando sea pertinente ajustando de forma suave brazos flexionados cerca de la boca.⁵⁵</p>	<p>Sánchez PC, Rivera GR, Correa RA, Figueroa M, Sierra CA, et al. El desarrollo del niño hasta los 12 meses. Orientaciones al pediatra para su vigilancia con la familia. Acta Pediatr Mex 2015; 36: 480-496</p>

<p>-Realizar corrección postural en el neonato cuando sea necesario. Se debe mantener una alineación y simetría respecto a la cabeza, el tronco y las extremidades con la finalidad de mejorar las funciones corporales.⁵⁶</p>	<p>Hechavarría GL, Cruz DU, Hernández CM, López GM. Protocolo de atención temprana a los neonatos con neurodesarrollo de alto riesgo. Correo Científico Médico.2018; 22(1): 137-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100012</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Evaluación: Se logró mantener independencia del neonato en la necesidad de movimiento y postura mediante la aplicación de las acciones descritas, durante su aplicación también se tuvo la oportunidad de orientar a la madre para llevarlas a cabo en casa.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Higiene y protección de la piel
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia de la necesidad de higiene y protección de la piel m/p piel rosácea integra, hidratada y muñón umbilical limpio en proceso de deshidratación.
Objetivo: El neonato mantendrá independencia en la necesidad de higiene y protección de la piel, proporcionando cuidados a la piel durante su estadía hospitalaria.

Intervención de enfermería: Cuidados de la piel	
Acción de enfermería	Fundamentación
-El vermox tiene propiedades aislantes, hidratantes, antioxidantes y antimicrobianas; por lo que es importante no retirarlo de la piel del neonato, evitando el uso de jabones, cremas o lociones durante las primeras 48 horas de vida.	Bustos LG. Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2007
-Evitar el uso de productos perfumados o toallitas húmedas con alcohol para la higiene del recién nacido, ya que estos contienen productos inadecuados para la piel del neonato.	
-Realizar el baño bajo condiciones idóneas (habitación con temperatura entre 22y 25°C sin corrientes de aire, el	

<p>agua debe tener una profundidad de 10-15 cm y una temperatura entre 34y 38°C, la duración del baño no debe rebasar los 5 minutos), la realización de este se recomienda 3 veces a la semana.</p>	
<p>-Cambiar el pañal de manera frecuente y realizar higiene del periné con agua y jabón en caso de existir meconio pegado, se recomienda evitar el uso de toallitas alcoholadas o perfumadas.⁴⁸</p>	
<p>-Realizar diariamente la higiene del muñón umbilical exclusivamente con agua y jabón durante el baño, evitando cubrirlo con gasas o apósitos.⁴⁵</p>	<p>Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica de Enfermería. México: Secretaría de Salud. CENETEC; 2015. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html</p>

Evaluación: El neonato mantuvo independencia en la necesidad de higiene y protección de la piel tras proporcionarle cuidados a la piel, se garantizó la integridad cutánea e higiene del neonato durante su estadía hospitalaria.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Eliminación

Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1

Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Eliminación eficaz m/p micción espontánea y evacuación presente con características meconiales.

Objetivo: El neonato mantendrá una eliminación eficaz mediante la valoración de la frecuencia y característica de la eliminación urinaria e intestinal.

Intervención de enfermería: Vigilar función intestinal y urinaria.	
Acción de enfermería	Fundamentación
-Vigilar que la producción de orina dentro de las primeras 24 horas de vida sea de 1 ml/kg/ hr y que esta sea clara. En ocasiones en las primeras micciones se puede observar un color naranja o rosa debido a la eliminación de uratos, lo cual es normal en el recién nacido.	García PC, Cordero GG. Función renal en el recién nacido. Perinatol Reprod Hum. 2011; 25 (3): 161-168
-Orientar a la madre sobre la frecuencia con la que debe orinar su bebé, haciendo referencia a los pañales que debe mojar al día (5-6 pañales) e informar que la disminución o ausencia de esta puede indicar problemas médicos como deshidratación. ⁵⁷	

<p>-Valorar la frecuencia y característica de las evacuaciones.</p> <p>Durante la primer semana de vida el recién nacido en promedio evacua de 3-4 veces al día, estas evacuaciones suelen tener características meconiales (verde oscuro, pegajoso), posteriormente esta cambia a verde y a amarillo en función a la dieta del paciente.</p>	
<p>-Vigilar y orientar a la madre sobre cambios en las características de las heces.</p> <p>*Aparición de rastros de sangre</p> <p>*Heces con moco</p> <p>*Cambios en la coloración (heces blancas, rojas o negras)</p>	<p>Alonso AM, García MR. Protocolos de Digestivo: Trastornos digestivos menores en el lactante. BOL PEDIATR. 2006; 46: 180-188</p>
<p>-Orientar a la madre sobre características que puedan indicar estreñimiento en el recién nacido:⁵⁸</p> <p>*Heces duras y secas</p> <p>*Disminución en la frecuencia (hasta 48 horas sin presentar evacuación)</p> <p>*Dificultad para evacuar</p>	

Evaluación: El neonato logró mantener independencia en la necesidad de eliminación mediante la valoración de las micciones y evacuaciones. Además se logró educar a la madre sobre las características y frecuencia de la eliminación urinaria e intestinal que debe mantener el recién nacido.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Recreación

Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1

Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia en la necesidad de recreación m/p posición libremente escogida, facies de confort y actitud organizada.

Objetivo: El neonato mantendrá independencia en la necesidad de recreación mediante la aplicación de estimulación temprana.

Intervención de enfermería: Estimulación temprana.	
Acción de enfermería	Fundamentación
- Informar a la madre sobre los beneficios de la aplicación de la estimulación temprana. Alguno de estos beneficios son: permite el desarrollo de la coordinación motora, favorece la madurez del tono muscular, el desarrollo y fortalecimiento de los sentidos. ⁵⁹	Medina SA. La estimulación temprana. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2002; 14: 63-64.
-Aplicar estimulación temprana acorde a programas preestablecido de acuerdo a la edad del paciente y sus necesidades. Las áreas a trabajar en el neonato y lactante (0a 3meses) son: *Estimulación de la succión mediante la lactancia materna exclusiva. *Ejercicios para fortalecer y control de la cabeza: Colocar al bebé en decúbito ventral sobre una superficie firme, llamar la atención con un objeto brillante o con	Ejercicios de estimulación temprana. UNICEF. México. 2011 [Consulta 10 diciembre 2019] Disponible en: http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf

<p>sonidos. En decúbito dorsal, traccionar sus brazos ligeramente para apoyarlo a sentarse.</p> <p>*Fortalecimiento de brazos y piernas: En decúbito dorsal extender los brazos del bebé hacia abajo, arriba y a los lados; luego cruzarlos hacia el pecho. Flexionar y estirar suavemente sus piernas.</p> <p>*Motor fino: Frotar la palma del bebé para evitar que la tenga cerrada, con nuestro pulgar e índice tome cada uno de los dedos del bebé dando un ligero estirón, ayudarlo a sostener sus manos objetos como sonajas, pasar por las palmas una brocha o toalla suave.</p> <p>*Audición y visión: Invitar a la madre a que cada que le de comer o lo cargue mantenga contacto visual con su bebé. En decúbito dorsal colocar objetos de color brillante (rojo, blanco o negro) y moverlo de derecha a izquierda para que el bebé lo siga con la vista. Hacer sonar sonajas o campanas cerca de él.⁶⁰</p>	
<p>-Aplicación y orientación sobre la musicoterapia. Se recomienda aplicarla durante la noche, con una duración de 10 minutos, se prefiere utilizar música clásica, sonidos de la naturaleza y canciones de cuna que no cuente con variaciones bruscas de sonido.⁶¹</p>	<p>Cobo HA, Cerezo CA, Gutiérrez GJ. La musicoterapia en el plan de cuidados de los niños prematuros: revisión bibliográfica. Medicina naturista. 2015; 9 (1): 31-37.</p>

<p>-Orientar a la madre sobre los beneficios del masaje infantil en el recién nacido. Algunos de los múltiples beneficios de esta técnica son: favorece el desarrollo neurológico y el aumento del peso, favorece la interacción entre la madre y el bebé, mejora el tono vagal y tiene un efecto analgésico y relajante.⁶²</p>	<p>Márquez DF, Poupin BL, Lucchini RC. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enferm. 2207; 16 (57). [Consulta el 10 diciembre 2019]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007000200009</p>
<p>-Orientar a la madre sobre algunas recomendaciones para realizar el masaje Vimala:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Se recomienda su realización posterior al baño para favorecer el descanso *Usar aceites naturales como el aceite de almendras o de olivo *La duración no debe exceder los 10 minutos *Los toques que se realicen durante el masaje deben ser suaves pero firmes 	<p>González GM. Masaje infantil. Medicina naturista. 2007; 1(2): 102-119.</p>
<p>- Realizar el masaje al neonato a la vez que se le enseña a la madre como aplicarlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> *Antes de iniciar el masaje es importante retirar pulseras, anillos y lavarnos las manos. *Colocar al bebé en una superficie firme, de preferencia realizando un nido a su alrededor. 	

*Desnudar lentamente al bebé, se prefiere que esto se haga por bloques en vez de desnudarlo completamente.

*Cara: Abrir un libro sobre la cara del bebé, con los pulgares desde el centro de la frente hacia los lados, posteriormente deslizar nuestros pulgares sobre las cejas y parpados. Pasar los pulgares desde el puente del tabique nasal hasta la punta y luego a los pómulos. Con los pulgares dibujar una sonrisa del centro hacia los lados. Trazar círculos alrededor de la mandíbula. Colocar nuestros dedos detrás de las orejas y deslizarlos hacia la mandíbula.

*Pecho: Abrir un libro y dibujar un corazón con las palmas de las manos, iniciando en el centro

*Abdomen: Deslizar ambas manos hacia abajo, una tras la otra, posteriormente dar ligeros toques en dirección a las manecillas del reloj, con las puntas de los dedos caminar por el vientre en dirección al final del intestino grueso.

*Brazos y manos: Con una mano sujetamos la muñeca, con la otra mano “ordeñamos” el brazo desde el hombro hasta la muñeca. Con ambas manos comprimimos y torcemos ligeramente el brazo, abrimos la mano dando un masaje desde la palma hasta los dedos, con

nuestro pulgar e índice rodamos cada dedo del bebé dando un ligero estirón al llegar a la punta, acariciar el dorso de la mano, con las yemas dibujar círculos en las muñecas. Al nilaizar con un brazo se repite el procedimiento con el otro brazo.
*Piernas y pies: Se aplica el mismo masaje que en brazos y manos.⁶³

Evaluación: Se logró mantener la independencia del neonato en la necesidad de recreación mediante la estimulación temprana y se logró orientar a la madre sobre ella para que continúe con esta en casa

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Comunicación
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Comunicación efectiva m/p neonato reactivo a estímulos externos, llanto vigoroso al sentir hambre o incomodidad y facies de confort al estar en brazos maternos.

Objetivo: El neonato mantendrá una comunicación efectiva mediante la identificación de momentos de irritabilidad y tranquilidad.

Intervención de enfermería: Fomento de la comunicación	
Acción de enfermería	Fundamentación
<p>-Identificar y orientar a la madre sobre signos de estrés o incomodidad en el recién nacido. Algunos de estos signos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Cambios de coloración en la piel *Muecas *Dedos separados en abanico *Extensión persistente de las extremidades *Tono postural alterado *Desorganización de la actividad motora *Llanto excesivo <p>-Enseñar a la madre técnicas para reducir el estrés en el recién nacido. Entre las técnicas más recomendadas se encuentra el masaje o fricción, sostén y contención.⁶⁴</p>	<p>Schapira I, Aspres N. Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2004; 23 (3): 113-121.</p>

<p>-Promover actividades que mejoren la comunicación entre el binomio. Algunas de las técnicas que se pueden emplear son aquellas que promuevan la interacción física entre madre y bebé, y que favorezcan el desarrollo de los sentidos del recién nacido como lo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Masaje Vimala *Contacto piel a piel *Estimulación temprana *Musicoterapia 	<p>Guerra RM, Muñoz RL. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Enfermería Universitaria 2013;10(3):84-91</p>
<p>-Enseñar a la madre que al hablar con el bebé lo debe de hacer con un tono de voz suave, medio, y que siempre se dirija a él por su nombre o palabras de cariño.⁶⁵</p>	

Evaluación: Tras la aplicación de las actividades anteriormente mencionadas se logró que el neonato mantuviera una comunicación efectiva. Se logró educar a la madre sobre la identificación de estados de tranquilidad y estrés en el recién nacido y la manera en la que puede combatir el estrés durante esta etapa.

Fecha: 15-10-19 Necesidad: Creencias y valores
 Estado de la dependencia: independencia Nivel de dependencia: 1
 Fuente de dificultad: _____ Rol de enfermería: acompañante

Diagnóstico de enfermería: Independencia en la necesidad de creencias y valores m/p la madre refiere profesar la religión católica y que esta no interviene en la toma de decisiones sobre el tratamiento del neonato.
Objetivo: Mantener creencias y valores que favorezcan el bienestar del binomio permitiendo la expresión de estas durante su estancia hospitalaria.

Intervención de enfermería: Fomento de creencias y valores saludables.	
Acción de enfermería	Fundamentación
-Permitir la libre expresión de creencias y valores de la madre sobre el cuidado y atención del recién nacido.	Guerra RM, Muñoz RL. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Enfermería Universitaria 2013; 10(3):84-91.
-Identificar la existencia de creencias respecto al cuidado del recién nacido que puedan significar algún riesgo para su bienestar (realización de rituales, introducción de alimentos a edad inadecuada, creencias sobre la lactancia materna, etc.)	
-Orientar a la madre sobre actividades que favorezcan el bienestar del neonato. También es importante resolver dudas de la madre o familia sobre los cuidados del recién nacido y orientar sobre creencias erróneas que pongan en	

peligro la salud o integridad del neonato. ⁶⁵	
----------------------------------------------------------	--

<p>Evaluación: Se logró mantener creencias y valores que fomentaran el bienestar del neonato, a su vez se logró orientar a la madre sobre los cuidados del recién nacido y resolver las dudas existentes sobre el tema con la finalidad de asegurar el bienestar y salud del neonato una vez que se encuentre en casa.</p>

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones.

La realización de este estudio de caso permitió la integración de la teoría con la práctica, favoreciendo el análisis de las necesidades y de las respuestas humanas del paciente neonatal. El modelo de las 14 necesidades propuesto por Virginia Henderson permite valorar al neonato como un ser biopsicosocial, y lograr abordar necesidades poco estudiadas como recreación, comunicación, creencias y valores.

En este caso en particular se logró cumplir cada uno de los objetivos planteados al inicio del trabajo, se logró que el binomio madre-neonato alcanzara la independencia en cada una de las necesidades. A partir del egreso hospitalario del binomio se mantuvo contacto telefónico con la madre del paciente, para resolución de algunas dudas sobre el cuidado del bebé.

El neonato, sujeto de estudio, logró cursar el periodo neonatal de manera saludable, sin ninguna complicación, se logró un apego preventivo (realización de tamiz metabólico, auditivo y aplicación de vacunas) lo que favoreció a potencializar el estado de salud del paciente durante esta etapa tan crucial para el desarrollo humano.

Referencias:

¹Organización Mundial de la Salud. Reducir la mortalidad de los recién nacidos. [Internet]. 2019 [Consultado el 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

²Mendoza TL, Claros BD, Arias GM, Peñaranda OC. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev Chil Obstet. Ginecol.2016; 81(4): 330-342.

³Ulloa A, Del Castillo JA, Moreno MA. Factores de riesgo asociados a bajo peso al nacimiento. Rev Hosp Jua Mex.2016; 83 (4):122-128.

⁴Grandia C, González A, Zubizarretac J. Factores perinatales asociados a la mortalidad neonatal en recién nacidos de muy bajo peso: estudio multicéntrico. Arch Argent Pediatr. 2016; 114(5): 426-433.

⁵Instituto Nacional de Estadística y Geografía Natalidad y fecundidad en México. [Internet] 2017. [Consultado el 21 de septiembre de 2019]. Disponible en: inegi.org.mx/temas/natalidad/

⁶López WA, Iglesias J, Bernárdez I, Gerardo-del Hoyo MN. Morbilidad y factores de riesgo en neonatos de término atendidos en el Hospital Español de México. Rev Sanid Milit Mex.2017; 71 (3): 258-263.

⁷Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: Resultados Nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.

⁸Rivera MA, Fernández LA, Michel C, Carrera S, Arroyo LM, et al. Morbilidad y mortalidad de neonatos <1,500 g ingresados a la UCIN de un hospital de tercer nivel de atención. Perinatol Reprod Hum. 2017; 31(4):163-169.

⁹Blasco NM, Cruz CM, Cogle CY, Navarro TM. Principales factores de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales. MEDISAN. 2018; 22(7): 578-599.

¹⁰ Arreguín GI, Cabrera CR, Ayala GF. Evaluación de coeficiente intelectual, a escolares de bajo peso al nacer y/o muy bajo peso al nacer gestados a término y pretérmino. Arch Neurocién (Mex) INNN. 2017; 22 (1): 23-34.

¹¹Ocampo MP, Ortega RV, Paredes PJ, León PA. Complicaciones de los recién nacidos a término con bajo peso en el Hospital León Becerra Camacho de Milagro del año 2014 – 2015. RECIMUNDO. 2019; 3 (2): 502-516.

¹²Pichardo GG. Estudio de caso con el enfoque de Virginia Henderson a una persona con afección valvular aórtica. Rev Mex Enf Cardiol. 2013; 21 (1): 24-29.

¹³Jiménez AB, Salinas MT, Sánchez T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson Virginia Henderson. Rev Enferm IMSS. 2004; 12 (2): 61-64

¹⁴Massó BE, Fernández GJ, Macías BC, Betancourt BY. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. Rev Cubana Enfermer. 2008; 24(3-4).

¹⁵Bellido VJ, Lendínez CJ. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ª edición. Ilustre colegio oficial de enfermería de Jaén. 2010.

¹⁶Galvis LM. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. Rev Cuid 2015; 6(2): 1108-20.

¹⁷Martínez C, Romero G. Neonato pretérmino con dependencia en la necesidad de oxigenación y realización. Enfermería Universitaria. 2015; 12(3):160-170.

¹⁸Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [Consultada el 28 de septiembre de 2019]

¹⁹Gómez M, Danglot C, Aceves M. Clasificación de los niños recién nacidos. Rev Mex Pediatr. 2012; 79(1): 32-39.

- ²⁰Organización Mundial de la Salud. Alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido, frente a la atención por separado, como forma de prolongar la lactancia. [Internet]. 2019. [Consultado el 20 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/review_summaries/rooming-in-separate-care/es/
- ²¹Tamez R, Silva MJ. Enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal: Asistencia del recién nacido de riesgo. 3ª Edición. Río de Janeiro, Brasil: Editorial médica panamericana; 2008.
- ²²Diagnóstico y tratamiento de síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido. México: Secretaría de Salud; 2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx>
- ²³Heredia OK, Munares GO. Factores maternos asociados al bajo peso al nacer. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54 (5):562-567
- ²⁴Fernández PZ, López FL, López BL. Caracterización clínico epidemiológica del bajo peso al nacer. RCMGI. 2014; 31(1):27-34.
- ²⁵Arce LK, Vicencio RJ, Iglesias LJ, Bernárdez ZI, Rendón MM, Braverman BA. Antecedentes maternos prenatales y riesgo de complicaciones neonatales en productos de término de bajo peso para edad gestacional. Bol Med Hosp Infant Mex. 2018; 75: 237-243.
- ²⁶Cabrera GR, Quispe IM, Oyola GA, Valencia AR. Hipoglicemia en recién nacidos a término pequeños para la edad gestacional. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA. 2016; 9(1): 553-55.
- ²⁷Ramírez BY, Díaz BM, Alvarez ME. Efecto del bajo peso al nacer sobre el desarrollo cognitivo. Bol Pediatr. 2013; 53: 13-20.
- ²⁸Riopelle L, Grondin I, Phaneuf M. Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona. 1ª Edición. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
- ²⁹Meza CA, Olvera SS, Cadena JC. Proceso enfermero en lactante mayor con pentalogía de Cantrell con el enfoque de Virginia Henderson. Rev Mex Enf Cardiol. 2013; 21 (2): 63-70.

- ³⁰Reina G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico. 2010; (17):18-23.
- ³¹Gaona VY, Cruz JM. Estudio de caso a una adolescente con dependencia en la necesidad de seguridad y protección, por deficiencia de proteína C. Enfermería Universitaria. 2012; 9(2): 37-45.
- ³²Carrillo E, Sierra PM. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. Rev Mex Enf Cardiol. 2013; 21 (3): 111-117.
- ³³Alvarado PP, Cruz JM. Proceso de atención de Enfermería, a una adolescente con dependencia en la necesidad de oxigenación por ventrículo único. Enfermería Universitaria. 2013; 10(3):105-111.
- ³⁴Rodríguez MR. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Rev Cuba Enferm. 2012; 28(4):474-484.
- ³⁵Rojas JG, Pastor DP. Aplicación del proceso de atención de enfermería en cuidados intensivos. Investigación y Educación en Enfermería. 2010; 28 (3): 323-335.
- ³⁶Robaina CG. Bajo peso al nacer, prematuridad y enfermedades crónicas en la adultez. Rev Cubana Pediatr. 2017; 89(2): 108-112.
- ³⁷Pérez MM, Basain VJ, Calderón CG. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica del Centro. 2018; 12 (3): 369-382.
- ³⁸Paisán GL, Sota BI, Muga ZO. El recién nacido de bajo peso. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología. 2008; 9:78-84.
- ³⁹Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido prematuro. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2013. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/645GER.pdf>
- ⁴⁰Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. La Biblioteca Cochrane Plus. [Internet]. 2007; N° 4: 1- 56. [Consultado el 28 de octubre de 2019]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/piel_apiel_neonato.pdf
- ⁴¹Martínez MT, Damian FN. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enfermería Universitaria 2014; 11(2):61-66.

⁴²Lucchini RC, Márquez DF, Uribe TC. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. *Index Enferm* [Internet]. 2012; 21(4): 209-213. [Consultado el 27 octubre del 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007&lng=es

⁴³Torras E. Fisioterapia para reconducir disfunciones orales en la succión y deglución durante la lactancia materna. *Lactancia materna ALBA*. [Internet]. [Consultado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-2-como-superar-dificultades/fisioterapia-para-reconducir-disfunciones-orales-en-la-succion-y-deglucion-durante-la-lactancia-materna/>

⁴⁴Lactancia materna. UNICEF Ecuador; 2012. Disponible en: <https://www.unicef.org/ecuador/lactanciamaterna-guia-1.pdf>

⁴⁵Intervenciones de enfermería durante el puerperio fisiológico. Resumen de evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica de Enfermería*. México: Secretaría de Salud. CENETEC; 2015. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

⁴⁶Soria RM. Educación para los padres del recién nacido en alojamiento conjunto. *Revista de Enfermería* [Internet] 2012: 22-31 [Consultado el 30 de octubre del 2019]. Disponible en: <http://fundasamin.or.ar/newsite/wp-content/uploads/2012/05/Educacin-de-los-padres-del-recien-nacido-en-el-alojamiento-conjunto.pdf>

⁴⁷Torras E. Lactancia materna, contacto y apego. *Lactancia materna ALBA*. [Internet]. [Consultado el 27 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-6-lactancia-y-crianza/lactancia-materna-contacto-y-apego/>

⁴⁸Bustos LG. Guía de cuidados del recién nacido en la maternidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. 2007

⁴⁹Jurado LM. Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol*. 2016; 63 (2): 1-27

⁵⁰Rodríguez GL, Mata AI. Procedimiento de mínima manipulación en el neonato. *Rev. enferm. CyL*. 2014; Vol 6 (2): 58-64

⁵¹Quiroga A. Valoración clínica del recién nacido con dificultad respiratoria. *Revista de Enfermería Neonatal. FUNDASAMIN*. 2007; 1(1): 13-15

- ⁵²Mejía SH, Mejía SM. Oximetría de pulso. Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 149 – 155
- ⁵³Videla BM. Revisando técnicas: control de signos vitales. Revista de Enfermería Neonatal. FUNDASAMIN. 2010; 3(10): 5-9
- ⁵⁴Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Manual de Exploración Neurológica para Niños Menores de Cinco Años en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Primera edición. México D.F.: Secretaría de Salud, 2013. 64p. Disponible en: <http://himfg.com.mx/>
- ⁵⁵Sánchez PC, Rivera GR, Correa RA, Figueroa M, Sierra CA, et al. El desarrollo del niño hasta los 12 meses. Orientaciones al pediatra para su vigilancia con la familia. Acta PEDIATR Mex 2015; 36: 480-496
- ⁵⁶Hechavarría GL, Cruz DU, Hernández CM, López GM. Protocolo de atención temprana a los neonatos con neurodesarrollo de alto riesgo. Correo Científico Médico.2018; 22(1): 137-154. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812018000100012
- ⁵⁷García PC, Cordero GG. Función renal en el recién nacido. Perinatol Reprod Hum. 2011; 25 (3): 161-168
- ⁵⁸Alonso AM, García MR. Protocolos de Digestivo: Trastornos digestivos menores en el lactante. BOL PEDIATR. 2006; 46: 180-188
- ⁵⁹Medina SA. La estimulación temprana. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2002; 14: 63-64.
- ⁶⁰Ejercicios de estimulación temprana. UNICEF. México. 2011 [Consulta 10 diciembre 2019] Disponible en: <http://files.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>
- ⁶¹Cobo HA, Cerezo CA, Gutiérrez GJ. La musicoterapia en el plan de cuidados de los niños prematuros: revisión bibliográfica. Medicina naturista. 2015; 9 (1): 31-37.
- ⁶²Márquez DF, Poupin BL, Lucchini RC. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enferm. 2207; 16 (57). [Consulta el 10 diciembre 2019]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962007000200009
- ⁶³González GM. Masaje infantil. Medicina naturista. 2007; 1(2): 102-119.
- ⁶⁴Schapira I, Aspres N. Estrés en recién nacidos internados en unidad de cuidados intensivos (UCIN): propuestas para minimizar sus efectos. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 2004; 23 (3): 113-121.

⁶⁵Guerra RM, Muñoz RL. Expresiones y comportamientos de apego madre-recién nacido hospitalizado en Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. *Enfermería Universitaria* 2013; 10(3):84-91.

Anexos.

Anexo 1: Instrumento de valoración.

Instructivo:

El presente instrumento servirá como herramienta para la obtención de datos que permitan realizar una valoración completa del neonato, aplicable dentro y fuera de la unidad hospitalaria y en las diversas áreas dentro de la misma.

Para el llenado del mismo se requerirá de datos objetivos y subjetivos como son:

Entrevista directa con el cuidador primario, personal de salud, expediente clínico, resultados de laboratorio, signos y síntomas, así como resultados de diversas escalas de valoración aplicables para el neonato.

Se incluyen diversos tipos de preguntas

Abiertas, las cuales deberán contestarse acorde a las respuestas exactas obtenidas, sin modificaciones, con letra de molde clara y precisa, y con tinta azul o negra.

Dicotómicas con respuesta SI o No, deberá marcarse con una "x" la respuesta seleccionada, del mismo modo los reactivos con más opciones de respuesta.

Contiene un apartado para la realización del Familiograma el cual deberá realizarse adecuando las formas, líneas y símbolos establecidos para su elaboración.

Deberá contestar adecuadamente todos los apartados, en caso de no obtener la respuesta dejar el espacio en blanco o No aplica.

Se considerará para su llenado la confidencialidad de datos y la implementación del consentimiento informado.

1.- Ficha de identificación

Nombre de la madre: _____ Núm. de expediente: _____ Estado de civil: _____

Religión: _____ Ocupación: _____ Nivel escolar: _____

Dirección: _____

Apellidos del neonato _____ Género: _____

Fecha y hora de nacimiento: _____

Servicio: _____ Núm. de expediente: _____

2. Datos demográficos:

Vive en casa propia: Si__ No__, Especifique: _____

Material de construcción techo, paredes y pisos: _____

Núm. Cuartos: _____

Cuenta con los servicios básicos:

Luz: ____ Agua: ____ Drenaje: ____ Gas: ____

Medios de transporte: _____ Zona rural: ____ Urbana: ____

3. Antecedentes prenatales:

Núm. de gesta: _____ FUM: _____ Edad de la madre: _____

Peso: _____ Talla: _____ IVSA: _____

Grupo y RH _____ Núm. embarazos: _____ Abortos: Si__ No__

Partos: _____ Cesáreas: _____ Parejas Sexuales: _____

IMC: _____ Toxicomanías: _____

Vacunas: _____

Hábitos higiénicos: _____

Núm. consultas prenatales y fechas:

USG: _____

No. Productos: _____ Complicaciones en partos previos: Si__ No__

Toxicomanías: Si__ No__ Frecuencia: _____

Alergias: Si__ No__ Frecuencia: _____

IVU: Si__ No__ Frecuencia: _____ Tratamiento: _____

Consumo fármacos actualmente: Si__ No__

Enfermedades de la madre:

Diabetes	Si	No	Cervicovaginitis	Si	No	
Hipertensión arterial	Si	No	IVU	Si	No	
Cardiopatías	Si	No	Tabaquismo	Si	No	Frecuencia _____
Preclamsia	Si	No	Alcoholismo	Si	No	Frecuencia _____
Eclampsia	Si	No	Otros	Si	No	

Especifique tratamiento: _____

4. Antecedentes Heredofamiliares

Familiares con enfermedades crónicas degenerativas: Si__ No__

Especifique: _____

Parentesco: _____

Antecedentes de cáncer: Si__ No__

Especifique: _____

Parentesco: _____

Embarazos múltiples en su familia: Si__ No__

Especifique: _____ Parentesco: _____

Malformaciones en su familia: Si__ No__

Especifique: _____

Parentesco: _____

5. Antecedentes perinatales

Edad gestacional: _____

Tipo de parto: Cesárea () Eutócico () Distócico ()

Motivo de cesárea: _____ RPM Si() No ()

Que desencadeno el trabajo de parto: _____

Numero de gesta: _____ Horas de trabajo de parto: _____

6. Antecedentes neonatales

Características del líquido: _____ APGAR: _____

Malformaciones: _____ Reanimación neonatal: _____

Lugar de nacimiento: _____ Peso: _____ Talla: _____

Apego inmediato: _____

7. Familiograma

8. Habitus exterior

Edad aparente: _____

Sexo: _____

Actitud: _____

Facies: _____

Estado nutricional: Bajo peso___ Obesidad___

Hipotrófico ___ Hipertrofico ___ Normo trófico _____

Conformación: _____

Piel y anexos:

Coloración: _____

Hidratación: _____

Cicatrices: _____ Perforaciones Si__ No__

Movimientos: _____

Arreglo Personal: _____

9. Exploración Física:

Signos vitales	Somatometría
Fr. _____ x' SPO ₂ : _____	Peso: _____ kg
Fr. _____ x'	Talla: _____ kg
Temperatura: _____ °C	Pc: _____ cm
T/A: _____ mmhg	Pa: _____ cm

Cabeza: _____

Cuello: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Genitales: _____

Extremidades: _____

Piel: _____

Valoración por necesidades según Virginia Henderson

1. Oxigenación

Silverman: _____ Spo₂ _____ Coloración: _____

Especifique apoyo ventilatorio: _____

Gasometría:

PH: _____ PCO₂: _____

Ruidos adventicios: Si () No ()

Especifique: _____

Secreciones: Si () No ()

Describe: _____

Medicamentos inhalados: _____

Dependencia () Independencia () Nivel de dependencia: _____

Observaciones:

2. Alimentación/ Hidratación

Enteral () Parenteral () Ayuno () LM Exclusiva ()

Si ya ha iniciado LME, al cuanto tiempo post al nacimiento la ha iniciado: _____

Si ha suspendido LME, ha contemplado relactancia: Si () No ()

Si no ha iniciado LME, cual es el motivo? _____

Frecuencia de ingesta: Libre demanda () Cada 3 horas () Otra: _____

Reflejo de succión: Bueno () Débil () Ausente ()

Puntuación escala de LATCH : _____

Uso de vitaminas o suplementos Si() No() Especifique:

Sonda oro gástrica #Fr: _____ Fecha de colocación: _____

Fontanelas deprimidas () Normotensas () Abombadas ()

Características de la piel: _____

Características de la mucosa: _____

Trastorno digestivo Si() No()

Especifique: _____

Medicamentos vía oral: Si () No()

Especifique _____

Dependencia () Independencia () Nivel: _____

Observaciones:

3. Eliminación

Uresis presente Si () No () Frecuencia: _____ Volumen 24 hrs: _____

Sonda Vesical: Si () No () #Fr. _____

EGO Si () No () Resultados: _____

Eliminación intestinal: Si () No () Frecuencia: _____

Características: _____

Laboratorio en heces: Si () No ()

Resultados: _____

Dependencia () Independencia () Nivel: _____

Observaciones: _____

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Actividad: Presente () Ausente ()

Posición: Libre () Forzada ()

Supina () Prona (); Decúbito lateral: Izquierdo () Derecho ()

Tono muscular: Hipotonía () Hipertonía () Normal ()

Cambios posturales frecuencia: _____

Alineación corporal: _____

Presencia de movimientos: _____ Libres () Forzados ()

Dependencia () Independencia () Nivel: _____

Observaciones: _____

5. Necesidad de dormir y descansar

Cuantas veces al día duerme: _____ Mañana () Tarde () Noche ()

El sueño es: inducido () fisiológico ()

Fármaco que induce el sueño: _____

Despierta constantemente Si ___ No__

El sueño es profundo Si ___ No__

Toma siestas Si ___ No__ Cuánto dura _____

Despierta por sobre estímulos fácilmente Si ___ No__

Tacto () Luz artificial () Sonidos ()

Tarda en conciliar el sueño: Si ___ No__

Duerme en habitación propia o compartida: _____

Con quién duerme: _____

En qué duerme: _____

Duerme con luz encendida o apagada: _____

Presenta somnolencia o cansancio después de haber dormido: Si ___ No___

Que lo produce: _____

Lugar donde duerme: Hospital () Casa () Guardería ()

Medios que faciliten el sueño: Brazos de mamá () Música () Masaje relajante ()

Antes de dormir se observa: Inquieto () Bosteza () En silencio ()

Presenta alguna patología que le impida dormir: Si ___ No___

Especifique: _____

Requiere oxígeno indirecto para dormir: Si ___ No___

Requiere contención para conciliar el sueño: Si ___ No___

Qué lo hace despertar: Hambre () Incomodidad () Inquietud

Al despertar se observa: Irritable () Respuesta disminuida () Tranquilo ()

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

6. Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse

Que utiliza para vestir al recién nacido

Solo pañal () Ropa de abrigo () Atuendo simple ()

La vestimenta es adecuada a su edad y talla: Si ___ No___

Que utiliza para cubrir al RN: Cobija () Sabana () Ninguno ()

Ha presentado alguna reacción por el uso de pañal Si ___ No___

Requiere cambio de diferentes marcas de pañal para el uso diario: Si ___ No___

Con que frecuencia realiza el cambio de pañal: _____

Esta actividad está a cargo de: Mamá () Enfermera () Otro cuidador ()

Acorde al clima y ambiente la ropa que porta es: Inadecuada() Adecuada ()

El aspecto de la ropa es: Limpio () Sucio ()

Qué aspecto tiene el RN respecto a su atuendo: Alineado () Desalineado ()

Se observa cómodo con la vestimenta: Si ___ No___

Presenta alguna limitación que evita el arreglo personal: _____

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales

Temperatura actual Axial_____ Rectal_____

Hipotermia () Eutermia () Febrícula () Fiebre ()

Edad: Prematuro () Pretermito () Termino () Post termino ()

Coloración cutánea:

Palidez de tegumentos () Buena coloración () Rubicundo ()

Estado de la piel: Diaforesis () Fría al tacto () Caliente al tacto ()

Instalado en: Cuna De Calor Radiante () Incubadora () Bacinete ()

Nivel o porcentaje de calor programado: _____

Contenido con cobijas o descubierto: _____

Presenta algún proceso infeccioso Si ___ No___

Indicación de antipiréticos Si ___ No___

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

8. Necesidad de higiene y protección de tegumentos.

Se realiza baño: Si() No()

Tipo de baño: Inmersión () Esponja () Solo aseo () Uso de jabón ()

Frecuencia del baño: _____

Estado de la piel:

Hidratada () Turgente () Descamación () Integra () Lesión ()

Localización: _____

Tipo de lesión: _____

Accesos venosos presentes: Si () No ()

Tipo: _____

Ubicación del acceso venoso: _____

Fecha de instalación: / / Fecha de curación: / /

Presencia de Vértex caseoso () Lanugo () Míllium ()

Eritema () Mancha mongólica () Hematomas () Ictericia () Kramer ()

Otro: () especifique: _____

Características del muñón umbilical: Limpio () Sucio () Ligado sangrado ()
Momificado ()

Higiene del Muñón umbilical: frecuencia: _____ agua () alcohol () otro ()

Dependencia () Independencia () Nivel: _____

Observaciones: _____

9. Necesidad de evitar peligros.

Estado de alerta:

Activo/ Reactivo () Sueño fisiológico () Hipoactivo () Sedación ()

Esquema de vacunación: BCG Si () No ()

Tamiz metabólico: Si () No () Resultado: _____

Tamiz auditivo: Si() No () Resultado: _____

Dispositivos invasivos: Si () No ()

Cuáles: _____

Cuidador primario:

Existe alguna dificultad para llevar a cabo el cuidado: Si ___ No___

Física () Mental ()

Tiene conocimiento sobre los signos de alarma del bebé: Si ___ No___

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

Observaciones:_____

10. Necesidad de comunicación

Estado de conciencia en el recién nacido: activo () hipo activo () irritable ()

Presenta signos de estabilidad: Si () No ()

Presenta signos de estrés: Si () No ()

Presenta respuesta a estímulos auditivos: Si () No ()

Respuesta a estímulos táctiles: Si () No ()

Respuesta pupilar: Si () No ()

Apertura ocular al estímulo: Si () No ()

Llora: Si () No () Como es el llanto_____

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

Observaciones:_____

11. Necesidad de creencias y valores

Afiliación o creencia religiosa

Católica () Cristiana () Testigo de jehová () Judío () Mormón ()

Otro () Especifique: _____

Existe restricciones por parte de su religión para seguir indicaciones médicas y/ o enfermería:

Si () No () Cuales: _____

Asiste a algún templo religioso: Si () No ()

Utiliza algún amuleto: Si () No () Cual: _____

Realiza algún ritual religioso: Si () No () Cual: _____

Culto a imágenes o iconos religiosos _____

Creencias familiares: _____

Dependencia () Independencia () Nivel: _____

Observaciones: _____

12. Necesidad de trabajar y realizarse

Fue un embarazo deseado Si () No ()

El género del neonato es el deseado: Si () No ()

Número de hijos _____

Realiza técnica de mamá canguro: Si () No () Cuanto tiempo al día: _____

Si su respuesta fue NO explique porque: _____

Practica la lactancia materna exclusiva: Si () No ()

Cuantas veces al día: _____ durante cuánto tiempo: _____

Interactúa el cuidador primario con el neonato: Si () No ()

¿Cómo? _____

Dependencia () Independencia () Nivel: _____

Observaciones: _____

13. Necesidad de recrearse

Edad gestacional: _____

El neonato presenta signos de estrés: _____

Facies de dolor () extensión de extremidades () irritabilidad ()

En qué actitud se encuentra el neonato: organizado () desorganizado ()

Se realiza estimulación temprana: Si () No ()

De qué tipo: _____

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

Observaciones:_____

14. Necesidad de aprender

Succión: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Deglución: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Búsqueda: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Presión: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Moro: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Babinski : Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

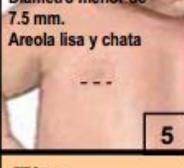
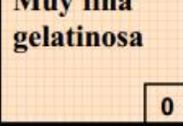
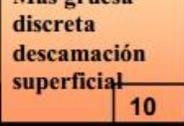
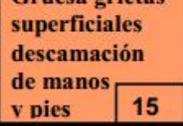
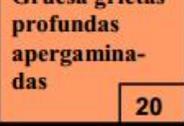
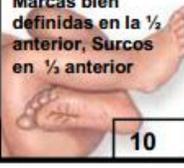
Tónico cervical: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Ascensión: Presente () Ausente () Débil () No valorable ()

Dependencia () Independencia () Nivel:_____

Observaciones:_____

Anexo 2: Test de Capurro.

Forma de la OREJA (Pabellón)	 Aplanada, sin incurvación 0	 Borde superior parcialmente incurvado 8	 Todo el borde sup incurvado 16	 Pabellón totalmente incurvado 24	_____
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA	 No palpable 0	 Palpable menor de 5 mm. 5	 Palpable entre 5 y 10 mm. 10	 Palpable mayor de 10 mm. 15	_____
Formación del PEZON	 Apenas visible sin areola 0	 Diámetro menor de 7.5 mm. Areola lisa y chata 5	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde No levantado 10	 Diámetro mayor de 7.5 mm. Areola punteada Borde levantado 15	_____
TEXTURA de la PIEL	 Muy fina gelatinosa 0	 Fina lisa 5	 Mas gruesa discreta descamación superficial 10	 Gruesa grietas superficiales descamación de manos y pies 15	 Gruesa grietas profundas apergamina-das 20
PLIEGUES PLANTARES	 Sin pliegues 0	 Marcas mal definidas en la mitad anterior 5	 Marcas bien definidas en la 1/2 anterior, Surcos en 1/2 anterior 10	 Surcos en la mitad anterior 15	 Surcos en mas de la mitad anterior 20

$\frac{\text{Puntaje parcial} + 204}{7} = \text{Semanas de gestación}$

7

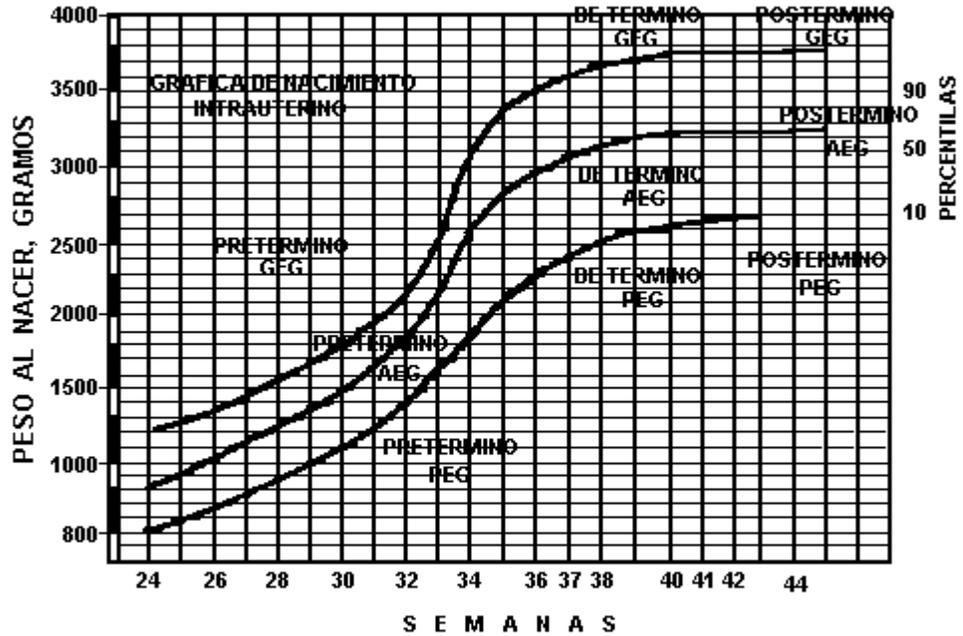
Anexo 3: Escala LATCH.

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

Anexo 4: Tabla de Jurado García.

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



PRETERMINO	TERMINO	POSTERMINO
PEG- PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL		
AEG- ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL		
GEG- GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL		

Dr. Jurado García

Anexo 5: Consentimiento informado.

<p>UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA DEL NEONATO CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Declaro libre y voluntariamente aceptar que mi hijo (a) _____ que se encuentra hospitalizado en el servicio de: _____ participe en el estudio de caso titulado: _____

Así mismo declaro que el objetivo del estudio es únicamente con fines de aprendizaje y que consiste en:

También expreso que me fueron explicados ampliamente los procedimientos de enfermería que se realizarán, así como los beneficios, consecuencias y posibles riesgos, con garantía de recibir respuesta a preguntas y aclaraciones en cualquier momento y que los procedimientos que se realicen en él (ella) serán siempre protegiendo su integridad. Estos procedimientos son: _____

Es de mi conocimiento que tengo la libertad de retirar a mi hijo (a) de este estudio de caso en el momento que lo desee, sin que esto afecte o le sea negada la atención médica para su tratamiento en esta institución.

Nombre y firma del responsable del estudio: _____

Nombre y firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

TESTIGOS

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____